

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**QUALIDADE PERCEBIDA DOS SERVIÇOS HOSPITALARES:  
UMA AVALIAÇÃO UTILIZANDO O MÉTODO DOS  
FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO E A ESCALA  
SERVQUAL**

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UFPE  
PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE  
POR

LEANE LIMA DIAS CABRAL

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Denise Dumke de Medeiros, Docteur

RECIFE, FEVEREIRO/2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**C117q**

**Cabral, Leane Lima Dias**

Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos Fatores Críticos de Sucesso e a escala SERVQUAL / Leane Lima Dias Cabral. – Recife: O Autor, 2007.

xii, 116 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2007.

Inclui referências bibliográficas, apêndices e anexos.

**1. Engenharia de Produção. 2. Serviços Hospitalares - Qualidade. 3. SERVQUAL. 4. Fatores Críticos de Sucesso. I. Título.**

**658.5 CDD (22.ed.)**

**UFPE/BCTG/2007-43**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA**  
**DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE**  
**MESTRADO ACADÊMICO DE**  
**LEANE LIMA DIAS CABRAL**

**“QUALIDADE PERCEBIDA NOS SERVIÇOS HOSPITALARES: UMA**  
**AValiação UTILIZANDO O MÉTODO DOS FATORES CRÍTICOS DE**  
**SUCESSO E A ESCALA SERVQUAL”**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERÊNCIA DA PRODUÇÃO**

A comissão examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera a candidata **LEANE LIMA DIAS CABRAL APROVADA.**

Recife, 26 de fevereiro de 2007.

Profª. DENISE DUMKE DE MEDEIROS, Docteur (UFPE)

Profª. ANA PAULA CABRAL SEIXAS COSTA, Doutor (UFPE)

Prof. SALOMÃO ALENCAR DE FARIAS, Doutor (UFPE)

*Nós nos transformamos naquilo que praticamos com frequência.  
A QUALIDADE, portanto, não é um ato isolado. É um hábito.*

**Adaptado de ARISTÓTELES (384-322 a.C.)**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente a Deus...

Agradeço a meu pai (José Ademar) e minha mãe (Maria Lenauda) pelo amor e zêlo que sempre tiveram ao me educar, e por me criarem sem apego às coisas mundanas. Lamento todas as vezes em que silencieei, quando na verdade queria ter coragem de dizer o quanto os amo... Agradeço muito aos meus irmãos (Nádia, Edna e Hélder) pela força e alegria compartilhada e por estarem sempre torcendo pelo meu sucesso.

Agradeço muito ao meu namorado, João Paulo, pelo carinho, atenção, paciência, ajuda... Enfim, pelo seu amor!...

Agradeço imensamente a Deus pelos amigos que colocou em minha vida. À Alessandra, pela amizade, sinceridade, preocupação, paciência etc (desde a graduação)! À Katherine, pela amizade, e inabalável otimismo e alegria. A todos os amigos que, mesmo distante, sempre foram atenciosos (amigos da graduação em Eng. Eletrônica e do Colégio de Aplicação) e que compartilharam junto comigo momentos de alegria, incertezas e conquistas.

Aos gestores e funcionários do Hospital onde realizei esta pesquisa, pela disposição, atenção e colaboração na realização desta pesquisa de mestrado.

Aos professores Salomão e Ana Paula que fizeram parte da comissão examinadora e que deram sugestões e contribuições importantes para o meu trabalho.

Agradeço a Deus pela oportunidade de ter ingressado no Mestrado de Engenharia de Produção, onde convivi com pessoas que me fizeram crescer bastante.

À minha orientadora Denise, pela atenção e solicitude (inclusive no período de sua segunda gravidez), pelo suporte material (livros, artigos, computadores) e presencial (coordenando de forma exemplar os membros do PLANASP - grupo de pesquisa). Acho que ela não imagina o quanto foi importante para mim! Minha sincera gratidão!

À Auxiliadora (Dora) pelo apoio dado aos membros do PLANASP durante a licença maternidade da professora Denise. À Renata, Helen, Débora, Dora, Gisele, Alessandra, Katherine, Charlton, Ivany, Bruna, Saint Clair, Carlos Henrique e demais colegas e amigos de mestrado e doutorado por fazerem o período do mestrado transcorrer de forma alegre e agradável.

Não poderia deixar de agradecer também ao professor Enrique Lopez Droguett, da disciplina Métodos Estatísticos, que mesmo lecionando uma disciplina de conteúdo tradicionalmente temido pelos alunos, o fez com tamanha clareza, que graças às suas aulas, passei a gostar de Estatística!

Enfim, agradeço a todas as pessoas que de alguma forma deram sua contribuição, através de idéias, orações, ajudas, palavras encorajadoras, ou simples sorrisos!

## RESUMO

A prestação de serviços hospitalares é de fundamental importância, tendo em vista que os hospitais possuem a função primordial de prestar assistência à saúde da população de uma determinada região. Devido à complexidade, verifica-se a constante preocupação dos administradores e gestores deste tipo de organização com a qualidade dos serviços que são oferecidos aos clientes. Este trabalho está direcionado ao Setor de Internação hospitalar, com o intuito de identificar e avaliar qualitativa e quantitativamente os fatores deste setor que são considerados como críticos para a obtenção do sucesso organizacional e, a partir de então, definir meios de mensuração e avaliação destes fatores, garantindo o seu monitoramento e gerenciamento. Neste sentido, este trabalho foca apenas o *paciente* como cliente dos serviços de internação. Não foram encontrados na literatura trabalhos envolvendo uma utilização combinada do método FCS com um instrumento de mensuração de qualidade em serviços, para confrontar resultados oriundos tanto da gestão, quanto do cliente. Observando esta lacuna, este trabalho fez uso desta ferramenta associada à escala SERVQUAL no estudo da qualidade nos serviços hospitalares. Através de um estudo de caso em um hospital da região metropolitana de Recife, foram usados como meios para a avaliação da qualidade dos serviços uma Entrevista para os gestores usando o método dos Fatores Críticos de Sucesso e um Questionário para os pacientes baseado na escala SERVQUAL. Os resultados mostraram que os fatores críticos de sucesso considerados mais prioritários pela gestão do hospital coincidiram, em boa parte, com a importância dada pelos pacientes às dimensões da escala SERVQUAL. Os resultados relativos ao questionário também apontaram uma leve insatisfação na área SUS do hospital pesquisado, sendo que esta foi devida apenas à unidade Obstetrícia, pois na outra unidade pesquisada da área SUS (unidade de Ortopedia), a avaliação apontou que os pacientes estão satisfeitos com os serviços recebidos.

**Palavras chave:** Qualidade, Serviços Hospitalares, SERVQUAL, Fatores Críticos de Sucesso.



## ABSTRACT

Hospital services play a very important role in providing health assistance to people from communities. Due to the complexity of the hospital system, directors and administrators are encouraged to control the quality of the provided services. This work aims to identify and to assess qualitatively and quantitatively the critical factors of inpatient hospital services which are essential for the success of the hospital organization. In addition, it is proposed ways of measurement and evaluation in order to control and manage these factors focusing the *patient* just as an inpatient service consumer. The published literature about the combined use of the Critical Success Factors Method (CSF) together with a measurement tool to evaluate the quality of services is very limited, especially when applied to analyze results obtained from management sector and from the customer (patient). In face of that, this work uses the CSF Method associated to the SERVQUAL scale on the study of the quality of hospital services. A case study in a trial hospital of Recife city was performed through an interview and a questionnaire as a way of evaluate the quality of services. The interview was applied to the hospital managers by using the Critical Success Factors Method (CSF) and the questionnaire was applied to the patients based on the SERVQUAL scale. The results of this study show that the main critical success factors considered by the hospital managers coincides, in most parts, with the importance given by the patients to the dimensions of the SERVQUAL scale. Obstetric and Orthopedic units, controlled by the Unified Health Care System (SUS), were also investigated. Questionnaire results indicated a slight level of dissatisfaction just in first unit.

**Keywords:** Quality, Hospital services, SERVQUAL, Critical Success Factors

# SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Justificativa.....	2
1.2	Objetivos deste Trabalho.....	4
1.3	Fontes de evidência.....	5
1.4	Estrutura da Dissertação.....	5
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
2.1	Serviços.....	6
2.1.1	Conceito de serviços.....	6
2.1.2	Características dos serviços.....	7
2.1.3	Classificação dos serviços.....	10
2.2	Qualidade em Serviços.....	12
2.2.1	Conceito de Qualidade.....	12
2.2.2	Qualidade em serviços.....	14
2.2.3	Mensuração da Qualidade em serviços – a escala SERVQUAL.....	16
2.3	Fatores Críticos de Sucesso (FCS).....	20
2.4	Considerações sobre este capítulo.....	22
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	24
3.1	O Setor Hospitalar.....	24
3.1.1	Definição e funções do Hospital.....	24
3.1.2	Meio interno e meio externo.....	25
3.1.3	Estrutura de poder e unidades da área hospitalar.....	27
3.1.3.1	O Setor de Internação.....	31
3.1.4	Características dos Serviços Hospitalares.....	32
3.1.5	Qualidade no serviço hospitalar.....	33
3.1.5.1	Elementos que compõem a qualidade dos serviços hospitalares.....	38
3.2	Estudos no setor hospitalar.....	40
3.3	Estudos sobre o método dos Fatores Críticos de Sucesso.....	44
3.4	Estudos envolvendo a escala SERVQUAL.....	47
3.5	Considerações sobre este capítulo.....	50
4	METODOLOGIA.....	51
4.1	Características do hospital pesquisado.....	51
4.2	Instrumentos da pesquisa.....	53
4.2.1	Entrevista (FCS).....	53
4.2.2	Questionário usando escala SERVQUAL adaptada.....	57
4.2.2.1	Estruturação do Questionário.....	57
4.2.2.2	Pré-teste.....	59
4.2.2.3	Processo de amostragem utilizado.....	59
4.2.2.4	Os tamanhos das amostras.....	62
4.3	Considerações sobre este capítulo.....	63
5	RESULTADOS OBTIDOS NA COLETA DOS DADOS.....	65

5.1	Resultados da Entrevista.....	65
5.2	Resultados da aplicação do Questionário .....	68
5.2.1	A aplicação dos questionários para os pacientes.....	68
5.2.2	Resultados sobre o perfil dos pacientes.....	69
5.2.3	Resultados sobre as dimensões.....	71
5.2.4	Resultados sobre as Expectativas e as Percepções .....	72
5.2.5	Análise dos resultados através de uma amostragem simbólica.....	80
5.3	Considerações sobre este capítulo .....	82
6	CONCLUSÕES .....	85
6.1	Conclusões da Fundamentação Teórica .....	85
6.2	Conclusões da Revisão Bibliográfica .....	85
6.3	Conclusões deste Trabalho .....	86
6.4	Dificuldades, Limitações e Recomendações para trabalhos futuros .....	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	89
	APÊNDICES E ANEXOS .....	93

## LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1: Matriz de Processos de Serviços .....	11
Figura 2.2: Influência dos momentos da verdade nas Expectativas e Percepção do serviço ...	16
Figura 2.3: Modelo de qualidade de serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry .....	17
Figura 3.1: Modelo para os meios interno e externo .....	26
Figura 3.2: Benefícios dos serviços de saúde .....	41
Figura 4.2: Fatores Críticos de Sucesso propostos para o Setor de Internação Hospitalar .....	54
Figura 5.1: Sexo dos pacientes .....	69
Figura 5.2: Nível de instrução dos pacientes .....	70
Figura 5.3: Renda familiar dos pacientes .....	70
Figura 5.4: Regiões de procedência dos pacientes .....	71

## LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1: Características dos Serviços .....	10
Tabela 2.2: Fatores para uma alta qualidade no serviço hospitalar e seus níveis de importância .....	21
Tabela 3.1: Paradigmas na busca por organizações de serviço de saúde focadas no cliente ...	41
Tabela 3.2: Barreiras à implementação dos FCS na redução de erros hospitalares .....	47
Tabela 4.1: Unidades do Setor de Internação do Hospital pesquisado.....	52
Tabela 4.2: Unidades do Setor de Internação contempladas nesta pesquisa.....	60
Tabela 4.3: Tamanhos das amostras nas três unidades pesquisadas.....	63
Tabela 5.1: Priorização dos nove FCS pela gestora do hospital.....	65
Tabela 5.2 Importância das dimensões da escala SERVQUAL segundo os pacientes .....	71
Tabela 5.3: Importância das dimensões da escala SERVQUAL por unidades hospitalares pesquisadas .....	72
Tabela 5.4: Valores médios das Expectativas e Percepções de todos os pacientes pesquisados .....	73
Tabela 5.5: Valores médios das EXPECTATIVAS dos pacientes por dimensão e unidade hospitalar .....	76
Tabela 5.6: Valores médios das PERCEPÇÕES dos pacientes por dimensão e unidade hospitalar .....	77
Tabela 5.7: Escores médios da qualidade por unidade hospitalar .....	78
Tabela 5.8: Escores médios da qualidade por área (SUS ou PLANO/PART.) .....	79
Tabela 5.9: Escores médios da qualidade .....	80
Tabela 5.10: Valores médios das EXPECTATIVAS por dimensão dos pacientes submetidos ao TESTE .....	81
Tabela 5.11: Valores médios das PERCEPÇÕES por dimensão dos pacientes submetidos ao TESTE .....	81
Tabela 5.12: Escores médios da qualidade no TESTE .....	82

## LISTA DE EQUAÇÕES

Equação 2.1: Avaliação da qualidade do serviço.....	14
Equação 2.2: Satisfação do cliente.....	14
Equação 4.1: Qualidade dos serviços em relação às dimensões da escala SERVQUAL.....	58
Equação 4.2: Tamanho ( $n$ ) da amostra para uma população de tamanho $N$ .....	62
Equação 4.3: Tamanho inicial ( $n_0$ ) da amostra para uso na equação 4.2.....	62
Equação 4.4: Variância agregada.....	63

## **1 INTRODUÇÃO**

Os serviços apresentam grande participação na economia brasileira. Os dados do Anuário Estatístico, publicado pelo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (2006) revelam que a participação do setor de serviços tem ultrapassado 50% do PIB nos últimos 15 anos.

Um estudo do Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios brasileiros em 2004, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) apontou que, naquele ano, quase 40% do setor de serviços esteve concentrado nas capitais e que o PIB de Pernambuco esteve assim dividido: Recife (29,9%), Região Metropolitana de Recife (33,3%), e fora da região metropolitana de Recife (36,7%). Dados do IBGE (2003) também mostram que no ano de 2003 o setor de serviços foi responsável por 54% do PIB de Pernambuco.

Esses dados evidenciam a forte presença dos serviços frente aos outros setores (agropecuária e indústria) na economia do país. Portanto, conforme enfatizam Corrêa e Caon (2002), o desenvolvimento de conceitos e técnicas para as operações de serviços é de fundamental importância para não se correr o risco de ter uma economia dominada por uma atividade pouco produtiva e vulnerável à competição.

Relativamente à área de saúde, os serviços assumem notável importância, tendo em vista o papel social que desempenham. Muitas pesquisas vêm sendo feitas para repensar o que existe, como está sendo feito, e qual é o nível de adequação dos resultados obtidos aos resultados esperados.

Analisando particularmente a prestação de serviços em hospitais, percebe-se, conforme Ford e Fottler (2000), a constante preocupação dos administradores e gestores em geral com a qualidade dos serviços, tendo em vista que os hospitais são instituições extremamente complexas e, por possuírem a função primordial de prestar assistência à saúde da população de uma determinada região, possuem grande repercussão social.

Neste sentido, este trabalho propõe-se a identificar e avaliar quantitativamente os fatores do negócio (hospital) considerados como críticos para a obtenção do sucesso organizacional e, a partir de então, definir meios de mensuração e avaliação destes fatores, garantindo o seu monitoramento e gerenciamento.

## 1.1 Justificativa

O crescente nível de exigência dos consumidores tem se consolidado, no momento atual, como uma das principais razões que levam as empresas a buscarem novas formas de atuação e posicionamento de mercado, de modo a garantir sua competitividade e sobrevivência.

As empresas têm procurado utilizar as mais diversas estratégias organizacionais a fim de viabilizar um processo de atendimento às expectativas e satisfação dos clientes que seja capaz de gerar valor por meio da produção máxima de benefícios para seus consumidores (SLACK, 1997).

Uma das técnicas que vem sendo utilizadas como estratégia organizacional na constante busca pelo desempenho competitivo e sucesso das empresas constitui o método dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS). Este método, inicialmente desenvolvido e aplicado para áreas relacionadas à gestão de sistemas de informação, foi se consolidando como instrumento de planejamento estratégico e, atualmente, é utilizado pelas organizações para nortear suas ações e seus processos gerenciais na direção de seus objetivos e metas de curto e longo prazo (ROCKART, 1982).

O método FCS tem se mostrado efetivo em diversas aplicações relatadas na literatura e ganhado destaque no campo da gestão como uma importante ferramenta na avaliação das necessidades de dados (ALBUQUERQUE, 2003; MCFADDEN *et al.*, 2004). Apesar disso, não foram encontrados na literatura trabalhos envolvendo uma utilização combinada do método FCS com um instrumento de mensuração de qualidade em serviços, para confrontar resultados oriundos tanto da gestão, quanto do cliente. Observando esta lacuna, este trabalho fará uso desta ferramenta associada à escala SERVQUAL no estudo da qualidade nos serviços hospitalares.

Pelo termo crítico, dentro deste contexto, entende-se que corresponde aquele fator em que a empresa não pode falhar (funcionamento perfeito), caso contrário, compromete a sua capacidade de operação. A definição do que é crítico ou não para uma organização está diretamente relacionada com o desempenho de suas atividades no mercado em que atua e a percepção dos seus clientes sobre elas, ou seja, a forma como seus clientes percebem a prestação do serviço efetuado pela empresa. Essa percepção do cliente pode estar situada em um contínuo que varia desde fortemente positiva (encantamento) até extremamente negativa (profunda decepção).



A percepção do cliente está diretamente vinculada ao nível de satisfação. É neste sentido que aparece o conceito da Qualidade, estratégia corporativa que busca maximizar a satisfação do consumidor através do atendimento/superação de suas expectativas. Conforme Feigenbaum (1994), a qualidade de um produto é resultante da combinação de características que determinam o grau de satisfação que o produto proporciona ao consumidor.

Esse grau de satisfação do consumidor pode ser dado pela relação entre a sua percepção e a sua expectativa em relação ao produto/serviço consumido: a satisfação do cliente é uma relação entre o que ele viu (percebeu) e o que ele esperava ver (expectativa). Nesta relação, o controle de Qualidade é feito pelo usuário, comparando a expectativa com a experiência efetiva.

O entendimento da relação Percepção X Expectativa é primordial para a definição do nível de criticidade de alguns fatores da organização e da determinação desses fatores e de seus impactos dentro do processo de desenvolvimento de atividades e sobrevivência no mercado.

No que se refere à Qualidade em Serviços, é preciso compreender que há alguns aspectos inerentes ao processo de prestação de serviços que o diferencia do processo de produção de bens, fazendo com que a qualidade nesta área possua requisitos e especificações particulares que devem ser observados.

Relativamente à qualidade em serviços de saúde, Mirshawaka (1994) aponta quatro razões para as organizações que prestam este tipo de serviços (como os hospitais) se preocuparem com a percepção dos pacientes e a satisfação destes:

- *Razão humanitária* – os pacientes, quando são hospitalizados, encontram-se vulneráveis, ansiosos e emocionados, desejando, portanto, qualidade excelente do serviço de saúde.
- *Razão econômica* – ao escolher o hospital dentre as opções existentes, os pacientes querem que o seu dinheiro seja *bem gasto*. Além disso, é válido lembrar que apesar da função primordial do hospital ser prestar assistência à saúde, o lado econômico não pode ser esquecido, principalmente quando se trata de hospitais privados, pois são as receitas que farão com que o hospital mantenha-se em funcionamento e tenha possibilidade de fazer investimentos, contratações e melhorias.

- *Razão de Marketing* – após passarem pelo hospital, os pacientes podem propagar sua experiência e se tornar bons ou maus veículos de comunicação. Mirshawaka (1994) traz exemplos de um estudo feito por uma instituição norte-americana que ilustram bem esta razão:
  - em média 96% dos clientes insatisfeitos não fazem reclamação à organização com a qual tiveram a experiência ruim.
  - clientes que tiveram problemas com uma organização, em média, contam a sua experiência para 9 a 25 pessoas, podendo este número variar de acordo com o nível de insatisfação.
- *Razão de Eficiência* – pacientes satisfeitos são mais fáceis de atender e consomem menos tempo daqueles que os atendem.

Além disso, Mirshawaka (1994) traz outros dados de uma pesquisa nos Estados Unidos: em 1991, cerca de 51% das fontes de informação sobre a escolha do hospital foram atribuídas a um parente ou amigo, seguido de um médico na família (19%), e outras fontes, que somadas deram 30%.

Tudo isso demonstra a força que tem a opinião, os comentários e demais formas de exteriorização e transmissão de experiências ou sentimentos de uma pessoa com os serviços de um hospital, o que irá se refletir no momento de decidir qual hospital escolher.

Dentro deste contexto, o presente trabalho propõe-se a identificar e avaliar os característicos da qualidade ligados aos Fatores Críticos de Sucesso (FCS) relacionados aos serviços hospitalares e verificar, através da aplicação de um questionário baseado na Escala SERVQUAL, como os pacientes avaliam a prestação destes serviços por meio de um estudo de caso.

## 1.2 Objetivos deste Trabalho

Este trabalho tem por objetivo geral utilizar o Método dos Fatores Críticos de Sucesso e a Escala SERVQUAL para avaliar qualitativa e quantitativamente a qualidade percebida pelos clientes em serviços hospitalares.

Como objetivos específicos pode-se citar:

- identificar as características da prestação de serviços hospitalares;

- identificar os característicos considerados prioritários nos serviços hospitalares, relacionados aos Fatores Críticos de Sucesso;
- realizar estudo de caso em um hospital da região metropolitana de Recife e avaliar os resultados qualitativa e quantitativamente.

### **1.3 Fontes de evidência**

O estudo incluirá o levantamento de informações por meio de uma revisão da literatura, acerca dos assuntos-chaves deste trabalho, através de livros e artigos. Este levantamento ajudará a visualizar o estado da arte e situar este estudo no que vem sendo discutido e proposto na literatura da área. Posteriormente, entrevistas pessoais e aplicação de questionários foram necessários para obter os dados que comporão o estudo de caso.

### **1.4 Estrutura da Dissertação**

Este trabalho está dividido em 6 capítulos. No próximo capítulo são abordados os assuntos-chaves que compõem este trabalho.

O Capítulo 3 é dedicado a uma revisão bibliográfica na qual são expostos pesquisas e trabalhos da literatura relacionados a esta dissertação de mestrado.

No quarto capítulo é detalhada a metodologia que foi usada neste trabalho.

O capítulo 5 expõe os resultados práticos obtidos no estudo de caso e o tratamento dos dados.

Por fim, no sexto capítulo são feitas conclusões e recomendações para estudos posteriores.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão descritos os principais conceitos e assuntos que constituíram a base teórica para o trabalho de pesquisa desenvolvido, tais como: Serviços, Qualidade em Serviços, e Fatores Críticos de Sucesso.

### 2.1 Serviços

Esta seção abordará o conceito, as características e as classificações para o setor de serviços, segundo a visão de diversos autores.

#### 2.1.1 Conceito de serviços

Definir serviços não é uma tarefa simples. Johnston e Clark (2002) colocaram que o problema ao se tentar definir serviço são as diferenças no significado do termo diante dos diversos contextos possíveis:

Não obstante mais de 25 anos de estudo, os acadêmicos da área de administração de serviços não concordam sobre o que é um serviço. [...] O problema é tentar em poucas palavras descrever 75% da atividade econômica dos países desenvolvidos. Há alguma surpresa por haver exceções para todas as definições? (HAYWOOD-FARMER e NOLLET, 1991 apud JOHNSTON e CLARK, 2002)

Schmenner (1999) inclusive, afirma que uma operação de serviços é melhor definida em termos residuais, isto é, o que ela não é em vez do que ela é.

Apesar das divergências, vários autores como Moreira (1993), Schmenner (1999), Lovelock e Wright (2001) concordam haver algumas características comuns à maioria dos setores de serviços como a intangibilidade, a simultaneidade entre a produção e o consumo, e a impossibilidade de estocagem.

Com relação à intangibilidade, embora meios físicos possam estar presentes para facilitar ou justificar o serviço, a realização deste implica em uma ação. Os serviços não podem ser tocados, apesar de poderem ser associados a algo físico. E, como expôs Moreira (1993), os meios físicos podem até ser indispensáveis, mas não constituem o serviço em si.

Moreira (1993) afirma que a prestação de um serviço freqüentemente se confunde, no mesmo momento, com o seu consumo. Em concordância, uma das características básicas que Grönroos (2003) cita, que pode ser identificada na maioria dos serviços, é que os serviços são, no mínimo até certo ponto, produzidos e consumidos simultaneamente.

Outro aspecto que Grönroos (2003, p.67) cita é que “os serviços são *processos* consistindo em *atividades* ou uma série de atividades em vez de *coisas*”. Por isso, não é possível manter serviços em estoque, como acontece com os bens físicos. Mas Grönroos (2003) lembra que mesmo não sendo possível manter serviços em estoque, pode-se tentar manter *clientes* em estoque. Um exemplo prático disto é a possibilidade de manter um cliente esperando até que uma mesa do restaurante fique vaga. Outro ponto, levantado por Corrêa e Caon (2002), é que quando existem meios físicos para facilitar ou justificar o serviço é importante entender onde o produto (ou produtos) da operação se encontra(m) no contínuo de estocabilidade, pois isto traz implicações importantes para a gestão de capacidade e demanda.

Tendo em vista a aproximação de idéias obtida em torno de alguns aspectos do setor de serviços, os autores apresentaram algumas definições para serviços. A seguir são apresentados os pontos de vista de dois autores.

Lovelock e Wright (2001, p. 5) trazem as seguintes definições: “Serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes [...] como decorrência da realização de uma mudança desejada no – ou em nome do – destinatário do serviço”; e “Serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra. Embora o processo possa estar ligado a um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e normalmente não resulta em propriedade de nenhum dos fatores de produção”.

Para Kotler e Armstrong (1997), serviço é toda atividade ou benefício, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra, e cuja prestação pode ou não estar ligada a um produto físico.

Como se pode observar, apesar de não haver um conceito único e absoluto para serviços, as definições não diferem muito. Como dito anteriormente, há uma convergência de idéias com relação a alguns aspectos deste setor.

### 2.1.2 Características dos serviços

O setor de serviços, por ser extremamente variado, apresenta características que são válidas apenas para determinados segmentos ou mesmo somente para serviços específicos. Existem características que estão presentes na maioria dos serviços. Algumas destas já foram citadas anteriormente, mas, tendo em vista as particularidades existentes na natureza deste setor, este assunto será detalhado nesta seção.

Lovelock e Wright (2001) apresentam, conforme visto a seguir, nove diferenças básicas entre bens e serviços que ajudam a caracterizar os serviços. Os mesmos (2001) advertem que, por estarem lidando com generalizações, as nove diferenças apresentadas não se aplicam igualmente a todos os serviços.

1. Os clientes normalmente extraem valor dos serviços sem obter propriedade permanente de qualquer elemento tangível.
2. Nos serviços, os benefícios advêm da natureza da realização e a realização do serviço é basicamente intangível.
3. Muitas vezes, os clientes são ativamente envolvidos no processo do serviço (seja pelo auto-atendimento ou pelas interações com o pessoal de serviços).
4. Em muitos serviços, as pessoas se tornam parte do produto (exemplo, o contato entre os clientes dentro de um ônibus).
5. Maior variabilidade dos insumos e produtos do serviço, o que dificulta o controle e padronização dos processos.
6. Normalmente os serviços são difíceis de serem avaliados pelos clientes, principalmente pelas características que não são prontamente visíveis (atributos de confiança).
7. Como o serviço é uma ação ou realização, ele é perecível e não pode ser estocado.
8. O fator tempo é relativamente mais importante, pois como os clientes estão fisicamente presentes para receber o serviço e possuem expectativas e sensibilidade em relação ao tempo de cada tarefa, a velocidade muitas vezes é fundamental para o bom serviço.
9. Os bens físicos necessitam de canais de distribuição física para serem transportados. Ao contrário disso, muitas empresas de serviços podem utilizar canais eletrônicos de distribuição, ou combinar produção, varejo e consumo em um único local.

Schmenner (1999) apresenta cinco características das quais duas (*entrada fácil no mercado e influências externas*) não estão enquadradas nas nove diferenças citadas por Lovelock e Wright (2001).

1. Intangibilidade;
2. Impossibilidade de fazer estoque;
3. Produção e consumo fisicamente unidos;
4. Entrada fácil no mercado – boa parte das operações de serviços requer pouco investimento, o que significa poucas barreiras à entrada no mercado;
5. Influências externas – as forças externas (avanços tecnológicos, regulamentação governamental etc) podem mudar a forma, o tamanho e a estrutura dos serviços oferecidos.

Deve-se estar atento às particularidades de cada serviço. A característica *entrada fácil no mercado* por exemplo, não deve ser tomada como regra. A natureza de cada tipo de serviço e suas especificidades é que vão definir quais são suas características.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) apontam sete características diferenciadoras das operações de serviços, das quais apenas duas (*intensidade do trabalho e produção e consumo simultâneos*) não estão diretamente relacionadas a alguma das nove diferenças citadas por Lovelock e Wright (2001). Abaixo estão listadas as sete características dos serviços de acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000):

1. o cliente como um participante no processo dos serviços;
2. produção e consumo simultâneos;
3. capacidade perecível com o tempo – como um serviço não pode ser estocado, se não for usado, está perdido. Daí o desafio gerencial da utilização total da capacidade de serviços;
4. escolha do local do serviço ditada pela localização dos clientes – apesar de não estar diretamente relacionada, esta característica apresenta aspectos que vão ao encontro da nona diferença citada por Lovelock e Wright (2001);
5. intensidade do trabalho – em serviços, normalmente o trabalho é voltado mais para as pessoas que para produtos;
6. intangibilidade;
7. dificuldades na avaliação dos resultados.

Agrupando a terceira e a quarta características citadas por Lovelock e Wright (2001) em uma única rotulada *maior envolvimento dos clientes* e analisando esses três autores, pode-se então listar 12 características para os serviços (lembrando que elas não se aplicam igualmente a todos os serviços). Na tabela 2.1 estão apresentadas estas características.

Tabela 2.1: Características dos Serviços

CARACTERÍSTICA \ AUTOR(ES)	Lovelock e Wright (2001)	Schmenner (1999)	Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000)
Os clientes não obtêm propriedade sobre os serviços	X		
Intangibilidade	X	X	X
Maior envolvimento dos clientes	X		X
Grande variabilidade nos insumos e produtos	X		
Dificuldades na avaliação dos resultados	X		X
Impossibilidade de fazer estoques	X	X	X
O fator tempo é relativamente mais importante	X		
Maior diversidade de canais de distribuição e influência da localização dos clientes naqueles e na escolha do local do serviço	X		X
Produção e consumo simultâneos		X	X
Maior intensidade do trabalho humano			X
Para muitos serviços, são poucas as barreiras à entrada no mercado		X	
As forças externas possuem grande influência nos serviços		X	

Fonte: A autora (2007)

Note-se que as características *intangibilidade* e *impossibilidade de fazer estoques* são as mais citadas. De fato, estas parecem ser as características mais mencionadas na literatura de serviços. Elas também podem ser vistas como características universais, tendo em vista que não dependem do tipo de serviço. Deve-se apenas reforçar que a questão da impossibilidade de estocagem restringe-se somente ao ato de prestação do serviço em si, ou seja: *é possível estocar clientes* (ex: filas) e também os *meios físicos* usados para a prestação do serviço.

### 2.1.3 Classificação dos serviços

Os conceitos associados ao setor de serviços têm aplicabilidade bastante abrangente, de forma que é comum estudar as similaridades existentes nos diversos tipos de organizações de serviços (exemplo: *hospedagem* em hospitais ou em hotéis) e agrupá-las segundo determinados critérios, compondo diversas classificações.

Schmenner (1999) propôs a Matriz de Processos de Serviços, na qual os serviços são classificados segundo duas dimensões representadas na figura 2.1. O eixo vertical mede o grau de intensidade de mão-de-obra, que pode ser visto pela fração dos custos de serviços associada a instalações e equipamentos. Desse modo, serviços que exigem muito capital,



como os hospitais, aparecem na parte superior da tabela porque os custos com mão-de-obra são baixos quando comparados aos investimentos em instalações e equipamentos.

O eixo horizontal mede o grau de interação do cliente e de customização do serviço. Sob esta dimensão, os hospitais apresentam alto grau de interação e customização, tendo em vista que o paciente interage totalmente com o médico nas fases de diagnóstico e, até certo ponto, na fase de tratamento para atingir resultados satisfatórios. Além disso, os pacientes esperam receber cuidados médicos personalizados de acordo com suas necessidades específicas.

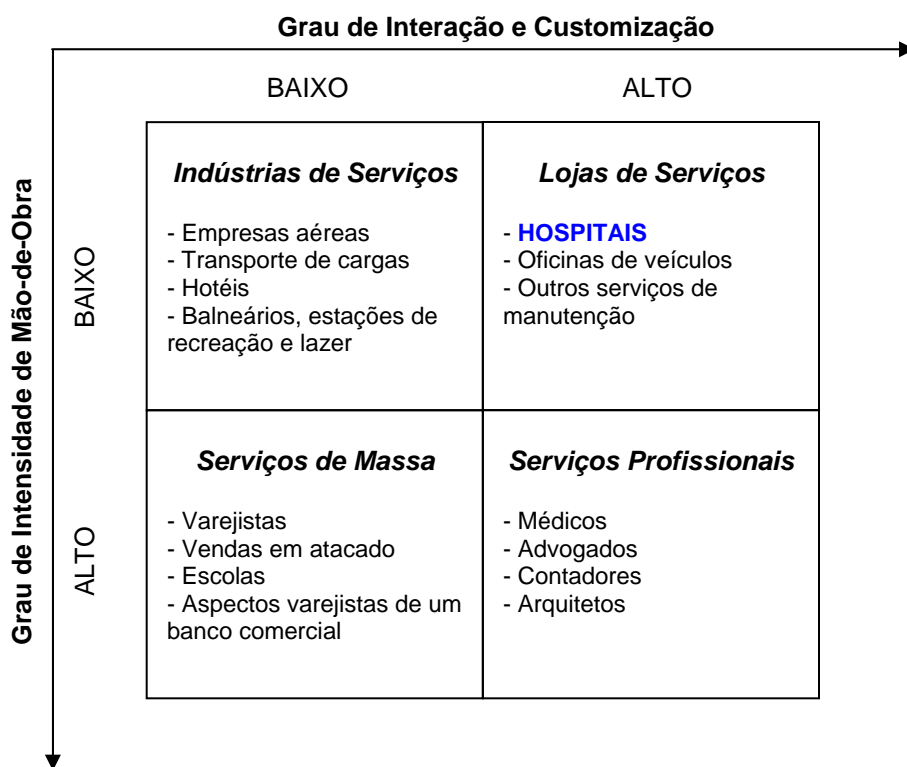


Figura 2.1: Matriz de Processos de Serviços

Fonte: Adaptado de Schmenner (1999)

Apesar de não apresentarem uma classificação para os serviços, Lovelock e Wright (2001) listam sete maneiras consideradas significativas pelas quais se podem agrupar ou classificar os serviços:

- grau de tangibilidade ou intangibilidade dos processos de serviço;
- destinatário direto do processo de serviço;
- tempo e lugar da entrega do serviço;

- grau de personalização ou padronização;
- natureza da relação com os clientes;
- medida na qual oferta e demanda estão em equilíbrio;
- medida na qual instalações, equipamento e pessoal participam da experiência de serviço.

Percebe-se que há uma dificuldade em se propor uma classificação que englobe todos os tipos de serviços existentes tendo em vista a grande quantidade de critérios para se examinar este setor. Além disso, convém lembrar que as características dos serviços variam muito entre os segmentos de serviços e inclusive dentro de um mesmo serviço.

## 2.2 Qualidade em Serviços

Esta seção apresenta o conceito de qualidade, como a qualidade dos serviços é avaliada em termos de expectativas e percepção, e a escala SERVQUAL como forma de medir a qualidade em serviços.

### 2.2.1 Conceito de Qualidade

Juran (2002) destaca duas definições oferecidas pelo dicionário: *características do produto* e *ausência de deficiências*, embora também alerte que muitas empresas chegaram a outras definições, que elas consideraram consistentes com suas necessidades e seu próprio dialeto. De acordo com Juran (2002, p. 10) “não existe possibilidade de adoção de definições universais, a não ser que seja desenvolvido um glossário patrocinado por um organismo reconhecido de padronização”.

As mudanças ocorridas na história e evolução da Qualidade contribuíram para que outros autores consagrados expusessem seus pontos de vista a cerca do que vem a ser a palavra *qualidade*.

Garvin (2002) apresenta cinco abordagens principais para a definição da qualidade: a transcendente, a baseada no produto, a baseada no usuário, a baseada na produção e a baseada no valor.

- **Transcendente:** de acordo com esta abordagem, a qualidade significa *excelência inata* e é reconhecida pela experiência.

- **Baseada no produto:** esta abordagem vê a qualidade como uma variável precisa e mensurável objetivamente e as diferenças de qualidade são tidas como reflexos de presenças, ausências ou diferenças nas quantidades de ingredientes ou atributos do produto.
- **Baseada no usuário:** esta é uma abordagem subjetiva e pessoal que concebe a qualidade como a adequação ao uso ou como a capacidade de um produto de atender às preferências do consumidor.
- **Baseada na produção:** segundo esta abordagem, de enfoque interno, a qualidade é o grau em que um produto está em conformidade com um projeto ou especificação.
- **Baseada no valor:** de acordo com esta abordagem, um produto possui qualidade quando oferece um desempenho ou conformidade a um preço ou custo aceitável, ou seja: é a excelência possível de ser adquirida.

Paladini (2004) considera três conjuntos de abordagem conceitual da qualidade:

1. **o modelo ampliado da adequação ao uso** – este modelo utiliza cinco abordagens conceituais que refletem o que o consumidor considera relevante ao adquirir um produto ou serviço. As cinco abordagens que, segundo Paladini (2004), revestem as cinco abordagens originais de Garvin com uma nova visão são as seguintes: *confiança no processo de produção, aceitação do produto, valor associado ao produto, confiança na imagem ou na marca e adequação ao usuário.*
2. **o modelo de “impacto de produtos e serviços na sociedade como um todo”** – este modelo enfatiza os outros componentes da sociedade que são afetados direta ou indiretamente pelo uso dos produtos;
3. **o modelo da “qualidade globalizada”** – este modelo aborda, dentre outros, a questão da facilidade de acesso e a oportunidade de atuação em novos mercados.

Para Téboul (1991, p. 32), “qualidade é, antes de mais nada a conformidade às especificações”. É também “a resposta ajustada à utilização que se tem em mente, na hora da compra e também a longo prazo”, ou ainda: “aquele ‘algo mais’ de sedução e excelência, mais próximo do desejo do que da qualidade”.

A norma NBR ISO 9000:2000 (p. 7) traz a seguinte definição: qualidade é o “*grau no qual um conjunto de características inerentes satisfaz a requisitos*”. Esta definição dada pela ISO norteará este trabalho, bem como as demais de forma complementar.

### 2.2.2 Qualidade em serviços

Lovelock e Wright (2001) definem Qualidade do Serviço como uma opinião geral do cliente sobre a entrega do serviço constituída de uma série de experiências bem e mal sucedidas com o serviço. De maneira similar, Fitzgerald (1993 apud MOREIRA, 1996, p. 59) colocam que “Qualidade do serviço é a totalidade de aspectos e características do pacote do serviço que se apóia na sua habilidade de satisfazer ao cliente”. Note-se que a parte final desta definição ressalta a importância da satisfação do cliente como um fator indicativo para a qualidade dos serviços.

De acordo com a NBR ISO 9000:2000 (p. 7), satisfação do cliente é a “*percepção do cliente do grau no qual os seus requisitos foram atendidos*”.

Para Corrêa e Caon (2002), os clientes avaliam os serviços durante ou após o término do processo (pois dificilmente os serviços podem ser avaliados antes de sua prestação). Segundo estes autores, a avaliação da qualidade dos serviços se dá pela comparação entre o que o cliente esperava do serviço com o que ele percebeu do serviço prestado. Sendo, portanto, a avaliação do cliente, uma função de suas expectativas e de sua percepção do serviço, conforme a expressão a seguir.

$$\text{Avaliação da qualidade do serviço} = f(\text{Expectativas}, \text{Percepção}) \quad (2.1)$$

De acordo com Téboul (1999), é possível expressar a satisfação do cliente através da seguinte relação:

$$\text{Satisfação do cliente} = \frac{\text{Qualidade Percebida}}{\text{Qualidade Esperada}} \quad (2.2)$$

Assim sendo, tem-se:

- *Percepção > Expectativa* : nível de satisfação elevado com a superação das expectativas do cliente;
- *Percepção = Expectativa* : cliente satisfeito com o atendimento das suas expectativas;

- *Percepção < Expectativa*: cliente insatisfeito com o não atendimento de suas expectativas (frustração).

De acordo com Lovelock e Wright (2001), quando os clientes avaliam a qualidade de um serviço, eles o julgam em função de algum padrão interno que existia antes da experiência de serviço. Esse padrão interno constitui a base para as *expectativas* do cliente.

As Expectativas podem variar entre diferentes regiões, grupos demográficos (ex: homens/mulheres, jovens/idosos) etc. Segundo Giansi e Corrêa (1996) os fatores que influenciam a formação das expectativas dos clientes são: *comunicação boca a boca*, *necessidades pessoais*, *experiências anteriores* e *comunicação externa*.

É importante procurar administrar as expectativas dos clientes através, por exemplo, de propagandas, promoções, garantias e comunicações durante a prestação do serviço, mas tendo cuidado para evitar gerar expectativas muito altas. Neste sentido, Giansi e Corrêa (1996) afirmam que o fornecedor do serviço deve procurar, de maneira adequada, influenciar as expectativas do cliente quando identificar uma inadequação entre estas e suas reais necessidades.

Com relação à Percepção, Las Casas (1999) analisa a aplicação de alguns princípios da psicologia e afirma que os mais ilustrativos no estudo da percepção em serviços são o princípio da *similaridade*, o da *proximidade* e o da *continuidade*.

De acordo com o princípio da similaridade, as coisas ou fatos similares tendem a ser percebidos pelo cliente como parte de um conjunto. Pelo princípio da proximidade, coisas próximas tendem a ser percebidas como parte de um conjunto. O princípio da continuidade está mais associado ao marketing. Ao lançar uma informação várias vezes sucessivas, a propaganda condiciona os clientes a formar o todo significativo desejado. Um bom exemplo é o da propaganda do comprimido Doril: “tomou Doril, ... a dor sumiu!”. Após um certo tempo, mesmo sem apresentar no comercial a frase completa, o cliente automaticamente fecha a frase com o complemento “a dor sumiu” (LAS CASAS, 1999).

As percepções da qualidade do serviço são afetadas pelo que é fornecido e também pela forma com que o cliente é tratado quando o serviço é fornecido. Giansi e Corrêa (1996) afirmam que a prestação do serviço e a comunicação transmitida, durante ou após o processo, ao cliente são os principais fatores que influenciam a percepção do serviço prestado.

Como se pode notar, tanto as Expectativas como a Percepção são afetadas quando o cliente possui algum tipo de interação com pessoas ou aspectos relacionados ao serviço prestado pela organização. Desta forma, em ambas pode-se constatar a forte influência dos chamados *momentos da verdade*, conforme ilustra a figura a seguir.

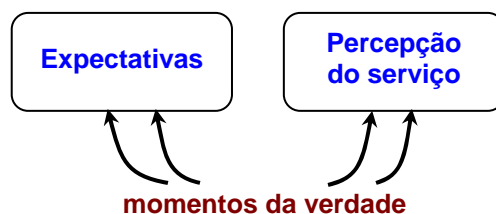


Figura 2.2: Influência dos momentos da verdade nas Expectativas e Percepção do serviço

Fonte: A autora (2007)

O termo *momentos da verdade* foi criado pelo consultor geral sueco Richard Normann em 1978 e popularizado por Jan Carlzon, executivo de uma empresa de aviação Escandinávia (LAS CASAS, 1999).

O referido autor (1999) descreve que os momentos da verdade são os momentos em que o cliente entra em contato com algum aspecto da organização e obtém uma impressão de qualidade de seus serviços. Ou seja: qualquer contato de um indivíduo com a organização que forma alguma impressão é considerado um momento da verdade, como por exemplo: leitura de um anúncio, ligações telefônicas, pedidos de informação, a própria prestação do serviço, atendimento de pós-venda etc.

Assim sendo, como no controle da qualidade dos serviços, tendo em vista a simultaneidade entre produção e consumo, não há como empregar ações corretivas, mas apenas preventivas (baseadas em situações análogas passadas), o marketing e a estratégia em serviços devem receber um tratamento diferenciado, pois a soma dos momentos da verdade influenciarão fortemente na percepção do serviço, e conseqüentemente, na qualidade do mesmo.

### 2.2.3 Mensuração da Qualidade em serviços – a escala SERVQUAL

Medir a qualidade de serviços é uma tarefa difícil quando comparada com a de medir a qualidade de produtos. Os produtos possuem muitas características físicas que podem ser detectadas, inclusive com uma precisão alta, por meio de instrumentos de medição. Por sua

vez, os serviços contêm características psicológicas e aspectos qualitativos difíceis de serem captados com um alto nível de confiança.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) afirmam que a qualidade do serviço normalmente se estende além da prestação do serviço em si. Em Hospitais, por exemplo, os serviços impactam na qualidade de vida futura dos clientes.

No campo da avaliação da qualidade de serviços, os trabalhos de Parasuraman, Berry e Zeithaml se tornaram bastante conhecidos. Em 1985, estes autores publicaram um modelo conceitual de qualidade em serviços baseado em cinco *gaps* (ou lacunas) na qualidade que foi amplamente difundido (PARASURAMAN *et al.*, 1985). Na figura 2.3 é apresentado este o modelo de qualidade de serviços.

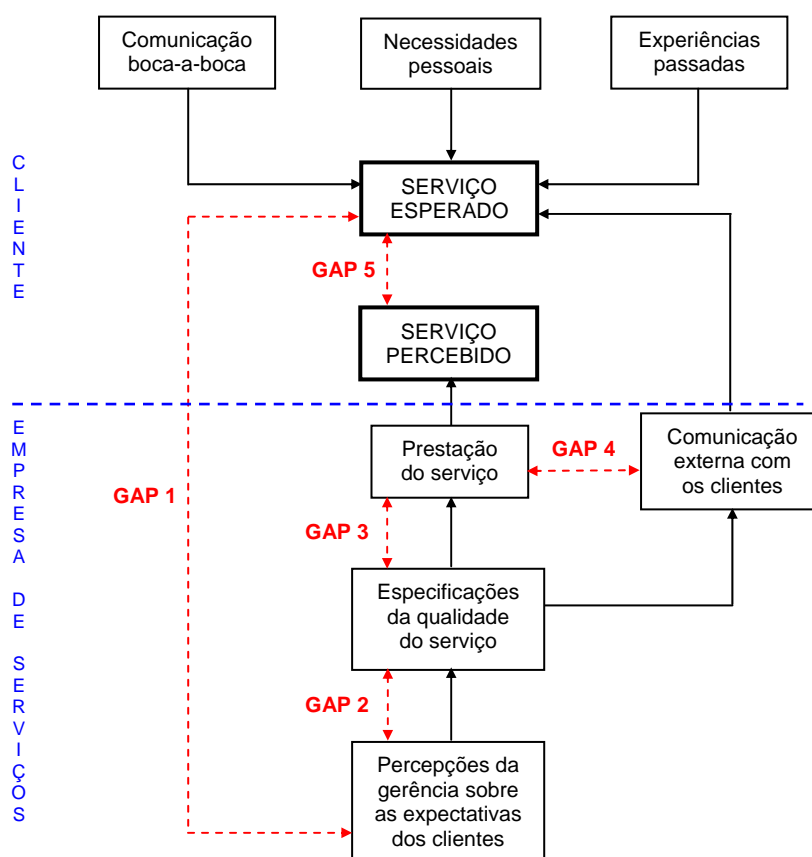


Figura 2.3: Modelo de qualidade de serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry

Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1985, p. 44)

A figura 2.3 é dividida em dois lados: o lado da empresa prestadora de serviços (inferior) e o lado do cliente (superior). No lado da empresa existem quatro gaps na qualidade,

sendo um deles, o GAP 1, relacionado também ao lado do cliente. Estes gaps são explanados por Parasuraman *et al.* (1985) como:

- *GAP 1 (gap entre as expectativas do consumidor e a percepção da gerência)*: nem sempre os gestores entendem quais são as características que significam alta qualidade na visão do cliente, ou seja, quais características o serviço deve ter para atender às necessidades do cliente e quais os níveis de desempenho que estas características devem possuir a fim de oferecer um serviço de alta qualidade.

- *GAP 2 (gap entre a percepção da gerência e as especificações de qualidade do serviço)*: este gap ocorre quando existe o conhecimento das expectativas do cliente, mas restrições como limitações de recursos, condições de mercado, flutuações na demanda etc, impedem que os gestores disponibilizem um serviço de alta qualidade. Este gap também pode ocorrer quando há falta de compromisso com a qualidade do serviço por parte da gerência.

- *GAP 3 (gap entre as especificações de qualidade do serviço e a prestação do serviço)*: os autores (1985) relatam que mesmo quando existem diretrizes para o bom desempenho do serviço e para que os consumidores sejam tratados corretamente, a qualidade do serviço pode não se concretizar. Esta discrepância é justificada pelo papel central que tem o contato pessoal na prestação de um serviço: os funcionários das empresas prestadoras de serviço exercem forte influência na qualidade percebida do serviço pelos clientes e é difícil manter a qualidade padronizada por causa da variabilidade no desempenho do funcionário.

- *GAP 4 (gap entre a prestação do serviço e a comunicação externa com os clientes)*: anúncios da mídia e outros tipos de comunicação feitos pela empresa podem afetar as expectativas dos clientes. Parasuraman *et al.* (1985) aconselham que a empresa, na comunicação com os clientes, não deve prometer mais do que ela realmente possa realizar, pois isso pode aumentar as expectativas iniciais e baixar as percepções de qualidade se as promessas não forem cumpridas. Note-se que, por outro lado, a ausência de informação sobre o serviço que se pretende prestar também pode prejudicar a empresa, pois ela pode gerar insegurança para o cliente a cerca do serviço que ele procura. Então a empresa precisa encontrar um meio termo que garanta o equilíbrio entre esses dois aspectos.

- *GAP 5 (gap entre o serviço percebido e o serviço esperado)*: segundo Parasuraman *et al.* (1985) a chave para assegurar a boa qualidade do serviço e, portanto, eliminar este gap 5, é atender ou exceder as expectativas dos clientes sobre o serviço.



O gap 5 está situado inteiramente no lado superior da figura 2.3 (lado do cliente) por se tratar da avaliação final do serviço feita pelo cliente. Além disso, todos os demais gaps estão vinculados ao gap 5, ou seja: o gap 5 é resultante dos gaps 1 a 4. Isto significa que o gap 5 existirá se um ou mais dos outros gaps existirem. Portanto, os esforços dos gestores devem se concentrar nos gaps 1 a 4, tendo em vista que os resultados no gap 5 são decorrentes de ações realizadas nos gaps 1 a 4.

Neste mesmo artigo, Parasuraman *et al.* (1985) apresentaram dez determinantes da qualidade em serviços os quais são referidos como *dimensões originais*. E, três anos depois, publicaram um artigo (Parasuraman *et al.*, 1988) propondo um instrumento para medir a qualidade dos serviços – a escala SERVQUAL – baseado em cinco principais dimensões que, segundo os autores (1988), os clientes usam para julgar a qualidade de um serviço: confiabilidade, aspectos tangíveis, sensibilidade, segurança e empatia. A seguir são apresentadas estas cinco dimensões, de acordo com Parasuraman *et al.* (1988).

- **Tangíveis:** a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação.
- **Confiabilidade:** a habilidade em realizar o serviço no tempo prometido de forma confiável e precisa.
- **Responsividade:** a disposição em ajudar os clientes e prover-lhes o serviço prontamente.
- **Segurança:** o conhecimento dos funcionários e suas habilidades em transmitir confiança e segurança.
- **Empatia:** o fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.

Convém esclarecer, conforme Parasuraman *et al.* (1988), que as duas últimas dimensões (segurança e empatia) contêm aspectos que representam sete (comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, conhecimento e acesso) das dez dimensões originais. Portanto, segundo os autores, apesar da escala SERVQUAL ter apenas 5 dimensões distintas, elas capturam a essência das 10 dimensões conceituadas originalmente.

A escala SERVQUAL proposta por Parasuraman *et al.* (1988) é composta de vários itens que se destinam a medir as cinco principais dimensões da qualidade em serviços, tanto com relação às Expectativas, como à Percepção. Cada item é avaliado numa escala de sete pontos variando de “*Concordo plenamente*” (7) a “*Discordo totalmente*” (1) e somente os

extremos da escala são rotulados (não existem palavras ou expressões descrevendo os pontos de 2 a 6).

A idéia da escala SERVQUAL é a de comparar a performance da empresa prestadora do serviço frente a um ideal (expectativas) através de um questionário como instrumento de aplicação para os respondentes (PARASURAMAN *et al.*, 1988). Desse modo, pode-se distinguir três etapas na aplicação desta ferramenta: a primeira, na qual são avaliadas as Expectativas dos clientes, a segunda, na qual são avaliadas as Percepções; e a última etapa, que consiste em fazer uma comparação entre os dois grupos de resultados para obter a qualidade do serviço.

A escala SERVQUAL representou um marco na literatura da área de gestão de serviços e vem sendo muito utilizada para avaliação destes. A partir dela, a produção científica nesta área amadureceu com diversas abordagens de trabalhos posteriores e, inclusive, com pesquisas que refinaram o modelo. Este trabalho utilizará esta ferramenta como instrumento para obtenção de informações referentes à prestação de serviços no hospital pesquisado.

### **2.3 Fatores Críticos de Sucesso (FCS)**

Segundo Rockart (1982, p. 4), responsável pela idealização do método, os Fatores Críticos de Sucesso (FCS) correspondem “àquelas poucas áreas da atividade nas quais resultados favoráveis são absolutamente necessários para os gestores alcançarem os objetivos organizacionais”, ou seja: são os fatores que têm importância vital para que a organização tenha sucesso. Rockart (1979) acrescenta que os fatores críticos de sucesso são aqueles cuja performance deve receber constante atenção da gestão se a empresa quiser permanecer competitiva.

O estudo dos FCS requer pleno conhecimento do cenário em que a empresa atua de modo que seja possível identificar as variáveis ambientais que interagem com o sistema no qual a empresa está inserida: as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças, de modo que o processo de reconhecimento e identificação destes fatores seja elaborado em coerência com as estratégias corporativas contidas no planejamento estratégico da empresa.

Rockart (1979) afirma que o método FCS auxilia a alta gestão a definir suas necessidades atuais de informação e reduzir o acúmulo de dados desnecessários. Além disso, o método pode ser usado com propósitos de planejamento estratégico, vindo a auxiliar a alta

gestão por meio do desenvolvimento de medidas para os fatores críticos de sucesso e determinação para onde a atenção gerencial deve ser direcionada.

O método dos FCS, como proposto por Rockart (1979, p. 85) é realizado através de duas ou três sessões de entrevista com os gestores da organização. Na primeira sessão inicialmente são registrados os objetivos da gestão e os fatores críticos de sucesso que fundamentam tais objetivos. A segunda sessão é usada para revisar os resultados da primeira, sugerir alterações ou melhoramentos de alguns fatores. E uma terceira sessão pode ser necessária para obter uma posição final dos FCS.

Rockart (1979, p. 86) afirma que as principais fontes de fatores críticos de sucesso são: o ramo de atividade da empresa; a estratégia competitiva, a posição da empresa e a localização geográfica; os fatores ambientais; e os fatores temporais. O autor também esclarece que os FCS diferem de empresa para empresa e de gestor para gestor.

No setor hospitalar, uma pesquisa conduzida nos Estados Unidos mostrou quais são os fatores mais importantes para ter uma alta qualidade no serviço de saúde, e a ordem de importância deles (MIRSHAWAKA, 1994). Na tabela 2.2 é apresentado o resultado desta pesquisa.

*Tabela 2.2: Fatores para uma alta qualidade no serviço hospitalar e seus níveis de importância*

<b>Nível de importância</b>	<b>Fator</b>
97,3%	Cuidado das enfermeiras
96,4%	Aptidão clínica dos médicos
93,3%	Atitude dos empregados
89,9%	Estado da arte da tecnologia
85,6%	Administração do hospital
82,1%	Operações internas
74,9%	Aparência física do hospital
69,0%	Conveniência/acesso
61,0%	Serviço de alimentação
52,8%	Envolvimento da gerência na garantia da qualidade

*Fonte: Adaptado de Mirshawaka (1994, pág. 54)*

De acordo com Oliveira (2001), toda empresa tem uma orientação estratégica que representa a visão do futuro da empresa e determina a ação, o comprometimento e a forma de atuação dos gestores. Para este autor (2001), os Fatores Críticos de Sucesso têm grande influência no delineamento das estratégias empresariais e para enfrentar tais pontos críticos deve-se analisar a capacitação da empresa e as estratégias sugeridas. Oliveira (2001) ressalta

ainda que o estabelecimento e análise dos Fatores Críticos de Sucesso auxiliam o executivo a fazer um diagnóstico que serve de base para o desenvolvimento do processo estratégico da empresa e, portanto, a estruturação dos FCS auxilia no estabelecimento de vantagens competitivas.

Uma das críticas para o método dos FCS, conforme cita Oliveira (2001), é que devido à sua subjetividade, existe a possibilidade de ocorrer entrevistas direcionadas a determinada conclusão. Vale frisar que esse tipo de viés só acontecerá se a entrevista for mal conduzida, pois a entrevista para identificação dos FCS deve ser bem elaborada e, inclusive, deixar espaço para que o entrevistado se expresse à vontade, e suas idéias sejam incluídas nos resultados da entrevista, como será explicado na metodologia (capítulo 4) deste trabalho.

O método dos FCS tem sido aplicado em alguns estudos e ganhou destaque no campo da gestão como uma importante ferramenta na avaliação das necessidades de dados. Este trabalho fará uso desta ferramenta associada à escala SERVQUAL no estudo da qualidade nos serviços hospitalares.

## 2.4 Considerações sobre este capítulo

Este capítulo abordou os pontos principais sobre Serviços, Qualidade em Serviços e o método dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS). Foram apresentados o conceito de serviços, as classificações segundo dois autores e várias características das atividades de serviços, dentre as quais podem ser destacadas a *intangibilidade* e a *impossibilidade de fazer estoques*.

A questão da Qualidade em Serviços está diretamente vinculada à *satisfação do cliente*, e esta é medida comparando-se a qualidade esperada (*Expectativas*) com a qualidade percebida (*Percepções*) do serviço recebido. Vários fatores influenciam as expectativas e as percepções do cliente sobre a qualidade do serviço.

O instrumento para medir a qualidade em serviços adotado neste trabalho é a escala SERVQUAL. Esta escala é baseada no modelo conceitual de qualidade em serviços de Parasuraman *et al.* (1985) que se baseia em 5 *gaps* (lacunas) na qualidade. A escala é composta de 22 itens para medir as Expectativas e 22 itens para medir a Percepção, de forma a englobar as seguintes dimensões, que segundo os autores, os clientes usam para avaliar a qualidade de um serviço: Tangíveis, Confiabilidade, Responsividade, Segurança e Empatia.

No próximo capítulo serão apresentados os resultados das principais pesquisas realizadas adotando a escala SERVQUAL encontradas na literatura e que darão suporte para a avaliação da qualidade em serviços hospitalares proposta neste trabalho.

### **3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Neste capítulo são expostos resultados de pesquisas e trabalhos encontrados na literatura relacionados aos assuntos-chaves desta dissertação. Estas informações ajudam a situar o presente trabalho no que vem sendo discutido e proposto na literatura da área. Além disso, tais informações foram fontes significativas para o desenvolvimento deste trabalho.

#### **3.1 O Setor Hospitalar**

Nesta seção são apresentadas, dentre outros, a definição de Hospital, as possíveis unidades de um hospital, as características dos serviços hospitalares e a qualidade neste tipo de serviço.

##### **3.1.1 Definição e funções do Hospital**

De acordo com Cherubin e Santos (1997), o Informe Técnico número 122, de 1957 da Organização Mundial de Saúde definiu:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (NOVAES, 1999) traz uma definição mais detalhada de hospital, que foi proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (escritório regional para as Américas da Organização Mundial de Saúde – OMS):

São todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

Cherubin e Santos (1997) acrescentam que a Comissão de Especialistas que elaborou o informe técnico citado fixou as seguintes funções para o hospital:

- prevenir a doença;
- restaurar a saúde;
- exercer funções educativas e

- promover a pesquisa.

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (NOVAES, 1999) aponta outras funções do hospital:

- oferecer assistência médica continuada;
- oferecer assistência médica integrada;
- concentrar grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio;
- constituir um nível intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente;
- promover a saúde e prevenir as doenças sempre que o estabelecimento pertencer a uma rede que garanta a disponibilidade de todos os recursos para resolver cada caso;
- abranger determinada área;
- avaliar os resultados de suas ações sobre a população da área de influência.

Como se pode perceber, o hospital é uma instituição que, mediante a função primordial de prestar assistência à saúde à população de uma determinada região, possui grande influência social afinal, todas as pessoas são passíveis de sofrer algum tipo de moléstia em sua saúde.

No desempenho de suas funções, os hospitais abrangem um vasto número de atividades e serviços que interagem entre si para a consecução dos objetivos organizacionais. A próxima seção detalha as principais características e os ambientes que podem ser observados na área hospitalar.

### 3.1.2 Meio interno e meio externo

As unidades físicas que compõem um hospital estão inseridas numa determinada área geográfica. Esta área pode ser visualizada como dois grandes blocos (um meio interno e um meio externo) compostos de elementos que se articulam num processo de interação contínua.

Bittar (1996) apresenta um modelo (figura 3.1) onde a inserção do hospital no meio ambiente é caracterizada pela existência destes dois meios. Examinando este modelo, é

possível notar como se configura o fluxo entre os diversos elementos de ambos os meios e as influências exercidas uns sobre os outros.

A partir do *Meio Externo* é feita uma análise das necessidades e influências da comunidade, enquanto que o *Meio Interno* serve de subsídio para a análise das condições organizacionais e suas necessidades.

O confronto destas duas análises é a base para o planejamento, organização e implementação das atividades que integram as diversas áreas de atuação (promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa) do hospital.

Os resultados de todas as atividades e serviços constituem informações para os indicadores de saúde da comunidade e para os indicadores hospitalares. Note-se que estes últimos também servem como um indicativo para as necessidades de recursos humanos e materiais (meio interno).

Tais indicadores servem como feedback para o meio interno, que por sua vez, mantém interação contínua com os elementos do meio externo (demografia, geografia, psicossocial, cultura/educação, legislação, política, economia, tecnologia, condições de saúde e instituições de saúde).

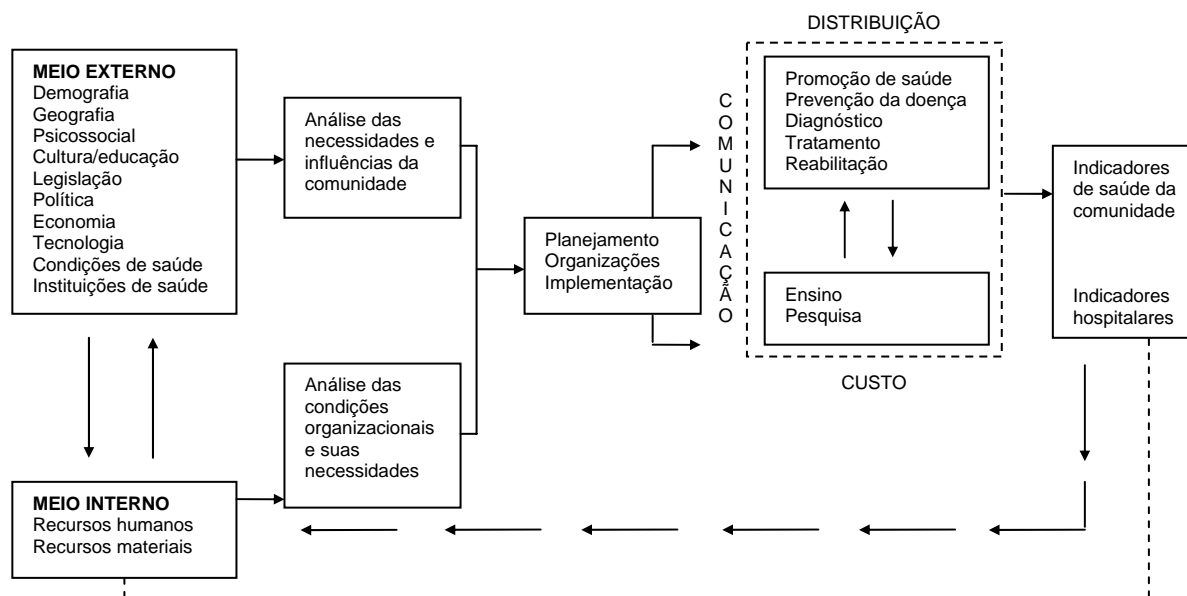


Figura 3.1: Modelo para os meios interno e externo

Fonte: Bittar (1996, p. 6)



### 3.1.3 Estrutura de poder e unidades da área hospitalar

Em relação à estrutura de poder, Zoboli (2002) afirma não haver uma autoridade única no hospital porque o grupo médico exerce grande influência em todos os níveis, interferindo no processo de decisão e gozando de considerável autonomia em seu trabalho e autoridade sobre os outros profissionais. Segundo a autora (2002), na realidade, é possível identificar quatro centros de poder na estrutura hospitalar: a *diretoria superior*, os *médicos*, a *administração* e os *outros profissionais*.

Zoboli (2002) acrescenta que dos quatro centros mencionados, dois deles (médicos e administradores) freqüentemente se opõem e aponta algumas razões para isso, dentre as quais merece destaque a questão dos objetivos perseguidos. Os médicos buscam objetivos relacionados à melhor assistência, e para tal, reclamam por maior quantidade e qualidade dos recursos; já os administradores estão mais voltados para o alcance dos objetivos organizacionais, tendo em vista as restrições financeiras.

Os hospitais são compostos de várias unidades de diversas áreas. Os funcionários trabalham e interagem de forma a manter a organização e o funcionamento adequado das atividades e serviços prestados em todas as unidades do hospital. Os tipos de unidades e equipamentos presentes num hospital dependerá do tamanho, capacidade e, principalmente, área de atuação do mesmo.

A seguir são listadas diversas unidades e elementos que podem compor um Hospital, segundo Cherubin e Santos (1997).

- *Unidade de Administração* – conjunto de elementos onde se desenvolvem as atividades administrativas do hospital.
- *Setor de Internação e Alta* – é o local destinado ao processamento da internação, alta e transferência de pacientes e à prestação de informações sobre seu estado de saúde.
- *Unidade de Internação* – é o conjunto de elementos destinado à acomodação do paciente internado e à prestação dos cuidados necessários ao seu atendimento. Contém os seguintes elementos: *Quarto Hospitalar, Enfermaria, Isolamento, Leito Hospitalar, Posto de Enfermagem, Sala de Serviço, Sala de Expurgo*.
- *Sala de Curativos* – é a dependência destinada ao exame dos pacientes, curativos e outros procedimentos médicos e de enfermagem.

- *Copa* – é a dependência destinada à distribuição dos alimentos e ao preparo eventual de pequenas refeições.
- *Depósito de Roupa Limpa* – é o local destinado à guarda da roupa proveniente da lavanderia.
- *Depósito de Roupa Suja* – é o local destinado à guarda temporária da roupa usada.
- *Depósito de Material de Limpeza* – é o local destinado à guarda de utensílios e material de limpeza.
- *Estacionamento de macas* – é o local destinado à guarda de macas e cadeiras de rodas.
- *Depósito de Equipamento* – é o local destinado À guarda de peças de mobiliário e equipamentos e acessórios de uso eventual.
- *Unidade de Berçário* – é o conjunto de dependências destinadas à internação dos recém-nascidos.
- *Alojamento Conjunto* – é a colocação do berço de criança recém-nascida normal no aposento em que está inserida sua mãe.
- *Berço de Maternidade* – é a cama destinada a recém-nascido sadio, de parto ocorrido no hospital.
- *Unidade de Lactário* – é o conjunto de elementos destinados ao preparo da alimentação dos lactentes do hospital.
- *Unidade de Centro Cirúrgico* – é o conjunto de elementos destinados ao desenvolvimento de todas as atividades relacionadas à cirurgia, em condições ideais de segurança e conforto para os pacientes e a equipe de trabalho. Contém os seguintes elementos: *Sala de Cirurgia, Área Restrita do Centro Cirúrgico, Área de Transferência, Barreira Contra a Contaminação, Secretaria, Centro de Recuperação, Centro de Material Esterilizado* (este centro pode ou não fazer parte desta unidade).
- *Unidade de Centro Obstétrico* – é o conjunto de elementos destinados ao desenvolvimento das atividades relacionadas com o parto. Contém: *Sala de Pré-Parto, Sala de Parto*.

- *Unidade de Centro-Cirúrgico-Obstétrico* – é a que combina as atividades de cirurgia e obstetrícia, em uma única área, indicada em hospitais gerais de pequeno e médio porte.
- *Unidade de Serviços Complementares e de Diagnóstico e Tratamento* – é o conjunto de elementos que acomodam os serviços que contribuem para facilitar o diagnóstico e ou a recuperação da saúde do paciente.
- *Unidade de Radiodiagnóstico* – é o conjunto de dependências onde se concentram os equipamentos e se realizam as atividades concernentes ao uso de Raios-X para fins diagnósticos.
- *Unidade de Radioterapia* – é o conjunto de dependências destinadas ao emprego de Raios-X e radiações ionizantes com fins terapêuticos.
- *Unidade de Medicina Nuclear* – é o conjunto de dependências onde se realizam as atividades relacionadas com a utilização de substâncias radioativas (radioisótopos), para fins de diagnóstico e tratamento.
- *Unidade de Medicina Física (Reabilitação)* – é o conjunto de dependências destinadas ao emprego de agentes físicos para fins de diagnóstico, tratamento e reabilitação através da eletroterapia, termoterapia, fototerapia, hidroterapia, massoterapia e mecanoterapia.
- *Serviço de Anestesiologia e Gasoterapia* – é o que utiliza substâncias líquidas e ou gasosas para fins de anestesia e tratamento.
- *Sala de Anestesia* – é o local destinado à indução anestésica do paciente.
- *Laboratório de Patologia Clínica* – é o conjunto de dependências destinado à realização de análises clínicas necessárias ao diagnóstico e à orientação terapêutica dos pacientes do hospital.
- *Laboratório de Hemoterapia* – é o setor do hospital que, além das atividades inerentes ao Banco de Sangue, realiza, também, atividades semi-industriais de preparo do sangue e seus derivados.
- *Laboratório de Anatomia Patológica* – é o conjunto de dependências destinadas à realização de necropsia e de exames macro e microscópicos dos tecidos.
- *Necrotério, Velório e Capela*

- *Unidade de Dispensação de Medicamentos* – é o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição de medicamentos industrializados para uso dos pacientes do hospital.
- *Farmácia Hospitalar* – é o conjunto de dependências destinadas à manipulação, recepção, guarda, controle e distribuição de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos para uso do hospital e seus pacientes.
- *Farmácia de Manipulação* – é a que além das atividades próprias da Farmácia Hospitalar, produz medicamentos em grande escala, para uso do hospital e de seus pacientes e ou para fornecer a outros hospitais.
- *Unidade de Documentação Médica* – é o conjunto de dependências destinadas à guarda, movimentação e controle de Prontuários Médicos e às atividades estatísticas médico-hospitalares. Contém a dependência *Arquivo Médico*.
- *Almoxarifado* – é o local destinado à recepção, guarda, controle e distribuição dos materiais necessários ao funcionamento do hospital.
- *Unidade de Terapia Intensiva ou Centro de Terapia Intensiva* – é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento dos pacientes adultos em estado grave.
- *Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica* – é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento dos pacientes com até 12 anos em estado grave.
- *Unidade de Terapia Neo-Natológica* – é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento de pacientes em estado grave recém-nascidos no hospital ou externos.
- *Ambulatório ou Unidade de Pacientes Externos* – é uma unidade integrada ou isolada do hospital, que se destina ao diagnóstico ou tratamento de pacientes não internados.
- *Consultório* – é a dependência destinada à anamnese do paciente, exame físico e prescrição.
- *Serviço de Emergência* – é o que se destina ao atendimento imediato do paciente externo que esteja em grave sofrimento, risco ou perda de função ou vida.

- *Serviço de Assistência Hospitalar Domiciliar* – é o componente da Unidade de Pacientes Externos onde se promovem as medidas necessárias à prestação da Assistência Hospitalar Domiciliar.
- *Serviço Hospitalar de Saúde Pública ou Saúde Comunitária* – é aquele em que se desenvolvem as atividades educativas e profiláticas destinadas a conscientizar a comunidade e oferecer cobertura de saúde.
- *Sala de Pequena Cirurgia* – é uma dependência, geralmente localizada na Unidade de Pacientes Externos (Ambulatório ou Emergência), destinada à realização de pequenas intervenções cirúrgicas.
- *Dispensário* – é uma unidade assistencial ambulatorial, geralmente isolada e que se destina ao diagnóstico e tratamento de um único tipo de afecção (Tuberculose, Hanseníase).

#### 3.1.3.1 O Setor de Internação

Conforme exposto no capítulo 1, a metodologia deste trabalho incluirá um estudo de caso. A pesquisa será feita no setor de Internação (SUS e Privado) de um hospital da Região Metropolitana do Recife. Foi escolhido o setor de Internação por abranger serviços de várias áreas tais como: recepção, enfermagem, serviços médicos, nutrição e hotelaria.

Cherubin e Santos (1997) trazem as seguintes definições para este setor:

- *Internação* é a “admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar” e

- *Unidade de Internação* é o “conjunto de elementos destinado à acomodação do paciente internado e à prestação dos cuidados necessários ao seu atendimento” que contém os seguintes elementos: Quarto Hospitalar, Enfermaria, Isolamento, Leito Hospitalar, Posto de Enfermagem, Sala de Serviço, Sala de Expurgo.

Segundo estes autores (1997), os serviços de internação envolvem as instalações de hotelaria, podendo conter dependências para um ou mais pacientes, a estrutura para a realização de procedimentos cirúrgicos; e as UTIs, que podem prestar assistência a adultos, crianças e recém-nascidos. E para que os serviços mencionados possam funcionar corretamente, é necessário que além de um quadro de recursos humanos, o hospital mantenha uma estrutura de apoio, formada pelos serviços de esterilização, de preparação da roupa, de fornecimento da alimentação, de manutenção e limpeza, de guarda e distribuição dos produtos e de uma administração que organize e faça interagir todos esses elementos.

O Setor de Internação é responsável, dentre outros, pelo processamento da internação, alta e transferência de pacientes e à prestação de informações sobre seu estado de saúde (CHERUBIN e SANTOS, 1997).

#### 3.1.4 Características dos Serviços Hospitalares

Antes de mais nada, deve-se ressaltar que o atendimento ao ser humano é a missão principal do hospital (NOVAES, 1999). Zoboli (2002) coloca que o hospital não pode agir independentemente dos objetivos do interesse coletivo da saúde (mesmo que, para isso seja preciso abrir mão da maximização das receitas) e acrescenta que a eficiência econômica muitas vezes é incompatível com as atividades desenvolvidas, pois geralmente o melhor serviço, em termos humanitários, não é o menos oneroso.

Os hospitais se diferenciam entre si em muitos aspectos: área física, capacidade, tipo de atendimento, etc. Mas, pode-se dizer que, em geral, a prestação dos serviços hospitalares reúne um grande número de atividades, inclusive de setores/unidades distintos.

Em Zoboli (2002) outras características dos serviços hospitalares podem ser visualizadas:

- alta personalização dos serviços de atenção e tratamento;
- possuem maior valor social do que econômico;
- a oferta dos serviços hospitalares depende das necessidades e demandas da sociedade;
- vulnerabilidade às situações de emergência;
- pessoas participam ativamente no processo de prestação do serviço;
- controle limitado;
- os serviços estão sujeitos a variações de diversas naturezas; uma delas é a inexistência de uma única linha de mando (conforme exposto no fim da seção anterior);
- uso de equipamentos e da tecnologia.

Em Moraes *et al.* (2004) são encontradas outras três características:

- a padronização de procedimentos é dificultada pelas características ímpares dos clientes;
- muitos serviços não podem ser programados, pois as necessidades, em muitos casos, são imprevisíveis;
- os serviços são executados por uma grande variedade de profissionais, com técnicas distintas e diferentes compreensões.

Neste trabalho pretende-se avaliar a qualidade dos serviços hospitalares. Para tanto, se faz necessário conhecer suas características para melhor compreender que aspectos podem vir a influenciar na percepção da qualidade deste tipo de serviço segundo a visão dos clientes e também segundo a visão do hospital. Esta análise será tratada na seção seguinte.

### 3.1.5 Qualidade no serviço hospitalar

Nos dias de hoje, a preocupação com a qualidade nos serviços é uma realidade universal. No setor hospitalar não é diferente: existe a busca da qualidade em todas as áreas: atendimento, recursos humanos, atendimento médico, higiene e combate à infecção hospitalar etc. De acordo com Moraes *et al.* (2004), em muitos países, novas técnicas vêm sendo aplicadas visando melhorar a eficiência dos serviços hospitalares e a adoção de programas de qualidade tem sido cada vez mais incorporada ao dia-a-dia das empresas como uma forma para a integração e sobrevivência no mercado competitivo.

Segundo Moraes *et al.* (2004), as instituições de saúde estão necessitando investir em qualidade para se manter no mercado, e isso exige dos gestores habilidade, planejamento, criatividade, inovação e modernização.

Para Mirshawaka (1994), não basta que o hospital retenha bons médicos e com isso consiga atrair os pacientes. Também apenas enfatizar a cortesia no tratamento e os atrativos hoteleiros não é suficiente. Para o autor, o hospital deve demonstrar de forma consistente como fará o serviço de saúde e que ele é ótimo com os recursos disponíveis.

Ainda segundo este autor (1994), a qualidade do serviço de saúde deve estar orientada para o processo, e não apenas para os resultados. Além disso, não se pode esquecer das funções de suporte existentes no hospital, tais como: contabilidade, limpeza, refeitório etc. Mirshawaka alerta que qualquer programa de qualidade num hospital precisa dar atenção às funções técnicas e não-técnicas do processo de execução do serviço de saúde, pois este envolve um tipo de trabalho que requer qualidade no comportamento humano.

Nogueira (1999) faz diversas exposições que se aplicam à qualidade no serviço hospitalar tais como: o uso das sete ferramentas básicas da qualidade (fluxograma, folha de verificação, diagrama de Pareto, gráficos de controle, histograma, diagrama de causa e efeito, diagrama de dispersão); a identificação, relato e tratamento de anomalias nos processos; a avaliação das variações nos processos através do Controle Estatístico de Processos (CEP) e a gestão de pessoas. Sobre este último item, relativamente à remuneração, Nogueira afirma que, em geral, os serviços de saúde no Brasil são mal remunerados e que não é apenas pelos salários que a maior parte dos funcionários se submetem a longas e estressantes jornadas de trabalho e se expõem a vários riscos. Existe um grande número de pessoas que trabalham pelo prazer de diminuir o sofrimento do próximo e pelo orgulho de vencer o desafio representado pela doença.

Nogueira (1999) também aborda a questão da *padronização* e a considera como um importante instrumento na garantia da manutenção da qualidade, pois ela é uma maneira de uniformizar, reduzir a dispersão, além de aumentar a segurança que cada pessoa tem na realização do seu trabalho.

Uma questão levantada com frequência nesse campo é a seguinte: como padronizar uma área em que cada paciente é único e cada quadro clínico possui suas peculiaridades? Nogueira (1999) esclarece, afirmando que na realidade, são os processos que são padronizados (e os processos são utilizados ou não, em função das peculiaridades de cada caso). Por exemplo, a existência de um processo padronizado para aplicação de medicação endovenosa não significa que todos os pacientes irão, obrigatoriamente, receber injeções endovenosas, mas, caso as recebam, a forma de aplicar deverá ser padronizada.

Segundo este autor, uma boa forma de começar a padronização é tentando compreender a forma como o processo ocorre, através de uma representação gráfica sistematizada (*fluxograma do processo*). Os fluxogramas facilitam a visualização de etapas críticas e de etapas passíveis de padronização, além de permitirem uma melhor compreensão do todo.

A padronização levou à criação de alguns prêmios e certificados que são concedidos mediante avaliações contendo diversos critérios. No caso dos hospitais, podem ser destacadas as certificações ISO e o programa de Acreditação Hospitalar como formas de buscar uma maior qualidade no serviço dessas instituições.

No Brasil, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar foi construído com base no Manual de Acreditação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), adaptando-o à



realidade brasileira. De acordo com este manual, o processo de Acreditação de um Hospital consiste na participação voluntária do mesmo, havendo estímulo à busca da melhoria contínua da qualidade, criando integração positiva com a sociedade. E esta iniciativa deve seguir critérios básicos comuns, para que no futuro, “os usuários possam ter confiança que receberão tratamentos semelhantes quando internados em hospitais acreditados, independente do local que sejam atendidos” (NOVAES, 1999).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar é composto de seções e subseções. Nas subseções existem os padrões definidos segundo três níveis, do inicial e mais simples (nível 1) ao mais desenvolvido e mais complexo (nível 3) e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade. Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam a visita e preparação do hospital, para a Acreditação Hospitalar.

No caso da Unidade de Internação, este Manual define-a pela “prestação de atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos)” e traz os seguintes níveis (NOVAES, 1999, p.23):

**Nível 1:**

**PADRÃO:**

O Hospital conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos pacientes, dispondo de responsável técnico habilitado para a condução do serviço. As áreas apresentam condições de conforto e habitabilidade que contribuem para a boa assistência.

**ITENS DE VERIFICAÇÃO:**

- Verificar se os quartos e enfermarias possuem iluminação e ventilação natural.
- Verificar se a privacidade do paciente é respeitada.
- Verificar se os banheiros permitem a passagem de cadeiras de banho ou de rodas.
- Verificar se os pacientes dispõem de alarme na cabeceira do leito para chamar a equipe de enfermagem.
- Verificar se o hospital disponibiliza para o cliente, local (armários ou similares) ou sistema de guarda de pertences.
- Verificar se no local existe pia com sabão e toalhas de papel.

- Verificar a habilitação (capacitação) do responsável técnico.
- Verificar a possibilidade de atendimento em inaloterapia e oxigenioterapia.
- Verificar se o paciente conta com profissional médico responsável pela sua assistência.
- Verificar se a unidade dispõe de materiais e equipamentos básicos para manejo de emergência e parada cardio-respiratória.

**Nível 2:****PADRÃO:**

A Unidade de Internação conta com manuais, rotinas e procedimentos documentados, realiza treinamento continuado dos técnicos e dispõe de um sistema de coleta de dados e indicadores que permitem a condução dos procedimentos, rotinas e avaliação.

**ITENS DE VERIFICAÇÃO:**

- Verificar se a unidade possui manuais e rotinas escritas de todos os procedimentos de treinamento, de capacitação e outros que realize.
- Verificar se os profissionais do setor estão habilitados e capacitados, e se realizam instrução em serviço.
- Verificar se os pacientes dispõem de um profissional médico responsável pela assistência da internação até a alta, assegurando a personalização e a continuidade de cuidados.
- Verificar se a Unidade de Internação conta com: monitor cardíaco e cardioversor no local ou em outro de rápido acesso.
- Verificar a existência de um sistema de informação da Unidade de Internação sobre o atendimento, cuidado ao paciente e avaliação do serviço.
- Verificar se a unidade dispõe de um sistema claro e objetivo ou rotina de comunicação e informação aos familiares.
- Verificar a existência de um sistema de referência (interno ou externo) para o encaminhamento dos casos de alto risco.

**Nível 3:****PADRÃO:**

A Unidade de Internação dispõe de sistemas de aferição da satisfação dos pacientes (internos e externos) e participa ativamente do programa institucional da qualidade e produtividade. Seus serviços estão integrados ao sistema de informação do Hospital, dispondo de dados, taxas e indicadores que permitem a avaliação do serviço e comparações com referenciais adequados.

#### ITENS DE VERIFICAÇÃO:

- Verificar se o responsável técnico é apoiado por profissionais com habilitação adequada ou com capacitação específica.
- Verificar se existe sistema de indicadores que permita a obtenção de informação para a melhoria de processos gerenciais da unidade.
- Verificar se a unidade desenvolve programas de pesquisa aplicada, baseados em atividades do serviço.
- Verificar se a unidade mantém um nível adequado de atualização tecnológica, incorporando materiais novos e equipamentos modernos, com menos de cinco anos de utilização continuada.
- Verificar o sistema e os resultados de aferição da satisfação de clientes (internos e externos).
- Verificar se os banheiros possuem barras de apoio para os pacientes e campanha para comunicação com a enfermagem.
- Verificar se as portas dos banheiros se abrem para o interior do quarto ou são escamoteáveis.
- Verificar se o hospital conta com sistemas de climatização na Unidade de Internação.

O Manual ressalta que a verificação do atendimento a estes itens deve ser conduzida por avaliadores cujo perfil deve situar-se sempre em profissionais de indiscutível conhecimento, com grande experiência na gestão de hospitais, para realizar as recomendações pertinentes e assessorar a melhoria de funcionamento dos mesmos, em visitas, que podem durar, às vezes, vários dias. A avaliação, no caso da Unidade de Internação, é concluída com o preenchimento de uma ficha de avaliação (Anexo 1).

Apesar de a Acreditação dever ser periódica e com o estabelecimento de prazos para a correção das falhas encontradas, ela parece limitar-se a um diagnóstico da área avaliada de forma um tanto genérica e subjetiva. A subjetividade da avaliação diminui a confiabilidade do seu resultado e o fato de expor o resultado da avaliação de forma genérica dificulta o processo de melhoria de qualidade por não deixar claro quais são os aspectos mais urgentes, os mais críticos, a serem tratados, o que pode comprometer o Controle de Qualidade do Hospital.

Qualquer alternativa (ISO, Acreditação ou outra) que vise a melhoria da qualidade de um setor ou do hospital como um todo requer o envolvimento das pessoas e, possivelmente, a incorporação de mudanças. Apesar das dificuldades que podem surgir durante a implantação de mudanças, – como exemplificam Moraes *et al.* (2004): o corporativismo médico pode representar um forte entrave na execução de programas de qualidade hospitalar – muito pode ser feito para melhorar os serviços hospitalares. Além dos esforços como as certificações mencionadas, existem muitas ferramentas e mecanismos da área de gestão da qualidade que, se usados de maneira adequada, podem contribuir significativamente para a obtenção de resultados positivos na prestação de serviços nos hospitais.

#### 3.1.5.1 Elementos que compõem a qualidade dos serviços hospitalares

Na literatura são encontrados vários elementos que compõem a qualidade dos serviços hospitalares.

Em Mirshawaka (1994) podem ser encontrados os seguintes elementos que compõem a qualidade dos serviços hospitalares:

- precisão dos diagnósticos;
- riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável;
- informação transmitida ao paciente confiável;
- chamadas do quarto prontamente atendidas;
- calor humano transmitido por enfermeiras e médicos;
- contas a pagar corretas, bem explicadas e apresentadas rapidamente;
- atenção ao paciente: enfermeiras empáticas e solícitas, efetiva comunicação, boas explicações (ou seja: aquelas que os pacientes podem compreender);
- prontidão no atendimento das solicitações dos pacientes;

- bons médicos (que além das competências técnicas, estejam a par das novas tecnologias, medicamentos e procedimentos);
- hospital de boa reputação;
- equipamentos modernos e pessoas bem aptas a utilizá-los;
- limpeza;
- comida adequada e variada;
- ruído dentro de limites suportáveis;
- comunicação e atenção por parte dos médicos, e tempo suficiente para atender os pacientes, responder suas dúvidas e dar as devidas explicações;
- rapidez no atendimento, evitando longos tempos em salas de espera;
- tratamento personalizado;
- privacidade aos pacientes;
- apoio moral, principalmente aos pacientes mais necessitados, como por exemplo, os do setor de oncologia;
- funcionários atenciosos e humanizados.

Mezomo (2001) cita, dentre outros, que deve haver um elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional profissional-paciente e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente, além dos cuidados técnicos e atualização por parte do profissional de saúde.

Mezomo (2001) comenta ainda que a estrutura do hospital deve ser organizada de tal forma que os funcionários trabalhem de forma cooperativa. Segundo este autor, deve-se criar um ambiente ideal de hospital onde, dentre outros, os documentos não tenham erros, as promessas de atendimento sejam cumpridas, os procedimentos produzam os resultados desejados, as pessoas estejam motivadas para aceitar novos desafios e mudanças, e as expectativas dos clientes sejam atendidas e superadas.

Ainda com relação aos funcionários, Mezomo (2001) afirma que o hospital deve fortalecê-los através de educação continuada, do envolvimento (compromisso) de todos no processo de melhoria dos serviços prestados, da delegação de autoridade e da capacitação de todos para a análise de problemas e a tomada de decisões.

Mezomo (2001) apresenta um modelo de questionário (conforme Anexo 2), para ser aplicado quando o paciente tiver alta, que serve de feedback para o hospital a respeito da prestação de seus serviços.

Esta seção apresentou várias características e elementos que compõem os serviços hospitalares encontrados na literatura. Conforme explicado mais adiante, no capítulo referente à metodologia (capítulo 4), estas informações serão utilizadas para a elaboração do questionário que será aplicado para os pacientes no estudo de caso.

### **3.2 Estudos no setor hospitalar**

Inicialmente é necessário fazer uma observação. Para alguns autores o cliente de um Hospital não é só o paciente. De acordo com Mirshawaka (1994), por exemplo, os hospitais têm duas categorias de clientes: externos e internos. Os clientes externos incluem, dentre outros, os pacientes, os médicos, a família do paciente, os amigos, e terceiros que pagam as contas (como as empresas e a própria comunidade). Os clientes internos incluem todos os indivíduos e departamentos que fornecem os serviços hospitalares, como a equipe de enfermagem e outros profissionais do hospital.

Mirshawaka (1994) afirma que as enfermeiras são clientes dos médicos, do laboratório e de outros setores do hospital e que os médicos são clientes de informações vindas de muitas fontes. Estas parecem ser as razões para que os médicos tenham sido enquadrados por Mirshawaka (1994) como clientes externos do hospital. No entanto, os médicos também são passíveis de acatar sugestões de outros profissionais, e estão subordinados à Diretoria, o que sugere, nestes casos, uma atuação como clientes internos do hospital.

Apesar de todos estes elementos citados por Mirshawaka (1994) de fato influenciarem, mesmo que indiretamente, a qualidade do serviço hospitalar, a complexidade da avaliação da união destes elementos inviabilizaria a condução desta pesquisa de mestrado. Por esta razão, este trabalho tratará apenas o paciente como o cliente do serviço hospitalar.

Ford e Fottler (2000) comentam que, apesar dos pacientes sempre terem sido considerados elementos-chave, os gestores das organizações de serviços de saúde, em geral, dedicaram-se principalmente ao atendimento das expectativas do corpo médico e das fontes financiadoras. Mas, segundo estes autores, este histórico negativo vem se desfazendo e os gestores têm começado a dar ênfase ao atendimento das necessidades e desejos dos clientes.

Segundo Ford e Fottler (2000) esta mudança de atitude dos gestores está associada a dez paradigmas, conforme mostrado na tabela 3.1.

Tabela 3.1: Paradigmas na busca por organizações de serviço de saúde focadas no cliente

ÁREA	PARADIGMA ANTIGO	NOVO PARADIGMA
Fatores-chave considerados pelos clientes	Eficiência de custo e efetividade clínica	Percepções de qualidade e valor por parte do paciente-cliente
Envolvimento do paciente-cliente na coprodução	Envolvimento limitado	Máximo envolvimento do paciente-cliente na coprodução da experiência de serviço
Cultura	Direcionada ao provedor	Direcionada ao paciente-cliente
Seleção e Treinamento da Equipe de Staff	Focado principalmente nas habilidades clínicas	Focado nas habilidades clínicas e no serviço ao paciente-cliente
Estratégias Motivacionais	Recompensas principalmente pela proficiência técnica	Recompensas pela proficiência técnica e pela habilidade no serviço ao paciente-cliente
Design do Sistema de Serviço	Design pela eficiência técnica e efetividade no departamento ou área funcional	Design pelo serviço sem erros ao cliente através das áreas funcionais
Gerenciamento de Esperas	Usa o tempo de espera do cliente para aumentar a eficiência técnica	Gerencia o tempo de espera do cliente para melhorar a experiência do cliente
Projeto do Ambiente de Serviço	Projetado para prover conforto e eficiência clínica	Projetado para o conforto do paciente-cliente e eficiência clínica
Medidas da efetividade	Custos, processos clínicos e resultados médicos	Custos, processos clínicos e resultados médicos <i>mais</i> a experiência do serviço como um todo
Aperfeiçoamento Organizacional	Intermitente, reativo e focado nas questões médicas	Contínuo, proativo e focado nas questões médicas, financeiras e de satisfação do cliente

Fonte: Adaptado de Ford e Fottler (2000, p.23)

De acordo com Lytle e Mokwa (1992), os serviços de saúde englobam três tipos de benefícios: benefício central, benefícios tangíveis e benefícios intangíveis, conforme mostrado na figura 3.2.

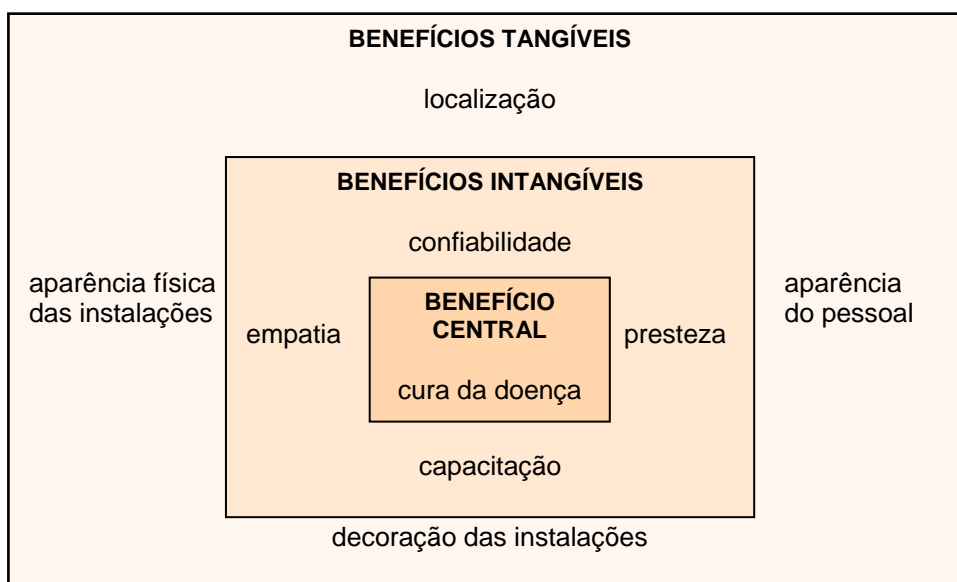


Figura 3.2: Benefícios dos serviços de saúde

Fonte: Adaptado de Lytle e Mokwa (1992, p. 5)

O *benefício central* corresponde ao benefício fundamental que o paciente espera alcançar (exemplo: cura de uma doença). Os *benefícios intangíveis* são os resultantes da interação entre os prestadores do serviço de saúde (médicos, equipe de enfermagem, etc) e o paciente. São exemplos deste tipo de benefício: confiabilidade, empatia, presteza e capacitação. Já os *benefícios tangíveis* são os elementos do ambiente físico onde ocorre o serviço que demonstram a competência do fornecedor do serviço de saúde, como por exemplo, a localização, a aparência física e decoração das instalações (salas de espera, quartos etc), e a aparência do pessoal.

Estudos conduzidos por Nelson (apud BOWERS *et al.*, 1994) sobre o uso de pesquisas em satisfação do paciente nos esforços de melhoria na qualidade em uma amostra de hospitais e organizações de saúde revelaram que, na prática, alguns dos atributos que determinam a satisfação dos pacientes não receberam atenção suficiente por parte dos gestores da área de serviços de saúde e, além disso, estes precisam saber quais são os atributos que os pacientes usam na avaliação da prestação destes serviços.

A literatura mostra que a implementação de iniciativas de melhorias de qualidade para satisfazer e exceder as expectativas dos pacientes em organizações de serviços de saúde pode ser feita através de várias maneiras.

Torres e Guo (2004) descreveram três abordagens de melhoria da qualidade para aumentar a satisfação do paciente: medida da visão dos pacientes, aumento da satisfação do paciente através de esforço conjunto, e o uso do programa Seis Sigma.

A primeira abordagem pode ser conduzida de algumas formas como: questionários, levantamentos e técnicas de grupo. Ela apresenta a vantagem de se ter um feedback direto dos pacientes, pois estes estão aptos a informar aos provedores do serviço de saúde quais são as áreas que eles estão satisfeitos em quais eles estão insatisfeitos (TORRES e GUO, 2004).

A segunda abordagem pode se realizada através de esforços de diferentes organizações o que pode gerar a soluções mais efetivas devido a um envolvimento mais amplo de pessoas de diferentes experiências e rotinas de trabalho. Uma desvantagem desta abordagem são os possíveis obstáculos devido à competição entre organizações distintas (TORRES e GUO, 2004).

A última abordagem sugere a utilização do Seis Sigma. De acordo com Werkema (2004) o Seis Sigma é uma estratégia altamente disciplinada caracterizada por uma



abordagem sistemática centrada na eliminação de defeitos dos processos de uma organização através da utilização de ferramentas estatísticas que tem como objetivo proporcionar aos clientes um produto/serviço próximo da perfeição.

O Seis Sigma focaliza a redução de defeitos e variações de processos. Esta metodologia surgiu em 1986, quando a empresa Motorola a implantou com sucesso. Posteriormente, o Seis Sigma foi adotado por várias outras empresas, como a General Electric (GE), a Texas Instruments e a Allied Signal Inc, todas com grandes resultados financeiros positivos graças à otimização nas operações, eliminação de defeitos, falhas e erros, e conseqüente melhoria na qualidade dos produtos/serviços (PANDE *et al.*, 2004; WERKEMA, 2004).

Torres e Guo (2004) comentam que apesar do Seis Sigma não ser muito usado em organizações da área de saúde, estudos têm mostrado que ele tem sido mais efetivo que técnicas anteriores de melhoria da qualidade por identificar e eliminar as causas de insatisfação do paciente. Além disso, o sucesso na implantação do Seis Sigma está vinculado ao envolvimento da alta direção, aos treinamentos realizados e ao foco em uma filosofia que promova melhorias na qualidade.

Os referidos autores advertem que as três iniciativas mencionadas podem ser um mecanismo efetivo de aumento na qualidade e na satisfação dos pacientes, mas que um elemento chave para isto se concretizar é o esforço e colaboração de todos os profissionais e gestores da organização na busca deste objetivo.

Outro estudo relacionado às iniciativas para a melhoria da qualidade foi feito por Neto *et al.* (2005). Estes autores analisaram a influência do programa 5 Ss, e sua eficiência na prevenção e controle das infecções hospitalares através de estudo de caso em quatro hospitais brasileiros. Os dados foram levantados através de entrevistas com os responsáveis pela área de qualidade e chefes das Comissões de Controle da Infecção Hospitalar, as CCIHs. De acordo com Neto *et al.* (2005), o programa 5 Ss dá suporte na melhoria da qualidade na prevenção e controle das infecções hospitalares, mas é necessário a participação direta da direção do hospital, o que não ocorreu nos hospitais pesquisados, onde a forma de implementação do programa não foi bem conduzida.

Neto *et al.* (2005) esclarecem que o 5Ss não pode ser visto como um programa isolado no âmbito organizacional, mas deve fazer parte de um planejamento estratégico elaborado pela alta direção, podendo, neste caso, servir como uma estratégia para reduzir as infecções, ocasionando um efeito positivo na imagem da instituição.

### 3.3 Estudos sobre o método dos Fatores Críticos de Sucesso

A literatura indica que o método dos Fatores Críticos de Sucesso vem sendo usado em vários estudos, porém, como será visto adiante, nem sempre as abordagens utilizadas para tratar os FCS são as mesmas.

O método dos FCS, conforme Rockart (1979, p.86), pode ser aplicado em qualquer segmento do setor de serviços. Ignácio e Júnior (2004) fizeram um estudo na área de serviços logísticos e de transportes e concluíram que os fatores críticos de sucesso para este segmento são: qualidade no serviço prestado, motivação e satisfação dos funcionários, e o atendimento às necessidades dos clientes.

No setor de saúde, estudos usando o método FCS também foram realizados. Albuquerque (2003) efetuou uma pesquisa em três organizações de assistência médica do setor privado, na qual buscou levantar os Fatores Críticos de Sucesso com viés em qualidade, e compreender os motivos que fizeram cada uma das empresas pesquisadas designar diferentes níveis de importância aos fatores destacados.

Em seu trabalho, Albuquerque (2003) conduziu entrevistas dirigidas a diretores executivos com o objetivo de encontrar os FCS. A entrevista apresentava a listagem dos doze Fundamentos de Excelência do Prêmio Norte Americano de Qualidade Malcom Baldrige, que nortearam o início do Programa Nacional de Qualidade (PNQ), para que o gestor enumerasse aqueles que na sua visão fossem responsáveis pelo alto desempenho de sua organização, podendo o entrevistado citar outros fatores não relacionados à qualidade, mas que no seu entender constituíssem Fatores Críticos de Sucesso. O resultado do estudo de Albuquerque (2003) mostrou a existência de alguns fatores críticos comuns às três instituições pesquisadas, o que indicou uma maior importância destes em detrimento dos outros.

Outro estudo usando a metodologia dos FCS foi o feito por Guimarães (2003). Esta autora realizou um estudo na Clínica de Hipertensão do serviço de cardiologia do Hospital das Clínicas da UFPE, onde buscou identificar os FCS para aquela clínica segundo a visão dos pacientes, seguindo a abordagem de Slack (1997), na qual os fatores que definem as exigências dos clientes são chamados fatores ou critérios competitivos. Segundo Slack (1997), os critérios competitivos são também chamados de fatores críticos de sucesso por alguns autores. Aqui vale uma observação. A expressão “critérios competitivos” (ou “fatores competitivos”), na maneira como foi apresentada por Slack, parece não dever ser tomada como sinônimo de “fatores críticos de sucesso”. A diferença mais evidente é que os primeiros

são obtidos a partir das necessidades e exigências dos consumidores, enquanto que os últimos são obtidos a partir da opinião e experiência dos gestores.

Seguindo a abordagem de Slack (1997), Guimarães (2003) procurou identificar os fatores que definem as exigências dos clientes a partir da avaliação do grau de importância atribuído a cada objetivo de desempenho da clínica. Contudo a autora elaborou além do questionário para os pacientes, outro para os dirigentes, a fim de fazer um confronto entre as prioridades definidas pelos pacientes e o grau com que os objetivos de desempenho eram alcançados. O estudo de Guimarães apontou, de acordo com os pacientes entrevistados, que a qualidade do atendimento do serviço prestado, em detrimento da infra-estrutura, foi o fator mais importante para que se possa atingir um nível de excelência.

Fora do Brasil mais trabalhos usando FCS foram feitos. McFadden *et al.* (2004) realizaram um estudo nos Estados Unidos para avaliar os fatores críticos de sucesso para o controle e gestão de erros em hospitais. Os autores enfatizaram que os erros médicos, além de custarem muito à nação (na época, em torno de 37,6 bilhões por ano), estiveram associados a 98 mil mortes anualmente, segundo os dados do relatório do Instituto de Medicina do ano de 2000.

A partir da literatura, McFadden *et al.* (2004) identificaram os sete seguintes Fatores Críticos para gerenciar e controlar com sucesso erros em hospitais:

- *Entendimento das necessidades e perspectivas das partes interessadas (stakeholders) do hospital:* as estratégias devem ser baseadas na síntese das opiniões e particularidades de todas as partes.
- *Sistema para detectar erros:* McFadden *et al.* (2004) alertam que os administradores de hospitais não devem dar punições pelos relatos de erros, ao contrário, devem dispor de um sistema que incentive estes relatos e elimine os obstáculos dos processos.
- *Existência de focus groups:* grupo de pessoas para estimular discussões sobre assuntos relacionados à qualidade, e em particular, aos erros do hospital.
- *Mudanças na cultura da empresa:* de acordo com McFadden *et al.* (2004, p.65), deve haver mudança da postura tradicional “nomear, envergonhar e culpar” para uma onde o conhecimento é compartilhado e a informação flui livremente num ambiente aberto e não-punitivo.

- *Programas de treinamento e educação:* os treinamentos devem incluir prevenção e causa dos erros através de um ambiente simulado, no qual os profissionais são expostos a cenários de erros a fim de que eles identifiquem situações envolvendo tempo desperdiçado, redundância, resultados imprevisíveis, e falta de comunicação ou ação, e sejam encorajados a passarem de observadores a solucionadores de problemas.
- *Análises estatísticas de dados sobre erros:* o simples armazenamento de dados dos erros do hospital não é suficiente. Técnicas quantitativas e tratamentos estatísticos devem ser usados sistematicamente para analisar os dados.
- *Re-delineamento do sistema ou do processo:* McFadden *et al.* (2004) esclarecem que o sistema inclui o funcionamento de equipamentos e tecnologia, ou os procedimentos que as pessoas seguem ao administrar as necessidades dos pacientes. O re-delineamento pode envolver aspectos como a redução da extensão (substituindo processos mais complexos por procedimentos mais simples) ou padronização dos processos e novas tecnologias. O objetivo é delinear o sistema de forma a tornar as chances de ocorrência de erros o mais próximo de zero possível.

Uma vez identificados os Fatores Críticos de Sucesso para reduzir a ocorrência ou o impacto de erros médicos, McFadden *et al.* (2004) conduziram um estudo de caso com quatro hospitais dos EUA. A pesquisa foi feita através de uma entrevista, na qual foram apresentados aqueles sete FCS e captados outros possíveis FCS. A entrevista buscou verificar a importância de cada FCS segundo a visão do hospital pesquisado, o nível com que cada FCS é implementado e as barreiras à implementação de cada FCS.

O resultado da pesquisa mostrou que, em média, os hospitais acreditam que a maioria dos sete FCS tem extensiva importância na redução de erros no hospital (apenas o terceiro FCS, existência de *focus groups*, foi considerado ter uma contribuição razoável na redução dos erros hospitalares).

McFadden *et al.* (2004) chamam a atenção para um resultado do estudo: embora a contribuição da maioria dos FCS na redução de erros hospitalares ter sido considerada extensiva, na maioria dos casos o nível de implementação dos FCS foi baixo. Os autores (2004) sugerem que esta lacuna entre a importância e o grau de implementação dos FCS pode estar relacionada à existência de *barreiras à implementação*.

Na tabela 3.2 são apresentadas as nove barreiras mais citadas pelos hospitais pesquisados.

Tabela 3.2: Barreiras à implementação dos FCS na redução de erros hospitalares

BARREIRAS INTERNAS	BARREIRAS EXTERNAS
questão de tempo	legislação
falta de suporte da alta administração	cobertura dos erros pela mídia
falta de recursos	aumento nos custos associados à segurança
medo	
falta de incentivos	
falta de conhecimento/entendimento	

Fonte: Adaptado de McFadden *et al.* (2004)

Embora alguns trabalhos encontrados na literatura não deixem claro se as etapas apontadas por Rockart para a implementação do método FCS foram seguidas rigorosamente (ex: Ignácio e Júnior, 2004); e outros (ex: Guimarães, 2003) utilizem uma abordagem um pouco diferente da proposta por Rockart, um número considerável de trabalhos relacionados aos Fatores Críticos de Sucesso vem sendo feito nos mais variados tipos de organizações.

### 3.4 Estudos envolvendo a escala SERVQUAL

A publicação de Parasuraman *et al.* (1988) que propôs a escala SERVQUAL para medir a qualidade de serviços suscitou discussões no meio acadêmico que resultaram em algumas críticas, refinamentos e adaptações da escala.

Inicialmente é importante lembrar que os criadores da escala SERVQUAL alertaram que ela poderia ser adaptada ou ampliada para se ajustar às características ou necessidades específicas de uma dada organização (PARASURAMAN *et al.*, 1988).

Em relação às dimensões que os clientes usam para julgar a qualidade de um serviço, Carman (1990) conduziu um estudo onde concluiu que pode ser necessário incluir outras dimensões na escala SERVQUAL, além daquelas propostas por Parasuraman *et al.* (1988), a fim de capturar completamente a definição do consumidor de qualidade de serviço.

Lovelock e Wright (2001) afirmam que a dimensão confiabilidade tem assumido maior importância que as demais tendo em vista que um serviço não confiável é um serviço deficiente a despeito de seus outros atributos. Os próprios autores que criaram o SERVQUAL confirmaram essa idéia, ao comentarem que de todas as dimensões, a confiabilidade, apesar

de não ser o determinante nas avaliações, mostrou ser o aspecto que os usuários mais consideraram ao avaliar um serviço (PARASURAMAN *et al.*, 1988).

Com relação à utilização da escala SERVQUAL na área hospitalar, Babakus e Mangold (1992), através de uma investigação empírica, examinaram a utilidade da escala SERVQUAL na avaliação das percepções dos pacientes da qualidade do serviço no ambiente hospitalar. Para tanto, os autores escolheram um hospital de médio porte dos Estados Unidos e aplicaram a escala SERVQUAL com algumas alterações. As alterações, devidamente justificadas, foram as seguintes:

- *redução do número de itens (de 22 para 15)*: parte dos itens foram removidos por decisão tomada pelos pesquisadores e pela equipe de gestores do hospital, em função de alguns itens não terem sido considerados relevantes para o ambiente do hospital. Outra parte dos itens foram removidos após um pré-teste, onde se observou que os respondentes queixaram-se que alguns itens da escala seriam redundantes.

- *conversão de frases negativas para frases positivas*: após a aplicação do teste preliminar também se observou que a inclusão de expressões positivas e negativas nos itens da escala gerou confusão e desapontamento por parte dos respondentes. Além disso, os autores também embasaram esta alteração na literatura: o estudo que fez considerações metodológicas sobre o modelo SERVQUAL (VOGELS *et al.*, 1989 apud BABAKUS e MANGOLD, 1992) indicou que as distribuições de frequências das pontuações das expressões negativas eram bimodais, enquanto que as distribuições das expressões positivas eram unimodais. Como se sabe, há distribuições bimodais quando aparecem dois pontos distintos com frequências mais elevadas do que as dos pontos vizinhos, o que, neste caso, evidencia uma provável falta de entendimento por parte dos respondentes dos itens a eles apresentados por meio de expressões negativas.

- *adoção de respostas, para cada item, no formato Likert 5 pontos (ao invés de 7)*: esta modificação foi baseada na experiência da equipe de gestores do hospital em pesquisas anteriores, as quais indicaram que o formato Likert 5 pontos reduz o nível de desapontamento dos pacientes respondentes e, portanto, aumentaria a taxa de obtenção de respostas e a qualidade das mesmas.

O trabalho de Babakus e Mangold (1992) através de análises de confiabilidade e validade (por meio de Correlação e Análise Fatorial Exploratória) concluiu que a escala

SERVQUAL é confiável e válida no ambiente hospitalar e em uma variedade de outros serviços.

Bowers *et al.* (1994) investigaram quais atributos determinam a qualidade e a satisfação na prestação de serviços hospitalares. A pesquisa feita pelos autores (1994) em um hospital mostrou que os pacientes apontaram além das dez *dimensões originais* de qualidade de serviço propostas por Parasuraman (1988) no SERVQUAL, outras duas dimensões para avaliação dos serviços em hospitais: *cuidado e atenção (envolvimento humano) por parte das equipes médica e de enfermagem, e conseqüências do serviço recebido* (exemplo: alívio de dores, cura, irritação, decepção após intervenção médica etc).

Bowers *et al.* (1994) esclarecem que normalmente os consumidores dos serviços de saúde não são capazes de avaliar a qualidade técnica dos serviços que recebem e por isso utilizam elementos da qualidade associados à prestação do serviço de saúde. Estes autores sugerem que os pacientes definem a qualidade do serviço de saúde em termos das seguintes dimensões (humanas): empatia, confiabilidade, responsividade, comunicação e atenção.

Como conclusão, os autores (1994) alertam que os administradores de organizações que prestam serviços de saúde devem focar nos componentes humanos da prestação do serviço através dos seguintes passos:

- *determinar os atributos específicos de qualidade usados pelos clientes de cada organização para julgar a qualidade e tentar priorizar estes atributos;*

- *estabelecer meios (exemplo: escala SERVQUAL modificada) pelos quais tais atributos possam ser medidos;*

- *desenvolver táticas operacionais e especificar níveis de desempenho adequados;*

- *incorporar a consolidação das dimensões da qualidade nas descrições das atribuições dos cargos, avaliações e estruturas de recompensas; e*

- *gerenciar as expectativas do cliente com relação ao nível de desempenho – Bowers et al. (1994) lembram que a comunicação é um determinante importante da qualidade dos serviços de saúde e alertam que expectativas altas podem ser precursoras de julgamentos da qualidade fracos e, portanto, reduzir as expectativas dos clientes para níveis que possam ser realmente fornecidos é uma maneira de elevar a percepção de qualidade.*

### 3.5 Considerações sobre este capítulo

Neste capítulo foi apresentada a revisão bibliográfica acerca dos seguintes assuntos: Qualidade dos Serviços Hospitalares, Fatores Críticos de Sucesso e a Escala SERVQUAL.

Foram apresentadas as características e os elementos que compõem a qualidade nos serviços hospitalares, e alguns estudos neste setor.

Com relação aos trabalhos envolvendo FCS, pode-se destacar o estudo de McFadden *et al.* (2004) que identificaram sete FCS no campo da gerência e controle de erros em hospitais e, além disso, investigaram as barreiras na realização daqueles FCS através de um estudo de caso com quatro hospitais dos Estados Unidos.

Por fim, a revisão bibliográfica relacionada à escala SERVQUAL contribuiu para o melhoramento do questionário a ser aplicado com os pacientes nesta dissertação de mestrado e que será apresentado no próximo capítulo.



## **4 METODOLOGIA**

A validade de qualquer método de investigação é correlacionada com a qualidade e solidez da metodologia adotada na definição do problema central de pesquisa, na estrutura de planejamento, na elaboração dos questionários, na configuração apropriada do universo de pesquisa, nas tarefas de coleta de campo e no tratamento dos dados.

Nesta pesquisa foram utilizados a Entrevista e o Questionário como técnicas de coleta de dados. A principal diferença existente entre os dois instrumentos de pesquisa é que no primeiro o entrevistado responde de forma verbal ao entrevistador, que faz as devidas anotações. Já um questionário é preenchido pelo próprio respondente, sem interferência do pesquisador (COOPER e SCHINDLER, 2003). Construir um bom questionário depende não só do conhecimento de técnicas, mas também da experiência do pesquisador. Contudo, seguir um método de elaboração sem dúvida é essencial, pois identifica as etapas básicas envolvidas na construção de um instrumento eficaz.

No presente trabalho, a entrevista foi utilizada para delimitar junto ao setor os Fatores Críticos de Sucesso. Em seguida, foi aplicado um questionário, baseado na escala SERVQUAL, para os pacientes, a fim de medir a qualidade percebida dos serviços hospitalares e avaliar os característicos considerados prioritários nos serviços de saúde, relacionados aos Fatores Críticos de Sucesso. Após a coleta, os dados foram tabulados e analisados estatisticamente para a conclusão da pesquisa.

A seguir serão apresentadas todas as etapas desenvolvidas para a realização desta pesquisa de mestrado, desde a escolha do hospital a ser pesquisado à formulação dos instrumentos da pesquisa.

### **4.1 Características do hospital pesquisado**

O hospital pesquisado é uma entidade sem fins lucrativos declarada de utilidade pública federal que tem como missão ser referência regional em atendimentos ambulatoriais e hospitalares de pequena e média complexidade, prestando serviços a pacientes particulares, a convênios privados, estatais e aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital está presente a cerca de 7 anos no mercado, é referência em Obstetrícia e UTI adulto e possui uma unidade ambulatorial que atende às seguintes áreas: anestesia, cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, clínica vascular periférica, endocrinologia,

endoscopia, fisioterapia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, nutrição, obstetrícia, odontologia, ortopedia, otorrinolarigologia, pediatria, pneumologia, proctologia, psicologia, radiologia, reumatologia, ultrassonografia, urologia e vascular.

Atualmente, o hospital ocupa uma área útil de 4.730,96 metros quadrados e cerca de 50 vagas para estacionamento de veículos. A instalação física é dotada de cinco Recepções (Policlínica, Emergência e Internação SUS, Urgência PLANO/PARTICULAR, Ambulatório PLANO/PARTICULAR, e Ortopedia PLANO/PARTICULAR). As cinco recepções possuem, juntas, 20 recepcionistas e cada uma delas possui um número considerável de assentos e 1 ou 2 toaletes próximos. Além disso, o hospital conta com: Centro Cirúrgico com 4 salas; Setor de Internação; salas de parto; diagnóstico por imagem; Emergência; Ambulatório com 6 consultórios; e UTI com 10 leitos.

O hospital possui 1 administrador, 77 médicos registrados, aproximadamente 30 médicos por produtividade, 37 auxiliares de limpeza além de outros profissionais da área de saúde.

As unidades do Setor de Internação PLANO/PARTICULAR são compostas por suítes com televisão, frigobar e ar-condicionado. As da parte SUS, que foram visitadas pela pesquisadora, apesar de não terem ar-condicionado, eram amplas e bem arejadas em sua maioria.

O hospital atende clientes de convênios da rede (planos de saúde) ou particulares, mas a maior parte dos serviços são realizados pelo SUS. O Setor de Internação do hospital pesquisado abrange as unidades apresentadas na tabela 4.1.

*Tabela 4.1: Unidades do Setor de Internação do Hospital pesquisado*

<b>Unidade do Setor de Internação</b>	<b>Leitos Ativos</b>	<b>Nº de atendimentos/mês</b>
Berçário	6	18
Clínica Cirúrgica	14	113
Clínica de Crônicos	27	15
Clínica Obstétrica	39	168
Clínica Ortopédica	23	118
Pré-parto	7	176
UTI	10	12
Convênios	12	72
<b>TOTAIS</b>	<b>138</b>	<b>692</b>

*Fonte: Relatório fornecido pelo hospital pesquisado  
(relativo ao mês de outubro de 2006)*

A Clínica Cirúrgica compreende várias áreas como: cirurgia geral, urológica, ginecológica, vascular e oftalmológica. A unidade Convênios atende pacientes de Planos de Saúde ou Particular, e inclui diversas clínicas como: clínica médica, clínica cirúrgica e obstetrícia.

As unidades *Clínica Cirúrgica* e *Convênios* tiveram sua capacidade de leitos ativos reduzida devido a uma reforma que estava sendo feita em partes do hospital na época da aplicação dos questionários.

## 4.2 Instrumentos da pesquisa

Esta pesquisa fará uso de uma Entrevista (direcionada aos gestores do hospital) e um Questionário (para os pacientes do setor de Internação). A estruturação destes instrumentos de pesquisa será apresentada nos subitens a seguir.

### 4.2.1 Entrevista (FCS)

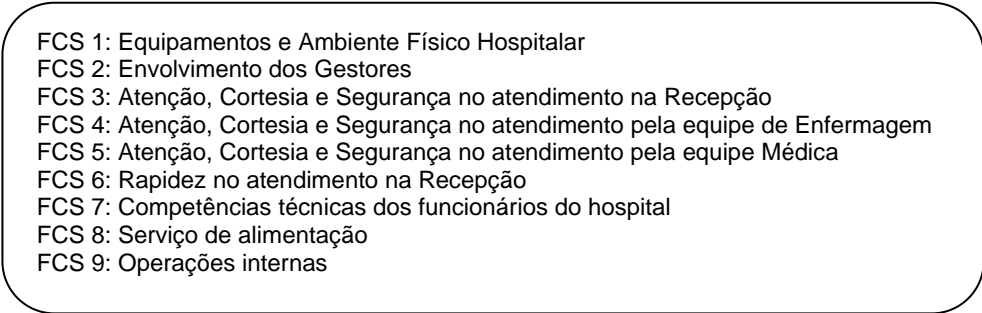
A entrevista foi utilizada para identificar quais são os fatores críticos de sucesso no setor de Internação do hospital pesquisado, segundo a visão dos gestores. Conforme explicado na seção 3.3, o termo *fatores críticos de sucesso* é aplicado de forma distinta, de acordo com a abordagem conduzida pelo autor ao tratar este assunto. A fim de evitar interpretações equivocadas, esclarece-se que, em todo este trabalho, o termo foi utilizado baseando-se no conceito de Rockart (1979).

Optou-se por utilizar a entrevista do tipo semi-estruturada, ou seja, uma entrevista que apresenta ao respondente um *conjunto de escolha*, mas que deixa espaço para o respondente alterar ou acrescentar algo que julgue relevante na resposta.

Para a elaboração da Entrevista semi-estruturada, foi feita uma revisão e análise na literatura para se chegar ao *conjunto de escolha* de fatores críticos de sucesso no setor de Internação. O conjunto foi gerado através de agrupamentos por similaridade, levando-se em conta fontes de fatores críticos de sucesso encontrados na literatura que foram apresentados na tabela 2.2 e no capítulo 3 (seção 3.1.5.1). Estes fatores foram escolhidos por estarem relacionados ao ramo de atividade da empresa, estratégia competitiva, posição da empresa e localização geográfica e fatores ambientais e temporais.

Tendo em vista que o atendimento no setor de internação é constituído principalmente pela Recepção, Atendimento de Enfermagem e Atendimento Médico, então foram

selecionados para compor o *conjunto de escolha*, os nove fatores críticos de sucesso apresentados na figura 4.2.



- FCS 1: Equipamentos e Ambiente Físico Hospitalar
- FCS 2: Envolvimento dos Gestores
- FCS 3: Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento na Recepção
- FCS 4: Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe de Enfermagem
- FCS 5: Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe Médica
- FCS 6: Rapidez no atendimento na Recepção
- FCS 7: Competências técnicas dos funcionários do hospital
- FCS 8: Serviço de alimentação
- FCS 9: Operações internas

Figura 4.2: Fatores Críticos de Sucesso propostos para o Setor de Internação Hospitalar

Fonte: A autora (2007)

Desta forma, neste trabalho de pesquisa estão sendo propostos nove Fatores Críticos de Sucesso para o Setor de Internação hospitalar. Além disso, no intuito de investigar mais a fundo os FCS, a entrevista também apresentou ao gestor diversos elementos associados a cada FCS.

O FCS *Equipamentos e Ambiente Físico Hospitalar* foi composto pelos seguintes elementos: localização do hospital; facilidade de acesso ao hospital; instalações e ambientes limpos e agradáveis; condições para repouso; equipamentos modernos; limpeza; local da recepção limpo, sossegado e agradável; aparência física do hospital; ruído dentro de limites suportáveis; e privacidade aos pacientes.

O FCS *Envolvimento dos Gestores* englobou os seguintes elementos: envolvimento da Direção; treinamentos e capacitações para os funcionários; funcionários trabalhando de forma cooperativa; pessoas motivadas para aceitar novos desafios e mudanças; fortalecimento dos funcionários através de educação continuada; envolvimento (compromisso) de todos no processo de melhoria dos serviços prestados; e envolvimento da gerência na garantia da qualidade.

O FCS *Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento na Recepção* levou em consideração os seguintes elementos: atenção dispensada aos familiares; atenção ao feedback dos clientes; tratamento personalizado; funcionários atenciosos e humanizados; elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente; promessas de atendimento

sejam cumpridas; informações necessárias passadas aos pacientes; e confiança da informação que é transmitida ao paciente.

O FCS *Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe de Enfermagem* foi composto pelos seguintes elementos: atenção dispensada aos familiares; diálogo entre equipe de enfermagem e paciente; tempo disponível para atender o paciente; atenção ao feedback dos clientes; chamadas do quarto prontamente atendidas; calor humano transmitido por enfermeiras; enfermeiras empáticas e solícitas, com efetiva comunicação e boas explicações, isto é: explicações que os pacientes possam compreender; tratamento personalizado; apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo; enfermeiras atenciosas e humanas; elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente; promessas de atendimento sejam cumpridas; informações necessárias passadas aos pacientes; e riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável.

O FCS *Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe Médica* englobou os seguintes elementos: atenção dispensada aos familiares; diálogo entre médico e paciente; tempo disponível para atender o paciente; atenção ao feedback dos clientes; calor humano transmitido pelos médicos; comunicação e atenção por parte dos médicos, e tempo suficiente para atender os pacientes, responder suas dúvidas e dar as devidas explicações; tratamento personalizado; apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo; médicos atenciosos e humanizados; elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente; promessas de atendimento sejam cumpridas; informações necessárias passadas aos pacientes; riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável; e confiança da informação transmitida ao paciente.

O FCS *Rapidez no atendimento na Recepção* levou em consideração os seguintes elementos: prontidão no atendimento das solicitações dos pacientes; contas a pagar apresentadas rapidamente; e rapidez no atendimento, evitando longos tempos em salas de espera.

O FCS *Competências técnicas dos funcionários do hospital* foi composto pelos seguintes elementos: procedimentos padronizados; competências e habilidades da equipe médica; competências e habilidades da equipe de enfermagem; competências e habilidades

das equipes de suporte (farmacêuticos, nutricionistas, cozinheiros, esterilização etc); diagnóstico preciso; contas a pagar corretas e bem explicadas; bons médicos, que além das competências técnicas, estejam a par das novas tecnologias, medicamentos e procedimentos; pessoas bem capacitadas para utilizar os equipamentos; cuidados técnicos e atualização por parte dos profissionais; documentos não tenham erros; e procedimentos produzam os resultados desejados.

O FCS *Serviço de alimentação* englobou os seguintes elementos: comida adequada e variada; alimentação servida dentro do horário marcado; e dietas respeitadas.

Por fim, o FCS *Operações internas* levou em consideração os seguintes elementos: funcionários trabalhando de forma cooperativa; e agilidade na troca de informação e insumos entre os setores.

A Entrevista foi dividida em três partes. A primeira parte da Entrevista foi reservada à IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL, onde foram registrados: o nome do entrevistado; o cargo que ocupa no hospital; quanto tempo o entrevistado está neste cargo; se existe alguma outra atribuição além desta função; e qual o tempo (diário ou semanal) destinado para desempenhar esta função.

A segunda parte foi dedicada à escolha, por parte do gestor respondente, dos FCS para o Setor de Internação – SUS, e a terceira parte à identificação dos FCS para o Setor de Internação – PLANO/PARTICULAR.

Na segunda e terceira parte da Entrevista foi apresentado ao gestor o conjunto de escolha, ou seja: foram apresentados os nove FCS da figura 4.2, para que ele os ordenasse de acordo com a importância de cada fator crítico no alcance do sucesso no Setor de Internação SUS (2ª parte) ou PLANO/PARTICULAR (3ª parte).

O Apêndice 1 traz as duas primeiras partes da Entrevista. O conteúdo da terceira parte (PLANO/PARTICULAR) da entrevista não foi colocado no Apêndice 1 por ser igual ao conteúdo da segunda parte (SUS), por isso não consta no Apêndice 1.

Na realização da entrevista foi explicado que o entrevistado poderia ignorar algum(ns) dos nove fatores, caso julgasse que aquele(s) não se configurava(m) como um Fator Crítico de Sucesso. Para isso, bastava que o gestor entrevistado não o(s) incluísse na ordem de importância. Além disso, caso o entrevistado quisesse, poderia acrescentar algum(ns) fator(es) crítico(s) de sucesso além dos nove apresentados.

Também foram apresentados diversos elementos associados a cada FCS, e solicitado que o gestor entrevistado os ordenasse de acordo com o grau de importância deles para a realização do determinado FCS.

#### 4.2.2 Questionário usando escala SERVQUAL adaptada

Esta seção apresenta como o questionário foi estruturado, o tipo de amostragem utilizado, a composição da amostra e o pré-teste.

##### 4.2.2.1 Estruturação do Questionário

O instrumento utilizado neste trabalho para a obtenção de dados oriundos dos pacientes foi um questionário baseado na escala SERVQUAL. Para a construção do questionário foram feitas algumas modificações na escala SERVQUAL baseadas na relevância das questões (itens/aspectos) para os serviços hospitalares e na habilidade dos pacientes em responder às questões sem confusão ou frustração/constrangimento.

O questionário foi dividido em quatro partes. A primeira parte buscou identificar o perfil dos pacientes que são atendidos no setor de Internação do hospital com relação ao sexo, nível de instrução, renda familiar e cidade de procedência. Além disso, os pacientes foram questionados se já haviam usado os serviços de internação do hospital pesquisado ou de outro hospital.

Na segunda parte do questionário foram apresentadas as cinco dimensões do SERVQUAL (tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia) através de frases que expressassem o significado de cada dimensão. Foi solicitado que o respondente desse uma nota de 0 a 10 para cada dimensão de acordo com a importância dada para cada uma delas ao avaliar o setor de Internação de um hospital. Como existe a possibilidade do respondente atribuir notas iguais a todas as dimensões (caso julgue todas com mesma importância), ou atribuir algumas notas iguais, de forma a não caracterizar uma hierarquia, então foi solicitado também que o respondente apontasse qual das cinco dimensões considerava a mais importante, qual a segunda mais importante e qual a menos importante.

A terceira parte do questionário procurou capturar a expectativa do paciente sobre a qualidade do serviço de Internação do hospital através de 22 itens relacionados às cinco dimensões, sendo os itens 1 a 6 relacionados à dimensão *tangíveis*, os itens 7 a 10 relacionados à dimensão *confiabilidade*, os itens 11 a 15 relacionados à dimensão *responsividade*, os itens 16 a 18 relacionados à dimensão *segurança*, e os itens 19 a 22

relacionados à dimensão *empatia*. Para facilitar o entendimento dos respondentes, todos os itens foram expostos através de frases positivas e as respostas, para cada item, no formato Likert 5 pontos (ao invés de 7).

A quarta parte do questionário buscou capturar a percepção do paciente sobre a qualidade do serviço de Internação do hospital através dos mesmos 22 itens.

A fim de garantir que o paciente não ficasse constrangido ao responder o questionário, foi inserida uma observação no início ressaltando que não se tratava de uma pesquisa promovida pelo hospital, mas pela UFPE, e que os resultados individuais não seriam revelados.

Como para cada item, a qualidade foi definida pela diferença entre a Percepção e a Expectativa (Parasuraman *et al.*, 1988), para cada respondente, a qualidade dos serviços hospitalares, em relação à cada dimensão, é calculada da seguinte forma:

$$Q_i = \frac{\sum_{j=1}^{n_i} (P_{ij} - E_{ij})}{n_i} \quad (4.1)$$

onde:

$Q_i$  = qualidade dos serviços hospitalares com relação à dimensão  $i$

$P_{ij}$  = qualidade percebida dos serviços hospitalares com relação ao item  $j$  da dimensão  $i$

$E_{ij}$  = expectativas dos serviços hospitalares com relação ao item  $j$  da dimensão  $i$

$n_i$  = número de itens relacionados à dimensão  $i$

Os escores médios para cada dimensão são calculados através das respostas de todos os pacientes pesquisados. Como as respostas possíveis, para cada item, tanto na Percepção, como nas Expectativas foram: 1, 2, 3, 4 ou 5, então o escore médio de uma dimensão poderá assumir qualquer valor dentro do intervalo  $[-4 ; +4]$ . Escores positivos refletem um nível de satisfação elevado (serviço melhor do que o esperado) enquanto escores negativos refletem uma qualidade abaixo do esperado pelos pacientes, ou seja: pacientes insatisfeitos com o não atendimento de suas expectativas. O escore zero implica que a qualidade é satisfatória. Além disso, a qualidade de serviço de forma global pode ser calculada pelo escore médio geral, avaliando-se todos os itens do questionário.



O questionário, na sua forma final, já incluídas as alterações após o pré-teste, pode ser visto no Apêndice 2.

#### 4.2.2.2 Pré-teste

Após a elaboração do questionário, foi realizado um pré-teste para verificar se o mesmo estava de fácil entendimento, ou incorporar possíveis mudanças. O pré-teste foi feito com 5 pessoas (dois homens e três mulheres) de baixa instrução. A seguir são apresentadas as alterações que foram feitas no questionário devido ao pré-teste.

Na primeira parte do questionário, a pergunta “*qual o seu grau de instrução?*” foi substituída por “*qual o seu nível de escolaridade?*” porque três respondentes não sabiam o significado da palavra *instrução*; e as respostas para a pergunta “*qual a sua renda familiar?*” que antes estavam apresentadas através da expressão *salários mínimos* foram colocadas por intervalos numéricos, pois dois dos cinco respondentes só sabiam expressar a renda familiar pelo valor monetário.

Na terceira e quarta parte, ao invés de rotular apenas os extremos da escala, todos os cinco níveis foram rotulados, pois dois respondentes queixaram-se não ter entendido como assinalar as respostas. Além disso, as palavras: “*ruído*”, “*crônicos*” e “*queixas*” foram substituídas, respectivamente pelas expressões: “*barulho*”, “*que estão há muito tempo no hospital*” e “*reclamações*”.

#### 4.2.2.3 Processo de amostragem utilizado

Em Estatística denomina-se *população* ao conjunto de elementos (indivíduos, objetos etc) que formam o universo do estudo e que são passíveis de serem observados sob as mesmas condições (BARBETTA *et al.*, 2004). No presente trabalho, constituem a população todos os pacientes das unidades do setor de Internação que foram pesquisadas.

O Setor de Internação do hospital objeto deste estudo atende, em média, 692 pacientes por mês. A aplicação do questionário SERVQUAL para capturar as percepções de todos os pacientes deste setor seria um procedimento, além de inconveniente para o hospital, inviável para a pesquisadora. Por esta razão, o questionário será conduzido em uma amostra de um conjunto de pacientes.

Na tabela 4.1 foram apresentadas as diversas unidades do Setor de Internação do hospital pesquisado e os respectivos números de atendimentos por mês. Esta pesquisa não incluirá todas as unidades do setor de internação. A unidade *Berçário* fica impossibilitada de

ser incluída na pesquisa porque os pacientes são recém-nascidos (não podem responder o questionário). A unidade *Pré-Parto* não será incluída na pesquisa pela natureza do serviço: nesta unidade, as gestantes, em geral, passam pouco tempo (apenas o necessário para o nascimento do bebê) e estão num período difícil, devido à ansiedade e às dores ocasionadas pelas contrações uterinas que vão ficando mais intensas com a proximidade do parto. A *Clínica Cirúrgica*, a *Clínica de Crônicos* e a *UTI* também não serão contempladas nesta pesquisa devido ao estado delicado em que boa parte dos pacientes se encontram nestas unidades.

Desta forma, esta pesquisa abrangerá as seguintes unidades do Setor de Internação: *Clínica Obstétrica (SUS)*, *Clínica Ortopédica (SUS)* e *Convênios (PLANO/PARTICULAR)*. De acordo com a tabela 4.1, tais unidades têm uma taxa de atendimento média de 168, 118 e 72 pacientes por mês, respectivamente, o que totaliza uma média de 358 pacientes por mês nestas três unidades que comporão o universo desta pesquisa, como ilustra a tabela 4.2 a seguir.

Tabela 4.2: Unidades do Setor de Internação contempladas nesta pesquisa

Unidade do Setor de Internação	Nº de atendimentos/MÊS	Porcentagem
Clínica Obstétrica	168	47%
Clínica Ortopédica	118	33%
Convênios	72	20%
<b>TOTAIS</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: a autora (2007)

Dessa forma, o questionário SERVQUAL será aplicado para uma amostra dos 358 pacientes. A amostragem deverá ser feita com critérios para se ter uma amostra que permita, a partir de uma análise estatística apropriada, obter conclusões satisfatórias sobre toda a população, que neste caso é composta pelos 358 pacientes atendidos por mês nas três unidades.

Existem dois tipos de amostras: as probabilísticas e as não-probabilísticas. De acordo com Cooper e Schindler (2003), a amostragem probabilística é baseada no conceito de seleção aleatória, um procedimento que assegura que todos os elementos da população tenham uma chance de seleção conhecida diferente de zero, enquanto que na amostragem não-

probabilística, os elementos não têm uma chance conhecida diferente de zero de ser incluídos na amostra.

Cooper e Schindler (2003) assinalam alguns casos onde a amostragem não-probabilística pode ser necessária:

- quando a população total não está disponível para estudo;
- quando o custo e/ou o tempo inviabilizarem uma amostragem probabilística;

Cooper e Schindler (2003) acrescentam que quando não há o desejo ou necessidade de generalizar um parâmetro da pesquisa ou, quando se deseja fazer contato com apenas alguns elementos da população, pode-se também, apesar de não ser necessário, optar por este tipo de amostragem. Isso justifica o uso da amostragem não-probabilística no pré-teste do questionário.

As técnicas estatísticas, em geral, supõem a *amostragem aleatória simples* como tipo de amostragem. Este tipo de amostragem consiste em selecionar a amostra através de sorteios, sem restrição, ou seja: os elementos da amostra são escolhidos ao acaso. Isto significa que cada elemento da população tem a mesma probabilidade de pertencer à amostra (BARBETTA *et al.*, 2004).

No caso do presente estudo, após o pré-teste, será utilizada a *amostragem estratificada*, um tipo de amostragem probabilística que consiste, segundo Barbetta *et al.* (2004), em dividir a população em subgrupos (denominados estratos) mais homogêneos do que a população toda, com respeito às variáveis em estudo; em seguida, realizar seleções aleatórias de forma independente sobre os diversos estratos; e por fim, obter a amostra completa através da agregação das amostras de cada estrato.

Como o atendimento de Internação é dividido de acordo com a área clínica, a amostragem estratificada é a que se adequa à situação. Segundo Barbetta *et al.* (2004), a amostragem estratificada pode ser *uniforme* ou *proporcional*. Na primeira, seleciona-se o mesmo número de elementos em cada estrato (é o processo usual quando se deseja comparar os diversos estratos); enquanto que na última, a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população é mantida na amostra (BARBETTA *et al.*, 2004).

Portanto, pelo exposto, o pré-teste foi realizado com uma amostra não-probabilística e, em seguida, o questionário SERVQUAL adaptado foi aplicado a uma amostra estratificada proporcional.

## 4.2.2.4 Os tamanhos das amostras

A amostragem tomará por base a quantidade média de pacientes recebidos por mês no Setor de Internação do hospital. Nas entrevistas com o gestor foram solicitados dados que provessessem tal informação.

Primeiro é necessário calcular o tamanho global da amostra para, em seguida, calcular os tamanhos das amostras de cada área clínica (amostragem estratificada proporcional). O tamanho das amostras estratificadas deve ser obtido por proporção. Exemplo: se um extrato abrange 30% da população, a amostra referente a tal extrato deve abranger 30% do tamanho global da amostra. Neste trabalho a palavra *extrato* denota cada unidade do Setor de Internação.

Cada item do questionário aplicado será medido numa escala que vai de 1 a 5, como explicado anteriormente. Deseja-se avaliar o valor médio de cada item. O tamanho global da amostra ( $n$ ) depende da precisão desejada, que é descrita em termos do *erro amostral máximo tolerado* ( $E_0$ ) e do nível de confiança ( $\gamma$ ) a ser adotado no processo de estimação (BARBETTA *et al.*, 2004).

Para uma população de tamanho  $N$ , o tamanho ( $n$ ) da amostra, neste caso onde o parâmetro de interesse é a média, é dado pela seguinte expressão:

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0 - 1} \quad (\text{com arredondamento para o inteiro superior}) \quad (4.2)$$

$$\text{onde: } n_0 = \frac{z_{\gamma}^2 \sigma^2}{E_0^2} \quad (4.3)$$

A dificuldade operacional para calcular o tamanho da amostra é que o cálculo depende da variância populacional  $\sigma^2$ , que é desconhecida. Para contornar este problema será usado como variância populacional o valor que se obtém ao se realizar uma *amostragem piloto*, isto é, alguns elementos da população são examinados e a variância encontrada nesta amostra piloto é usada no lugar de  $\sigma^2$  (BARBETTA *et al.*, 2004).

A *amostragem piloto* foi composta pelos 30 primeiros pacientes pesquisados, que foram 28 pacientes do SUS (18 do setor de Obstetrícia e 10 de Ortopedia) e 2 pacientes de PLANO/PARTICULAR (1 paciente de Clínica Cirúrgica e 1 de Clínica Médica). Foi usada a variância agregada dos 22 itens do questionário dada pela fórmula 4.4 a seguir.

$$s_a^2 = \frac{s_1^2 + s_2^2 + s_3^2 + \dots + s_g^2}{g} \quad (4.4)$$

Onde  $g$  é o número de itens do questionário. Sendo assim, a variância encontrada na amostra piloto foi de 1,02.

Deste modo, usando a variância de 1,02 e tomando um erro máximo de 0,3 unidade ( $E_0 = 0,3$ ) e um nível de confiança  $\gamma = 95\%$  (que equivale a  $z_\gamma = 1,96$ ), a equação 4.2 fornece:

$$n_0 = \frac{(1,96)^2 \cdot 1,02}{(0,3)^2} \rightarrow n_0 = 43,54$$

Sendo, em média,  $N = 358$  o total de pacientes internados por mês nas três unidades pesquisadas, então o resultado acima na equação 4.2 fornece:

$$n = \frac{358 \cdot 43,54}{358 + 43,54 - 1} \approx 38,92 \rightarrow n = 39 \text{ (tamanho global da amostra)}$$

Como o tipo de amostragem utilizado é amostragem estratificada proporcional, e as porcentagens de ocupação das três unidades são 47%; 33% e 20% então a tabela 4.3 traz os tamanhos das amostras nas três unidades pesquisadas. Convém esclarecer que a parte da amostra relativa à unidade *Convênios* foi composta por um paciente de *Clínica Cirúrgica PLANO/PARTICULAR*, cinco pacientes de *Clínica Médica PLANO/PARTICULAR* e duas pacientes da *Obstetria PLANO/PARTICULAR*.

Tabela 4.3: Tamanhos das amostras nas três unidades pesquisadas

Unidade do Setor de Internação	Tamanho das amostras por unidade
Clínica Obstétrica	18
Clínica Ortopédica	13
Convênios (Clínica Médica, Obstetria e Clínica Cirúrgica)	8
<b>Tamanho global da amostra</b>	<b>39</b>

Fonte: a autora (2007)

### 4.3 Considerações sobre este capítulo

Neste capítulo foram descritos as etapas deste trabalho, as características do hospital pesquisado e os instrumentos utilizados na pesquisa.

A principal característica do hospital pesquisado é o fato de ser uma entidade sem fins lucrativos que presta serviços, em sua maioria, aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em pequena proporção, a usuários de PLANOS ou PARTICULARES. Esta pesquisa de mestrado analisou a qualidade dos Serviços de Internação nestas duas áreas.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram uma Entrevista do tipo semi-estruturada direcionada aos gestores do hospital e um Questionário baseado na escala SERVQUAL, direcionado aos pacientes do setor de Internação do hospital (SUS ou PLANO/PARTICULAR).

A descrição detalhada da formulação de tais instrumentos foi apresentada neste capítulo. A Entrevista foi usada com o propósito de identificar os FCS no setor de Internação do hospital pesquisado, segundo a visão da gestora respondente; e o Questionário foi realizado a fim de identificar as dimensões do modelo de Parasuraman *et al.* (1988) consideradas mais importantes e capturar as Expectativas e as Percepções da qualidade dos serviços, segundo os pacientes daquele setor.

## 5 RESULTADOS OBTIDOS NA COLETA DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da Entrevista (FCS) e do Questionário baseado na escala SERVQUAL e, em seguida, será feita uma análise comparando a visão dos gestores e a visão dos pacientes.

### 5.1 Resultados da Entrevista

A Entrevista foi feita com uma gestora do hospital pesquisado, que ocupa há cerca de 5 anos o cargo de Gerente de Recursos Humanos e que conhece com profundidade a rotina do hospital. A gestora entrevistada destina oito horas por dia para desempenhar sua função e suas atribuições envolvem também rotinas administrativas.

Foram realizadas duas sessões de entrevista, onde na segunda, que serviu para rever os resultados, foram feitas pequenas alterações. A gestora não desejou acrescentar nenhum outro FCS além dos nove que lhe foram apresentados e priorizou estes da maneira apresentada na tabela 5.1.

*Tabela 5.1: Priorização dos nove FCS pela gestora do hospital*

Ordem de importância	FCS
1º	Competências técnicas dos funcionários do hospital
2º	Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe Médica
3º	Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe de Enfermagem
4º	Equipamentos e Ambiente Físico Hospitalar
5º	Envolvimento dos Gestores
6º	Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento na Recepção
7º	Serviço de alimentação
8º	Rapidez no atendimento na Recepção
9º	Operações internas

*Fonte: a autora (2007)*

Os resultados da segunda e terceira parte da Entrevista (SUS e PLANO/PARTICULAR, respectivamente) foram idênticos porque, de acordo com a gestora entrevistada, as duas áreas recebem a mesma atenção e por isso as prioridades não diferem.

No Apêndice 3 podem ser vistos estes resultados, inclusive como os diversos elementos associados a cada FCS foram priorizados, de acordo com o grau de importância deles para a realização do determinado FCS, segundo a gestora entrevistada. A seguir são apresentadas as principais observações acerca de tais resultados.

O FCS *Competências técnicas dos funcionários do hospital* foi considerado o mais importante (FCS nº 1) para o alcance dos objetivos do setor de Internação. Com relação a este FCS, os elementos considerados mais importantes foram: *bons médicos, e competências e habilidades da equipe médica*; e os considerados menos importantes foram: *documentos que não contenham erros e contas a pagar corretas e bem explicadas*.

Estes resultados dos elementos associados ao FCS nº 1 demonstram que a gestão do hospital parece acreditar que uma boa equipe de médicos seja o elemento crucial para o funcionamento do setor de Internação, pois as competências e habilidades das equipes de suporte (farmacêuticos, nutricionistas, cozinheiros etc) e da equipe de enfermagem ficaram num nível abaixo de importância.

Com relação ao FCS nº 2, *Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe Médica*, os elementos *médicos atenciosos e humanizados, e comunicação e atenção por parte dos médicos, e tempo suficiente para atender os pacientes, responder suas dúvidas e dar as devidas explicações* foram considerados os mais importantes; enquanto que os elementos *tratamento personalizado, as promessas de atendimento sejam cumpridas, apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo e diálogo entre médico e paciente* foram considerados os menos importantes.

Certamente o elemento *diálogo entre médico e paciente* tenha sido alocado por último por estar, de certa forma, contido no elemento que ficou em segundo lugar de importância (*comunicação e atenção por parte dos médicos, e tempo suficiente para atender os pacientes, responder suas dúvidas e dar as devidas explicações*). Com relação ao apoio moral aos pacientes mais doentes, a gestão do hospital considera que a importância da realização daquele elemento esteja mais vinculada à equipe de enfermagem.

Para o FCS nº 3, *Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe de Enfermagem*, foram dadas maior importância aos elementos *enfermeiras atenciosas e humanas, atenção dispensada aos familiares e apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo*; e menos importância aos elementos *as promessas de atendimento sejam cumpridas, tempo disponível para atender o paciente e riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável*.

Observa-se que o elemento *riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável* foi considerado pela gestão de pouca importância tanto para a equipe Médica, como para a equipe de Enfermagem. De fato, deve-se ter cautela com relação



a este elemento, pois a maneira como certas informações delicadas são passadas ao paciente e o conteúdo das mesmas pode, ao invés de beneficiá-lo, desempenhar um efeito negativo por prejudicar o estado psicológico do mesmo, o que pode inclusive comprometer a eficácia do tratamento.

Os resultados para os FCS nº 2 e 3 também sugerem que, com relação à equipe médica e de enfermagem, a gestão do hospital focaliza mais na atenção, humanidade e boa comunicação que na customização dos serviços.

O FCS nº 4, *Equipamentos e Ambiente Físico Hospitalar*, teve os elementos *instalações e ambientes limpos e agradáveis*, e *equipamentos modernos* considerados mais importantes, seguido pelo elemento *localização do hospital*. Os elementos considerados menos importantes para este FCS foram *condições para repouso e ruído dentro de limites suportáveis*, sendo que este foi alocado por último porque, segundo a gestora, isso já é uma prática do hospital. De fato, apesar de estarem como menor importância, estes dois elementos foram aspectos bastante elogiados verbalmente pelos pacientes durante a aplicação do questionário.

Com relação ao FCS nº 5, *Envolvimento dos Gestores*, os elementos *treinamentos e capacitações para os funcionários*, *envolvimento da Direção* e *fortalecimento dos funcionários através de educação continuada* foram considerados os mais importantes; enquanto que os elementos *envolvimento da gerência na garantia da qualidade* e *funcionários trabalhando de forma cooperativa* foram considerados os menos importantes.

Esse resultado mostra que os gestores parecem se deter mais à parte técnica dos funcionários (fornecimento de treinamentos, capacitações e educação continuada) que aos aspectos psicológicos dos mesmos (funcionários trabalharem de forma cooperativa).

Pelos resultados da entrevista, percebe-se que os gestores desejam e acham importante ter funcionários humanizados. No entanto, o fato do elemento *funcionários trabalhando de forma cooperativa* ter sido considerado o menos importante sugere que possa haver uma certa limitação de esforços para conseguir alcançar aquele objetivo.

Uma maior atenção à parte humana dos funcionários pode diminuir a distância entre os superiores e os subordinados, fazendo com que os gestores conheçam melhor seu corpo de funcionários, além de poder proporcionar outros benefícios ao hospital, decorrentes de melhorias na auto-estima, motivação e satisfação dos funcionários no emprego.

Para o FCS nº 6, *Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento na Recepção*, foram dadas maior importância aos elementos *funcionários atenciosos e humanizados e confiança da informação que é transmitida ao paciente*, seguido pelo elemento *elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente*; e menos importância aos elementos *tratamento personalizado, informações necessárias passadas aos pacientes e atenção ao feedback dos clientes*. Aqui percebe-se mais uma vez a preocupação dos gestores com a existência de funcionários atenciosos e humanizados.

O FCS nº 7, *Serviço de alimentação*, teve o elemento *dietas respeitadas* considerado mais importante, seguido pelo elemento *comida adequada e variada*. O elemento considerado menos importante para este FCS foi *alimentação servida dentro do horário marcado*.

Para o FCS nº 8, *Rapidez no atendimento na Recepção*, foi dada maior importância à *prontidão no atendimento das solicitações dos pacientes e rapidez para evitar longos tempos em salas de espera*. O elemento *contas a pagar apresentadas rapidamente* ficou com menor importância, talvez devido à natureza do hospital (entidade sem fins lucrativos em que a grande maioria do atendimento é pelo SUS).

Por fim, para o FCS nº 9, *Operações internas*, o elemento *funcionários trabalhando de forma cooperativa* foi considerado mais importante que a *agilidade na troca de informação e insumos entre os setores*, o que demonstra, por parte dos gestores, uma preocupação com a boa relação entre os funcionários das operações internas.

Uma vez apresentados os resultados da gestão do hospital, a próxima seção abordará os resultados dos pacientes.

## **5.2 Resultados da aplicação do Questionário**

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos com a aplicação do questionário SERVQUAL para a amostra de pacientes da Internação do hospital.

### **5.2.1 A aplicação dos questionários para os pacientes**

O questionário foi aplicado para 39 pacientes de três unidades do setor de Internação do hospital no período de aproximadamente um mês. A pesquisadora compareceu pela manhã ou à tarde, mas sempre tendo o cuidado de não aplicar o questionário nos horários de visitas (terças e quintas, das 14 às 15 horas; e sábados e domingos, das 14 às 16 horas), pois são

nesses momentos que o paciente deseja receber atenção de familiares e amigos e, portanto, mostra-se indisposto a gastar parte desse tempo respondendo o questionário.

A pesquisadora visitou as enfermarias e quartos com um crachá identificando que a pesquisa era da Universidade, e não do hospital. Além disso, tendo em vista a limitação da maioria dos pacientes, antes de iniciar cada aplicação, explicou-se verbalmente que o propósito da pesquisa era para seus estudos e que as informações individuais seriam mantidas em sigilo. Essas medidas foram tomadas a fim de esclarecer os pacientes e minimizar possíveis constrangimentos.

O tempo médio de aplicação do questionário com cada paciente foi cerca de 25 minutos. A primeira parte dos respondentes (os 30 primeiros) constituiu a amostra-piloto.

No pré-teste não houve queixa com relação à redundância, porém, durante a aplicação do questionário no hospital, alguns pacientes queixaram-se que os itens 11 (*os serviços dos funcionários de Hospitais devem ser prestados de imediato*) e 13 (*Os funcionários de Hospitais nunca deixarão de responder imediatamente às solicitações dos seus clientes, mesmo quando estiverem muito ocupados*) seriam redundantes.

O questionário não foi respondido pelos próprios pacientes. Ele foi aplicado como se fosse uma entrevista, onde a pesquisadora expôs o conteúdo e os pacientes apenas responderam suas opções, sendo que isto não prejudicou a obtenção dos dados. Optou-se por esta maneira devido ao baixo nível de instrução, extrema dificuldade no entendimento da leitura ou estado físico inviável do paciente.

### 5.2.2 Resultados sobre o perfil dos pacientes

O perfil dos pacientes atendidos no setor de Internação do hospital foi avaliado pelos seguintes elementos: sexo, nível de instrução, renda familiar e cidade de procedência. Além disso, os pacientes foram questionados se já haviam usado os serviços de internação do hospital pesquisado ou de outro hospital. A figura 5.1 traz a proporção de homens e mulheres dentre os pacientes.

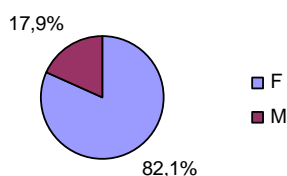


Figura 5.1: Sexo dos pacientes

Fonte: A autora (2007)

A alta proporção de mulheres na amostra consultada é devida ao fato do hospital pesquisado ser referência em Obstetrícia. Somente elas abrangem cerca de metade dos pacientes pesquisados, como apresentado na tabela 4.2.

A figura 5.2 ilustra o baixo nível de instrução dos pacientes, onde se vê que quase 90% deles não completaram o ensino médio.

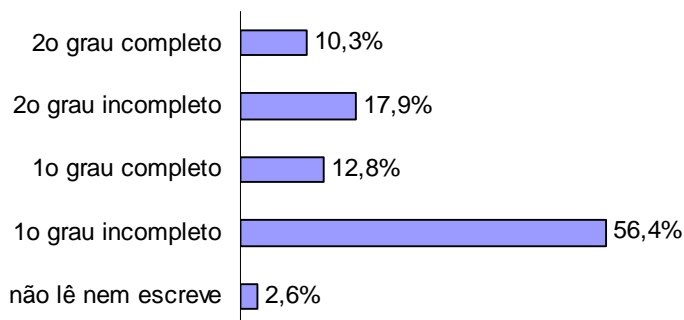


Figura 5.2: Nível de instrução dos pacientes

Fonte: A autora (2007)

A figura 5.3 evidencia a baixa renda familiar dos pacientes. Note-se que quase todos os pacientes atendidos (94,8%) possuem renda familiar mensal até 4 salários mínimos.

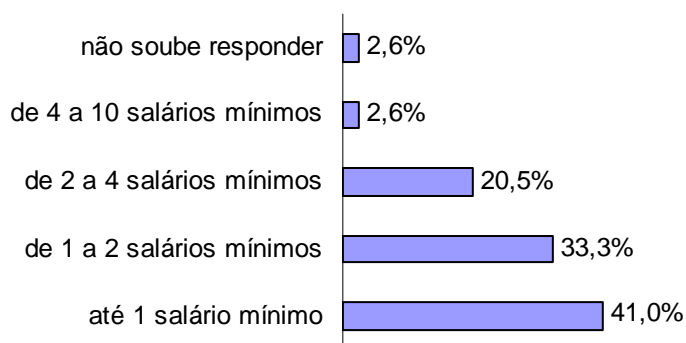


Figura 5.3: Renda familiar dos pacientes

Fonte: A autora (2007)

Com relação à região de procedência, a figura 5.4 mostra que a maior parte (87,1%) dos pacientes atendidos no setor de internação do hospital pesquisado é oriunda de municípios da Região Metropolitana do Recife (cidades como: Itapissuma, Araçoiaba, Abreu e Lima, Olinda, Recife, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca). Mas o hospital recebe também 10,3% pacientes da Zona da Mata (cidades como Carpina, Nazaré da Mata e Rio Formoso), e até do Agreste de Pernambuco (2,6% – Bom Jardim).

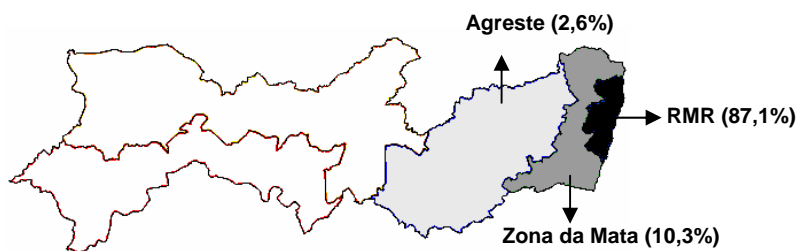


Figura 5.4: Regiões de procedência dos pacientes

Fonte: A autora (2007)

Apenas um paciente (2,6%) já havia utilizado os serviços de internação do hospital mais de duas vezes. Pequena parte (20,5%) dos pacientes já havia sido internada uma ou duas vezes. A grande maioria (79,5%) nunca havia sido internada no hospital pesquisado. Esta alta porcentagem merece atenção. Vale a pena investigar as causas que atraem pacientes novos, pois 54,8% destes 79,5% já haviam sido internados em outros hospitais. Exemplos de possíveis causas seriam: pacientes que foram removidos de outros hospitais, indicações de amigos, localização do hospital etc.

### 5.2.3 Resultados sobre as dimensões

Uma vez conhecido o perfil dos pacientes que são atendidos no setor de Internação, a segunda parte do questionário buscou investigar quais são, na visão dos pacientes, as dimensões do SERVQUAL mais importantes ao avaliar a qualidade dos serviços de internação.

A tabela 5.2 apresenta a nota média em termos da importância dada pelos pacientes a cada dimensão da escala SERVQUAL.

Tabela 5.2 Importância das dimensões da escala SERVQUAL segundo os pacientes

DIMENSÃO	Nota média (0 a 10)
Tangíveis	7,8
Confiabilidade	8,0
Responsividade	8,9
Segurança	9,2
Empatia	8,8

Fonte: a autora (2007)

Não foi confirmada a idéia de Parasuraman *et al.* (1988) e Lovelock e Wright (2001) de que a dimensão *confiabilidade* teria maior importância que as demais. Pela tabela acima vê-se

que a dimensão *Segurança* foi considerada a mais importante pelos pacientes, seguida pelas dimensões *Responsividade* e *Empatia*. Certamente o ramo do serviço (serviço de saúde) justifica esse resultado.

A tabela 5.3 apresenta a nota média em termos da importância dada a cada dimensão da escala SERVQUAL por unidade hospitalar pesquisada.

Tabela 5.3: Importância das dimensões da escala SERVQUAL por unidades hospitalares pesquisadas

<b>Dimensão</b> <b>Unidade pesquisada</b>	Tangíveis	Confiabilidade	Responsividade	Segurança	Empatia
Obstetrícia SUS	7,8	7,5	8,5	8,9	8,9
Ortopedia SUS	8,1	8,7	9,2	9,1	8,6
Clínica Cirúrgica PLANO/PART.	5,0	6,0	9,0	10,0	10,0
Clínica Médica PLANO/PART.	7,4	7,8	9,2	9,8	9,4
Obstetrícia PLANO/PART.	9,0	10,0	10,0	10,0	10,0

Fonte: a autora (2007)

## 5.2.4 Resultados sobre as Expectativas e as Percepções

Nesta seção serão tratados os resultados obtidos na terceira e quarta parte do questionário.

Durante a aplicação do questionário confirmou-se a idéia de Bowers *et al.* (1994) de que normalmente os consumidores dos serviços de saúde não são capazes de avaliar a qualidade técnica dos serviços que recebem, pois alguns pacientes queixaram-se de que não sabiam responder direito o item 1 (*Hospitais que possuam equipamentos modernos*) e o item 8 (*Hospitais devem guardar seus registros – prontuários, anotações etc – impecavelmente*) do questionário. Percebeu-se que a maioria dos pacientes não consegue distinguir se os equipamentos do hospital são sofisticados ou não. Eles só compreendem a capacidade ou incapacidade do hospital em realizar certos exames ou procedimentos. Alguns pacientes sequer sabiam o significado da palavra “*modernos*”.

A maioria dos pacientes queixou-se que não tinha como avaliar os itens relacionados à Administração do hospital (itens 10 e 15 do questionário). Percebeu-se também que, ao responder o item 19 da 4ª parte do questionário, relativo ao atendimento na Recepção, dentre os pacientes que externaram suas emoções, a maioria mostrou-se enfática e alegre, demonstrando satisfação pelo atendimento recebido, enquanto que apenas um demonstrou insatisfação.

Alguns pacientes fizeram comentários do tipo: “a alimentação é a coisa mais importante num hospital” e “aqui eu tenho uma cama” que demonstram as necessidades fisiológicas prevalecendo sobre outros tipos de necessidades (como por exemplo, necessidades de auto-estima e de realização) no segmento analisado.

Durante a aplicação da 4ª parte do questionário percebeu-se que os pacientes que passaram por alguma experiência desagradável externavam seu descontentamento escolhendo pontuações baixas para a maioria dos itens. Isso mostra que os momentos da verdade que tragam algum tipo de insatisfação para o paciente podem ter repercussão bem negativa na avaliação global, ou seja: um momento negativo pode ofuscar a soma de vários momentos positivos.

Na tabela 5.4 são apresentados os resultados médios gerais (pacientes de todas as unidades pesquisadas) das Expectativas e da Percepção para os 22 itens do questionário. Relembrando que os resultados possuem margem de erro de 0,3 para mais ou para menos.

Tabela 5.4: Valores médios das Expectativas e Percepções de todos os pacientes pesquisados

<b>Item do questionário →</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
EXPECTATIVA	4,5	4,2	4,2	3,8	4,2	3,8	3,7	3,9	3,6	4,1	3,7
PERCEPÇÃO	3,9	4,1	4,5	4	4,3	3,9	4,3	4,1	3,9	3,8	4,3
<b>Item do questionário →</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
EXPECTATIVA	4,6	3,4	4,2	3,9	4,2	4,4	4,6	4,4	4,3	4,7	4,1
PERCEPÇÃO	4,3	3,8	4,3	3,6	4,2	4,3	4,2	4,2	4,3	4,1	4,0

Fonte: a autora (2007)

Com relação às EXPECTATIVAS, os itens do questionário que tiveram Expectativas mais altas foram os itens 21, 12, 18 e 1, respectivamente: ‘as Enfermeiras e Médicos de hospitais devem dar atenção aos pacientes e seus familiares, responder suas dúvidas e ouvir suas sugestões e reclamações’; ‘os funcionários de Hospitais devem ter sempre boa vontade em ajudar seus pacientes’; ‘os funcionários de Hospitais deverão ser bem capacitados para desempenhar bem seu trabalho’; e ‘hospitais que possuam equipamentos modernos’.

Os três itens que tiveram expectativas mais altas (itens 21, 12 e 18) são relativos às dimensões *empatia*, *responsividade* e *segurança*, respectivamente, que foram justamente as dimensões consideradas mais importantes na parte 2 do questionário, o que leva a crer que as expectativas dos pacientes sejam fortemente embasadas por tudo que eles julgam ser mais importante.

O primeiro item do questionário, relativo à dimensão *tangíveis*, também obteve alta expectativa, mas certamente pelo fato de ter sido o primeiro item do questionário, pois ao começar a responder a terceira parte do questionário, a maioria dos pacientes idealizavam um hospital perfeito. Como a intenção não foi a de formular as expectativas imaginando um hospital perfeito, a pesquisadora teve que fazer algumas intervenções para esclarecimentos, conforme será tratado na seção 5.2.5.

Ainda com relação às EXPECTATIVAS é importante observar também aqueles itens que tiveram pontuações mais baixas, que foram os itens 13, 9, 7 e 11, respectivamente: *‘os funcionários de Hospitais nunca deixarão de responder imediatamente às solicitações dos seus clientes, mesmo quando estiverem muito ocupados’*; *‘os Hospitais devem dizer ao cliente, de forma exata, a data ou horário de quando o serviço será prestado’*; *‘os Hospitais devem executar os serviços no tempo prometido’*; e *‘os serviços dos funcionários de Hospitais devem ser prestados de imediato’*.

A parte final do item 13 certamente foi a responsável por esse ter sido considerado o item de expectativa mais baixa de todo o questionário, inclusive durante a aplicação do questionário, muitos pacientes fizeram comentários a respeito deste item demonstrando sua tolerância em esperar ser atendido nas situações que o funcionário esteja ocupado com outro paciente em estado mais grave ou com algum procedimento que não possa ser interrompido no momento.

Os itens 13 e 11 foram alocados à dimensão *responsividade* pelo fato do imediatismo não ser algo necessário no serviço, mas sim algo extra, ou seja, uma disposição (além da média) em prover o serviço prontamente. No entanto, percebe-se que todos os itens 13, 9, 7 e 11 estão relacionados a cumprimento de prazos, o que parece mostrar que os pacientes enxergam os itens 13 e 11 não como responsividade, mas como confiabilidade. Esta conclusão condiz com os resultados da importância das dimensões, apresentado na tabela 5.2, onde a dimensão confiabilidade foi considerada a segunda menos importante.

É comum ouvir queixas de demoras nos atendimentos em hospitais e clínicas. As pessoas costumam reclamar muito disso, mas no íntimo parecem suportar os atrasos, principalmente quando recebem justificativas de algum funcionário do hospital.

Com relação à PERCEPÇÃO, o item que obteve maior valor foi o item 3 (*os funcionários do Hospital XXX andam limpos e bem vestidos*) que é relativo à dimensão *tangíveis*. Porém os itens 5, 7, 11, 12, 14, 17 e 20, também tiveram Percepções altas.



O item 5 (*o Hospital XXX possui boas condições para repouso e barulho dentro de limites suportáveis*) é relativo à dimensão *tangíveis*.

O item 7 (*o Hospital XXX transmite todas as informações necessárias – ex: riscos inerentes ao tratamento, etc – aos pacientes e/ou responsáveis de forma confiável e precisa*) é relativo à dimensão *confiabilidade*.

Os itens 11, 12 e 14, respectivamente, ‘*os serviços dos funcionários do Hospital XXX são prestados de imediato*’; ‘*os funcionários do Hospital XXX sempre têm boa vontade em ajudar seus pacientes*’; e ‘*quando o cliente tem problemas, o Hospital XXX o tranquiliza e demonstra interesse em resolver o problema*’ são relativos à dimensão *responsividade*.

O item 17 (*o Hospital XXX tem procedimentos padronizados*) é relativo à dimensão *segurança*.

E o item 20 (*os funcionários do Hospital XXX dão apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes e os que estão doentes há muito tempo no hospital*) é relativo à dimensão *empatia*.

Vê-se que as mais altas percepções ficaram um pouco pulverizadas em todas as dimensões, sendo que com maior ênfase nas dimensões *responsividade*, *tangíveis* e *confiabilidade*.

Com relação às PERCEPÇÕES mais baixas, o item que teve valor mais baixo foi o item 15 (*os Administradores do Hospital XXX sabem quais são as necessidades de seus clientes e estão voltados para os principais interesses dos clientes*), seguido pelo item 13 (*os funcionários do Hospital XXX nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos seus pacientes, mesmo quando estão muito ocupados*).

O item 15 deve ter obtido menor pontuação devido ao fato dos pacientes não terem contato com a Administração do hospital. Como consequência, por não saberem responder este item, atribuíram pontuações mais baixas, de forma pessimista. E o item 13 pode ter recebido pontuação baixa pelo requisito exigente na parte final (mesmo quando estão muito ocupados).

Uma vez tendo sido vistos os resultados individuais das Expectativas e Percepções para cada item do questionário para os pacientes de todas as unidades, é importante também se verificar os resultados de acordo com as unidades hospitalares e também, de forma mais geral, de acordo com as áreas (SUS ou PLANO/PARTICULAR), uma vez que resultados muito

detalhados podem tornar a avaliação dispersa e sem objetividade. Nesse sentido, serão apresentados a seguir os resultados das Expectativas e das Percepções dos pacientes por dimensão e unidade hospitalar.

Por último, serão apresentados também os *ESCORES MÉDIOS DA QUALIDADE* (que são resultantes das Expectativas e das Percepções, conforme visto na equação 4.1). Tais escores serão apresentados inicialmente por unidade hospitalar, depois por área (SUS ou PLANO/PARTICULAR), e por fim, de forma genérica (englobando pacientes de todas as unidades e todas as áreas) a fim de ser ter uma visão geral da percepção de qualidade por parte dos pacientes do serviço de Internação no hospital pesquisado.

Na tabela 5.5 são apresentados os resultados médios das EXPECTATIVAS de acordo com as dimensões da escala SERVQUAL e as unidades hospitalares pesquisadas.

Tabela 5.5: Valores médios das EXPECTATIVAS dos pacientes por dimensão e unidade hospitalar

Dimensões e itens do questionário	SUS		PLANO/PARTICULAR		
	Obstetrícia	Ortopedia	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica	Obstetrícia
<b>Tangíveis</b> (itens 1 a 6)	4,23	4,08	4,83	3,9	3,92
<b>Confiabilidade</b> (itens 7 a 10)	3,85	3,91	4,75	<b>3,5</b>	3,75
<b>Responsividade</b> (itens 11 a 15)	3,76	4,18	<b>5</b>	4,32	3,7
<b>Segurança</b> (itens 16 a 18)	4,32	4,39	4,67	4,47	4,83
<b>Empatia</b> (itens 19 a 22)	4,38	4,39	4,5	4,25	4,5

Fonte: a autora (2007)

Por esta tabela é possível verificar que nas unidades de OBSTETRÍCIA, tanto SUS quanto PLANO/PARTICULAR, houveram maiores expectativas para as dimensões *segurança* e *empatia*, e menor expectativa para a dimensão *responsividade*. Isto mostra que na Obstetrícia as pacientes (gestantes) priorizam mais a competência dos funcionários e que estes lhes passem segurança e confiança do que simplesmente funcionários dispostos a ajudar.

Para a unidade ORTOPEDIA SUS os pacientes também deram mais importância às dimensões *segurança* e *empatia*, sendo que a dimensão que recebeu menor importância foi a *confiabilidade*.

É importante observar que a unidade CLÍNICA CIRÚRGICA PLANO/PARTICULAR foi a que apresentou expectativas mais altas de maneira geral, e especialmente, nas dimensões *responsividade* e *tangíveis*.

Por fim, os pacientes da unidade CLÍNICA MÉDICA PLANO/PARTICULAR mostraram ter maior expectativa com relação à dimensão *segurança* e menores expectativas para a dimensão *confiabilidade*.

Na tabela 5.6 são apresentados os resultados médios das PERCEPÇÕES de acordo com as dimensões da escala SERVQUAL e as unidades hospitalares pesquisadas.

Tabela 5.6: Valores médios das PERCEPÇÕES dos pacientes por dimensão e unidade hospitalar

Dimensões e itens do questionário	Área	SUS		PLANO/PARTICULAR		
	Unidade hosp.	Obstetrícia	Ortopedia	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica	Obstetrícia
<b>Tangíveis</b> (itens 1 a 6)		3,79	4,55	4,5	4,37	4
<b>Confiabilidade</b> (itens 7 a 10)		<b>3,65</b>	4,27	4,5	4,65	4
<b>Responsividade</b> (itens 11 a 15)		3,68	4,27	4,8	4,88	4,4
<b>Segurança</b> (itens 16 a 18)		3,88	4,61	<b>5</b>	4,93	3,83
<b>Empatia</b> (itens 19 a 22)		3,88	4,34	<b>5</b>	4,8	3,88

Fonte: a autora (2007)

Nesta tabela algumas observações são válidas. A unidade OBSTETRÍCIA PLANO/PARTICULAR obteve percepção máxima na dimensão *responsividade* (que foi a dimensão que recebeu menor expectativa). Isso implicará num escore de qualidade relativamente alto para esta dimensão como será apresentado na tabela 5.7 adiante, o que é um resultado bom para o hospital (percepções > expectativas). De forma inversa, a dimensão *segurança*, que havia obtido maiores expectativas nesta unidade, agora foi a que apresentou

menor valor de percepções. Este resultado não é bom para o hospital, pois significa que os pacientes desta unidade e área não estão satisfeitos em relação à dimensão *segurança* dos serviços recebidos (percepções < expectativas).

Outro fato interessante é que para a unidade ORTOPEDIA SUS praticamente todos os valores de percepções ficaram acima das expectativas. Esse resultado é muito bom e significa que os pacientes daquela unidade estão satisfeitos ou mais que satisfeitos com os serviços recebidos em relação a todas as dimensões. Isso implicará em escores de qualidade positivos para esta unidade, como será visto adiante. Fato inverso ocorreu com a unidade OBSTETRÍCIA SUS.

Com relação à unidade CLÍNICA CIRÚRGICA PLANO/PARTICULAR, apesar de ela ter sido a que apresentou expectativas mais altas, as percepções mais altas vieram também desta unidade.

A tabela 5.7 a seguir foi obtida através da equação 4.1 que mede os escores médios de qualidade do serviço em relação a cada dimensão, só que abrangendo apenas os pacientes de cada unidade hospitalar.

Tabela 5.7: Escores médios da qualidade por unidade hospitalar

Dimensão \ Área	SUS		PLANO/PARTICULAR		
	Obstetrícia	Ortopedia	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica	Obstetrícia
<b>Q<sub>tangíveis</sub></b>	- 0,4	+ 0,5	- 0,3	+ 0,5	+ 0,1
<b>Q<sub>confiabilidade</sub></b>	- 0,2	+ 0,4	- 0,3	+ 1,2	+ 0,3
<b>Q<sub>responsividade</sub></b>	- 0,1	+ 0,1	- 0,2	+ 0,6	+ 0,7
<b>Q<sub>segurança</sub></b>	- 0,4	+ 0,2	+ 0,3	+ 0,5	- 1,0
<b>Q<sub>empatia</sub></b>	- 0,5	0	+ 0,5	+ 0,6	- 0,6

Fonte: a autora (2007)

Conforme foi exposto no capítulo anterior, o escore médio de uma dimensão poderá assumir qualquer valor dentro do intervalo [-4 ; +4], onde escores positivos refletem um nível

de satisfação elevado (serviço melhor do que o esperado) e escores negativos refletem uma qualidade abaixo do esperado, ou seja, pacientes insatisfeitos com o não atendimento de suas expectativas. E o escore zero implica que a qualidade é satisfatória.

A tabela 5.7 permite que sejam detectadas as fontes de satisfação/insatisfação por unidade do setor de Internação hospitalar. Merece destaque os resultados antagônicos das duas unidades da área SUS investigadas, onde se percebe uma notória divisão: pacientes satisfeitos na unidade ORTOPEDIA SUS e pacientes insatisfeitos na unidade OBSTETRÍCIA SUS. Inclusive esta diferença foi claramente sentida pela maneira como os pacientes externaram seus sentimentos durante a aplicação do questionário.

A fim de obter uma visão geral da qualidade segundo as duas grandes áreas do setor analisado (SUS e PLANO/PARTICULAR) foi elaborada a tabela 5.8 que também foi obtida através da equação 4.1, só que abrangendo os pacientes de cada área (SUS ou PLANO/PARTICULAR).

Por esta tabela é possível detectar que, de forma geral, parece existir uma leve insatisfação na área SUS e pacientes satisfeitos na área PLANO/PARTICULAR. Lembrando, porém, que a unidade Obstetrícia SUS a responsável por conduzir este resultado para a região de insatisfação.

Tabela 5.8: Escores médios da qualidade por área (SUS ou PLANO/PART.)

Dimensão \ Área	SUS	PLANO/PARTICULAR
<b>Qtangíveis</b>	- 0,1	+ 0,3
<b>Qconfiabilidade</b>	0	+ 0,8
<b>Qresponsividade</b>	0	+ 0,5
<b>Qsegurança</b>	- 0,2	+ 0,1
<b>Qempatia</b>	-0,3	+ 0,3

Fonte: a autora (2007)

Ainda, no intuito de visualizar a avaliação de qualidade de todos os pacientes de todas as unidades e áreas pesquisadas, a tabela 5.9, resultante do cálculo dos escores da qualidade englobando os pacientes tanto do SUS quanto de PLANO/PARTICULAR, apresenta esta visão mais generalizada. Esta tabela aponta, de forma bastante genérica, uma leve insatisfação

para as dimensões *segurança* e *empatia*, satisfação para a dimensão *tangíveis* e leve superação das expectativas para as dimensões *confiabilidade* e *responsividade*.

Tabela 5.9: Escores médios da qualidade

<b>Q<sub>tangíveis</sub></b>	0
<b>Q<sub>confiabilidade</sub></b>	+ 0,2
<b>Q<sub>responsividade</sub></b>	+ 0,1
<b>Q<sub>segurança</sub></b>	- 0,1
<b>Q<sub>empatia</sub></b>	-0,2

Fonte: a autora (2007)

Por fim, o cálculo do *escore global da qualidade* dos serviços de Internação SUS e PLANO/PARTICULAR, obtido com toda a amostra resultou em aproximadamente *zero*. Isso significa que, de maneira geral os serviços de internação do hospital pesquisado estão atendendo às expectativas dos pacientes.

#### 5.2.5 Análise dos resultados através de uma amostragem simbólica

Os respondentes tiveram muita dificuldade em entender o questionário, principalmente a parte 3. Ao começar a responder a terceira parte do questionário, a maioria dos pacientes idealizavam um hospital perfeito e daí, o primeiro item do questionário obteve expectativas muito altas (+5 na maioria). Às vezes as expectativas baixavam um pouco após a interrupção para esclarecimento do propósito daquela parte do questionário, porém, apesar de alguns pacientes parecerem ter compreendido, resistiram modificar sua interpretação inicial, e permaneceram atribuindo uma grande quantidade de pontuações altas nas expectativas. Além disso, todos rejeitaram a hipótese de rever o primeiro item para não perder tempo.

Esse fato demonstrou que a escala SERVQUAL, como apresentada por Parasuraman *et al.* (1988), parece exigir um grau de entendimento que, dependendo do caso, pode não refletir a realidade do nível cultural dos respondentes. No caso desta pesquisa, os pacientes tinham, quase que na totalidade, um nível de instrução muito baixo e a dificuldade em responder o questionário foi percebida mais fortemente na segunda e terceira partes, sendo que bem mais intensamente na terceira, que é a relacionada às Expectativas.

Por esta razão, ao final do estudo, a pesquisadora decidiu realizar um teste. O mesmo questionário que consta no Apêndice 2 foi aplicado para uma amostra simbólica de 5

pacientes, sendo que desta vez, ao iniciar a terceira parte, explicou-se que o paciente deveria dar uma nota de 1 a 5 para cada item de acordo com a realidade de outros hospitais que ele conhecia ou imaginava.

Esse processo de comparação na mente do paciente de suas experiências em outros hospitais com a sua experiência no hospital objeto da pesquisa pareceu muito simples e, de fato, isto se comprovou no teste. Os cinco pacientes entrevistados demonstraram total entendimento do que lhes foi exposto, sentiram-se à vontade para criticar ou elogiar outros hospitais e responderam o questionário de forma muito mais rápida.

Dos cinco pacientes submetidos a esse teste, dois eram da unidade *Ortopedia SUS*, uma da unidade *Clínica Médica PLANO/PARTICULAR* e duas da unidade *Obstetria PLANO/PARTICULAR*.

O perfil destes cinco pacientes foi bastante semelhante ao dos outros 39 pacientes, por exemplo: a renda familiar mensal de quatro deles era de 1 a 2 salários mínimos e o quinto paciente tinha renda familiar mensal de 2 a 4 salários mínimos; e com relação ao nível de instrução, um não lia nem escrevia, dois não tinham o 1º grau completo, um possuía o 2º grau incompleto e um havia concluído o 2º grau.

Os resultados das Expectativas e das Percepções dos cinco pacientes por dimensão podem ser vistos nas tabelas 5.10 e 5.11, respectivamente.

Tabela 5.10: Valores médios das EXPECTATIVAS por dimensão dos pacientes submetidos ao TESTE

<b>Tangíveis</b> (itens 1 a 6)	<b>Confiabilidade</b> (itens 7 a 10)	<b>Responsividade</b> (itens 11 a 15)	<b>Segurança</b> (itens 16 a 18)	<b>Empatia</b> (itens 19 a 22)
2,8	2,5	2,6	2,7	3,2

Fonte: a autora (2007)

Tabela 5.11: Valores médios das PERCEPÇÕES por dimensão dos pacientes submetidos ao TESTE

<b>Tangíveis</b> (itens 1 a 6)	<b>Confiabilidade</b> (itens 7 a 10)	<b>Responsividade</b> (itens 11 a 15)	<b>Segurança</b> (itens 16 a 18)	<b>Empatia</b> (itens 19 a 22)
4,7	4,5	4,4	4,6	4,7

Fonte: a autora (2007)

As tabelas 5.10 e 5.11 não incluíram a divisão por unidade hospitalar devido ao fato desta ser uma amostragem simbólica, mas para se ter uma noção da diferença nos valores

atribuídos, especialmente com respeito às Expectativas, vale a pena comparar a tabela 5.10 com a tabela 5.5.

Evidentemente, que sendo as expectativas mais baixas, os escores de qualidade resultantes foram mais altos neste teste, conforme mostrado na tabela 5.12. Esta tabela, quando comparada à tabela 5.9, explicita enorme diferença.

Tabela 5.12: Escores médios da qualidade no TESTE

<b>Q<sub>tangíveis</sub></b>	+ 1,9
<b>Q<sub>confiabilidade</sub></b>	+ 2,0
<b>Q<sub>responsividade</sub></b>	+ 1,8
<b>Q<sub>segurança</sub></b>	+ 1,9
<b>Q<sub>empatia</sub></b>	+ 1,6

Fonte: a autora (2007)

O cálculo do *escore global da qualidade* obtido com a amostra simbólica do TESTE resultou em 1,8. Este valor, tendo em vista a quantidade de itens do questionário, está bem longe do encontrado anteriormente, que foi zero.

Apesar deste ter sido um teste simbólico, com uma quantidade pequena de pacientes, estes resultados confirmam que a *expectativa* de uma pessoa é função de muitas variáveis, como colocado no Capítulo 2. Desta forma, os resultados obtidos na pesquisa que foram apresentados na seção anterior devem ser interpretados observando-se este tipo de viés.

### 5.3 Considerações sobre este capítulo

Os resultados da pesquisa estão divididos em duas partes: os relativos à Entrevista FCS feita com uma gestora do hospital e os relativos ao Questionário SERVQUAL, que foi aplicado com os pacientes do setor de Internação.

As informações obtidas pelo questionário revelaram que a grande maioria dos pacientes que são atendidos no setor de Internação do hospital pesquisado são pessoas de baixo poder aquisitivo (94,8% dos pacientes com renda familiar mensal de até 4 salários mínimos) e baixo nível de instrução (59% sequer possuem o 1º grau e 89,7% não completaram o ensino médio).



A maior parte dos pacientes é oriunda da Região Metropolitana do Recife (87,1%), mas o setor de Internação recebe também pacientes da Zona da Mata (10,3%) e até do Agreste (2,6%) de Pernambuco.

Os dados também mostraram que 79,5% dos pacientes nunca haviam sido internados naquele hospital, e destes, 54,8% já haviam sido internados em outros hospitais. Esses dados mostram que existe um grande fluxo de pacientes novos no setor. Vale a pena investigar as possíveis causas que atraem estes pacientes novos, como por exemplo: pacientes removidos de outros hospitais, localização do hospital, indicação de amigos etc.

Segundo a opinião dos 39 pacientes investigados na amostra, as três dimensões da escala SERVQUAL consideradas mais importantes foram, na ordem de preferência: a *Segurança*, a *Responsividade* e a *Empatia*; sendo que estas duas últimas estariam empatadas considerando-se a margem de erro da pesquisa.

Os dados da terceira e quarta parte do questionário, relacionados às Expectativas e à Percepção dos pacientes sobre os serviços de Internação, revelaram informações importantes. O cálculo dos escores médios da qualidade por área e para cada dimensão da escala SERVQUAL resultaram nos valores apresentados na tabela 5.8, onde se percebe que, de forma geral, os pacientes da área SUS não parecem tão satisfeitos como os da área que atende PLANO/PARTICULAR. Mas é importante observar que a leve insatisfação dos pacientes SUS foi devida apenas à unidade de Obstetrícia SUS, pois na unidade de Ortopedia SUS todos os escores foram positivos, conforme se vê na tabela 5.7.

É importante ressaltar também que devido à extrema dificuldade de entendimento dos pacientes, os resultados obtidos, principalmente os relacionados às Expectativas, devem ser observados com cautela. Um teste realizado no final da pesquisa com uma amostra simbólica de 5 pacientes, descrito na seção 5.2.5, demonstrou que os valores das Expectativas dos pacientes baixaram consideravelmente quando, ao invés de pensar num hospital ideal, os mesmos foram induzidos a formar suas expectativas pensando nas experiências que passaram em outros hospitais ou que já tinham ouvido falar. Os valores das Percepções permaneceram similares aos resultados anteriores.

Na amostragem simbólica, feita após a coleta dos dados, devido ao fato dos valores das expectativas terem sido reduzidos, os resultados dos escores da qualidade tornaram-se positivos (tabela 5.12) e bem acima dos obtidos anteriormente (tabela 5.9), o que demonstra que a expectativa de uma pessoa é afetada por vários fatores. Capturar esta informação de

forma que traduza exatamente o sentimento do cliente ainda continua sendo o grande desafio dos pesquisadores do setor de Serviços. Certamente uma tradução exata é impossível, mas sempre se busca medir de forma mais próxima possível da realidade.

Com relação aos resultados obtidos na Entrevista, observou-se que os fatores críticos de sucesso considerados mais prioritários pela gestão do hospital coincidiram com a importância dada pelos pacientes às dimensões da escala SERVQUAL. O FCS considerado de maior importância (*Competências técnicas dos funcionários do hospital*), por exemplo, está relacionado à dimensão *Segurança* que foi considerada a de maior importância pelos pacientes. Observou-se também que os FCS que ficaram em segundo e terceiro lugar de importância estão associados às três dimensões que receberam maior importância segundo a visão dos pacientes. Além disso, o FCS *Equipamentos e Ambiente Físico Hospitalar* recebeu apenas o quarto lugar de importância segundo a gestora entrevistada, o que está em conformidade com a visão dos pacientes tendo em vista que a dimensão *Tangíveis* foi considerada a de menor importância. Porém, pelos resultados apresentados do questionário, vê-se que a área SUS do hospital, e especialmente a unidade de Obstetrícia SUS, parece merecer mais atenção dos gestores.

Por fim, o capítulo a seguir apresenta as principais conclusões, dificuldades e limitações deste trabalho, além de recomendações para trabalhos futuros.

## **6 CONCLUSÕES**

Este trabalho de pesquisa propôs o uso do método dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS) e da Escala SERVQUAL para avaliar qualitativa e quantitativamente a qualidade percebida pelos clientes em serviços hospitalares, através da identificação das características da prestação de serviços hospitalares e da realização de um estudo de caso em um hospital da Região Metropolitana de Recife.

Neste capítulo serão apresentadas as conclusões e reflexões relacionadas ao estudo teórico e aos resultados obtidos no estudo de caso, bem como as dificuldades, limitações do trabalho e sugestões para trabalhos futuros.

### **6.1 Conclusões da Fundamentação Teórica**

A questão da Qualidade em Serviços está diretamente vinculada à satisfação do cliente, e esta é medida comparando-se a qualidade esperada (Expectativas) com a qualidade percebida (Percepções) do serviço recebido, onde vários fatores influenciam as expectativas e as percepções do cliente sobre a qualidade do serviço.

Não foram encontrados na literatura trabalhos envolvendo uma utilização combinada do método FCS com um instrumento de mensuração de qualidade em serviços, para confrontar resultados oriundos tanto da gestão, quanto do cliente. Observando esta lacuna, este trabalho fez uso desta ferramenta associada à escala SERVQUAL no estudo da qualidade nos serviços hospitalares.

### **6.2 Conclusões da Revisão Bibliográfica**

No capítulo 3 foram expostos vários trabalhos relacionados aos assuntos: Qualidade em Serviços Hospitalares, Método dos Fatores Críticos de Sucesso (FCS) e Escala SERVQUAL.

Pela literatura foram capturadas as diversas características e elementos que compõem a qualidade nos serviços hospitalares.

A revisão bibliográfica contribuiu para o desenvolvimento e melhoramento dos dois instrumentos de pesquisa que foram utilizados neste trabalho: a ENTREVISTA usando o método FCS, feita para a direção do hospital, e o QUESTIONÁRIO baseado na escala SERVQUAL, que foi aplicado para os pacientes do Setor de Internação do hospital estudo de caso.

As conclusões sobre os resultados obtidos pela utilização destes dois instrumentos no hospital pesquisado serão apresentadas na seção a seguir.

### 6.3 Conclusões deste Trabalho

Os resultados da pesquisa mostraram que os valores das Expectativas dos pacientes baixaram consideravelmente quando, ao invés de pensar num hospital ideal, os mesmos foram induzidos a formar suas expectativas pensando nas experiências que passaram em outros hospitais ou que já tinham ouvido falar.

Esse fato demonstrou que a escala SERVQUAL, como apresentada por Parasuraman *et al.* (1988), parece exigir um grau de entendimento que, dependendo do caso, pode não refletir a realidade do nível cultural dos respondentes. No caso desta pesquisa de mestrado, os pacientes tinham, quase que na totalidade, um nível de instrução muito baixo e a dificuldade em responder o questionário foi percebida mais fortemente na segunda e terceira partes, sendo que bem mais intensamente na terceira, que é a relacionada às Expectativas.

Por outro lado, pode-se dizer também que geralmente um cliente só consome um serviço quando tem uma alta expectativa a respeito do mesmo. Nesse sentido, avaliar apenas as percepções dos clientes pode ser um procedimento mais simples e menos oneroso para as empresas de serviços do que avaliar as expectativas e as percepções, podendo inclusive, prover resultados mais exatos, além da maior rapidez na coleta dos dados.

Além disso, percebeu-se que os pacientes que passaram por alguma experiência desagradável externaram seu descontentamento escolhendo pontuações baixas para a maioria dos itens. Isso mostra que os momentos da verdade que tragam algum tipo de insatisfação para o paciente podem ter repercussão bem negativa na avaliação global, ou seja: um momento negativo pode ofuscar a soma de vários momentos positivos.

Os dados também mostraram que 79,5% dos pacientes nunca haviam sido internados naquele hospital, e destes, 54,8% já haviam sido internados em outros hospitais. Esses dados mostram que existe um grande fluxo de pacientes novos no setor. Vale a pena investigar as possíveis causas que atraem estes pacientes novos, como por exemplo: pacientes removidos de outros hospitais, localização do hospital, indicação de amigos etc.

Outro fato importante é que foi confirmada a idéia de Bowers *et al.* (1994) de que normalmente os consumidores dos serviços de saúde não são capazes de avaliar a qualidade técnica dos serviços que recebem. Percebeu-se que a maioria dos pacientes não consegue

distinguir se os equipamentos do hospital são sofisticados ou não. Eles só compreendem a capacidade ou incapacidade do hospital em realizar certos exames ou procedimentos. Isso limita a avaliação relativa à dimensão *tangíveis* da escala SERVQUAL.

Observou-se também que a priorização feita pela gestora dos nove FCS propostos pode ser considerada compatível com a importância dada pelos pacientes às dimensões da escala SERVQUAL. Porém, apesar da relativa harmonia existente entre a visão da gestão e a dos pacientes, pelos resultados do questionário, vê-se que a área SUS do hospital, e especialmente a unidade de Obstetrícia SUS, parece merecer mais atenção dos gestores, pois foi constatada uma divisão de opiniões: a existência de pacientes satisfeitos na unidade ORTOPEDIA SUS e pacientes insatisfeitas na unidade OBSTETRÍCIA SUS, conforme tratado na tabela 5.7.

Escore de qualidade negativos da escala SERVQUAL podem sinalizar a existência de algum problema a ser melhorado no hospital. No caso deste estudo, pôde-se observar que a dimensão *segurança* na unidade OBSTETRÍCIA PLANO/PARTICULAR recebeu pontuação relativamente baixa, bem como a dimensão *empatia* nas unidades de OBSTETRÍCIA de ambas as áreas do hospital. Resultados como estes sugerem maior atenção e prováveis ações direcionadas à solução dos possíveis problemas.

Foi possível constatar que o serviço hospitalar é um tipo de trabalho que requer qualidade no comportamento humano. E o uso da escala SERVQUAL associado ao método dos FCS permitiu avaliar a qualidade dos serviços de internação prestados bem como a identificação de alguns sintomas a fim de fornecer um ponto de partida para a análise dos problemas que possam inibir o fornecimento de serviços de qualidade.

#### **6.4 Dificuldades, Limitações e Recomendações para trabalhos futuros**

A principal dificuldade observada na realização deste trabalho foi o nível de instrução dos pacientes. Devido à dificuldade de entendimento que a maioria dos pacientes demonstrou durante a aplicação do questionário, foi necessária a intervenção da pesquisadora para prestar esclarecimentos àqueles, a fim de garantir a conformidade da informação coletada.

Com relação às limitações deste trabalho, pode-se dizer que a abrangência do estudo pode ser vista como uma delas, pois a possibilidade de estender a pesquisa para mais de um hospital traria resultados de teor mais abrangente para a sociedade, bem como poderia, possivelmente, confirmar a tendência da necessidade de criação de um instrumento mais eficaz de mensuração da Qualidade em Serviços.

Como recomendações para trabalhos futuros, fica a proposta de formulação de um modelo de medição da qualidade de serviços que consiga capturar as expectativas dos clientes de forma a englobar outras variáveis que as influenciam, além das que foram avaliadas neste trabalho, pois verificou-se que a escala SERVQUAL não permitiu a captura do elemento *experiências passadas* que faz parte da composição das expectativas do cliente. Outra proposta é a realização de um estudo envolvendo mais hospitais, de preferência de mesmo porte e características similares, a fim de comparar os resultados e verificar a adequação da utilização conjunta do método dos FCS e da Escala SERVQUAL como forma de avaliar a qualidade dos serviços hospitalares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE G. M. de. Fatores Críticos de Sucesso e Excelência em Assistência Médica. In: *6º Congresso de Qualidade para Serviços Hospitalares*. Anais... São Paulo, 2003.
- BABAKUS, E. e MANGOLD, W. G. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research*, Vol. 26, no 6, pp 767-20, Feb 1992.
- BARBETTA, P. A.; REIS, M. M.; BORNIA, A. C. *Estatística para cursos de Engenharia e informática*. São Paulo, Atlas, 2004.
- BITTAR, O. J. N. V. *Hospital: qualidade e produtividade*. São Paulo, Sarvier, 1996.
- BOAS, S. F. V.; REZENDE, G. M.; SILVA, C. E. S. da; TURRIONI, J. B. Medição de Satisfação do Cliente na Área de Serviços. In: *XXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 2003, Minas Gerais, Brasil. Anais... ABEPRO.
- BOWERS, M. R.; SWAN, J. E.; KOEHLER, W. F. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Management Review*, Vol. 19, no 4, pp 49-55, Fall 1994.
- CARMAN, J. M. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, Vol. 66, no 1, pp. 33-55, Spring 1990.
- CHERUBIN, N. A. e SANTOS, N. A. dos. *Administração Hospitalar: fundamentos*. São Paulo, CEDAS, 1997.
- COOPER, D. R. e SCHINDLER, P. S. *Métodos de pesquisa em administração*. 7ª edição, Porto Alegre, Bookman, 2003.
- CORRÊA, H. L. e CAON, M. *Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes*. São Paulo, Editora Atlas, 2002.
- FEIGENBAUM, A. V. *Controle da Qualidade Total*. São Paulo, Makron Books, 1994.
- FITZSIMMONS, J. A. e FITZSIMMONS, M. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. 2ª edição, Porto Alegre, Bookman, 2000.
- FORD, R. C. e FOTTLER, M. D. Creating customer-focused health care organizations. *Health Care Management Review*, Vol. 25, no 4, pp. 18-33, Fall 2000.
- GARVIN, D. A. *Gerenciando a Qualidade: a visão estratégica e competitiva*. 4ª reimpressão da 1ª edição, Rio de Janeiro, Qualitymark Editora, 2002.
- GIANESI, I. G. N. e CORRÊA, H. L. A Avaliação da Qualidade do Serviço pelo Cliente. In: *Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente*. 10ª tiragem da 1ª Edição, São Paulo, Atlas, 1996. Capítulo 5.

GRÖNROOS, C. *Marketing: gerenciamento e serviços*. Tradução da 2ª Edição, Rio de Janeiro, Elsevier, 2003.

GUIMARÃES, I. de B. L. *Fatores Críticos de Sucesso na Clínica de Hipertensão do serviço de cardiologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*. Recife, PE, 2003. 100 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2003.

IBGE. *Produto Interno Bruto dos Municípios 2004*. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004/pibmunic2004.pdf> >  
Acesso em: 07 jan. 2007.

IBGE. *O Brasil estado por estado*. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=peetema=pibmun2003etitulo=Produto%20Interno%20Bruto%202003%20> >  
Acesso em: 07 jan. 2007.

IGNÁCIO, P. S. de A. e JÚNIOR, O. F. L. Medição do desempenho em serviços: avaliação dos fatores críticos de sucesso. In: *XXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 2004, Brasil. Anais... ABEPRO, pp 1916 – 1923.

JOHNSTON, R. e CLARK, G. Administração das Operações e Natureza do Serviço. In: *Administração de Operações de Serviço*. São Paulo, Editora Atlas, 2002. Capítulo 1, pp. 26-7.

JURAN, J. M. *A qualidade desde o projeto: os novos passos para planejamento da qualidade em produtos e serviços*. 4ª reimpressão da 1ª Edição, São Paulo, Pioneira Thimson Learning, 2002.

KOTLER, P. e ARMSTRONG, G. Natureza e Características de um Serviço. In: *Introdução ao Marketing*. 4ª Edição, Rio de Janeiro, LTC - Livros Técnicos e Científicos, 1997. Capítulo 8, p. 142.

LAS CASAS, A. L. *Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos*. 3ª Edição, São Paulo, Editora Atlas, 1999.

LYTLE, R. S. e MOKWA, M. P. Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 12, N° 1, pp. 4-14, Mar 1992.

LOVELOCK, C. e WRIGHT, L. *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo, Editora Saraiva, 2001.

MCFADDEN, K. L.; TOWELL, E. R.; STOCK, G. N. Critical Success Factors for Controlling and Managing Hospital Errors. *The Quality Management Journal*, Vol 11, No 1, pp 61-74, 2004.

MELLO, G. T. da C. e FONTENELE, R. Fatores críticos de sucesso na gerência de planos e seguros saúde, a dinâmica do mercado de saúde suplementar. A qualidade do serviço na ótica do consumidor e na ótica da operadora.

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



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. Secretaria do Desenvolvimento da Produção. *Anuário Estatístico 2005*. Disponível: em <<http://www.desenvolvimento.gov.br/arquivo/indestatistica/anuestatistico/indgerais.xls>> Acesso em: 07 jan. 2007.

MIRSHAWAKA, V. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo, Makron Books, 1994.

MORAES, O. D. de; CÂNDIDO, I. e VIERA, E. V. de. *Hotelaria hospitalar: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde*. Caxias do Sul – RS, EDUCS, 2004

MOREIRA, D. A. Medidas da Qualidade em Serviços. In: *Dimensões do desempenho em manufatura e serviços*. São Paulo, Pioneira, 1996. Seção IV.

\_\_\_\_\_. Distinção entre Produtos e Serviços. In: *Administração da Produção e Operações*. 5ª reimpressão da 1ª Edição, São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2001. Capítulo 1, p. 2.

NBR ISO 9000 In: *Coletânea de Normas de Sistemas de Gestão da Qualidade*. ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

NETO, A. C.; CAMFIELD, C. E. R.; GODOY, L. P.; ANTONELLO, N. R. B. O programa 5Ss utilizado como ferramenta para controle e prevenção das infecções hospitalares. In: *XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 2005, Brasil. Anais... ABEPRO, pp 1723 – 1730.

NOGUEIRA, L. C. L. *Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde*. 1ª Edição, Belo Horizonte, Minas Gerais, Editora de Desenvolvimento Gerencial, 1999.

NOVAES, H. de M. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 2ª Edição, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.

OLIVEIRA, D. de P. R. de. *Estratégia Empresarial e Vantagem Competitiva: como estabelecer, implementar e avaliar*. 3ª Edição, São Paulo, Atlas, 2001.

PALADINI, E. P. *Gestão da Qualidade: teoria e prática*. 2ª Edição, São Paulo, Editora Atlas, 2004.

PANDE, P. S.; NEUMAN, R. P.; CAVANAGH, R. R. *Estratégia Seis Sigma - Como a GE, a Motorola e outras grandes empresas estão aguçando seu desempenho*. Rio de Janeiro, Editora Qualitymark, 2004.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Futures Research. *Journal of Marketing*, Vol. 49, nº 4, pp 41-50, Fall 1985.

\_\_\_\_\_. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, v. 64, nº 1, pp. 12-40, Spring 1988.

SLACK, N. *et al. Administração da Produção*. São Paulo, Editora Atlas, 1997.

ROCKART, J. F. Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*, Vol. 57, n° 2, pp. 81-93, March-April 1979.

\_\_\_\_\_. The changing role of information systems executive: a critical success factors perspective. *Sloan Management Review*, Vol. 24, n° 1, pp. 185-197, Fall 1982.

SCHMENNER, R. W. Um espectro de processos de serviços. In: *Administração de Operações em Serviços*. São Paulo, Futura, 1999. Capítulo 1, pp. 24-25.

TEBOUL, J. *Gerenciando a dinâmica da qualidade*. Rio de Janeiro, Qualitymark Editora, 1991.

\_\_\_\_\_. *A era dos serviços: uma nova abordagem de gerenciamento*. Rio de Janeiro, Qualitymark Editora, 1999.

TORRES, E. J. e GUO, K. L. Quality improvement techniques to improve patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 17, N° 6, pp. 334-338, 2004.

WERKEMA, M. C. C. *Criando a Cultura Seis Sigma*. Série Seis Sigma, Volume 1, Nova Lima-MG, Editora Werkema, 2004.

ZOBOLI, E. L. C. P. O Hospital... In: *Ética e administração hospitalar*. 1ª Edição, São Paulo, Centro Universitário São Camilo, c2002. Capítulo 1.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## APÊNDICE 1



### ENTREVISTA

#### 1ª parte: IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Cargo que ocupa no hospital: \_\_\_\_\_

Tempo na função que ocupa: \_\_\_\_\_

1) Existe alguma outra atribuição além desta função? Se sim, qual (is)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Qual é o tempo destinado para desempenhar esta função? (horas/dia ou horas/semana)

\_\_\_\_\_



**2ª parte: Identificação dos FCS para o Setor de INTERNAÇÃO - SUS**

DEFINIÇÃO:

Os **Fatores Críticos de Sucesso (FCS)** correspondem “àquelas poucas áreas da atividade nas quais resultados favoráveis são absolutamente necessários” para que os objetivos organizacionais sejam alcançados.

**Com base na definição acima, quais são os FCS para o Setor de Internação - SUS?**

INSTRUÇÃO:

Ordene de 1 a 9 os FCS de acordo com a ordem de importância dos FCS no alcance do sucesso no Setor de Internação – SUS

1 = mais importante

9 = menos importante

<b>FCS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Equipamentos e Ambiente Físico Hospitalar.....	_____
Envolvimento dos Gestores.....	_____
Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento na Recepção.....	_____
Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe de Enfermagem....	_____
Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe Médica.....	_____
Rapidez no atendimento na Recepção.....	_____
Competências técnicas dos funcionários do hospital.....	_____
Serviço de alimentação.....	_____
Operações internas.....	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 9 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

9 = menos importante

**EQUIPAMENTOS E AMBIENTE FÍSICO HOSPITALAR**

**IMPORTÂNCIA**

Localização do hospital	_____
Facilidade de acesso ao hospital	_____
Instalações e ambientes limpos e agradáveis	_____
Condições para repouso	_____
Equipamentos modernos	_____
Local da recepção limpo, sossegado e agradável	_____
Aparência física do hospital	_____
Ruído dentro de limites suportáveis	_____
Privacidade aos pacientes	_____

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 7 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

7 = menos importante

**ENVOLVIMENTO DOS GESTORES**

**IMPORTÂNCIA**

Envolvimento da Direção	_____
Treinamentos e capacitações para os funcionários	_____
Funcionários trabalhando de forma cooperativa	_____
Pessoas motivadas para aceitar novos desafios e mudanças	_____
Fortalecimento dos funcionários através de educação continuada	_____
Envolvimento (compromisso) de todos no processo de melhoria dos serviços prestados	_____
Envolvimento da gerência na garantia da qualidade	_____

**INSTRUÇÃO:** Ordene de 1 a 8 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

8 = menos importante

<b>ATENÇÃO, CORTESIA E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Atenção dispensada aos familiares	_____
Atenção ao feedback dos clientes	_____
Tratamento personalizado	_____
Funcionários atenciosos e humanizados	_____
Elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente	_____
As promessas de atendimento sejam cumpridas	_____
Informações necessárias passadas aos pacientes	_____
Confiança da informação que é transmitida ao paciente	_____

**INSTRUÇÃO:** Ordene de 1 a 14 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

14 = menos importante

<b>ATENÇÃO, CORTESIA E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Atenção dispensada aos familiares	_____
Diálogo entre equipe de enfermagem e paciente	_____
Tempo disponível para atender o paciente	_____
Atenção ao feedback dos clientes	_____
Chamadas do quarto prontamente atendidas	_____
Calor humano transmitido por enfermeiras	_____
Enfermeiras empáticas e solícitas, com efetiva comunicação e boas explicações, isto é: explicações que os pacientes possam compreender	_____
Tratamento personalizado	_____
Apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo	_____
Enfermeiras atenciosas e humanas	_____
Elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente	_____
As promessas de atendimento sejam cumpridas	_____
Informações necessárias passadas aos pacientes	_____
Riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável	_____

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 14 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

14 = menos importante

**ATENÇÃO, CORTESIA E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO PELA EQUIPE MÉDICA**

	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Atenção dispensada aos familiares	_____
Diálogo entre médico e paciente	_____
Tempo disponível para atender o paciente	_____
Atenção ao feedback dos clientes	_____
Calor humano transmitido pelos médicos	_____
Comunicação e atenção por parte dos médicos, e tempo suficiente para atender os pacientes, responder suas dúvidas e dar as devidas explicações	_____
Tratamento personalizado	_____
Apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo	_____
Médicos atenciosos e humanizados	_____
Elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente	_____
As promessas de atendimento sejam cumpridas	_____
Informações necessárias passadas aos pacientes	_____
Riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável	_____
Confiança da informação transmitida ao paciente	_____

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 3 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

3 = menos importante

**RAPIDEZ NO ATENDIMENTO**

	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Contas a pagar apresentadas rapidamente	_____
Prontidão no atendimento das solicitações dos pacientes	_____
Rapidez no atendimento, evitando longos tempos em salas de espera	_____



**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 11 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

11 = menos importante

<b>COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Procedimentos padronizados	_____
Competências e habilidades da equipe médica	_____
Competências e habilidades da equipe de enfermagem	_____
Competências e habilidades das equipes de suporte*	_____
* farmacêuticos, nutricionistas, cozinheiros, esterilização etc	
Diagnóstico preciso	_____
Contas a pagar corretas e bem explicadas	_____
Bons médicos, que além das competências técnicas, estejam a par das novas tecnologias, medicamentos e procedimentos	_____
Pessoas bem capacitadas para utilizar os equipamentos	_____
Cuidados técnicos e atualização por parte dos profissionais	_____
Documentos não tenham erros	_____
Procedimentos produzam os resultados desejados	_____

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 3 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

3 = menos importante

<b>SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Comida adequada e variada	_____
Alimentação servida dentro do horário marcado	_____
Dietas respeitadas	_____

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 2 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

2 = menos importante

**OPERAÇÕES INTERNAS**

**IMPORTÂNCIA**

Funcionários trabalhando de forma cooperativa

\_\_\_\_\_

Agilidade na troca de informação e insumos entre os setores

\_\_\_\_\_

**OUTROS ITENS:**

**IMPORTÂNCIA**

Frequência de visitas

\_\_\_\_\_

Hospital de boa reputação

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2



### QUESTIONÁRIO – 1ª parte (INFORMAÇÕES SOBRE VOCÊ)

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida na UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE) e não é do hospital. Os **RESULTADOS** individuais **DESTA PESQUISA** serão confidenciais e **NÃO SERÃO REVELADOS** na pesquisa nem para o pessoal que trabalha no hospital.

▪ *Idade:* \_\_\_\_\_ anos

▪ *Sexo:* F( ) M( )

▪ *Qual o seu nível de escolaridade?*

Não sabe ler nem escrever	( )	2º Grau incompleto	( )
Sou apenas alfabetizado(a)	( )	2º Grau completo	( )
1º Grau incompleto	( )	Graduação (Nível Superior)	( )
1º Grau completo	( )	Pós-graduação	( )

▪ *Qual a sua RENDA familiar?*

menos de 350 reais	( )	de 1401 a 3500 reais	( )
de 351 a 700 reais	( )	de 3501 a 7000 reais	( )
de 701 a 1400 reais	( )	mais de 7000 reais	( )

▪ *Onde você mora?*

moro em Pernambuco ( )

moro em outro estado ( )

▪ *Se você mora em Pernambuco, qual a cidade em que você mora?*

CIDADE: \_\_\_\_\_

▪ *Você já havia usado os serviços de INTERNAÇÃO deste hospital anteriormente?*

SIM ( ) NÃO ( )

▪ *Se você respondeu “sim” à questão anterior, favor diga quantas vezes já usou os serviços de INTERNAÇÃO deste hospital:*

Já usei os serviços de INTERNAÇÃO deste hospital \_\_\_\_\_ vezes.

▪ *Você já utilizou os serviços de INTERNAÇÃO de OUTRO hospital?*

SIM ( ) NÃO ( )

## QUESTIONÁRIO – 2ª parte

**INSTRUÇÕES:** Abaixo estão listadas **5 características** que dizem respeito a Hospitais e os serviços que eles podem oferecer. Nós gostaríamos de conhecer o grau de importância de cada uma dessas características para você quando you avalia um setor de INTERNAÇÃO de um Hospital qualquer. Por favor, **dê uma NOTA de 0 a 10** para cada uma das cinco características de acordo com a IMPORTÂNCIA que você dá para cada uma delas.

1. A localização do hospital, a aparência das instalações físicas, equipamentos, os funcionários e materiais de comunicação (ex: panfletos, prontuário).	Nota: _____
2. A capacidade de prestar o serviço no tempo prometido de forma confiável.	Nota: _____
3. A boa vontade e disposição para ajudar os pacientes.	Nota: _____
4. A competência técnica e o conhecimento e dos funcionários e a habilidade deles em transmitir segurança e confiança nos serviços de internação prestados.	Nota: _____
5. O fornecimento de cuidados e atenção aos pacientes, por parte dos funcionários do hospital.	Nota: _____

**INSTRUÇÕES:** Com relação à questão anterior, por favor, a seguir coloque o número da característica (de 1 a 5) que corresponde à frase.

Qual das cinco características acima é a <u>mais importante</u> para você?	nº: _____
Qual é a <u>segunda mais importante</u> para você?	nº: _____
Qual é a <u>menos importante</u> para você?	nº: _____

## QUESTIONÁRIO – 3ª parte

**INSTRUÇÕES:** Baseado em sua experiência como Paciente de Hospitais, imagine um Hospital que forneceria serviços de internação de excelente qualidade e no qual você teria prazer em ser atendido.

Por favor, **para cada item demonstre a real necessidade desse Hospital imaginado possuir as características apresentadas a seguir.**

Se você sente que a característica não é de forma alguma essencial para o tipo de Hospital que você tem em mente, assinale 1 (☹).

Caso você sinta que a característica é absolutamente essencial para o tipo de Hospital que você tem em mente, assinale 5 (☺).




Caso o seu sentimento seja que a característica está entre essas duas percepções assinale uma opção intermediária.

**OBS:** Neste questionário NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS. Tudo que nós estamos interessados é em respostas que reflitam verdadeiramente seus sentimentos observando Hospitais que poderiam fornecer excelente qualidade de serviços de INTERNAÇÃO.

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida na UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE) e não é do hospital. Os **resultados** individuais **desta pesquisa** serão confidenciais e **não serão revelados** na pesquisa nem para o pessoal que trabalha no hospital.

	Discordo totalmente Discordo parcialmente Indiferente Concordo parcialmente Concordo totalmente				
LEGENDA:	☹		☺		☺
☺ = Concordo totalmente	1	2	3	4	5
☹ = Discordo totalmente	1	2	3	4	5
1. Hospitais que possuam equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
2. O ambiente físico e as instalações dos Hospitais devem ser limpos e agradáveis.	1	2	3	4	5
3. Hospitais com funcionários limpos e bem vestidos.	1	2	3	4	5
4. Hospitais bem localizados e de fácil acesso.	1	2	3	4	5
5. Hospitais com boas condições para repouso e barulho dentro de limites suportáveis.	1	2	3	4	5
6. Hospitais que transmitam todas as informações necessárias (ex: riscos inerentes ao tratamento, etc) aos pacientes e/ou responsáveis de forma confiável e precisa.	1	2	3	4	5
7. Hospitais devem executar os serviços no tempo prometido (EXEMPLOS: prontidão no atendimento das solicitações dos pacientes, rapidez no atendimento, evitando longos tempos em salas de espera).	1	2	3	4	5
8. Hospitais devem guardar seus registros (prontuários, anotações etc) impecavelmente.	1	2	3	4	5

(continua)

LEGENDA:					
☺ = Concordo plenamente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
☹ = Discordo totalmente					
9. Os Hospitais devem dizer ao cliente, de forma exata, a data ou horário de quando o serviço será prestado.	1	2	3	4	5
10. Os administradores de Hospitais devem estar envolvidos e comprometidos com a qualidade e a melhoria dos serviços prestados.	1	2	3	4	5
11. Os serviços dos funcionários de Hospitais devem ser prestados de imediato.	1	2	3	4	5
12. Os funcionários de Hospitais devem ter sempre boa vontade em ajudar seus pacientes.	1	2	3	4	5
13. Os funcionários de Hospitais nunca deixarão de responder imediatamente às solicitações dos seus clientes, mesmo quando estiverem muito ocupados.	1	2	3	4	5
14. Quando o cliente tem problemas, os Hospitais devem tranquilizá-lo e demonstrar interesse em resolver o problema.	1	2	3	4	5
15. Os Administradores de Hospitais devem saber quais são as necessidades de seus clientes e estar voltados para os principais interesses dos clientes.	1	2	3	4	5
16. Os funcionários de Hospitais devem transmitir segurança e confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5
17. Hospitais devem ter procedimentos padronizados.	1	2	3	4	5
18. Os funcionários de Hospitais deverão ser bem capacitados para desempenhar bem seu trabalho.	1	2	3	4	5
19. Os funcionários da Recepção de hospitais devem atender os pacientes e familiares com atenção e cortesia.	1	2	3	4	5
20. Funcionários de Hospitais devem dar apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes e os que estão doentes há muito tempo no hospital.	1	2	3	4	5
21. As Enfermeiras e Médicos de hospitais devem dar atenção aos pacientes e seus familiares, responder suas dúvidas e ouvir suas sugestões e reclamações.	1	2	3	4	5
22. Os Médicos de hospitais devem ter muito tempo disponível para atender cada paciente.	1	2	3	4	5

## QUESTIONÁRIO – 4ª parte

**INSTRUÇÕES:** O conjunto de frases a seguir refere-se à sua percepção sobre os SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO do Hospital XXX.

Para cada uma das afirmações indique o quanto você acredita que o **Hospital XXX** atinge. Ou seja: caso você assinale o número 1, isto quer dizer que você discorda totalmente que o **Hospital XXX** tenha alcançado esta característica; e caso você assinale 5, isto quer dizer que você concorda totalmente que o **Hospital XXX** atingiu esta característica.

Você pode assinalar qualquer número intermediário que identifique sua percepção ou seu sentimento com relação à afirmação.

**OBS:** Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida na UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE) e não é do hospital. Os **resultados** individuais **desta pesquisa** serão confidenciais e **não serão revelados** na pesquisa nem para o pessoal que trabalha no hospital.

	<i>Discordo totalmente</i>	<i>Discordo parcialmente</i>	<i>Indiferente</i>	<i>Concordo parcialmente</i>	<i>Concordo totalmente</i>
LEGENDA:	☹		☺		☺
☺ = Concordo plenamente	1	2	3	4	5
☹ = Discordo totalmente					
1. O Hospital XXX tem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
2. O ambiente físico e as instalações do Hospital XXX são limpos e agradáveis.	1	2	3	4	5
3. Os funcionários do Hospital XXX andam limpos e bem vestidos.	1	2	3	4	5
4. O Hospital XXX é bem localizado e de fácil acesso.	1	2	3	4	5
5. O Hospital XXX possui boas condições para repouso e barulho dentro de limites suportáveis.	1	2	3	4	5
6. O Hospital XXX transmite todas as informações necessárias (ex: riscos inerentes ao tratamento, etc) aos pacientes e/ou responsáveis de forma confiável e precisa.	1	2	3	4	5
7. O Hospital XXX executa os serviços no tempo prometido (EXEMPLOS: prontidão no atendimento das solicitações dos pacientes, rapidez no atendimento, evitando longos tempos em salas de espera).	1	2	3	4	5
8. O Hospital XXX guarda seus registros (prontuários, anotações etc) impecavelmente.	1	2	3	4	5
9. O Hospital XXX diz ao cliente, de forma exata, a data ou horário de quando o serviço será prestado.	1	2	3	4	5
10. Os administradores do Hospital XXX estão envolvidos e comprometidos com a qualidade e a melhoria dos serviços prestados.	1	2	3	4	5
11. Os serviços dos funcionários do Hospital XXX são prestados de imediato.	1	2	3	4	5
12. Os funcionários do Hospital XXX sempre têm boa vontade em ajudar seus pacientes.	1	2	3	4	5
13. Os funcionários do Hospital XXX nunca deixam de responder imediatamente às solicitações dos seus pacientes, mesmo quando estão muito ocupados.	1	2	3	4	5

14. Quando o cliente tem problemas, o Hospital XXX o tranquiliza e demonstra interesse em resolver o problema.	1	2	3	4	5
15. Os Administradores do Hospital XXX sabem quais são as necessidades de seus clientes e estão voltados para os principais interesses dos clientes.	1	2	3	4	5
16. Os funcionários do Hospital XXX transmitem segurança e confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5
17. O Hospital XXX tem procedimentos padronizados.	1	2	3	4	5
18. Os funcionários do Hospital XXX são bem capacitados para desempenhar bem seu trabalho.	1	2	3	4	5
19. Os funcionários da Recepção do Hospital XXX atendem os pacientes e familiares com atenção e cortesia.	1	2	3	4	5
20. Os funcionários do Hospital XXX dão apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes e os que estão doentes há muito tempo no hospital.	1	2	3	4	5
21. As Enfermeiras e Médicos do Hospital XXX dão atenção aos pacientes e seus familiares, respondem suas dúvidas e ouvem suas sugestões e reclamações.	1	2	3	4	5
22. Os Médicos do Hospital XXX têm muito tempo disponível para atender cada paciente.	1	2	3	4	5



## APÊNDICE 3

### (RESULTADOS DA 2ª E 3ª PARTE DA ENTREVISTA)

Os resultados da 2ª (SUS) e 3ª parte (PLANO/PARTICULAR) da Entrevista foram idênticos porque, de acordo com a gestora entrevistada, as duas áreas recebem a mesma atenção e por isso as prioridades não diferem.

A seguir estão os resultados.

<b>FCS</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Equipamentos e Ambiente Físico Hospitalar.....	4
Envolvimento dos Gestores.....	5
Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento na Recepção.....	6
Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe de Enfermagem....	3
Atenção, Cortesia e Segurança no atendimento pela equipe Médica.....	2
Rapidez no atendimento na Recepção.....	8
Competências técnicas dos funcionários do hospital.....	1
Serviço de alimentação.....	7
Operações internas.....	9

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 9 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

9 = menos importante

**EQUIPAMENTOS E AMBIENTE FÍSICO HOSPITALAR****IMPORTÂNCIA**

Localização do hospital	3
Facilidade de acesso ao hospital	4
Instalações e ambientes limpos e agradáveis	1
Condições para repouso	8
Equipamentos modernos	2
Local da recepção limpo, sossegado e agradável	5
Aparência física do hospital	7
Ruído dentro de limites suportáveis	9
Privacidade aos pacientes	6

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 7 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

7 = menos importante

**ENVOLVIMENTO DOS GESTORES****IMPORTÂNCIA**

Envolvimento da Direção	2
Treinamentos e capacitações para os funcionários	1
Funcionários trabalhando de forma cooperativa	7
Pessoas motivadas para aceitar novos desafios e mudanças	5
Fortalecimento dos funcionários através de educação continuada	3
Envolvimento (compromisso) de todos no processo de melhoria dos serviços prestados	4
Envolvimento da gerência na garantia da qualidade	6

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 8 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

8 = menos importante

<b>ATENÇÃO, CORTESIA E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Atenção dispensada aos familiares	5
Atenção ao feedback dos clientes	8
Tratamento personalizado	6
Funcionários atenciosos e humanizados	1
Elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente	3
As promessas de atendimento sejam cumpridas	4
Informações necessárias passadas aos pacientes	7
Confiança da informação que é transmitida ao paciente	2

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 14 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

14 = menos importante

<b>ATENÇÃO, CORTESIA E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM</b>	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Atenção dispensada aos familiares	2
Diálogo entre equipe de enfermagem e paciente	4
Tempo disponível para atender o paciente	12
Atenção ao feedback dos clientes	14
Chamadas do quarto prontamente atendidas	8
Calor humano transmitido por enfermeiras	3
Enfermeiras empáticas e solícitas, com efetiva comunicação e boas explicações, isto é: explicações que os pacientes possam compreender	6
Tratamento personalizado	10
Apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo	3
Enfermeiras atenciosas e humanas	1

Elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente	7
As promessas de atendimento sejam cumpridas	11
Informações necessárias passadas aos pacientes	5
Riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável	13

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 14 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

14 = menos importante

**ATENÇÃO, CORTESIA E SEGURANÇA NO ATENDIMENTO PELA EQUIPE MÉDICA**

	<b>IMPORTÂNCIA</b>
Atenção dispensada aos familiares	4
Diálogo entre médico e paciente	14
Tempo disponível para atender o paciente	7
Atenção ao feedback dos clientes	8
Calor humano transmitido pelos médicos	6
Comunicação e atenção por parte dos médicos, e tempo suficiente para atender os pacientes, responder suas dúvidas e dar as devidas explicações	2
Tratamento personalizado	11
Apoio moral, principalmente aos pacientes mais doentes ou que estão doentes há muito tempo	13
Médicos atenciosos e humanizados	1
Elevado e efetivo grau de comunicação, empatia sem envolvimento emocional e manutenção da privacidade e da confiabilidade na relação profissional-paciente	9
As promessas de atendimento sejam cumpridas	12
Informações necessárias passadas aos pacientes	5
Riscos inerentes ao tratamento/operação bem explicados ao paciente e/ou responsável	10
Confiança da informação transmitida ao paciente	3

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 3 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

3 = menos importante

**RAPIDEZ NO ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO****IMPORTÂNCIA**

Contas a pagar apresentadas rapidamente	3
Prontidão no atendimento das solicitações dos pacientes	1
Rapidez no atendimento, evitando longos tempos em salas de espera	2

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 11 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

11 = menos importante

**COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DOS FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL****IMPORTÂNCIA**

Procedimentos padronizados	7
Competências e habilidades da equipe médica	2
Competências e habilidades da equipe de enfermagem	4
Competências e habilidades das equipes de suporte*	3
* farmacêuticos, nutricionistas, cozinheiros, esterilização etc	
Diagnóstico preciso	6
Contas a pagar corretas e bem explicadas	11
Bons médicos, que além das competências técnicas, estejam a par das novas tecnologias, medicamentos e procedimentos	1
Pessoas bem capacitadas para utilizar os equipamentos	5
Cuidados técnicos e atualização por parte dos profissionais	8
Documentos não tenham erros	10
Procedimentos produzam os resultados desejados	9

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 3 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

3 = menos importante

**SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO****IMPORTÂNCIA**

Comida adequada e variada

2

Alimentação servida dentro do horário marcado

3

Dietas respeitadas

1

**INSTRUÇÃO:**

Ordene de 1 a 2 os itens abaixo de acordo com o grau de importância dos itens para a realização do FCS.

1 = mais importante

2 = menos importante

**OPERAÇÕES INTERNAS****IMPORTÂNCIA**

Funcionários trabalhando de forma cooperativa

1

Agilidade na troca de informação e insumos entre os setores

2

**OUTROS ITENS:****IMPORTÂNCIA**

Frequência de visitas

2

Hospital de boa reputação

1

## ANEXO 1

### 1. UNIDADE DE INTERNAÇÃO

#### AVALIAÇÃO DO SERVIÇO/UNIDADE:

Comentários:

Qual o nível de satisfação atingido pela Unidade ou Serviço?					NÍVEL
Substancial	Significativo	Parcial	Mínimo	Não cumpre	<input type="checkbox"/>

#### No quadro acima:

- Substancial** D existe metodologia sólida, sistemática e avançada. Os resultados são excelentes.
- Significativo** D existe metodologia sólida, sistemática e, algumas vezes, avançada. Existem evidências de aplicação da mesma e os resultados são bons.
- Parcial** D existe metodologia sólida, sistemática e foram encontradas tendências positivas na aplicação da mesma e nos resultados.
- Mínimo** D existem metodologias em desenvolvimento, com indícios de aplicação das mesmas, porém faltam informações importantes.
- Não cumpre** D não existem evidências de metodologias de aplicação e faltam informações.
- Não aplicável** D pela natureza da instituição não se aplica o padrão.

Que medidas poderiam ser sugeridas para melhorar a qualidade da atenção oferecida?  
Quais as sugestões para a implantação das medidas acima referidas?

Conclusões

Data:

---

Avaliadores/Visitadores

## ANEXO 2

### I – Recepção

1. Você foi bem atendido:
  - rapidamente? Sim \_\_ Não \_\_
  - atenciosamente? Sim \_\_ Não \_\_
2. O local da recepção é: agradável? Sim \_\_ Não \_\_
  - limpo? Sim \_\_ Não \_\_
  - sossegado? Sim \_\_ Não \_\_
3. Caso sua internação tenha sido programada com antecedência, você foi informado sobre o horário da mesma? Sim \_\_ Não \_\_
4. Ao ser internado, você e seus parentes foram informados sobre:
  - horário do hospital para refeições? Sim \_\_ Não \_\_
  - visitas? Sim \_\_ Não \_\_
  - pagamentos? Sim \_\_ Não \_\_
  - documentos necessários? Sim \_\_ Não \_\_

### II – Quarto

1. O quarto estava limpo? Sim \_\_ Não \_\_
2. A cama estava adaptada às suas necessidades? Sim \_\_ Não \_\_
3. As roupas estavam limpas? Sim \_\_ Não \_\_
4. Havia suficiente tranquilidade (silêncio)? Sim \_\_ Não \_\_
5. A iluminação era suficiente? Sim \_\_ Não \_\_
6. A iluminação o prejudicou ou molestou? Sim \_\_ Não \_\_
7. Havia insetos (baratas, moscas, mosquitos)? Sim \_\_ Não \_\_
8. As instalações sanitárias estavam limpas? Sim \_\_ Não \_\_
  - privativas? Sim \_\_ Não \_\_

### III – Atendimento

1. Você pôde comunicar-se facilmente com o pessoal de enfermagem? Sim \_\_ Não \_\_
2. Você foi atendido: com rapidez? Sim \_\_ Não \_\_
3. Você recebeu informações relativas à medicação que lhe foi oferecida? Sim \_\_ Não \_\_
4. O médico lhe deu informações sobre a evolução do seu tratamento? Sim \_\_ Não \_\_
5. Em caso de cirurgia, você foi bem informado com relação à mesma e aos prováveis resultados? Sim \_\_ Não \_\_
6. O médico: o visitou diariamente? Sim \_\_ Não \_\_
  - deu-lhe tempo para expor seus problemas ou dúvidas? Sim \_\_ Não \_\_
  - orientou-o(a) com relação ao tratamento? Sim \_\_ Não \_\_



7. Seus familiares foram bem atendidos? Sim \_\_ Não \_\_
8. A frequência de visitas foi boa? Sim \_\_ Não \_\_
9. Você pôde dormir sem perturbação à noite? Sim \_\_ Não \_\_
10. O horário de despertar foi bom? Sim \_\_ Não \_\_
11. Você teve meios de distração (livros, revistas, TV etc) para o seu tempo livre? Sim \_\_ Não \_\_
12. Eram seus? Sim \_\_ Não \_\_
13. As refeições foram servidas:
- em horários convenientes? Sim \_\_ Não \_\_
  - aquecidas? Sim \_\_ Não \_\_
  - variadas? Sim \_\_ Não \_\_
  - em quantidade suficiente? Sim \_\_ Não \_\_
  - com boa qualidade? Sim \_\_ Não \_\_
14. Ao receber dietas especiais você foi informado a respeito da sua necessidade? Sim \_\_ Não \_\_
15. Alguém lhe perguntou por que você deixou parte dos alimentos? Sim \_\_ Não \_\_
16. Você costumava deixar sobras nas refeições? Sim \_\_ Não \_\_
17. Alguém lhe perguntou se as refeições lhe agradavam? Sim \_\_ Não \_\_
18. As refeições foram servidas com atenção e delicadeza pelos funcionários? Sim \_\_ Não \_\_
19. As refeições foram servidas com higiene? Sim \_\_ Não \_\_

#### IV – O Hospital

1. O pessoal do hospital foi atencioso? Sim \_\_ Não \_\_
- competente? Sim \_\_ Não \_\_
2. Você recomendaria este hospital a seus familiares e amigos? Sim \_\_ Não \_\_
3. Foi você que escolheu este hospital para ser atendido? Sim \_\_ Não \_\_
4. Você acha que neste hospital o paciente é respeitado e valorizado como pessoa humana? Sim \_\_ Não \_\_

#### Avaliação por pontos

Atribua pontos, na escala de 1 a 10, aos seguintes fatores:

1. Atendimento na recepção \_\_\_\_\_
2. Volume de informações recebidas no hospital \_\_\_\_\_
3. Diálogo com o médico \_\_\_\_\_
4. Visita do médico \_\_\_\_\_
5. Diálogo com o pessoal de enfermagem \_\_\_\_\_
6. Limpeza do hospital \_\_\_\_\_
7. Limpeza do quarto \_\_\_\_\_
8. Condições para repouso \_\_\_\_\_
9. Silêncio no hospital \_\_\_\_\_

- 10. Atenção dispensada aos familiares \_\_\_\_\_
- 11. Competência do pessoal do hospital \_\_\_\_\_
- 12. Apresentação do pessoal do hospital \_\_\_\_\_
- 13. Atenção e delicadeza do pessoal de enfermagem \_\_\_\_\_
- 14. Qualidade das refeições \_\_\_\_\_
- 15. Qualidade da roupa \_\_\_\_\_
- 16. Respeito pela pessoa humana da parte do pessoal do hospital \_\_\_\_\_

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)