

**UM MODELO EXPERIMENTAL PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE
DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

MANAARA IACK COZENDEY

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE

**CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ
JUNHO-2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UM MODELO EXPERIMENTAL PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS HOSPITALARES

MANAARA IACK COZENDEY

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para obtenção de título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. André Luís Policani Freitas, D.Sc

CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ
JUNHO-2007

UM MODELO EXPERIMENTAL PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS HOSPITALARES

MANAARA IACK COZENDEY

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual do Norte Fluminense, como parte das exigências para obtenção de título de Mestre em Engenharia de Produção.

Aprovada em 01 de Junho de 2007

Comissão Examinadora:

Prof. Alcimar das Chagas Ribeiro, D.Sc. - UENF

Prof. Manuel Antonio Molina Palma, D.Sc. - UENF

Prof. Rogério Atem de Carvalho, D.Sc. – CEFET

Prof. André Luís Policani Freitas, D.Sc. – UENF
Orientador

“Na realidade, todas as coisas, todos os acontecimentos, para quem os sabe ler com profundidade, encerram uma mensagem que, em definitivo, remete para Deus”. (João Paulo II)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, da sabedoria, da perseverança e do amor: sem Ele nada seria possível!

A Nossa Senhora, pelas inesgotáveis virtudes que me deixou como exemplo!

Meus agradecimentos sinceros aos meus pais, Querly e Helena, que estiveram ao meu lado nos momentos de angústia, que me ajudaram e estimularam nos momentos de desânimo e que, com muito amor e carinho, souberam compreender os finais de semana dedicados à dissertação e os tantos momentos em que estive ausente, dedicando-me a este trabalho.

Ao apoio, carinho, compreensão e incentivo dos meus irmãos, Astério, Deivid e Samuel, que sempre estiveram a meu lado de forma especial e imprescindível durante esta etapa da minha vida.

Agradeço ao Professor André Luís Policani Freitas, meu orientador, pela dedicação e competência com que me orientou na realização deste trabalho pautado no profissionalismo e na dedicação. Da mesma forma, agradeço a todos os professores do UENF pelos ensinamentos e dedicação.

Aos gestores e profissionais do hospital São José do Avaí agradeço pela confiança e apoio a mim dispensados, pois sem o auxílio destes, esta tese não existiria, em especial, a Sr^a. Izabel Cristina de Andrade e a Sr^a. Renata Cabral.

Agradeço a todos os profissionais da UENF, em especial, Kátia e Rogério que sempre se mostraram solícitos e dispostos a ajudar os alunos no que fosse preciso.

Enfim, minha eterna gratidão, a todos aqueles que de alguma forma contribuiu para a realização deste trabalho!

Resumo da dissertação apresentada ao CCT/ UENF como parte das exigências para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção

UM MODELO EXPERIMENTAL PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS HOSPITALARES

MANAARA IACK COZENDEY

Junho/2007

Orientador: Prof. André Luís Policani Freitas, D.Sc.
Mestrado em Engenharia de Produção

Nos últimos anos, a preocupação das organizações e empresas prestadoras de serviços é oferecer serviços com qualidade, com enfoque no cliente. As organizações hospitalares, assim como outras instituições de serviço estão investindo continuamente em suas estruturas, para suprir as necessidades dos clientes, agregando valor em forma de benefícios, pelo aumento da qualidade dos serviços oferecidos. É de suma importância que haja um empenho dos profissionais e das empresas em aperfeiçoar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos clientes, investindo e capacitando os profissionais envolvidos direta e indiretamente.

Com o intuito de contribuir para o tratamento deste problema, esta dissertação propõe um modelo experimental para avaliação da qualidade de serviços hospitalares, através de procedimento fundamentado nos modelos para avaliação da qualidade em serviços, associados ao emprego de técnicas estatísticas para validar o instrumento proposto. Este trabalho tem como objetivo contribuir para as discussões e pesquisas, no âmbito do aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados aos clientes, ressaltando a área de saúde. Dentre outros aspectos, este trabalho apresenta um procedimento estruturado para a avaliação da qualidade dos serviços hospitalares na perspectiva dos clientes, identificando lacunas entre a percepção do serviço prestado e o grau de importância do mesmo.

Para investigar o emprego do modelo proposto, buscou-se avaliar as lacunas existentes, entre a percepção do desempenho dos pacientes do Hospital São José do Avaí e o grau de importância à luz de cada item.

Abstract of the Thesis presented CCT/ UENF as part of the requirements to obtain the Master's Degree in production Engineering

AN EXPERIMENTAL MODEL FOR EVALUATION OF HOSPITAL SERVICE QUALITY

MANAARA IACK COZENDEY

June/2007

Adviser: Prof. André Luís Policani Freitas, D.Sc.
Master's Degree Program in Production Engineering

For the last few years, the concern of organizations and providing service companies have been to offer services with quality by focusing on the customer. Hospital organizations as well as other service institutions have been investing continuously in their structures in order to supply customers' needs so that value as benefits is aggregated through increasing the quality of offered services. It is extremely important that there is a pledge of professionals and companies to enhance the quality of hospital services provided to customers by investing and enabling involved professionals direct or indirectly.

In order to contribute for that issue treatment, this work proposes an experimental model for evaluating the quality of hospital services through procedure based on models for evaluating the quality on services associated to employing of statistical techniques to legitimate the proposed instrument.

This work aims to contribute for discussions and researches concerning the continual improvement of the quality of provided services to customers by highlighting the health area. Among other aspects, this work presents a procedure structured for the evaluation of the quality of hospital services through customers' perspective by identifying gap's between the perception of provided service as well as itself degree of importance.

To investigate the employment of the proposed model, existent gap's between the perception of patient's performance from "Hospital São José do Avaí" and degree of importance in the light of each item, were pursued.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	v
Lista de Tabelas	vi
 CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	1
1 O Problema	1
1.1 Objetivo.....	3
1.2 Justificativa	4
1.3 Estruturação do Trabalho	5
 CAPÍTULO II: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – QUALIDADE EM SERVIÇOS	6
2.1 GESTÃO DE SERVIÇOS	6
2.1.1 Importância dos Serviços	7
2.1.2 Especificidades dos Serviços	8
2.1.3 As Operações de Serviços	9
2.2 QUALIDADE EM SERVIÇOS	10
2.2.1 Conceito de Qualidade	11
2.2.2 Qualidade Percebida	12
2.2.3 Fatores que Influenciam a Formação das Expectativas dos Clientes	13
2.2.4 Momentos da verdade e o ciclo de serviços	15
2.2.5 Determinantes da Qualidade	16
2.3 MODELOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS	19
2.3.1 Modelo Conceitual da Qualidade em Serviços ou Modelo de GAP	19
2.3.2 Modelo da Escala SERVQUAL	22
2.3.3 Modelo SERVPERF	23
2.3.4 Críticas a Escala SERVQUAL	23
 CAPÍTULO III: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – A QUALIDADE DA HOTELARIA HOSPITALAR NO SETOR DE SAÚDE	26
3.1 O SETOR DE SAÚDE	26
3.1.1 A qualidade na gestão da saúde	26
3.1.2 Serviços Hospitalares	28
3.2 HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO	29
3.2.1 Hospitalidade e hotelaria hospitalar	30

3.3 HOSPITAL CONVÍVIO DE CLIENTES INTERNOS E EXTERNOS	32
3.3.1 Hospital visto como uma Organização	33

CAPÍTULO IV: DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS

4.1 INTRODUÇÃO	35
4.2 IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E ITENS DA QUALIDADE	36
4.3 DEFINIÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO	37
4.3.1 Escala Thurstone	37
4.3.2 Escala Tipo Likert	38
4.4 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO A SER APLICADO	39
4.4.1 Construir o Instrumento a ser aplicado	41
4.4.2 Determinar o tamanho da amostra	41
4.4.3 Realizar o teste piloto e revisão do instrumento	42
4.5 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO	42
4.5.1 O Coeficiente Alfa de Cronbach	44
4.5.2 Correlação Item Total	45
4.5.3 Fatores que podem influenciar a confiabilidade do questionário.....	46
4.5.4 Procedimento utilizado na preparação dos dados coletados	46
4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS	47

CAPÍTULO V: UM MODELO EXPERIMENTAL PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

5.1 DESCRIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	49
5.2 IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E ITENS DA QUALIDADE	50
5.2.1 Tangibilidade ou Aspectos Físicos	50
5.2.2 Confiabilidade	51
5.2.3 Atendimento ou Prontidão na Resposta	51
5.2.4 Garantia ou Segurança	52
5.2.5 Empatia	52
5.3 DEFINIÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO	53
5.4 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO	53
5.4.1 Descrição da amostra utilizada	53
5.4.2 Teste piloto e revisão do instrumento	54

5.5 ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO	55
5.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS	59
 CAPÍTULO VI: CONCLUSÃO	 65
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 67
 APÊNDICE A: MODELOS DOS QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI	 71
APÊNDICE B: TABELAS CONTENDO OS JULGAMENTOS DOS GRAUS DE DESEMPENHO E OS GRAUS DE IMPORTÂNCIA, SOB A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAI	74
APÊNDICE C: TABELA CONTENDO OS JULGAMENTOS DOS GRAUS DE EXPECTATIVA COLETADOS NO TESTE EXPLORATÓRIO	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1: O sistema de operações de serviço

Figura 2.2: Fatores que influenciam a formação das expectativas dos clientes

Figura 2.3: O ciclo de serviços

Figura 2.4: Critérios de avaliação da qualidade do serviço

Figura 2.5: Modelo dos *Gap's*

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1: Exemplo hipotético de uma escala de Thurstone

Tabela 4.2: Exemplo de escala Likert

Tabela 5.1: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a tangibilidade

Tabela 5.2: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a confiabilidade

Tabela 5.3: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto ao atendimento

Tabela 5.4: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a garantia

Tabela 5.5: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a empatia

Tabela 5.6: Resultado da estimação do tamanho das amostras

Tabela 5.7: Confiabilidade do questionário à luz de cada Dimensão, segundo os pacientes do HSJA

Tabela 5.8: Confiabilidade do questionário à luz das Dimensões, segundo a percepção dos pacientes

Tabela 5.9: Confiabilidade do questionário à luz das Dimensões, segundo o grau de importância

Tabela 5.10: Percepções, importâncias e Gap's à luz de cada item

Tabela 5.11: Regiões críticas e classificação de prioridades segundo os Gap's

Tabela 5.12: Detalhamento da classificação de prioridades segundo os Gap's

Tabela 5.13: Regiões críticas e classificação de prioridades segundo as Percepções

Tabela 5.14: Detalhamento da classificação de prioridades segundo as Percepções

Tabela 5.15: Regiões críticas e classificação de prioridades segundo o grau de importância

Tabela 5.16: Detalhamento da classificação de prioridades segundo o Grau de Importância

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda a necessidade das organizações, principalmente as que atuam na área de saúde, de manterem a qualidade dos serviços prestados. Também serão apresentados o objetivo, a justificativa, e as etapas que irão estruturar esta dissertação de mestrado.

1. O PROBLEMA

Atualmente, a preocupação das organizações e empresas prestadoras de serviços é a busca pela excelência em serviços, focando principalmente na satisfação e até mesmo na superação das expectativas dos clientes. Nesta contextura, muitos hospitais vêm realizando diversas ações com o intento de melhorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

Assim como as demais ciências, a medicina e as organizações hospitalares evoluem constantemente, gerando alterações de atitudes nos seus clientes, assim como agregando valor em forma de benefícios, pelo aumento dos serviços oferecidos.

Albrecht e Zemke (2002, p.96), atestam segundo pesquisas com pacientes, que a confiabilidade é um fator crítico, ignorado ou abordado indevidamente por alguns profissionais de saúde. O hospital está relacionado com a manutenção da saúde e com as doenças, sendo que cada indivíduo terá uma manifestação diferenciada em relação ao contato ou permanência no hospital; daí a necessidade do atendimento específico para cada demanda, o qual deve ser individualizado e não padronizado.

De acordo com Berry (2001, p.132), “confiança é igualmente importante na criação de relacionamentos com os funcionários e com os parceiros, clientes externos (fornecedores e clientes)”.

Pela forma de prestar atendimento ao ser humano, tratando de sua vida, os hospitais são considerados organizações complexas, que devem buscar continuamente meios eficientes para alcançar a excelência no atendimento,

valorizando a qualidade e a habilidade das pessoas envolvidas na prestação de serviços.

Em uma organização hospitalar o atendimento deve ser flexível, adaptando-se às necessidades específicas de cada cliente, pois aí se encontram os recursos e as pessoas com os quais o paciente se relacionará. O atendimento ao cliente/paciente em todos os momentos, desde a chegada até a sua recuperação, deve ser prestado vislumbrando sempre a satisfação de suas necessidades.

Elucida Berry (2001, p.91-92), que “as empresas simplesmente não podem implementar suas estratégias sem pessoal altamente qualificado”.

Mas Albrecht e Zemke (2002, p.96), afirmam “que poucos hospitais capacitam seu pessoal para preservar e reforçar a confiança dos pacientes”; para os gestores destes hospitais os erros acontecem, contudo os funcionários devem estar sempre atentos a todos os acontecimentos considerados inadequados, com o intuito de melhorar o atendimento.

É de suma importância que haja um empenho dos profissionais e das empresas em aperfeiçoar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos clientes, investindo e capacitando os profissionais envolvidos direta e indiretamente, buscando assim a excelência na prestação dos serviços.

Na tese de Xexéo (2001), pode-se encontrar um conjunto de trabalhos selecionamos na literatura voltados para a discussão da medida da qualidade em assistência médica e, em virtude da relevância para o nosso estudo, destacamos os seguintes:

Huq (1996) *apud* Xexéo (2001), avaliou TQM em hospitais através de 18 dimensões inspiradas nos enunciados dos principais pesquisadores da área da qualidade do produto ou processo. Testou sua proposta em seis hospitais americanos entrevistando, com questionários preparados antecipadamente, quatro ou cinco pessoas de cada hospital. A escala Likert de sete níveis (de fortemente consistente com TQM até não consistente com TQM) foi usada num enfoque organizacional. Não houve pesquisa com o usuário e a amostra foi muito pequena. Os objetivos dos programas avaliados não foram explicitados.

Camilleri e Callaghan (1998) *apud* Xexéo (2001), comparam os serviços hospitalares públicos e privados em Malta utilizando como referências o SERVQUAL e o modelo de Donabedian. Criaram um modelo híbrido com 16 fatores de qualidade distribuídos em seis dimensões. Construíram dois questionários, onde

o segundo só foi respondido por quem respondeu o primeiro. O primeiro questionário faz duas medidas, uma das partes mede a importância relativa – e não a expectativa - dada pelo entrevistado às diferentes dimensões e itens respectivos; a outra parte mede a expectativa do entrevistado a respeito dos hospitais públicos e privado. O segundo questionário mede a percepção dos pacientes, depois de atendidos, em relação aos mesmos itens medidos anteriormente.

O resultado da primeira parte do primeiro questionário gera pesos para os aspectos investigados, proporcionais às médias dos níveis de importância que atingiram. A qualidade do serviço é dada pelo somatório das diferenças de expectativa e percepção. A Qualidade Total do serviço é formulada como o somatório dos produtos dos pesos pelas diferenças entre percepção e expectativas.

Para eliciar fatores de qualidade em instituições de assistência médica, Xexéo (2001), adaptou o SERVQUAL, com duas modificações conceituais importantes: este autor não mediu expectativa, mas importância, e a qualidade foi mensurada pela percepção, e não pela diferença entre expectativa e percepção.

Para contribuir para as discussões e pesquisas, no âmbito do aprimoramento contínuo da qualidade dos serviços prestados aos clientes, ressaltando a área de saúde, a presente dissertação apresenta um procedimento estruturado para a avaliação da qualidade dos serviços hospitalares na perspectiva dos clientes, identificando lacunas entre a percepção do serviço prestado e o grau de importância de cada item, visando oferecer aos gestores subsídios para o aprimoramento de suas atividades.

1.1. OBJETIVO

O objetivo principal desta dissertação consiste em propor e desenvolver um modelo para avaliar a qualidade dos serviços do ponto de vista dos clientes em uma organização de saúde, visando melhorias na prestação do serviço.

Dentre outros aspectos, esta dissertação tem como objetivo a elaboração de um modelo baseado nas dimensões e itens que compõem a escala SERVQUAL. Em especial, busca-se investigar a aplicação do modelo na avaliação da Qualidade dos Serviços Hospitalares, prestados aos pacientes do Hospital São José do Avaí. Acredita-se que o emprego de um modelo desta natureza venha contribuir para a gestão de organizações hospitalares.

1.2. JUSTIFICATIVA

As organizações hospitalares prestam serviços primordiais à vida humana, tais serviços contribuem para a prevenção e recuperação da saúde física e mental dos pacientes. Logo, essas organizações devem ter compromisso com a sociedade, disponibilizando serviços capazes de atender às necessidades de seus clientes.

Com isso, elas precisam continuamente avaliar os seus processos e a qualidade dos serviços que estão prestando para o seu público.

A hotelaria hospitalar pode ser um diferencial, ao contribuir para minimizar o impacto que o cliente sofre ao ingressar no ambiente hospitalar, criando, em parceria com outros serviços hospitalares, um ambiente humanizado. Segundo Mezzomo (2003, p.26), a humanização se realiza e acontece nas relações interpessoais, o que significa que a competência dos profissionais e a tecnologia não são suficientes, requerendo-se a interação profissional/cliente. A atitude do profissional pode contribuir ou não para que o cliente perceba que está sendo bem-acolhido.

De acordo com Soares e Santos (2000, p.165-167) “é crescente o número de hospitais que têm aderido às estratégias de qualidade orientadas para o cliente”. Tais autores sugerem que se pesquise e coloque em prática, soluções para melhoria do desempenho organizacional focando o cliente.

Com o intuito de avaliar a qualidade dos serviços prestados, esta dissertação está baseada no modelo SERVQUAL, desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que identifica as lacunas entre o que os clientes desejam e o que realmente recebem.

Entretanto, esta dissertação justifica-se, como apontado por Vandamme (1992) e Buttle (1996), apud Xexéo (2001), devido a pouca variabilidade da medida de expectativa, no qual há uma tendência generalizada em manter expectativas elevadas, o que leva os entrevistados a ter dificuldades para optar entre os diversos itens; isto foi comprovado no teste exploratório, que pode ser visto no Apêndice C.

Tendo como enfoque uma contribuição significativa para a otimização da qualidade dos serviços hospitalares, esta dissertação torna-se relevante ao mensurar a qualidade através dos *gap's* entre o que está sendo percebido em relação ao serviço prestado e sobre os atributos que os clientes percebem como mais importantes para a sua satisfação.

1.3. ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Além do presente capítulo, o desenvolvimento desta dissertação está assim estruturado.

O Capítulo II apresenta um levantamento bibliográfico da literatura de serviços descrevendo os conceitos básicos da gestão de serviços, além de um histórico acerca da qualidade em serviços, e por fim a descrição de modelos utilizados para a avaliação da qualidade em serviços.

O Capítulo III tem como objetivo realizar um breve histórico sobre os serviços de saúde, a hospitalidade e a hotelaria hospitalar, destacando os fatores relevantes da evolução da saúde no Brasil e no mundo.

O Capítulo IV descreve um direcionamento para construção de um modelo para a avaliação da qualidade em organizações prestadoras de serviços delineando a validação da pesquisa, partindo das informações teóricas colhidas durante o processo de estudo.

O Capítulo V busca verificar a aplicabilidade do modelo proposto, através da aplicação em um experimento realizado em uma instituição de saúde do Noroeste Fluminense. Este capítulo apresenta e analisa os dados coletados na aplicação da pesquisa.

O Capítulo VI apresenta as considerações finais desta dissertação, bem como recomendações para trabalhos futuros.

Nos Apêndices encontram-se os modelos de questionários utilizados na pesquisa (Apêndice A) e as tabelas com os dados coletados (Apêndices B e C).

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – QUALIDADE EM SERVIÇOS

Este capítulo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura de serviços, destacando os seguintes aspectos: os conceitos básicos da gestão de serviços, focando sua importância, especificidades e as operações de serviços; um breve histórico acerca da qualidade em serviços, analisando como os clientes avaliam a qualidade percebida do serviço prestado, e por fim a descrição de modelos utilizados para a avaliação da qualidade em serviços.

2.1. GESTÃO DE SERVIÇOS

É preciso primeiramente discutir o conceito de serviços, para entender a gestão de serviços. Um serviço é um fenômeno complexo, apresentando diversas definições propostas por vários autores:

Segundo Kotler (2000, p.448), “Serviço é qualquer ato de desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto”.

Para Grönroos (1995, p.36),

“O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre cliente e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços – que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s)”.

O setor produtor de serviços vem assumindo um papel cada vez mais importante no desenvolvimento da economia mundial, tanto do ponto de vista da geração de renda e emprego, como da substancial contribuição para a dinâmica econômica dos países.

Em 2005, segundo a Agência Brasil, por exemplo, o setor de serviços continuou sendo a principal área da economia brasileira, mas passou de 54,1% para 64% de participação no PIB, com a nova metodologia. Além disso, dados da Pesquisa Anual de Serviços do IBGE (2003) apontam que o emprego no Setor de Serviços cresceu 6,5% entre 2000 e 2001.

Quando um país se desenvolve, conseqüentemente aumenta o poder aquisitivo das pessoas e há um crescimento nas atividades do setor de serviços. Com isso, as empresas do mercado mundial focam seus esforços para o gerenciamento da qualidade em serviços para garantir sua participação no mercado. Albrecht (2000) ratifica que nos Estados Unidos, apenas 13% das empresas fabricam bens de todos os tipos, sendo que as demais (87%) prestam atividades de informação e serviço.

Para Souza (2000), o segmento que mais tem crescido no mundo nas últimas décadas é o setor de serviços, ganhando importância em países cuja economia estava centrada nas atividades agrícola e industrial.

De acordo com Giancesi e Corrêa (1996) alguns fatores propiciam o aumento da demanda de serviços, os autores destacam o desejo dos consumidores em melhorarem a qualidade de vida, o surgimento de novas tecnologias, a urbanização, a disponibilidade de mais tempo para o lazer, as mudanças socioeconômicas como o aumento da participação da mulher no trabalho remunerado e o aumento da sofisticação dos consumidores.

Para Souza (2000, p.39),

“A evolução dos serviços ocorre em nível mundial e provavelmente veremos a globalização dos serviços, da mesma forma que estamos vendo a globalização da economia, tornando assim as grandes empresas mundiais de serviços mais eficazes que as pequenas empresas independentes e a concorrência deixando de ser local ou nacional, para ser internacional.”

Observa-se, que a maior parte dos serviços é resultante de ações entre o cliente e as pessoas que representam à empresa, e há diferença de valores pelo benefício oferecido pelo serviço entre as diferentes pessoas. Sendo assim, a qualidade é de suma importância na conquista de cliente, pois além de ampliar a venda de um produto ou serviço transmitindo uma imagem positiva da organização como um todo, quanto mais claro e preciso for processo de prestação de serviços, maior será a satisfação do consumidor.

2.1.1. IMPORTÂNCIA DE SERVIÇOS

Os serviços prestados no Brasil, assim como em outros países, têm extrema importância para a economia. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) destacam que os serviços estão no centro da atividade econômica de qualquer sociedade.

Segundo Téboul (1999, p.22), “estamos em uma sociedade de serviços, consequência inevitável do grau elevado de personalização e de interação dentro de um meio desregulamentado e competitivo, onde os consumidores tornam-se cada vez mais exigentes”.

Gianesi e Corrêa (1994, p.21), ressaltam que “embora com enfoques diversos, vários autores concordam com a importância dos serviços no pacote formado por produtos e serviços que uma empresa oferece ao mercado, como arma competitiva”.

Conforme Lovelock (1995, p.22), “a disponibilidade do serviço e dos termos do serviço, tornam-se critérios chave em decisões de compra”. Sendo assim, cada vez mais a vantagem competitiva é formada pela prestação dos serviços.

Para Cobra (2000, p.57):

“A razão do sucesso de uma empresa em qualquer ramo de negócios depende do grau de relacionamento da empresa com seus clientes. Essa integração depende do adequado atendimento da clientela. Portanto, prestar serviços de qualidade significa estreitar com os clientes um importante elo.”

Considerando a evolução na prestação de serviços, muito ainda tem para ser pesquisado e implementado, principalmente no que se refere à prestação de serviços de saúde.

2.1.2. ESPECIFICIDADES DOS SERVIÇOS

As diferentes literaturas apresentam várias características de serviços, comparadas aos bens físicos. A maior parte das empresas produz ou fornece uma junção de bens e serviços oferecidos aos clientes.

Os conceitos sobre qualidade do produto ou processo não se aplicam integralmente para a prestação de serviços. Há três características principais que a distinguem: intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade Parasuraman *et al.* (1985).

Sendo vastamente citadas na literatura administrativa, essas características são apresentadas sob o ponto de vista de vários autores como um conjunto de características, e resumindo a abordagem de autores como Kotler (2000), Grönroos (1995.) e Gianesi e Corrêa (1996), pode-se observar que as características dos serviços têm as seguintes peculiaridades:

- **Intangibilidade:** serviços não podem ser medidos, contados, testados ou verificados antes da venda para garantir a qualidade, pois são intangíveis por natureza e não se pode mensurar a uniformidade das especificações de produção.

- **Produção e consumo simultâneos:** os serviços não podem ser estocados, com isso a verificação de sua qualidade acontece no exato momento do consumo. Esta característica diz respeito à simultaneidade do serviço em relação ao produto e consumo.

- **Participação do cliente:** o serviço só é produzido a partir do momento que o cliente o requisita, pois o mesmo participa do processo de produção. O grau de contato entre cliente e empresa é muito maior do que na produção de bens.

Vale ressaltar que uma organização tem pouco ou nenhum controle sobre as ações e atitudes que o cliente possa tomar na participação da produção do serviço. Igualmente, os funcionários e os demais recursos que interagem com o cliente variam nas diferentes ocasiões de um mesmo tipo de serviço.

Os autores já citados acima que descrevem as características dos serviços, também indicam a variabilidade como sendo uma característica específica, visto que há uma constante variação nos serviços em comparação com os bens manufaturados.

Alguns autores discutem também a heterogeneidade dos serviços, onde consideram que um serviço prestado a um cliente não será exatamente igual ao serviço para o próximo cliente, pois cada resultado dependerá da interação do envolvido, causando uma variabilidade, que dificulta a padronização da qualidade do serviço a ser oferecida.

2.1.3. AS OPERAÇÕES DE SERVIÇOS

De acordo com o que foi apresentado nas seções anteriores, a gestão de serviços é diferente da produção de bens físicos, devido às suas especificidades. Há uma tendência na literatura de utilizar o termo “operações” de serviços ao invés de “produção” de serviços, para evitar a confusão com a manufatura.

Desta forma, é preciso entender as operações de serviços para traçar estratégias adequadas as suas características. Diversos autores apresentam propostas para o sistema de operações de serviços, como Lovelock (2001), Slack *et al.*(1997) e Ganesi e Corrêa (1996). Sintetizando os modelos propostos por tais

autores, verifica-se a seguir (figura 2.1) o modelo do sistema de operações de serviço, dividido em duas partes:

- **linha de frente, chamada de *front office***: onde ocorre um alto contato entre a empresa e o cliente. O contato pessoal pode ser direto ou indireto (telefone, e.mail) e o contato não-pessoal ocorre através do contato do cliente com as instalações físicas ou equipamentos. Estas operações são as mais visíveis ao cliente, sendo fundamentais para sua avaliação da qualidade do serviço.

- **retaguarda, chamada de *back room***: é a parte invisível do serviço, que dá apoio à linha de frente, não tendo contato com o cliente e é composta por processos de apoio.

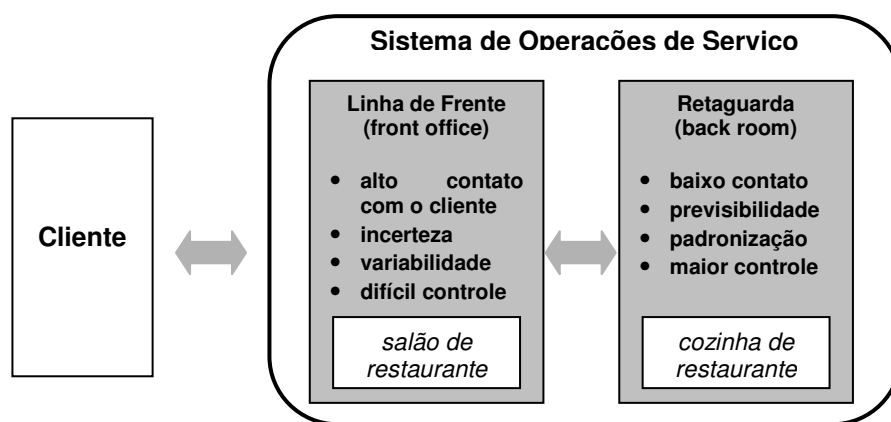


Figura 2.1: O sistema de operações de serviço.

Fonte: adaptação de GIANESI E CORRÊA (1996, p. 42)

2.2. QUALIDADE EM SERVIÇOS

Uma das formas de administrar a qualidade de um serviço prestado é considerá-la do ponto de vista dos clientes. Grönroos (1993) afirma que os consumidores escolhem prestadores de serviços comparando as percepções que têm do serviço recebido com o serviço esperado, o que é chamado de qualidade de serviço percebida.

Parasuraman *et. al* (1988), atribuem à qualidade de serviços a discrepância que existe entre as expectativas e as percepções do cliente sobre um serviço experimentado. A chave para assegurar uma boa qualidade de serviço é obtida quando as percepções dos clientes excedem suas expectativas. Os autores Zeithamil, Parasuraman e Berry (1990) ressaltam que não basta simplesmente entender a importância de prover serviços com excelente qualidade, mas é preciso

que haja uma contínua monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço, com o intento de identificar as causas das discrepâncias encontradas, para adotar mecanismos adequados para a melhoria da qualidade.

2.2.1. CONCEITO DE QUALIDADE

O sucesso em qualquer empresa depende do grau de relacionamento da empresa com seus clientes, independente do ramo em que atue. Segundo Cobra (1993, p.9) “o melhor investimento que uma empresa pode realizar é criar boa vontade”. Essa integração depende do bom atendimento da clientela, portanto, prestar serviços com qualidade significa estreitar com os clientes um importante elo designado boa vontade.

No primeiro momento qualidade nos parece algo fácil de explicar, como um produto com qualidade, um funcionário com qualidade. Todavia, cada pessoa tem um significado diferenciado e peculiar para qualidade.

Os princípios de Qualidade Total, embora úteis para avaliar a qualidade na produção de bens, são inadequados para o entendimento da qualidade em serviços, pois segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1990), os serviços diferem dos produtos no que diz respeito à forma com que estes são produzidos, consumidos e avaliados.

De acordo com Paladini (1995), a qualidade de serviços é avaliada de acordo com a opinião dos clientes e, na busca contínua pela competitividade, as empresas devem ter uma visão deste conceito para tomar suas decisões. O cliente é o elemento central da produção no setor de serviços, pois ele é o decisor em termos de onde, como e quando este deva ser realizado. Uma organização deve considerar cliente todo aquele que a freqüenta, ou ainda, que sofre qualquer tipo de contato com pessoas ou setores da empresa.

Para Berry e Parasuraman (1992), em cada tipo de serviço se estabelece parâmetros de qualidade, embora o conceito seja muitas vezes subjetivo. Segundo os mesmos autores o que é qualidade para um cliente poderá não ser para outro, pois a pronta resposta a reclamações, a rápida manutenção ou reparo são alguns exemplos de atendimento, e com isso se faz necessário descobrir o que os clientes valorizam na prestação do serviço.

2.2.2. QUALIDADE PERCEBIDA

De acordo com Grönroos (1994, p.54), a qualidade de serviço é definida “pela diferença (*gap*) entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada”, ou seja, é a diferença entre as percepções e as expectativas do cliente.

Para entender corretamente o conceito da qualidade percebida, precisa-se primeiro compreender o que são necessidades, expectativas e percepções, e como estas, estão relacionadas.

Uma necessidade é um estado de desequilíbrio interno do indivíduo, que é resultado de uma privação da satisfação. As necessidades humanas descritas por Maslow (2000), são classificadas em cinco tipos: fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de auto-realização.

É mais difícil medir as necessidades dos clientes do que as expectativas, pois os clientes não têm o hábito de declarar suas reais necessidades e às vezes não as conhecem, manifestando somente suas expectativas, ou seja, o que esperam do serviço.

Depois que o serviço já foi prestado, o cliente mede a percepção, ou seja, como ele enxerga o serviço prestado, avaliando se este foi adequado ou não. As percepções podem variar de cliente para cliente e também de acordo com a situação específica, porém são importantes para determinar a qualidade percebida pelo cliente em relação ao serviço como um todo, tanto o seu resultado como o processo que o gerou.

Definidos estes conceitos básicos, volta-se à discussão da qualidade de serviços, que é a comparação entre o que o cliente esperava do serviço e o que ele percebeu do serviço prestado. Com base nesse conceito, define-se a satisfação do cliente, como: $\text{satisfação} = \text{serviço percebido} - \text{serviço esperado}$ Lovelock (2001.).

Diferentemente de Lovelock (2001), Parasuraman *et al.* (1988), considera que os conceitos de satisfação e qualidade percebida são distintos. A qualidade percebida é uma avaliação global do serviço, relacionada à superioridade do serviço, enquanto que a satisfação está relacionada a uma transação específica, ou seja, a qualidade num determinado momento ou etapa do serviço. O cliente julga a empresa ou organização que lhe prestou serviço e decide se vai, ou não, continuar fazendo negócios com o prestador de serviços.

Dessa forma, a solução para essa situação vai ao encontro daquilo que Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p.231), destacam que “os clientes são motivados

a procurar um serviço da mesma maneira como procuram um produto; semelhantemente, suas expectativas comandam suas atitudes de compra”. Então, sendo a identificação das necessidades de difícil acesso, a organização prestadora de serviços deverá trabalhar sobre as expectativas dos clientes.

Dentro desse contexto, Slack *et al.* (1997) ressaltam o problema de se definir a qualidade em expectativas porque essas mudam de acordo com os diferentes consumidores.

Além disso, as percepções também podem ser diferentes, isto é, a maneira como os clientes percebem um determinado produto também pode variar de cliente para cliente.

A qualidade percebida é uma comparação entre as expectativas prévias dos clientes e sua real percepção após o uso do serviço. Para medir a lacuna existente entre as expectativas e a percepções da qualidade de serviços, foi criada a escala SERVQUAL que é destacada na literatura de qualidade em serviços, e será discutida adiante.

Vale ressaltar, que esta dissertação está limitada a tratar da qualidade dos serviços prestados aos clientes de serviços na área de saúde, com o intuito de identificar as lacunas entre a percepção do serviço prestado e o grau de importância do mesmo.

2.2.3. FATORES QUE INFLUENCIAM A FORMAÇÃO DAS EXPECTATIVAS DOS CLIENTES

Gianesi e Corrêa (1996), ressaltam que devido à importância da formação das expectativas do cliente para a avaliação que o mesmo fará da qualidade do serviço que irá comprar, é válido que se verifiquem como essas expectativas são formadas. A partir de então se pode avaliar o poder de atuação do fornecedor de serviço neste importante componente da avaliação feita pelo cliente e, conseqüentemente, de seu poder de competitividade.

Analisando a literatura, constata-se que Leonard Berry, foi um dos primeiros autores a tratar do assunto através de um método de pesquisa, denominado SERVQUAL. Para o autor, “as expectativas dos clientes são os padrões de comparação que estes usam para julgar o desempenho de vários atributos de serviço”.

Segundo Berry e Parasuraman (1996, p.57), os clientes avaliam o desempenho em serviços segundo dois padrões: o que desejam (serviço desejado) e o que aceitarão (serviço adequado).

De acordo com Ganesi e Corrêa (1996), as expectativas do cliente são influenciadas por quatro fatores, que são:

a) **comunicação boca a boca**: representa as recomendações que os clientes recebem de terceiros e de outros clientes que já experimentaram o serviço. Pela impossibilidade de avaliar o serviço antes da sua prestação, os clientes potenciais baseiam-se em recomendações de terceiros para buscar indicativos da qualidade do serviço, sendo este um fator importante na formação das expectativas;

b) **experiência anterior**: refere-se ao conhecimento prévio que o cliente tem do serviço, em função de uma experiência anterior, que acaba afetando a sua expectativa em relação ao serviço;

c) **comunicações externas**: são as formas de comunicação utilizadas pelo prestador do serviço para divulgar a sua empresa, como por exemplo: propaganda, treinamento do cliente ou qualquer outro tipo de comunicação, antes ou durante o processo de prestação do serviço. A comunicação externa deve ser compatível com a capacidade do sistema de operações, para não gerar uma expectativa elevada, que não poderá ser garantida durante a prestação do serviço;

d) **necessidades pessoais**: são os principais fatores formadores das expectativas, pois é visando atender a uma necessidade que o cliente procura o serviço.

Este modelo de formação das expectativas dos clientes pode ser visualizado na Figura 2.2, a seguir:

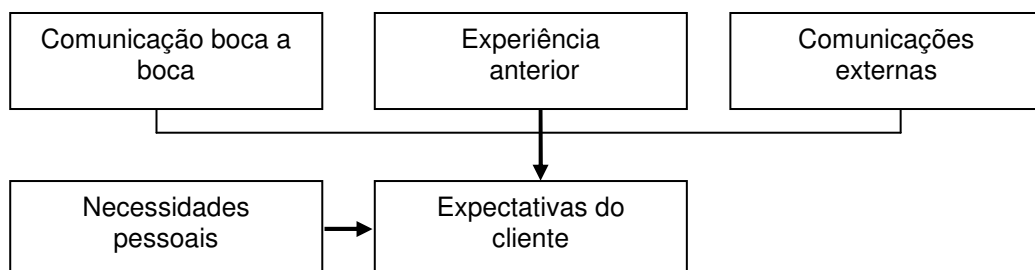


FIGURA 2.2: Fatores que influenciam a formação das expectativas dos clientes
Fonte: GIANESI e CORRÊA (1996, p. 82)

De uma forma ou de outra o ser humano sempre espera o máximo em termos de qualidade. A partir deste ponto observa-se que a expectativa pode ser considerada como uma avaliação subjetiva, onde o respondente pressupõe valores máximos para cada item avaliado. Partindo deste princípio o mais adequado será avaliar a importância de cada dimensão da qualidade, para assim compará-los com o desempenho do serviço prestado, podendo assim focar em ações preventivas e/ou corretivas nos *gap's* encontrados para otimizar a prestação dos serviços oferecidos.

2.2.4. MOMENTOS DA VERDADE E O CICLO DE SERVIÇOS

Elucida Ganesi e Corrêa (1996), que durante a operação do serviço ocorre um encontro entre a empresa e o cliente, que é chamado de encontro de serviço, que corresponde o tempo em que um cliente interage diretamente com um determinado serviço, envolvendo todos os aspectos do processo, como pessoal, ambiente físico, equipamentos e outros.

Um encontro de serviço é composto de vários momentos de interação que vão de encontro com a percepção total da qualidade de um serviço. Ainda, Ganesi e Corrêa (1996), que esses momentos de contato entre o cliente e a empresa ao longo do processo de produção do serviço são ditos momentos da verdade.

Para Gronroos (1995), os momentos da verdade são considerados verdadeiras oportunidades, onde o prestador de serviço pode demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços. A percepção da qualidade do serviço é formada a partir dos vários momentos da verdade.

O momento da verdade nem sempre envolve necessariamente um contato pessoal, pois este pode acontecer quando um cliente entra no estacionamento de um estabelecimento comercial, verificando se existem vagas, se o local está limpo e bem sinalizado. Esses são momentos da verdade que acontecem antes mesmo do contato com a empresa.

Albrecht (2000, p. 34) define o ciclo de serviço, como uma “cadeia contínua de eventos pela qual o cliente passa na medida em que experimenta o serviço”.

Os diferentes momentos da verdade têm impactos distintos na satisfação do cliente. Daí a necessidade de se examinar quais são as características consideradas importantes pelos clientes em cada ponto de interação e quais momentos da verdade tem maior impacto na sua satisfação.

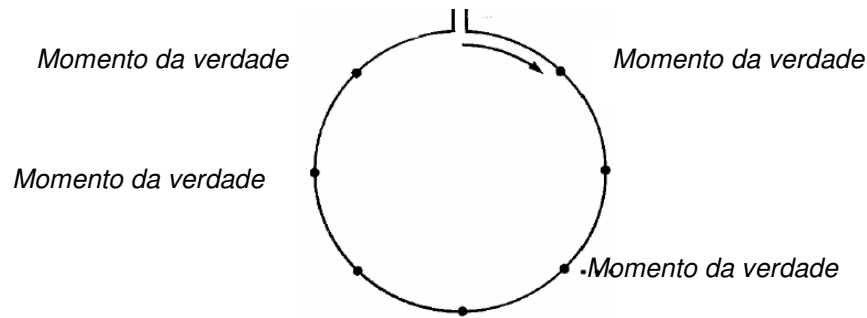


Figura 2.3: O ciclo de serviços (Adaptada de Albrecht, 2000, p.36)

2.2.5. DETERMINANTES DA QUALIDADE

A qualidade de serviços torna-se difícil de ser avaliada quando comparada com a qualidade dos produtos manufaturados, devido às suas especificidades. Com isso, a qualidade em serviços pode ser dividida em determinantes que auxiliem na compreensão do que seja qualidade em serviços, pois os mesmos são intangíveis.

Segundo Parasuraman *et al.* (1985), independentemente do tipo de serviço, os consumidores utilizam essencialmente os mesmos critérios para avaliar a qualidade de um serviço. Esses critérios podem ser agrupados em categorias, sendo denominadas “determinantes da qualidade”, “dimensões da qualidade” ou “critérios de avaliação da qualidade”.

Para Zeithaml e Bitner (2003), os clientes não percebem a qualidade como um fenômeno unidimensional, avaliando a qualidade dos serviços através de diversos fatores.

Os determinantes da qualidade ou critérios de avaliação reproduzem os fatores que os clientes levam em consideração para a avaliação do serviço, determinando a sua satisfação.

Os objetivos de desempenho, para avaliar os produtos na manufatura, são definidos em cinco critérios, segundo Slack *et al.* (1997), que são: qualidade, custo, rapidez, confiabilidade e flexibilidade. Pela natureza intangível dos serviços e da interação constante com o cliente, os critérios se tornam bem mais amplos, sendo sua avaliação mais complexa.

Na literatura sobre serviços, vários autores têm apresentado suas propostas em relação ao conjunto de determinantes da qualidade do serviço, entre eles, Parasuraman *et al.* (1985, 1988), Johnston e Mathews (1997) e Ganesi e Corrêa (1996). Cada serviço específico pode ter um conjunto próprio de determinantes, porém esses autores buscam propor um conjunto genérico e abrangente de determinantes, que poderá ser utilizado para qualquer tipo de serviço.

Parasuraman *et al.* (1985, 1988) propuseram nos seus primeiros estudos, um conjunto de dez determinantes. Porém em suas pesquisas, demonstraram a correlação existente entre comunicação, competência, cortesia, credibilidade e segurança e entre acesso e compreensão do cliente, combinando esses determinantes em dimensões mais amplas chamadas segurança e empatia, obtendo ao final cinco dimensões consolidadas, que são:

a) **Tangíveis:** aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;

b) **Confiabilidade:** capacidade de executar o serviço prometido com confiança, precisão e consistência. Significa um serviço cumprido no prazo, sem modificações e sem erros;

c) **Responsividade:** disposição para ajudar os clientes e fornecer o serviço prontamente;

d) **Segurança:** conhecimento e cortesia dos funcionários e sua habilidade de inspirar confiança, confidencialidade e credibilidade;

e) **Empatia:** cuidado, interesse e atenção individualizada dedicada ao cliente. A empatia inclui a acessibilidade e o esforço em entender as necessidades específicas dos clientes.

Os clientes utilizam essas cinco dimensões ou determinantes da qualidade para fazer julgamentos sobre a qualidade dos serviços.

Johnston e Mathews (1997), fazem uma crítica ao modelo proposto por Parasuraman *et al.* (1988), pois considera que os cinco determinantes originalmente propostos por eles não são suficientes para a representação de qualquer tipo de serviço. Estes propõem um conjunto de 18 determinantes.

O conjunto de determinantes propostos por Parasuraman *et al.* (1985) é muito restrito, pelo fato de ter um número pequeno de determinantes genéricos, faltando um melhor detalhamento.

Porém o conjunto proposto por Johnston e Mathews (1997), tende ao outro extremo, sendo muito extenso e complexo, com um número muito grande de determinantes, que poderiam ser, em alguns casos, agrupados e combinados.

Gianesi e Corrêa (1996) propõem uma relação de critérios de avaliação ou determinantes, que busca integrar essas diversas abordagens, conforme apresentado na Figura 2.4.

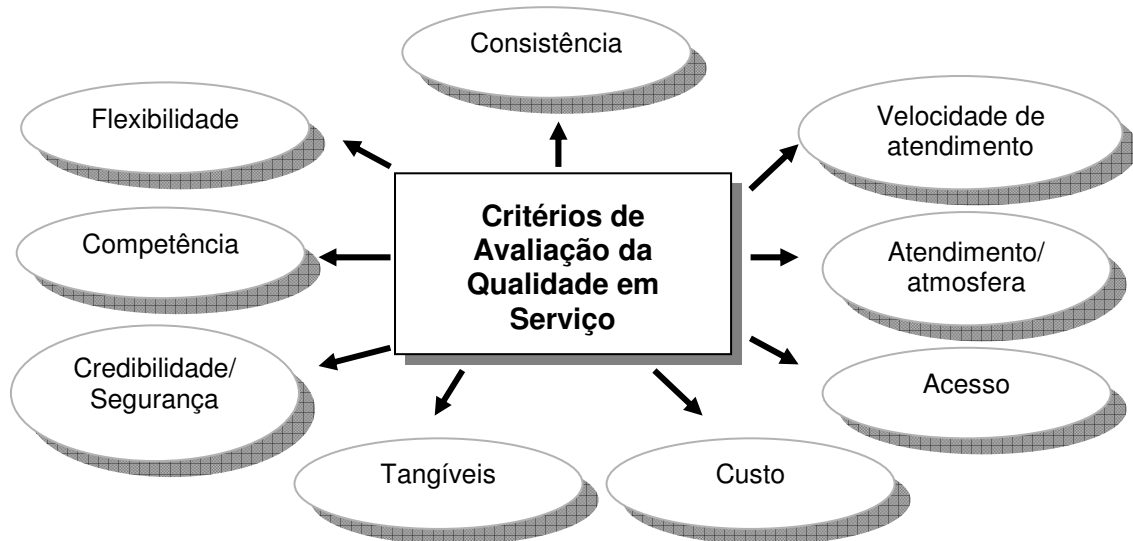


FIGURA 2.4: Critérios de avaliação da qualidade do serviço.
Fonte: GIANESI e CORRÊA (1996, p. 91)

O conjunto de determinantes apresentado por Giancesi e Corrêa (1996), traz como diferença o critério consistência e o critério custo, que não são considerados pelos outros autores estudados.

Para Parasuraman et al. (1988), independentemente do tipo de serviço analisado, o determinante confiabilidade é constantemente a dimensão mais crítica, sendo considerada a mais importante entre as cinco dimensões propostas. Em seguida temos segurança, responsividade e tangíveis. A empatia é o determinante menos importante dos cinco, porém Parasuraman *et al.* (1988), firma que os estudos realizados em sua pesquisa podem afetar tais conclusões, pois a empatia, apesar de aparecer como a dimensão menos importante, também mostrou uma correlação significativa com a qualidade geral do serviço, sendo talvez o fator menos importante entre os demais, porém não podendo ser considerado sem importância.

Enquanto Parasuraman *et al.* (1988) consideram o determinante tangível como um dos últimos em importância, Johnston e Mathews (1997) e Giancesi e Corrêa (1996), trazem uma visão diferenciada. Segundo Giancesi e Corrêa (1996), em função da característica intangível dos serviços, que dificulta a sua avaliação prévia, os clientes acabam dando bastante atenção aos aspectos tangíveis que são mais facilmente percebidos. Johnston e Mathews (1997) também ressaltam a importância do determinante tangível, pois segundo ele, dependendo do tipo de serviço, como por exemplo, no setor de varejo, os tangíveis são o critério chave na avaliação da qualidade percebida pelo cliente.

Existe, no entanto, um consenso entre os autores pesquisados, quanto ao determinante mais importante, que, em qualquer tipo de serviço analisado, tem sido a confiabilidade. Na verdade, de acordo com Johnston e Mathews (1997), cada tipo de serviço poderá ter determinantes que são considerados mais importantes, de acordo com as características do setor de serviço em que se encontram.

Da mesma forma, quando se analisa um serviço em particular, para cada momento da verdade do seu ciclo de serviço, pode-se definir um determinante mais importante para a avaliação da qualidade percebida pelo cliente. Em cada momento da verdade, um conjunto de determinantes diferentes pode ser considerado como mais importante, do ponto de vista do cliente.

Vários autores tentaram propor modificações às dimensões da escala SERVQUAL, porém até o presente momento não há evidências de contra prova das dimensões originais deste modelo.

A escala SERVQUAL originalmente desenvolvida por Parasuraman, Zeithamil e Berry (1994), tem sido amplamente utilizada para medir qualidade em serviços de vários setores; como: lojas de departamentos, empresas de energia elétrica, hospitais, bancos, colégios, restaurantes e outros.

2.3. MODELOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS

Conforme apresentado nas seções anteriores Parasuraman *et al.* (1985) elucida que a avaliação da qualidade dos serviços é um fator abstrato, em função das suas características como: intangibilidade, heterogeneidade e da inseparabilidade da produção e consumo, ao contrário do que ocorre na manufatura, onde a qualidade dos produtos pode ser avaliada de forma objetiva e concreta.

Esta dissertação considera a qualidade de serviços como uma avaliação, através da comparação entre a percepção do serviço prestado e o grau de importância de cada dimensão da qualidade.

2.3.1. MODELO CONCEITUAL DA QUALIDADE EM SERVIÇOS OU MODELO DE GAP

Conforme visto na seção 2.2.2, o conceito de qualidade percebida pelo cliente está fundamentado na comparação entre percepções do serviço prestado e as expectativas prévias em relação ao serviço, sendo dimensionado pelo *Gap* (lacuna) existente.

Como base nesse conceito Parasuraman *et al.* (1985) desenvolveu um modelo denominado Modelo de Qualidade em Serviços, onde destaca os cinco *Gap's* ou lacunas, na prestação do serviço. Esse modelo, também conhecido *Gap's* da Qualidade, auxilia os gestores a compreenderem as origens dos problemas da qualidade dos serviços e como melhorá-los. O modelo, apresentado na Figura 2.5, é bastante utilizado na gestão de serviços, tendo sido referenciado por vários autores, como Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), Giancesi e Corrêa (1996) e Grönroos (1995).

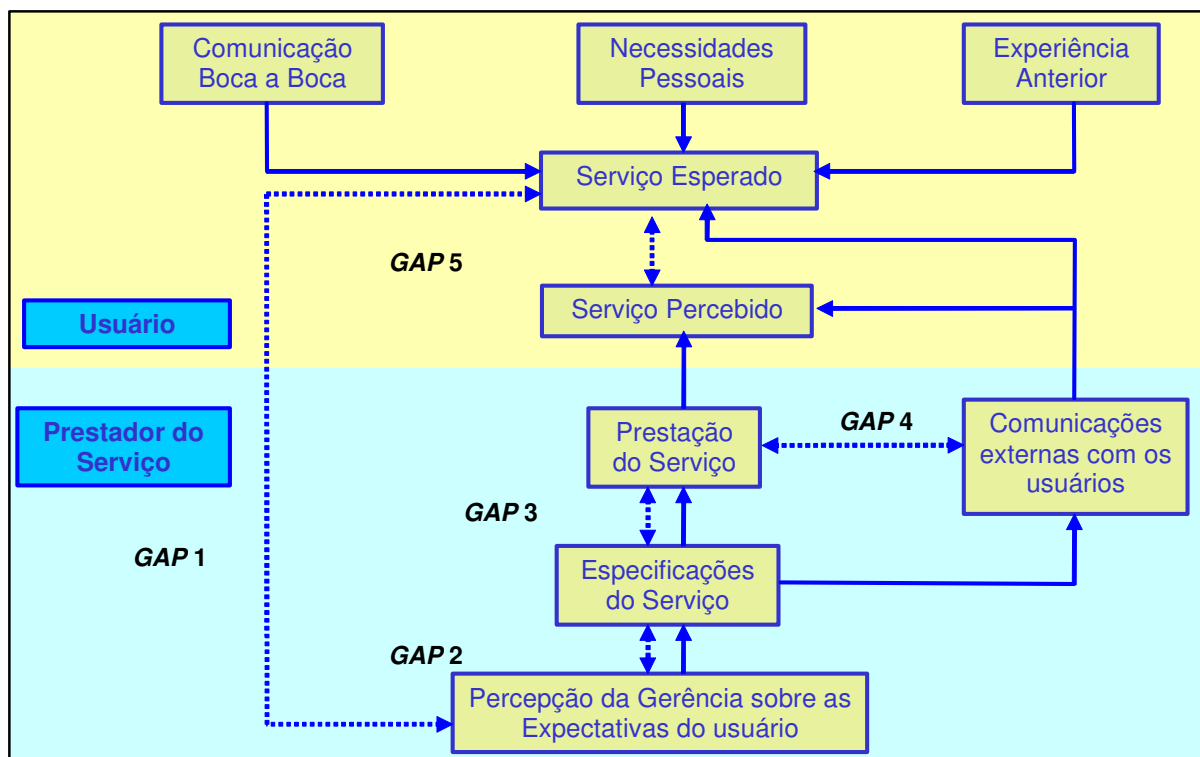


FIGURA 2.5: Modelo dos Gap's
Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.* (1985)

Analisando o modelo de *GAP*, observa-se que os *GAP'S* podem ser medidos individualmente.

Os cinco *Gap's* (lacunas) do modelo são discutidos a seguir:

- ***GAP* 1 - Lacuna entre expectativas do usuário - percepção gerencial:** refere-se às discrepâncias que podem existir entre a percepção dos gestores e as reais expectativas dos consumidores. Nem sempre os executivos compreendem plenamente como os clientes formam suas expectativas, tendo uma visão imprecisa, devido a:

- inexistência de pesquisas de mercado ou análise de demanda;
- informação imprecisa de pesquisas de mercado e análise de demanda;
- interpretação imprecisa das expectativas dos clientes;
- falta de informações vindas da linha de frente para os gestores ou perda de informações pelos níveis hierárquicos.

• **GAP 2 - Lacuna entre percepção gerencial das expectativas dos usuários - especificações da qualidade do serviço:** Os gestores podem não incluir nas especificações da qualidade do serviço, todos os elementos capazes de atender as expectativas dos clientes, não traduzindo corretamente suas expectativas reais. Essa falha pode ocorrer devido a:

- falta de recursos;
- falta de compromisso dos gestores;
- erros de planejamento e elaboração dos procedimentos (especificações);
- falta de estabelecimento de metas claras.

• **GAP 3 - Lacuna entre as especificações da qualidade do serviço - prestação do serviço:** a especificação do serviço pode estar adequada, porém podem ocorrer falhas na prestação do serviço ao cliente, pois na execução propriamente dita, os funcionários podem cometer erros, comprometendo a qualidade final.

• **GAP 4 - Lacuna entre percepção do serviço – comunicações externas com o usuário:** é a lacuna entre o serviço prestado e o serviço prometido, através da propaganda e outras formas de comunicação. Promessas exageradas em relação ao serviço a ser prestado podem contribuir para o aumento das expectativas dos clientes. Se tais promessas não forem efetivamente cumpridas, estas provavelmente ocasionarão decepção e insatisfação nos clientes.

• **GAP 5 - Lacuna entre o serviço esperado e o serviço percebido:** essa lacuna é o resultado das demais quatro lacunas, só ocorrendo se uma ou mais das anteriores ocorrerem. A qualidade percebida pelo consumidor é uma função do tamanho e direção da lacuna entre o serviço esperado e o percebido.

$$GAP\ 5 = f(GAP\ 1, GAP\ 2, GAP\ 3, GAP\ 4)$$

2.3.2. MODELO DA ESCALA SERVQUAL

A escala SERVQUAL, conhecida também como instrumento, ferramenta ou modelo SERVQUAL foi desenvolvida por Parasuraman *et.al.* (1988), para a avaliação da qualidade percebida pelos clientes através da medição do *Gap 5* do modelo da qualidade em serviços (falhas ou *Gap's*), anteriormente desenvolvido por este autor (Parasuraman *et.al.*, 1985).

A SERVQUAL é composta por múltiplos itens que ponderam os cinco determinantes ou dimensões da qualidade, que são: confiabilidade, aspectos tangíveis, determinantes segurança, responsividade e empatia. Para cada determinante são feitas perguntas visando verificar as expectativas prévias dos clientes e suas percepções.

O emprego dessa ferramenta está estruturado em duas etapas: uma para registrar as expectativas dos clientes em relação ao serviço, formada por 22 itens de expectativas que estão relacionados às cinco dimensões da qualidade. Na outra etapa, são registrados os 22 itens, que medem as percepções dos clientes. Ao final, uma pontuação final é gerada pela diferença entre as percepções e expectativas registradas, sendo (Percepção - Expectativa => P - E, ou *GAP 5*). Um resultado negativo indica que as percepções estão abaixo das expectativas, mostrando quais as falhas do serviço que geram insatisfação para o cliente. Uma pontuação positiva indica que o prestador de serviços está oferecendo um serviço superior ao esperado, sendo um ponto de satisfação para o cliente.

Para avaliar os 22 itens de expectativas e percepções, é usado uma escala do tipo Likert de 7 pontos, onde os extremos são marcados com “Discordo Totalmente” e “Concordo Totalmente”.

Parasuraman *et.al.* (1988), empregou a escala SERVQUAL em quatro ramos de serviços diferentes: bancos, cartões de crédito, serviços de reparo e manutenção e serviços de telefonia de longa distância para validar a mesma. O estudo mostrou a confiabilidade e a validade da escala SERVQUAL, que pode ser utilizada para avaliar a qualidade percebida pelos clientes, de qualquer tipo de serviço.

Ainda segundo Parasuraman *et.al.* (1988), embora o modelo SERVQUAL possa ser utilizado numa variedade de empresas de serviços, quando utilizada a um único serviço, pode ser necessária à adaptação do instrumento de pesquisa à realidade do serviço estudado, fazendo-se modificações nos 22 itens ajustando seu entendimento ao contexto específico.

A escala SERVQUAL pode ser utilizada como forma de diagnóstico para identificar, em vários tipos de serviços, os pontos fortes e fracos da empresa, servindo de base para a melhoria contínua.

Tal ferramenta pode ser usada para avaliar a qualidade em cada uma das cinco dimensões da qualidade, medindo as pontuações obtidas nos itens que compõem cada dimensão, como também pode dispor uma medida geral da qualidade dos serviços através da média da pontuação de todas as dimensões.

2.3.3. MODELO SERVPERF

Cronin e Taylor (1992) consideram que não é necessário medir as expectativas dos clientes na investigação da qualidade de serviço e salientam que a qualidade de serviço pode ser conceituada como “semelhante a uma atitude”.

Entende-se que apenas a “performance” do modelo, ou seja, o serviço experimentado, determina a qualidade de serviço. Então, desenvolveram um modelo de análise de qualidade de serviço nomeado SERVPERF. Conforme estes autores, este modelo elimina a análise das expectativas e a avaliação da qualidade é realizada com base nas percepções do cliente relativamente às cinco dimensões da qualidade de serviço.

Considerando que Cronin e Taylor (1992), consideram indispensável à ponderação de cada uma das cinco dimensões de qualidade, em sintonia com o trabalho de Parasuraman *et.al.* (1988), no qual a qualidade de serviço para estes autores representa-se finalmente da seguinte forma: Qualidade de Serviço = Performance de Serviço Percebido.

O modelo SERVPERF, tal como o SERVQUAL fundamenta-se sob a forma de uma escala e como um índice longitudinal, que revela as percepções nas cinco dimensões de qualidade de serviço.

2.3.4. CRÍTICAS A ESCALA SERVQUAL

Apesar da escala SERVQUAL ser usada tanto por pesquisadores como por gestores, em diversos tipos de serviços em vários países, um certo número de estudos tem questionado sua base conceitual e operacional.

O principal questionamento do SERVQUAL é o conceito de qualidade percebida, baseado na comparação das expectativas e percepções do cliente. Muitos autores como Babakus e Boller (1992), Carman (1990), Cronin e Taylor (1992, 1994), sustentam que o uso da diferença entre expectativas e percepções (P - E), não traz informações adicionais sobre a qualidade do serviço, que já estão contidas no componente das percepções, ou seja, esses autores defendem que o SERVQUAL deveria levar em consideração apenas à percepção dos clientes sobre o serviço. Conforme tais autores, o cliente ao apontar a sua percepção, já faz uma análise implícita, onde confronta a sua expectativa com o serviço percebido, sendo dispensável apontar as expectativas.

Cronin e Taylor (1994) revelaram em seus estudos que uma escala, baseada apenas na percepção que os clientes têm do serviço, denominada SERVPERF, explicava melhor o comportamento da qualidade dos serviços, do que a escala SERVQUAL original, baseada na diferença entre expectativas e percepções. O emprego de uma escala, cujo resultado está baseado na diferença de dois componentes (P - E), é considerado incerto, sendo sua confiabilidade questionada, pois a percepção e expectativa variam de acordo com o ponto de vista de cada indivíduo.

No estudo de Cronin e Taylor (1992) envolvendo bancos, lavanderias, dedetização e *fast food*, foram encontrados resultados que não confirmaram a validade das cinco dimensões do SERVQUAL. Carman (1990) propõe um certo grau de cautela ao utilizar a escala SERVQUAL, já que cada tipo de serviço apresenta dimensões ou determinantes únicos e diferentes, devendo os pesquisadores que utilizam o SERVQUAL, adicionar novos determinantes ou itens que são importantes no serviço a ser analisado.

Outra crítica feita ao SERVQUAL é que as dimensões são tratadas como sendo de igual importância. Em suma, os quesitos sobre as expectativas dão uma idéia da importância relativa dos determinantes, porém essa informação não é suficiente para medir a relação de importância de cada determinante. Parasuraman *et.al.* (1994) observaram tal problema e propuseram uma pergunta adicional na escala SERVQUAL, na qual o cliente deve dividir 100 pontos entre os cinco determinantes, demonstrando sua importância relativa. Todavia, os pesquisadores questionam se a simples inclusão dessa pergunta, realmente solucionaria o problema original.

Como visto anteriormente, existe um grande questionamento em torno desses dois conceitos. Alguns autores dizem que a qualidade do serviço e a satisfação do cliente são conceitos distintos, sendo a satisfação o resultado da análise de uma transação ou de um momento da verdade específico, e que a qualidade do serviço é uma avaliação global do serviço como um todo, no longo prazo. Apesar disso, existem estudos que questionam a essência dessa diferença, inclusive questionando se existe alguma relação efetiva entre os dois conceitos. O que é proposto na literatura é que uma seqüência de prestação de serviços bem sucedida gera satisfação no cliente, que ao passar do tempo leva a uma avaliação global positiva do serviço, gerando uma percepção favorável da qualidade do serviço.

Babakus e Boller (1992) lembram que não é vantajoso gastar mais tempo e recursos no desenvolvimento de um instrumento de pesquisa padrão para medir a qualidade dos serviços em qualquer tipo de serviço. Eles propõem que se deve procurar desenvolver medidas específicas para cada tipo de serviço, obtendo resultados mais adequados para a tomada de decisões estratégicas.

Apesar do grande número de críticas e deficiências apresentadas sobre a escala SERVQUAL, é inquestionável o seu impacto no âmbito da qualidade dos serviços, sendo largamente aplicada em diversos setores, com resultados positivos.

Conforme Freitas *et al.* (2006), o SERVQUAL mostrou-se bastante adequado para medir a qualidade dos serviços de infra-estrutura de (TI) Tecnologia de Informação, pois os resultados obtidos servem tanto para avaliação da qualidade do serviço quanto para orientar as ações do gerente em relação aos fatores críticos de sucesso da gerência de TI.

Autores como Grönroos (1995); Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), entre outros trazem em seus textos referências ao modelo de Parasuraman *et al.* (1985, 1988), o que comprova a receptividade do modelo. Em contrapartida, modelos como o SERVPERF de Cronin e Taylor (1994), ainda não apresentam destaque na literatura, quanto nos periódicos internacionais, o que parece indicar uma preferência da SERVQUAL vista pelos pesquisadores ao longo dos últimos anos.

CAPÍTULO III

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A QUALIDADE DA HOTELARIA HOSPITALAR NO SETOR DE SAÚDE

Este capítulo tem como objetivo realizar um breve histórico, sobre os serviços de saúde, destacando os seguintes aspectos: fatores relevantes da evolução da saúde no Brasil e no mundo, os conceitos básicos de hospitalidade e hotelaria hospitalar diferenciando-os, e por fim, o conceito de hospital como uma organização que precisa ser bem administrada.

3.1. O SETOR DE SAÚDE

A crescente importância do setor de serviços na economia nacional e internacional é indiscutível. No entanto, a qualidade dos serviços, apesar de representar um item estratégico na competitividade empresarial, nem sempre é considerada com o devido cuidado pelas organizações.

As características gerais dos serviços de saúde são as mesmas dos demais serviços, como a intangibilidade, dificuldade de padronização e de avaliação da qualidade.

A simultaneidade no setor de serviços de saúde deve ter uma atenção especial, os profissionais precisam ser capacitados e qualificados para a atividade que desempenham porque as falhas no setor de saúde geralmente acarretam danos sérios ao paciente, inclusive o óbito.

A adequação da estrutura interna às atividades profissionais, bem como profissionais bem capacitados, como boas condições de trabalho são fundamentais para o sucesso na prestação de serviços de saúde.

3.1.1. A QUALIDADE NA GESTÃO DA SAÚDE

Depois de descrita as definições, importância, especificidades e operações de serviços, é possível abordarmos os serviços de saúde e distingui-los dos outros tipos de serviços.

A abordagem inicial de qualidade limitava-se às empresas de produção de bens. Pouco a pouco esta visão foi mudando e percebeu-se a necessidade de expandir a qualidade a todas as organizações, sem exceção, em todas as áreas, seja na produção de bens e/ou prestação de serviços, inclusive no setor de saúde. Sendo assim, a qualidade passa ser vista de forma global, onde todos os membros envolvidos em uma organização devem se mobilizar para adequar-se aos requisitos dos clientes.

Afirma Juran (1990, p.12), que “só é possível alcançar qualidade quando houver um esforço global e um empenho individual pela máxima satisfação dos clientes – internos e externos – e pela eficiência”. Todos os colaboradores precisam estar envolvidos com a melhoria contínua, buscando alcançar o objetivo comum da organização que é a satisfação dos serviços ou produtos oferecidos.

Vale ressaltar que as palavras cliente(s) e paciente(s) são usadas nesta dissertação para indicar pessoas que recebem serviços de uma organização de saúde. O uso destes termos é feito sem distinção, considerando o paciente como o cliente da prestação de serviço, pois este é o indivíduo que está submetido aos cuidados de uma organização de saúde num período de tempo.

A qualidade nos serviços de saúde requer uma correta sincronia de todos os serviços prestados às necessidades do paciente, pois o paciente ou o cliente dos serviços hospitalares não é um produto, fazendo-se necessário então que a qualidade assuma novas perspectivas.

Produzir qualidade em serviços é uma atividade bastante difícil. Porém, atendendo todas as necessidades do paciente, avaliando o seu parecer, será possível detectar possíveis falhas e causas da insatisfação. A área de saúde lida com a vida humana e precisa produzir, sobretudo resultados com qualidade.

Algumas ferramentas da administração convencional, também denominada “Ferramentas da Qualidade”, podem ser usadas para detectar problemas e propor melhores formas de atingir resultados com alta qualidade, como: Fluxogramas, Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama de *Ishikawa* (conhecido como espinha de peixe), Matriz de Priorização ou *Brainstorming*, entre outros.

Os hospitais que buscam inovar agregando serviços diferentes geram alta qualidade percebida no momento da utilização do serviço hospitalar, e essa qualidade que vai fazer com que o mesmo paciente volte quando precisar de cuidados médicos.

3.1.2. SERVIÇOS HOSPITALARES

A atividade hospitalar segundo Maudonnet (1988), está confirmada nos mercados da Babilônia, no Egito e na Grécia antigos, na Índia (226 a.C.) e Ceilão (437 a.C.), desenvolvendo-se então na era Cristã.

Segundo Siqueira (1985), os hospitais de beneficência originaram da contribuição dos imigrantes, que repartiam entre si, os custos de construção e manutenção de Casas de Saúde, para assegurar aos membros de suas colônias, o atendimento hospitalar e médico que precisavam.

Borba (1985), constata que no sistema hospitalar brasileiro, o primeiro registro de evolução histórica foi na América Latina, na Santa Casa de Misericórdia de Santos, fundada em 1543 por Braz Cubas.

Conforme Siqueira (1985), a entrada do Estado na assistência à saúde aconteceu para atender as forças armadas. A assistência aos pobres que era feita predominantemente nas Santas Casas de Misericórdia, custeadas por entidades filantrópicas, aos poucos se incorporou como responsabilidade do Estado.

Como afirma Bittencourt (1999), o modelo assistencialista foi adotado até meados do século XIX, sendo financiados por recursos fiscais, mas também por doações. Tal modelo passou por modificações, sendo substituído pelo previdencialista, que recebia recursos das contribuições sociais sobre a folha de pagamento.

A partir da segunda metade do século XX, os modelos assistencialista e previdencialista se juntam, surgindo um terceiro modelo universalista, cujo objetivo é garantir o acesso a todos a saúde. Ainda Bittencourt (1999), afirma que as organizações de saúde com e sem fins lucrativos disseminam-se enfrentando a escassez de recursos e a elevação de custos, aumentando as preocupações sobre o sistema de gerenciamento, com o intuito de alcançar um melhor desempenho, agilidade e diferenciação assistencial.

A evolução das instituições hospitalares é um grande desafio, pois de acordo com que os hospitais se modernizam, torna-se necessário investir na modernização das técnicas de administração hospitalar, bem como os equipamentos tecnológicos.

Borba (1985, p. 49), afirma:

O objetivo do hospital moderno deve ser o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças através de cuidados clínicos, cirúrgicos e especiais que facilitem a reabilitação física, mental e social do paciente. Nenhum hospital pode ser considerado moderno sem contar com uma equipe eficientemente preparada para o cumprimento destes propósitos e objetivos.

Desta forma, para atender as condições de modernização dos hospitais, é necessário à incorporação de uma equipe capacidade aliada com equipamentos de tecnologia avançada, para atender a demanda do mercado.

3.2. HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO

Mezzomo (2003), considera que nas relações interpessoais acontece à humanização. O que significa que não bastam a competência dos profissionais e a tecnologia, sendo necessário assim que a interação profissional/cliente, ou seja, a atitude do profissional leve o cliente a perceber que está sendo bem-acolhido. O cliente/paciente pode se sentir confortável ou desconfortável, ter uma sensação de bem-estar ou mal-estar de acordo com o que lhe for proporcionado.

Sobral (2004, p.65), afirma que “o acolhimento é uma comunicação afetiva e ponto de partida de qualquer atividade terapêutica que implique a relação profissional de saúde e cliente; acolher é mobilizar afetos”. Sendo assim, o acolhimento é um desafio, visto que vai ocorrer entre pessoas que não se conhecem e precisa ser trabalhado permanentemente com o intuito de que o cliente perceba que está sendo recebido de forma hospitaleira pelos profissionais daquela organização.

Esse acolhimento humanizado requer que todos os profissionais estejam comprometidos com essa idéia e desenvolvam suas habilidades para interagir com os mais diversos pacientes.

Muitas queixas podem ser diminuídas ou resolvidas quando o cliente percebe que lhe dão atenção e que é compreendido e respeitado pelo profissional de saúde. A falta de acolhimento ou cuidado humanizado pode levar à não adesão ou insatisfação no tratamento.

Para Martins (2001), somente profissionais cuja capacitação seja permanente, que trabalhem satisfeitos e que tenham condições adequadas de trabalho poderão acolher os clientes de forma humanizada. A atividade assistencial precisa considerar que é dirigida a seres humanos e feita por seres humanos.

Cada cliente é um indivíduo diferente e assim também é o profissional que o acolhe e, ao se comunicarem, podem ou não estabelecer um relacionamento humanizado. Portanto, a comunicação estabelece o modo de relação entre as pessoas.

Considerando a importância da comunicação na humanização da assistência o Ministério da Saúde, publicou o Manual de Humanização em 2000 e conceituou o ato de humanizar como:

“Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro, palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Em resumo: sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes”.

Entende-se que a humanização envolve a busca de compreensão entre o cliente e o profissional que procura ouvi-lo e entender os seus anseios.

Conclui-se assim, que no ambiente da saúde a humanização e a hospitalidade tem o mesmo significado.

3.2.1. HOSPITALIDADE E HOTELARIA HOSPITALAR

A pouco menos de dez anos, surgiu no Brasil a hotelaria hospitalar como um diferencial competitivo para os hospitais.

O foco principal do hospital é o tratamento e a assistência prestados aos clientes. Segundo Dias (*apud* Camargo, 2002), para a manutenção de sua competitividade é preciso prestar um serviço diferenciado que agregue valor ao cliente, isto é, torna-se necessário investir em serviços que valorizem o ser humano.

As pessoas que vão para o hospital em busca de assistência médica, quase sempre estão assustadas e cheias de preocupações, pois a sua vida está ameaçada e o ambiente hospitalar é desconhecido e até assustador.

A hotelaria hospitalar contribui para minimizar o impacto que o cliente sofre ao entrar em contato com o ambiente hospitalar, criando um espaço mais humanizado, fazendo com que o hospital se pareça mais com um hotel ou à própria casa do cliente, modificando a idéia de que o hospital é apenas um local apavorador. Para que isto aconteça, precisa-se estabelecer uma relação íntima entre os objetivos do hospital e a hospitalidade.

Sendo assim, Lashley (2000), ressalta que a hospitalidade no hospital abrange os aspectos a ela relacionados como uma atividade econômica, incluindo tanto o setor público como o privado.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o principal objetivo do cliente no hospital é a recuperação de sua saúde, compreendida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença.

Segundo Capra (1982), essa definição não pode ser vista como um estado imutável, mas como um processo em constante mudança e evolução, que sofre influências de vários fatores, como o ambiente físico e social. Não sendo um fato apenas físico, o estado de saúde depende também do estado psicológico do indivíduo e de suas relações com o ambiente.

A Constituição Brasileira de 1988, em seu art. 196, estabelece que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ressalta-se que é imprescindível que o hospital ofereça condições que favoreçam este resultado, agrupando os profissionais competentes e tecnologia de ponta. Os clientes que buscam o hospital não o fazem por vontade própria, mas por questões de saúde, diferente dos que procuram um hotel. Por sua vez, o produto que o cliente do hospital procura é a assistência à sua saúde, que deve ser fornecida por profissionais específicos da área, tanto em hospitais públicos, particulares ou filantrópicos.

A hotelaria hospitalar pode ser considerada como toda a estrutura do hospital voltada para propiciar conforto, segurança e bem-estar ao cliente, buscando continuamente a transformação do ambiente para torná-lo mais acolhedor.

De acordo com a teoria de Maslow (*apud* Maximiano, 2002), a hospitalidade no hospital é um fator que pode contribuir para a satisfação de uma das necessidades humanas, a de socialização, pois o ser humano é um ser social por excelência.

A hotelaria hospitalar tem como meta o bem-estar do cliente, buscando continuamente a excelência no acolhimento. Boeger (2003), nota que por ser um serviço recente no Brasil ainda não é um serviço bem-estruturado e que este requer estudos e esforços para relacionar os seus resultados ao objetivo principal do hospital. Por outro lado, a idéia de hospitalidade no hospital ainda não é uma preocupação de todas as organizações hospitalares, sendo necessário aprofundar os conhecimentos nesta área.

O serviço de hotelaria hospitalar já foi criado em alguns dos grandes hospitais brasileiros, que são gerenciados por profissionais diversos, tais como administradores, enfermeiros ou profissionais de hotelaria.

A estrutura organizacional da hotelaria hospitalar deverá ser de acordo com o tamanho e a clientela do hospital. A missão, cultura e visão do hospital precisam ser consideradas, pois a implantação da filosofia hoteleira possibilita uma grande mudança de paradigmas.

3.3. HOSPITAL: CONVÍVIO DE CLIENTES INTERNOS E EXTERNOS

Para Almeida (1983, p.104), precursor dos estudos sobre administração hospitalar no Brasil, hospital é:

“Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins”.

De acordo com Moraes (2001) o hospital é constituído por um grupo de pessoas que se inter-relacionam e interagem de maneira cooperativa, atuando de forma interativa com o ambiente que o cerca, sendo, portanto, um sistema aberto.

O hospital é uma organização social complexa, sendo constituída por vários elementos, que são os recursos, a divisão do trabalho e os processos de transformação que interagem para realizar os seus objetivos.

É interessante notar, que as pessoas fazem à empresa funcionar, sendo assim, elas não podem mais ser vistas simplesmente como mão-de-obra, capacitada de habilidades e conhecimentos para simplesmente executar as tarefas, ao contrário, necessitam ser vistas como clientes internos, dotadas de características próprias de personalidade individuais e de talentos que precisam ser desenvolvidos e mantidos e que vão criar o diferencial competitivo da organização hospitalar.

De um modo geral o hospital serve a sociedade, preserva conhecimento, influencia o ambiente, criando valor e proporcionando carreiras extremamente diversificadas, promovendo uma sinergia indispensável ao cumprimento de suas funções, ou seja, promovendo e recuperando a saúde, prevenindo a doença, e reabilitando o cliente.

O hospital escolhido para essa pesquisa é privado e sua estrutura organizacional permite facilidade de comunicação entre os diversos setores. O Hospital já é reconhecido por sua alta qualidade em serviços clínicos, cirúrgicos e diagnósticos, e agora está investindo na modernização das suas instalações, a fim de oferecer maior comodidade aos pacientes, acompanhantes e funcionários.

3.3.1. HOSPITAL VISTO COMO UMA ORGANIZAÇÃO

Na atualidade, não se pode conceber o hospital fora do contexto do enfoque empresarial, em decorrência das mudanças nos campos econômicos e políticos na maioria dos países do mundo, especialmente na América Latina.

Conforme Porter (1992), o hospital passa a ser visto como uma empresa competitiva mantendo-se no mercado, buscando uma margem de autofinanciamento suficiente para garantir a sua independência financeira e os meios necessários à sua sobrevivência nos momentos de dificuldade.

O hospital, como todas as organizações de saúde, está sempre em busca de recursos, com o objetivo de proporcionar ao cliente uma resolução adequada para seus problemas de saúde.

O hospital privado passou a focar o serviço, sem perder a sua função social, buscando continuamente fazê-lo com qualidade e mediante pagamento pelas pessoas atendidas. Siqueira *et.al.* (2001), considera que no processo de evolução, o hospital passou a focar as necessidades do consumidor, que demandam organização e qualidade de vida, não sendo mais esse serviço um privilégio ou benefício, mas um direito do cliente.

O hospital apresenta características típicas como prestador de serviços, tais como: o serviço é produzido simultaneamente ao consumo e não pode ser estocado e por ser intangível não pode ser avaliado antes de ser comprado. No entanto, o cliente espera que tenha qualidade, mas como depende de atitudes pessoais, mesmo sendo padronizado, o que vai prevalecer é o comportamento do profissional que produz o atendimento.

Segundo Siqueira (2001), como o serviço é prestado por pessoas que se relacionam entre si, o resultado dependerá de fatores sociais, culturais e psicológicos. Atualmente os hospitais passaram a ter novas preocupações, não só

com a sua estrutura física, tangível, mas especialmente com os ambientes intangíveis, percebidos pelo cliente.

Os hospitais são classificados em entidades com fins lucrativos e sem fins lucrativos. Nas organizações hospitalares com fins lucrativos, a eficiência administrativa visa maximizar o lucro.

Almeida (1987, p. 51), esclarece que:

“A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem esta finalidade reside no fato de que a performance da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os hospitais. Quanto as segundas, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade”.

Os hospitais podem ser organizações públicas, financiadas pelo Estado, filantrópicas (sem fins lucrativos) ou privadas, com fins lucrativos. O escopo desta dissertação corresponde a um hospital privado que atende a quase todos os convênios e seguradoras de saúde.

CAPÍTULO IV

DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS

Este capítulo é composto pelas etapas do desenvolvimento de um instrumento de pesquisa, destacando a identificação das dimensões e itens da qualidade, bem como a definição da escala de avaliação. Descreve um direcionamento para a construção do questionário e por fim, uma análise da confiabilidade do instrumento de pesquisa através do alfa de *Cronbach* e da Correlação Item-total.

4.1. INTRODUÇÃO

No capítulo 2, apresentou-se o modelo SERVQUAL, utilizado para a avaliação da qualidade percebida dos serviços. Porém, apesar de sua importância é aconselhável pelos próprios autores que se façam adaptações ao SERVQUAL original, quando aplicado na avaliação da qualidade de serviços específicos.

A avaliação da qualidade em serviços em organizações hospitalares envolve fatores quantitativos, qualitativos e subjetivos de difícil quantificação. Por este motivo, o julgamento de valores e definição de preferências deve ser feito pelos envolvidos nas etapas de avaliação, não existindo um modelo padrão que possa ser utilizada em todos os setores a serem avaliados.

No âmbito do gerenciamento de organizações hospitalares, a implementação de um procedimento para a avaliação da qualidade dos serviços prestados, posiciona-se como uma importante ferramenta em um programa de melhoria contínua da qualidade.

O modelo proposto nesta dissertação aponta o uso do SERVQUAL como o instrumento mais adequado para avaliar a qualidade em serviços, porém estabelecendo a modificação de medir importância em vez de expectativa, cujo emprego deve ser realizado em duas etapas: na primeira etapa serão mensuradas as percepções dos clientes acerca do serviço prestado e, na segunda etapa serão mensurados o grau de importância de cada item das dimensões pertinentes ao instrumento de pesquisa.

4.2. IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E ITENS DA QUALIDADE

Algumas ferramentas da administração convencional, também denominada “Ferramentas da Qualidade”, lidam, sobretudo, com a qualidade do produto que pode ser descrita como tangíveis. De acordo com Hayes (1995), este aspecto da qualidade pode ser medido fornecendo as organizações uma indicação de como melhorar seus processos empresariais bem como determinar a qualidade do produto resultante destes processos.

Todavia, as organizações perceberam a necessidade de utilizar medições intangíveis, como indicadores de qualidade. As medições intangíveis enfocam percepções e ações, em vez de critérios mais concretos e objetivos. É necessário usar estas medições, pois as ferramentas da qualidade não são aplicáveis para avaliar a qualidade de serviços.

Ainda Hayes (1995), afirma que essas mensurações “intangíveis” encerram os questionários de satisfação do cliente para determinar suas percepções e reações relativas à qualidade do serviço ou produto.

Nesta dissertação as cinco dimensões propostas por Parasuraman et al. (1988) serviram de referência para o levantamento das Dimensões da Qualidade utilizadas no estudo de caso no capítulo seguinte.

As Dimensões da Qualidade podem ser representadas por requisitos que devem ser descritos nos itens do questionário, e para isso precisa-se primeiramente identificar as dimensões e em seguida definir os itens correspondentes a cada dimensão. Para identificar as Dimensões da Qualidade do produto ou serviço, Hayes (1995), sugere que se faça pesquisa na literatura disponível (ex: periódicos científicos, técnicos e profissionais) e que se estude o serviço ou produto do objeto de estudo.

É necessário que as definições das dimensões não sejam escritas de forma genérica ou confusa, porque isto dificulta a elaboração das questões do questionário. Estas devem ser definidas com clareza e precisão.

Cada Dimensão da Qualidade representa um exemplo específico, e cada dimensão pode incluir vários exemplos. Estes se caracterizam por afirmativas, que descrevem uma situação específica da Dimensão da Qualidade. Hayes (1995) aponta que as afirmações podem ser uma tarefa, um comportamento de uma pessoa dentro do processo, ou pode descrever um exemplo que representa a dimensão.

A definição dos determinantes da qualidade em serviço a serem consideradas, dependerá do objeto de estudo, ou seja, do ramo de atividade da organização.

Para melhor adaptar os determinantes para a organização pesquisada é necessário conhecer os vários determinantes propostos pelos autores citados no capítulo dois, assim como outros, pois a escolha dos determinantes e sua quantidade poderão variar de acordo com cada objeto de estudo.

4.3. DEFINIÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO

Depois de definirem as dimensões do instrumento de pesquisa, o passo seguinte é selecionar o tipo de escala que será utilizada. A escolha do melhor formato de escala depende da sua utilização. As escalas de automedição de atitudes ou *check-list* na sua maioria solicitam aos respondentes que se posicionem numa escala diretamente relacionada com o que se pretende medir. Ao contrário desta primeira, as escalas indiretas combinam um conjunto de respostas dos respondentes, em relação ao objeto em questão para determinar qual sua posição na escala de atitude desenvolvida.

As escalas indiretas mais importantes por seu potencial de utilização em pesquisas sugeridas por Mattar (1996), são: as escalas de intervalos aparentemente iguais de Thurstone e as escalas somatórias de Likert.

4.3.1. ESCALA THURSTONE

Segundo Mattar (1996), a escala de Thrustone proposta por Thrustone e Chaves (1992), constitui-se de um conjunto de declarações, em que cada uma possui um valor predefinido na escala, que são apresentados aos respondentes para que delas concordem ou discordem como visto na tabela 4.1.

A posição dos respondentes na escala resulta na média aritmética dos valores pertinentes à escala obtidos por suas respostas concordantes.

Assinale nas colunas da direita se você concorda ou discorda com cada uma das afirmações a seguir em relação ao serviço prestado pelo hospital X.		
Afirmações	Concordo	Discordo
1- O hospital tem equipamentos modernos.		
2- As instalações físicas do hospital são visivelmente agradáveis.		
3- O hospital presta seu serviço no horário marcado.		
4- O hospital mantém sempre atualizados os dados dos clientes.		
5- Os funcionários do hospital são educados e corteses.		

Tabela 4.1: Exemplo hipotético de uma escala de Thurstone

4.3.2. ESCALA TIPO LIKERT

O formulário tipo Likert é gerado para permitir que os respondentes opinem com graus variados de satisfação, a cada item que descreve o produto ou serviço.

A escala de Likert consiste de uma série de afirmações que expressam uma atitude favorável ou desfavorável em relação ao conceito em estudo, como o exemplo na tabela 4.2. Esta se difere da escala de Thurstone, pois os respondentes são solicitados não só a concordarem ou discordarem das afirmações, mas também a informarem qual o seu grau de concordância ou discordância. A cada campo de resposta é atribuído um valor que reflete a atitude do respondente em cada afirmação.

A escala de Likert, conforme Mattar (1996) apresenta uma série de vantagens frente à escala de Thurstone, como:

- permite o emprego de afirmações que não estejam explicitamente ligadas à atitude estudada;
- é de construção mais simples;
- tende a ser mais precisa, na medida em que possui um número maior de respostas alternativas.
- a amplitude das respostas permitidas apresenta informação mais precisa da opinião do respondente em relação a cada afirmação.

Em relação ao hospital X, assinale seu grau de concordância ou discordância para cada uma das afirmações a seguir:					
Afirmações	CT	C	I	D	DT
1- O hospital tem equipamentos modernos.					
2- As instalações físicas do hospital são visivelmente agradáveis.					
3- O hospital presta seu serviço no horário marcado.					
4- O hospital mantém sempre atualizados os dados dos clientes.					
5- Os funcionários do hospital são educados e corteses.					
Legenda: CT – Concordo totalmente C – Concordo I – Indiferente D – Discordo DT – Discordo totalmente					

Tabela 4.2: Exemplo de escala Likert

4.4. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO A SER APLICADO

De acordo com Gil (2002), para a coleta de dados nos levantamentos de informações são empregadas às técnicas de interrogação: o questionário, a entrevista e o formulário. Por questionário entende-se um conjunto de questões (itens) que são respondidos por escrito pelo pesquisado. A entrevista é uma técnica que envolve duas pessoas no qual uma delas formula questões e a outra responde. Formulário é definido como a técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas.

Analizando cada uma das três técnicas, pode-se verificar que o questionário constitui uma excelente opção pelos inúmeros benefícios de seu uso: é o mais rápido; é o mais barato; não exige treinamento de pessoal e garante anonimato do entrevistado.

Sua utilização pode compreender uma importante ferramenta para conhecer a opinião de diversos grupos de pessoas (clientes, potenciais clientes, classes sociais, etc.). A informação coletada pelo questionário pode ter várias aplicações, tais como: conhecer a opinião dos clientes sobre determinado produto/serviço; aferir a qualidade de um determinado serviço.

Em resumo, conhecer a opinião de um determinado grupo sobre um determinado aspecto por meio de uma pesquisa.

Malhotra (2001, p. 290), define o questionário como uma “técnica estruturada para coleta de dados, que consiste de uma série de perguntas (escritas ou verbais) a que um entrevistado deve responder”. O questionário de uma maneira geral possui três objetivos específicos, que são:

- Traduzir a informação desejada em um conjunto de questões específicas às quais os respondentes ou avaliadores tenham condições de respondê-las. A elaboração das questões é uma tarefa difícil, pois duas maneiras aparentemente semelhantes, de formular uma pergunta podem gerar informações divergentes. Por isso, esse objetivo é sempre um desafio;

- Motivar e incentivar os respondentes a se deixar envolver pelo assunto, cooperando e colaborando com a pesquisa. Ao planejar um questionário, o pesquisador precisa sempre minimizar o cansaço e o aborrecimento do entrevistado, e igualmente esforça-se para minimizar as respostas incompletas e a não resposta, fazendo com que o questionário não seja cansativo, elaborando-o da forma mais coesa possível;

- Minimizar o erro na resposta. Define-se o erro de resposta como aquele que surge quando os entrevistados dão respostas imprecisas ou quando elas são registradas ou analisadas incorretamente. Um questionário pode ser uma fonte importante de erros de respostas. A minimização desse erro é importante objetivo do planejamento de um questionário.

Por ser bastante flexível, é considerado o instrumento mais comum e usado para coletar dados. Estes carecem ser desenvolvido, testados e se necessário corrigidos antes de serem administrados na amostragem final.

Geralmente, podem-se detectar vários erros em um questionário preparado ao acaso, ou sem base teórica, ou melhor, quando não se tem um objetivo fim para o mesmo. Ao preparar um questionário, o pesquisador deve escolher cuidadosamente as questões, suas formas, o tipo de redação e a seqüência. Um erro comum é incluir questões que não podem ou não precisam ser respondidas e omitir outras que devem ser respondidas.

As questões menos interessantes devem ser eliminadas e a forma da questão pode induzir a resposta. As questões se diferenciam entre questões fechadas e abertas. As questões fechadas determinam todas as respostas possíveis, e os respondentes escolhem dentre elas. As questões abertas permitem que os respondentes usem suas próprias palavras.

Freqüentemente, as questões fechadas fornecem respostas mais fácil de interpretação para tabular. Estas são suficientemente úteis no estágio exploratório da pesquisa, quando o pesquisador está ocupado em saber como as pessoas pensam, em vez de mensurar quantas pessoas pensam de determinada maneira.

Finalmente, deve-se ter cuidado com a redação e a seqüência das questões. O pesquisador deve empregar vocabulário simples, direto e claro. As perguntas devem ser pré-testadas junto a uma amostra de respondentes antes de serem usadas. As questões difíceis ou pessoais devem ser apresentadas no final do questionário, para que os respondentes não fiquem em posição defensiva. As questões devem fluir de forma lógica.

4.4.1. CONSTRUIR O INSTRUMENTO A SER APLICADO

Nesta fase o objetivo é construir o instrumento a ser utilizado na pesquisa; no caso um questionário.

A técnica considerada e recomendada nesta dissertação é adaptar um instrumento tradicionalmente utilizado, o SERVQUAL, proposto por Parasuraman *et al.* (1988). A adaptação é realizada através de entrevistas com as pessoas envolvidas no processo, reunindo opiniões e sugestões, para então decidir o que deve ser incluído ou retirado do instrumento, de acordo com o objetivo específico.

A versão original do SERVQUAL contém formulações negativas e positivas. Youssef *et al* (1996) e Lim *et al* (1999), recomendam utilizar somente assertivas positivas.

4.4.2. DETERMINAR O TAMANHO DA AMOSTRA

Nesta fase é preciso determinar estaticamente o tamanho da amostra. Para a definição da amostra deve-se primeiramente identificar a população ou universo da pesquisa e posteriormente calcular o tamanho da amostra.

De acordo com Mattar (1996), o tamanho da amostra (n) é estimado através de amostragem aleatória simples, considerando uma população finita, e é determinado pela expressão:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 NS^2}{e^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 S^2}$$

onde:

n = é o número de elementos da amostra a ser pesquisada;

N = número de elementos de uma população finita;

Z = é o valor da variável da distribuição normal padronizada;

α = o nível de confiabilidade adotado

e = é a precisão da amostra ou o erro máximo admitido e,

S^2 = variância máxima da amostra piloto utilizada

4.4.3. REALIZAR O TESTE PILOTO E REVISÃO DO INSTRUMENTO

O objetivo do teste piloto é realizar um ensaio do processo estabelecido, o mais próximo das condições reais da pesquisa. Nesta fase verifica-se a clareza, a simplicidade e a precisão das perguntas, a suficiência da amplitude do questionário, a clareza e a propriedade das instruções tanto para o pesquisador quanto para o respondente.

Ressalta Mattar (1996), que o teste piloto ou pré-teste é tão importante para o aprimoramento de um instrumento de coleta de dados que nenhuma pesquisa deveria iniciar sem que o instrumento tivesse sido convenientemente testado.

Em seguida é necessário revisar o instrumento, que é uma consequência do resultado do teste piloto. As alterações necessárias devem ser feitas no instrumento e novamente testadas, até que o processo e o instrumento sejam considerados prontos para aplicação.

4.5. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

No desenvolvimento de questionários devem-se considerar duas características de medição que são: a validade e a confiabilidade. Segundo Hayes (1995), "a validade refere-se ao grau com que a escala utilizada no questionário realmente mede o objetivo para o qual ela foi criada para medir, e a confiabilidade é definida como o grau com que as medições estão isentas de erros aleatórios".

Em uma coleta de informações, há dois aspectos que devem ser considerados: i) o primeiro diz respeito à validade, ou seja, o quanto o instrumento é

capaz de medir o que ele se propõe. ii) o segundo é a confiabilidade, que diz respeito ao grau de isenção de erros aleatórios.

“A validade refere-se ao grau com que a escala utilizada no questionário (e conseqüentemente este próprio) realmente mede o objeto para o qual ela foi criada para medir, e a confiabilidade é definida como o grau com que as medições estão isentas de erros aleatórios”. Hayes (1995)

Dada à importância dos dados coletados, seu tratamento, interpretações e conclusões tomadas a partir destes, podem ter papel decisivo no processo de tomada de decisão e para isso é necessário ter certeza que a ferramenta utilizada é apropriada para uma confiável coleta de dados.

Num trabalho de pesquisa exploratória, em que estará envolvido o uso de uma escala, a primeira etapa será verificar se a escala aplicada apresentará resultados que retratam uma forma mais exata possível, as características do objeto de estudo, mesmo que elas não sejam o verdadeiro valor da característica a ser medida, mas uma observação dessa característica, ressalta Malhotra (2001).

Ainda Malhotra (2001), aponta que diversos fatores poderão provocar erros que passarão a ser incorporados à mensuração quando utilizarmos a escala, fazendo com que o resultado (escore) obtido seja diferente do verdadeiro escore da característica que está sendo observada. Originam-se aqui dois tipos de erros: o erro sistemático e o aleatório.

O propósito da análise de confiabilidade é averiguar o quão livre a escala está do erro aleatório, ou seja, quer dizer que se a escala for aplicada repetidas vezes aos mesmos respondentes, ela deverá refletir valores estáveis para o fenômeno observado.

Para exemplificar, se imaginarmos que uma balança é utilizada para medir o peso de um indivíduo e o indicador aponta o mesmo número de kg quando o indivíduo sobe e desce da balança diversas vezes, então provamos que a balança é um instrumento de mensuração no qual podemos confiar. Um instrumento de mensuração é confiável (fidedigno) se mantém o mesmo resultado em aplicações repetidas do mesmo fenômeno. Além disso, a importância de se ter um instrumento fidedigno dá ao pesquisador a confiança de que as variações em seus dados não se originam de imperfeições do instrumento de medida em si.

A confiabilidade ou fidedignidade de uma escala é geralmente representada de forma quantitativa, expresso por um coeficiente, cujo valor está situado entre 0 (nenhuma confiabilidade) e 1 (perfeita confiabilidade). Portanto, a fidedignidade não é um conceito em que se tem situações excludentes (ser ou não ser confiável), mas um conceito associado a um grau ou intensidade em que se manifesta.

Segundo Hayes (op.cit.), um questionário com alta confiabilidade fornece os seguintes benefícios:

- Faz uma melhor distinção entre as variações dos níveis de satisfação.
- Facilita a verificação de relacionamentos entre as variáveis que estejam realmente relacionadas entre si.
- Permite a verificação de diferenças entre os níveis de satisfação.
- Uma alta confiabilidade é um requisito para uma alta validade.

Uma das formas de constituir o grau de confiabilidade de uma escala é investigar sua consistência interna, ou seja, o quão fortemente os itens de uma escala estão inter-relacionados.

Dessa maneira, um dos indicadores de consistência interna mais utilizado na verificação da confiabilidade é o Alfa de *Cronbach*, que será brevemente apresentado na seção seguinte. Também é utilizada para este fim a correlação item-total, que será sucintamente abordado na seção 4.5.2.

4.5.1. O COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Apresentado por Lee J. *Cronbach* em 1951, o coeficiente α de *Cronbach* é uma das mais tradicionais estimativas da confiabilidade de um questionário que tenha sido aplicado em uma pesquisa. Sendo que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente α , com $\alpha \in [0,1]$, é calculado a partir dos itens individuais e das covariâncias entre os itens utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Onde:

K: é o número de itens do questionário;

S_i^2 : é a variância do item i ;

S_t^2 : é a variância total do questionário.

Sendo assim, o coeficiente α pode ser calculado em duas etapas:

1ª - é necessário calcular a variância de cada coluna i , denotada por **S_i^2** e,

2ª - somar todas as variâncias (deve-se obter a soma total dos julgamentos de cada avaliador) e, em seguida calcular a variância destas somas.

Vale ressaltar que ainda não existe um consenso entre os pesquisadores a respeito do valor mínimo do α para considerar um instrumento de pesquisa.

Malhotra (2001, p. 277) define que o alfa de Cronbach “é a média de todos os coeficientes meio a meio que resultam das diferentes maneiras de dividir os itens da escala”. O autor considera que este coeficiente varia de 0 a 1, e um valor de 0,6 ou menos geralmente indica confiabilidade de consistência interna insatisfatória.

4.5.2. CORRELAÇÃO ITEM TOTAL

Segundo Hayes (1995), as correlações item-total são correlações entre um item e a soma total de pontos obtidos pelos itens que avaliam a dimensão a que este item pertence.

O autor exemplifica que se tivermos três itens, cada um avaliando a mesma dimensão da qualidade, devemos então calcular três correlações item-total: 1) item 1 correlacionando com a soma dos itens 2 e 3; 2) item 2 correlacionando com a soma dos itens 1 e 3; e 3) item 3 correlacionando com a soma dos itens 1 e 2. Esta correlação permite determinar o grau com que cada item está relacionado à pontuação total da dimensão com a qual ele deve estar relacionado.

Os itens desenvolvidos para avaliar a mesma dimensão devem se relacionar positivamente entre si, e quando isso acontece existe um alto grau de correlação. Ao contrário disto, a correlação pode ser considerada baixa entre um ou mais itens quando o item for mal redigido, ou ainda pode estar medindo outra necessidade dos clientes, em vez daquela para qual foi desenvolvido e por fim, o item pode não estar correlacionado com nenhuma das necessidades do cliente.

O coeficiente de correlação varia entre -1 e +1. Sendo (-1) significa que há total correlação negativa, e (+1) total correlação positiva e (0) a inexistência de correlação.

O coeficiente de correlação de uma variável e ela mesma é igual a um. Se as variáveis X e Y forem estatisticamente independentes, então o coeficiente de correlação destas variáveis será igual à zero.

4.5.3. FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A CONFIABILIDADE DO QUESTIONÁRIO

Diversos fatores podem influenciar na confiabilidade de questionários segundo a literatura científica existente, dentre os quais cita-se:

(i) o número de itens: quando mais itens são incluídos a confiabilidade do questionário pode ser aumentada, o que seria equivalente ao conceito de diminuir o erro de amostragem através do aumento do tamanho da amostra (Hayes,1995). Freitas e Rodrigues (2005) reforçam que os itens adicionais devem ser representativos do mesmo conceito que está sendo medido e o resultado da avaliação de um item deve não interferir na avaliação do item subsequente. Além disso, o número de itens não deve ser excessivo, pois pode aumentar a incidência de itens sem resposta, devido à fadiga do respondente.

(ii) o tempo de aplicação do questionário: a aplicação do questionário segundo um período pré-determinado também pode contribuir para a incidência de itens sem avaliação. Segundo Cronbach (2004), apud Freitas e Rodrigues (2005, p. 5) “quando o questionário é muito grande, o coeficiente alfa não deve ser utilizado. Por exemplo, em um teste aplicado por um tempo limitado, um apreciável número de estudantes parou de responder antes de chegar aos últimos itens”.

(iii) a amostra de avaliadores: uma amostra de pessoas semelhantes pode resultar em um questionário de baixa confiabilidade. Assim, segundo Hayes (1995, p. 61), “se desejamos obter medidas com alta confiabilidade, precisamos basear essas medidas em uma amostra de pessoas que sejam heterogêneas no que diz respeito ao conceito que está sendo medido”. Por exemplo, se na avaliação de um item todas as pessoas da amostra assinalam um valor verdadeiro 7 (considerando uma escala de valores absolutos que varia de 1 a 7), não há variância neste item e, por conseguinte, a confiabilidade calculada terá valor zero.

4.5.4. PROCEDIMENTO UTILIZADO NA PREPARAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

É importante ressaltar que em pesquisas muitas vezes os respondentes não desejam, não sabem ou simplesmente esquecem de responder a alguns itens do questionário. Nestas ocasiões segundo Freitas e Rodrigues (2005), alguns procedimentos são utilizados. Os principais procedimentos são resumidos assim:

(i) substituir os julgamentos em branco pelo valor zero: particularmente, em julgamentos subjetivos, o valor zero não aparenta expressar o real significado do valor de um item não avaliado;

(ii) ignorar todos os demais julgamentos do respondente, eliminando-os da análise: neste caso é possível que se esteja eliminando julgamentos importantes e conscientes de tal avaliador em relação aos demais itens. Adicionalmente é importante ressaltar que o número de avaliadores será reduzido, o que pode comprometer ainda mais os resultados da análise;

(iii) substituir os julgamentos em branco por um valor aleatório da escala de julgamento: este é um dos procedimentos mais utilizados, sendo inclusive incorporado em pacotes estatísticos profissionais, tais como SAS, *Statistica* e *Minitab*.

(iv) substituir os julgamentos em branco pela média dos valores dos julgamentos do item: este possivelmente seja talvez o procedimento mais utilizado, sendo também incorporado pelos pacotes estatísticos profissionais.

Nesta dissertação adotamos os seguintes critérios para descarte:

Nesta dissertação considera-se o procedimento de descarte empregado por Freitas e Rodrigues (2005), onde sugerem que a substituição do valor em branco pela média, e não por um valor aleatório da escala ou zero, justificando que assim não se altera as variâncias de cada item e contribui proporcionalmente à variância total do questionário.

Tal medida garante que os julgamentos de um determinado avaliador não sejam descartados indevidamente, e que seu aproveitamento não seja prejudicial para o modelo.

4.6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para análise dos dados além das médias obtidos em cada questão, deve-se calcular a média geral de cada determinante, que será somado de todas as questões relacionadas a cada determinante analisada.

Outra informação importante a ser analisada é a diferença entre a importância e percepção ($P - I$) demonstradas em cada questão, que irá identificar as lacunas existentes na qualidade percebida pelos clientes, evidenciando os pontos fracos da organização.

Os *Gap's* negativos são considerados críticos e devem ser analisados em busca da identificação de falhas na prestação de serviço. Um procedimento imediato para priorizar os itens seria a identificação daqueles itens que apresentam maiores *Gap's*. Entretanto, este procedimento não expressa facilmente a criticidade destes itens.

De acordo com Freitas et. al. (2006), o mais recomendado é o emprego da medida de tendência central denominada *Quartil* para definir as regiões críticas dos *Gap's*. De acordo com Mattar (1996), os *quartis* são os valores da variável correspondentes aos três elementos que dividem o conjunto de dados em quatro subgrupos de tamanhos iguais. O cálculo dos *quartis* para variáveis intervalares é aproximado, e só poderá ser feito se a variável estiver apresentada numa tabela de distribuição de freqüências reativas acumuladas das classes em que tenha sido previamente subdividida.

Por exemplo, itens cujos *Gap's* menores que o valor do primeiro *quartil* corresponderiam a 25% do total de itens, sendo estes caracterizados como itens de “Prioridade Crítica”, pois necessitam imediatamente de ações corretivas/preventivas. Os próximos itens seriam aqueles cujos *Gap's* estariam entre o primeiro e o segundo *Quartil*, classificados com itens de “Prioridade Alta”. Os itens seguintes pertencentes ao 3º *Quartil* serão os de “Prioridade Moderada” e o restante serão os de “Prioridade Baixa”.

O uso dos *Quartis* pode ser estendido para a classificação das prioridades a partir das médias das Percepções ($\bar{P}$) a das médias do grau de Importância ($\bar{I}$).

O tratamento estatístico deve utilizar-se de figuras e tabelas que possibilitem uma melhor visualização e entendimento dos dados coletados.

CAPÍTULO V

UM MODELO EXPERIMENTAL PARA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Neste capítulo apresenta-se a aplicação do modelo proposto em um experimento para avaliar a qualidade dos serviços hospitalares prestados pelo hospital São José do Avaí. Este modelo está estruturado no cumprimento das etapas apresentadas no capítulo IV.

5.1. DESCRIÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Fundado em 06 de agosto de 1925, o Hospital São José do Avaí está instalado na cidade de Itaperuna, e vem acompanhando todos os avanços da medicina ao longo dos anos e, hoje é referência no Estado do Rio de Janeiro, atuando nas mais diversas áreas de cirurgia e diagnóstico.

O Hospital São José do Avaí já reconhecido por sua alta qualidade em serviços clínicos, cirúrgicos e diagnósticos iniciou uma nova fase: a de modernização das instalações do prédio, a fim de oferecer maior comodidade aos pacientes, acompanhantes e funcionários. O investimento está sendo feito para que as pessoas que estiverem em tratamento sintam-se como se estivessem em um hotel. Para isso o hospital contratou uma gerente de hotelaria, um mensageiro, para melhor atender e monitorar a demanda dos seus clientes.

O hospital realiza cerca de 10 mil atendimentos entre SUS, particular e convênios por mês e emprega diretamente mais de 600 pessoas. O hospital disponibiliza um total de 84 leitos para atendimento particular/convênio que será nosso universo de pesquisa devido ao investimento feito na hotelaria do mesmo. Estes 84 estão distribuídos em 5 alas, da seguinte forma: ala D (11), ala C (14), ala F (19), ala G (16) e ala H (24) leitos.

5.2. IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES E ITENS DA QUALIDADE

As dimensões ou determinantes da qualidade devem ser analisados de acordo com o problema e objetivo de cada objeto de estudo, apresentado na seção 4.2. As perguntas, assim como as dimensões variam de acordo com o ambiente e o problema em questão.

A definição de um modelo a ser utilizado deve estar de acordo com a natureza do problema a ser tratado. Assim, a escolha do modelo de avaliação da qualidade de um serviço dependerá do que se quer avaliar, dos dados que podem ser obtidos, de como estes dados serão tratados e dos resultados que se deseja obter e os que realmente obterão com a efetiva pesquisa.

Considerando que nesta dissertação busca-se avaliar a percepção dos clientes quanto à qualidade dos serviços prestados, foram usados cinco determinantes da qualidade após estudo bibliográfico de diversos autores descritos no capítulo dois.

Para a avaliação das cinco dimensões da qualidade de serviços prestados pelo hospital HSJA, considerou-se que os determinantes podem ser representados pelas características listadas em cada dimensão abaixo:

5.2.1. Tangibilidade ou Aspectos Físicos

A tangibilidade refere-se aparência de qualquer evidência física do serviço hospitalar, ou seja, a aparência limpa ou a forma de se vestir dos funcionários, a limpeza das instalações, atualização e inovação de novos equipamentos e facilidade no acesso às instalações. A tabela 5.1 descreve as características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a tangibilidade.

<i>Dimensão Tangibilidade</i>
<i>Característica:</i>
1- Instalações e equipamentos modernos
2- Visual ou aspecto das instalações físicas
3- Apresentação dos funcionários (aparência)
4- Limpeza nas instalações
5- Facilidade de acesso às instalações

Tabela 5.1: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a tangibilidade

5.2.2. Confiabilidade

Define-se confiabilidade de um serviço como uma das dimensões da qualidade ou valor percebido, de acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), isto é “a habilidade de prestar o serviço de forma confiável, precisa e consistente”. No serviço hospitalar, a confiabilidade se traduz no conhecimento técnico a na habilidade para executar um serviço a que será prestado e a capacidade para realizar o serviço prometido de forma segura e correta. A tabela 5.2 apresenta as características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a confiabilidade.

<i>Dimensão Confiabilidade</i>
<i>Característica:</i>
6- Serviços prestados no horário marcado
7- Interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes
8- Procedimentos realizados corretamente da primeira vez
9- Realização dos Serviços no prazo prometido
10- Dados dos clientes sempre corretos e atualizados

Tabela 5.2: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a confiabilidade

5.2.3. Atendimento ou Prontidão na Resposta

O atendimento é a disposição de prestar os serviços hospitalares prontamente e auxiliar os clientes nos seguintes casos: agilidade no atendimento, eficiência em resolver os problemas, atenção personalizada e a cortesia dos funcionários, em suma, disposição para ajudar os pacientes/clientes e fornecer pronto atendimento. A tabela 5.3 apresenta as características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto ao atendimento.

<i>Dimensão Atendimento</i>
<i>Característica:</i>
11- Informação exata de quando os serviços serão executados
12- Funcionários devem atender imediatamente os pacientes
13- Funcionários sempre dispostos a ajudar os pacientes
14- Funcionários devem responder prontamente às solicitações dos pacientes
15- Informação sobre o estado de saúde e sobre o tratamento

Tabela 5.3: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto ao atendimento

5.2.4. Garantia ou Segurança

Refere-se à isenção de qualquer perigo, risco ou problema. Essa é uma dimensão particularmente importante da qualidade do serviço hospitalar; bem-estar e segurança são considerações importantes, assim como o conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança. A tabela 5.4 apresenta as características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto à garantia.

Dimensão Garantia
<i>Característica:</i>
16- Funcionários que inspiram confiança
17- Funcionários educados e corteses
18- Segurança dos funcionários ao utilizar os serviços hospitalares
19- Funcionários competentes e que possuam conhecimento para responder as perguntas dos pacientes

Tabela 5.4: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto a garantia

5.2.5. Empatia

A empatia fornece atenção individualizada a clientes que utilizam os serviços hospitalares, buscando atender às suas necessidades específicas. Há necessidade freqüente de o cliente estar presente para que a prestação de serviço ocorra, haja localização conveniente, acesso sinalizado, amplo horário de operações. A tabela 5.5 apresenta as características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto à empatia.

Dimensão: Empatia
<i>Característica:</i>
20- Atenção individualizada dada aos pacientes
21- Funcionários que entendem as necessidades específicas dos pacientes
22- Funcionários que dão atenção pessoal
23- Horários de funcionamento convenientes
24- Funcionários que demonstram interesse pelos pacientes

Tabela 5.5: Características consideradas na avaliação dos serviços hospitalares quanto à empatia

Como o atendimento hospitalar está cada vez mais prestado através de convênios com planos de saúde, o fator custo deixa de ser determinante importante de qualidade para o cliente, já que o mesmo procura o hospital credenciado por seu plano de saúde ou o hospital de referência no tratamento a que procura.

5.3. DEFINIÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO

Nesta dissertação foi utilizado o formato de escala de *Likert*, pois a mesma apresenta uma série de vantagens com visto na seção 4.3.2.

A resposta do cliente em cada item foi indicada através de uma escala tipo “*Likert*”, com sete possibilidades para avaliar a importância de cada característica da dimensão, assim como, para avaliar o desempenho do hospital em relação às mesmas características.

As respostas às sentenças afirmativas têm a graduação de intensidade na forma de escala Likert de 7 pontos, de (1) “discordo totalmente” a (7) “concordo fortemente”, e as ponderações recebem um valor de (1) “totalmente sem importância” a (7) “muito importante”.

5.4. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO UTILIZADO

Segundo Parasuraman (1991) “um questionário é um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto”. Para coletar os dados, foram elaborados questionários fechados para mensurar o que está sendo percebido em relação ao serviço prestado e sobre os atributos que os clientes percebem como mais importantes para a sua satisfação.

O questionário utilizado é composto de vinte e quatro sentenças afirmativas, agrupadas nas cinco dimensões da qualidade: tangibilidade (afirmativas de 1 a 5), confiabilidade (afirmativas de 6 a 10), atendimento (afirmativas 11 a 15), garantia (afirmativas de 16 a 19) e empatia (afirmativas de 20 a 24), visando identificar as lacunas existentes entre a percepção do cliente em relação ao desempenho e a importância que os serviços tem para os mesmos.

5.4.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA UTILIZADA

O procedimento para coleta de dados foi realizado através da distribuição de questionários impressos aos pacientes do HSJA. Segundo dados fornecidos pela direção do hospital, em média são realizadas 464 internações mensais nas alas particulares e convênios, que corresponde à população delimitada nesta pesquisa.

A tabela 5.6 apresenta variáveis e valores utilizados na estimação do tamanho mínimo das amostras. Como podem ser observadas, as amostras-piloto apresentam tamanhos inferiores aos tamanhos mínimos estimados. Neste contexto, os dados das amostras-piloto poderão ser utilizados neste experimento.

	Pacientes
População (N)	464
Amostra-piloto (n^*)	37
Precisão da amostra (e)	0,30
Z (90%) de confiabilidade	1,64
Variância da amostra-piloto (S^2)	2,80
Tamanho da amostra estimado (n)	71

Tabela 5.6: Resultado da estimação do tamanho das amostras

Vale ressaltar, que o valor da variável S^2 , corresponde à maior variância observada nos itens dos questionários que consideram os julgamentos dos graus de Importância dos itens e dos graus de Percepção do serviço prestado pelo HSJA à luz de cada item.

5.4.2. TESTE PILOTO E REVISÃO DO INSTRUMENTO

Para construir uma ferramenta que efetivamente fosse capaz de mensurar a qualidade percebida de cliente em uma organização hospitalar, buscou-se através de algumas perguntas, identificar os determinantes propostos para essa avaliação e eliminar possíveis problemas.

Estabelecido o fato de medir a qualidade da prestação dos serviços pela diferença da percepção e do grau de importância de cada item, aplicou-se o questionário sobre importância e depois, em outro grupo, com as mesmas características, o questionário sobre percepção da qualidade dos serviços prestados.

Os questionários foram previamente testados com 37 pessoas escolhidas aleatoriamente nos leitos correspondentes a área convênio/particular, delimitado nesta pesquisa. Os respondentes foram extraídos da mesma população; as perguntas foram feitas de forma abrangente, isto é, todas as dimensões do questionário foram testadas, inclusive o conteúdo da pergunta, o enunciado, a seqüência, a dificuldade e as instruções. O questionário do pré-teste seguiu as seguintes etapas:

- teste de todos os aspectos do questionário conforme citados anteriormente;
- os entrevistados no pré-teste foram semelhantes aos participantes da pesquisa real;
- o número de pessoas que participaram do pré-teste foi satisfatório, compreendendo uma amostra representativa;

Assim, as respostas obtidas com o pré-teste foram codificadas e analisadas. Essa análise serviu para verificar a adequação da definição do problema e dos dados e análises necessárias para obter as informações pretendidas. A análise dos dados do teste piloto contribuiu para garantir a confiabilidade e validade do questionário.

Os questionários iniciais previam 22 perguntas, porém baseado no teste piloto e após estudos, verificou-se que algumas perguntas deveriam ser modificadas e ajustadas aos questionamentos, obtendo-se a sua forma final.

O questionário completo com as devidas considerações contém 24 perguntas e podem ser visualizados no Apêndice A.

Terminado o teste exploratório e feito os ajustes necessários no questionário, partiu-se para a aplicação da pesquisa.

A aplicação dos questionários foi realizada de novembro/ 06 a janeiro/ 07. Foi distribuído um questionário a cada paciente e explicado as formas de preenchimento. Como tínhamos uma população considerável, os respondentes foram diferentes nos questionários de percepção e importância.

Foram distribuídos cerca de 260 questionários (130 de Percepção e 130 Importância), dentre os quais 84 de importância e 84 de percepção foram devolvidos respondidos. Os 92 restantes não foram devolvidos, ou não foram preenchidos corretamente. É importante ressaltar que os questionários foram entregues em um dia e recolhidos no dia seguinte.

5.5. ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DO INSTRUMENTO

A análise da confiabilidade, utilizando o Alfa de Cronbach, foi realizada através do cálculo geral da pesquisa e de cada determinante da qualidade.

A tabela 5.7 apresenta o coeficiente alfa obtido a partir dos julgamentos do grau de Importância e Percepções dos clientes/pacientes á luz de cada Dimensão

da Qualidade.

Com base nos dados, apresentado na tabela abaixo, é possível observar que os determinantes da Percepção obtiveram um alfa acima de 0,6, considerado como parâmetro para que a escala seja confiável.

O contrário ocorre nos determinantes do questionário que avalia o grau de importância, onde a dimensão “Atendimento” obteve um alfa menor que 0,6 e a dimensão “Tangibilidade” obteve um alfa muito próximo de 0,6.

		Dimensões da Qualidade																							
		Tangibilidade					Confiabilidade					Atendimento					Garantia				Empatia				
		I ₁	I ₂	I ₃	I ₄	I ₅	I ₆	I ₇	I ₈	I ₉	I ₁₀	I ₁₁	I ₁₂	I ₁₃	I ₁₄	I ₁₅	I ₁₆	I ₁₇	I ₁₈	I ₁₉	I ₂₀	I ₂₁	I ₂₂	I ₂₃	I ₂₄
Clientes	α(P)	0,754					0,887					0,927					0,900				0,843				
	α (I)	0,603					0,788					0,582					0,771				0,668				

Tabela: 5.7: Confiabilidade do questionário à luz de cada Dimensão, segundo os pacientes do HSJA

➤ Alguns itens críticos, uma vez extraídos da análise, contribuiriam para o aumento da confiabilidade da dimensão. Tais itens e o valor da confiabilidade da dimensão, caso estes sejam extraídos podem ser visualizados nas tabelas 5.8 e 5.9.

- Na análise de Confiabilidade do questionário à luz das Dimensões, segundo a Percepção dos pacientes do HSJA, ressalta-se na tabela 5.8, que:

- Na Dimensão Tangibilidade, observa-se que se o item 2 for retirado, o alfa aumenta e se o item 1 for retirado o alfa diminui consideravelmente. Porém o item 4 possui menor correlação indicando que tal item pode ter sido mal redigido ou ainda pode está medindo outra dimensão. Conclui-se que o item 1 não pode ser retirado e o item 4 pode ser melhor redigido ou retirado do instrumento.

- Na Dimensão Garantia, se o item 17 for retirado, o alfa se eleva, e isto se ratifica quando se observa a menor correlação existente deste item com os demais.

- Nas Dimensões Confiabilidade, Atendimento e Empatia o alfa obtido manteve um valor superior se os itens fossem eliminados e a correlação item-total dos diversos itens foi satisfatória.

Análise de Confiabilidade (Percepções dos pacientes)					
Dimensão	Item	Alfa	Corr. Inter-Item Médio	Alfa (se o item for eliminado)	Corr. Item-Total
Tangibilidade	I ₁	0,753642	0,446539	0,658728	0,700844
	I ₂			0,772295	0,539518
	I ₃			0,686888	0,617054
	I ₄			0,749006	0,399792
	I ₅			0,696479	0,584397
Confiabilidade	I ₆	0,886755	0,634813	0,860893	0,749302
	I ₇			0,843747	0,806941
	I ₈			0,878280	0,652747
	I ₉			0,839090	0,845255
	I ₁₀			0,883135	0,643066
Atendimento	I ₁₁	0,926515	0,728221	0,902728	0,845449
	I ₁₂			0,905299	0,831831
	I ₁₃			0,916691	0,788545
	I ₁₄			0,909716	0,807980
	I ₁₅			0,913191	0,790307
Garantia	I ₁₆	0,900058	0,708830	0,849090	0,839940
	I ₁₇			0,917145	0,642916
	I ₁₈			0,857492	0,815946
	I ₁₉			0,846434	0,845584
Empatia	I ₂₀	0,843232	0,565101	0,819366	0,619707
	I ₂₁			0,779020	0,793958
	I ₂₂			0,818116	0,672624
	I ₂₃			0,842928	0,535123
	I ₂₄			0,798066	0,737750

Tabela 5.8: Confiabilidade do questionário à luz das Dimensões, segundo a percepção dos pacientes.

➤ Os itens críticos, uma vez extraídos da análise referente à confiabilidade do questionário à luz das Dimensões, segundo o grau de importância dos itens para os pacientes do HSJA, podem ser analisados na tabela 5.9:

- Na Dimensão Tangibilidade, observa-se que se o item 3 for retirado, o alfa aumenta consideravelmente e se o item 5 for retirado o alfa diminui em larga escala, sendo assim, o item 5 é o de maior importância e não deve ser retirado em hipótese alguma.

- Na Dimensão Atendimento, se for retirado os itens 11 e 15, o alfa se eleva, na mesma proporção. Vale a pena verificar a redação destes itens e talvez condensá-los em um único item.

- Na Dimensão Garantia se for eliminado o item 16, o alfa se eleva. É interessante notar que este item possui a menor correlação com os demais itens desta dimensão, porém a exclusão deste item não se justifica, pois este foi considerado como de grande importância para os respondentes.

- Na Dimensão Empatia se o item 23 for retirado, o alfa se eleva.

- Na Dimensão Confiabilidade, observa-se que se os itens fossem eliminados de uma forma geral, o alfa obtido se manteria superior. Observa-se que há uma correlação satisfatória dos itens desta dimensão.

		Análise de Confiabilidade (Importância)			
Dimensão	Item	Alfa	Corr. Inter-Item Médio	Alfa (se o item for eliminado)	Corr. Item-Total
Tangibilidade	I ₁	0,602720	0,242105	0,635134	0,102630
	I ₂			0,495920	0,448224
	I ₃			0,658576	0,200173
	I ₄			0,469733	0,540303
	I ₅			0,404774	0,569200
Confiabilidade	I ₆	0,787854	0,462640	0,719486	0,663531
	I ₇			0,759229	0,555872
	I ₈			0,751179	0,562240
	I ₉			0,741264	0,608377
	I ₁₀			0,765710	0,508585
Atendimento	I ₁₁	0,581800	0,272514	0,636232	0,185934
	I ₁₂			0,380487	0,577587
	I ₁₃			0,481695	0,486355
	I ₁₄			0,461867	0,463162
	I ₁₅			0,635721	0,139101
Garantia	I ₁₆	0,771230	0,496069	0,781685	0,447093
	I ₁₇			0,693079	0,616075
	I ₁₈			0,666012	0,720309
	I ₁₉			0,703934	0,647117
Empatia	I ₂₀	0,667679	0,276185	0,643537	0,379642
	I ₂₁			0,519084	0,597663
	I ₂₂			0,475457	0,665714
	I ₂₃			0,668479	0,284203
	I ₂₄			0,686210	0,228071

Tabela 5.9: Confiabilidade do questionário à luz das Dimensões, segundo o grau de importância.

Além de analisar a confiabilidade das escalas de medição é necessário verificar a sua validade. Para tanto, foi analisada a correlação item total existente entre os cinco determinantes da qualidade avaliados.

A correlação item total permite determinar o grau em que cada item está relacionado à pontuação total da dimensão com a qual ele deve estar relacionado. Sendo assim, observa-se que os itens desenvolvidos para avaliar a mesma dimensão se relacionam positivamente entre si nas tabelas 5.8 e 5.9, mostrando que há um alto grau de correlação.

5.6. ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS

➤ *Percepção Média ($\bar{P}$), Importância Média ($\bar{I}$) e Gap Médio ($\bar{G}$)*

A tabela 5.10 apresenta respectivamente as médias das Percepções ($\bar{P}$) e Importâncias ($\bar{I}$) dos pacientes/clientes do Hospital São José do Avaí à luz de cada item, assim como os valores dos *Gap's*.

Esta tabela permite identificar os itens em que o serviço hospitalar prestado pelo HSJA apresenta menor valor de desempenho, como:

- Item 2: Instalações físicas visivelmente agradáveis (média 5,82).
- Item 6: Serviços prestados no horário marcado (média 6,01).
- Item 14: Funcionários devem responder prontamente às solicitações dos pacientes (média 6,20) e,
- Item 22: Funcionários que dêem atenção pessoal (média 6,20).

	Dimensões da Qualidade																							
	Tangibilidade					Confiabilidade					Atendimento					Garantia					Empatia			
	I ₁	I ₂	I ₃	I ₄	I ₅	I ₆	I ₇	I ₈	I ₉	I ₁₀	I ₁₁	I ₁₂	I ₁₃	I ₁₄	I ₁₅	I ₁₆	I ₁₇	I ₁₈	I ₁₉	I ₂₀	I ₂₁	I ₂₂	I ₂₃	I ₂₄
$\bar{P}$	6,56	5,82	6,64	6,56	6,64	6,01	6,32	6,44	6,40	6,52	6,27	6,22	6,51	6,20	6,40	6,45	6,61	6,44	6,30	6,43	6,39	6,20	6,48	6,51
$\bar{I}$	6,95	6,67	6,64	6,88	6,71	6,57	6,81	6,48	6,51	6,67	6,57	6,61	6,82	6,54	6,60	6,89	6,74	6,84	6,63	6,16	6,19	6,13	6,55	6,81
$\bar{G}$	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-
	0,39	0,85	0,00	0,32	0,07	0,56	0,49	0,04	0,10	0,15	0,30	0,40	0,32	0,34	0,20	0,44	0,13	0,40	0,33	0,27	0,20	0,07	0,08	0,30

Tabela 5.10: Percepções do desempenho, importâncias e *Gap's* à luz de cada item

Por outro lado, também podem ser observados os itens que são considerados mais importantes na prestação de serviços hospitalares, como:

- Item 1: Equipamentos modernos (média 6,95).
- Item 16: Funcionários que inspiram confiança (média 6,89) e,
- Item 4: Limpeza das instalações de acordo com o tipo de serviço oferecido (média 6,88).

Ainda na tabela 5.10, pode-se notar que predominam os *Gap's* negativos, havendo exceções com *Gap's* positivos, os itens abaixo:

- Item 20: Funcionários que dêem atenção individual (média 0,27) e,
- Item 21: Funcionários que entendem as necessidades específicas dos pacientes (média 0,20).
- Item 3: Boa aparência dos funcionários (média 0,00).
- Item 22: Funcionários que dão atenção pessoal (média 0,07).

Pode concluir que os valores atribuídos às percepções quanto ao desempenho do serviço foram inferiores aos do grau de importância. Contudo, não é desejável que os *Gap's* apresentem valores muito altos.

➤ **Análise dos Quartis**

Os itens com *Gap's* negativos são considerados críticos e devem ser analisados em busca da identificação de falhas na prestação de serviço. A exemplo de Freitas *et.al.* (2006) empregou-se neste trabalho a medida de tendência central denominada *Quartil*, como procedimento para ressaltar as lacunas existentes na prestação de serviços.

Considerando que o *Quartil* é uma ferramenta dinâmica e amigável. Além de orientar, esta ferramenta, através de uma tabela de cores e indicadores, oferece ao prestador de serviços, facilidade, segurança e transparência na sua gestão.

Todos os itens considerados críticos devem ser analisados em busca da identificação de falhas ou lacunas na prestação de serviços.

A tabela 5.11 apresenta a classificação de prioridades definida em cores, considerando os *Quartis* obtidos a partir dos *Gap's*.

Classificação da Prioridade dos itens segundo os Gap's																							
Prioridade Crítica							Prioridade Alta						Prioridade Moderada					Prioridade Baixa					
I ₂	I ₆	I ₇	I ₁₆	I ₁₈	I ₁₂	I ₁	I ₁₄	I ₁₉	I ₄	I ₁₃	I ₁₁	I ₂₄	I ₁₅	I ₁₀	I ₁₇	I ₉	I ₂₃	I ₅	I ₈	I ₃	I ₂₂	I ₂₁	I ₂₀
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+
0,85	0,56	0,49	0,44	0,40	0,40	0,39	0,34	0,33	0,32	0,32	0,30	0,30	0,20	0,15	0,13	0,10	0,08	0,07	0,04	0,00	0,07	0,20	0,27
1.o Quartil = -0,39							2.o Quartil = -0,30						3.o Quartil = -0,08										

Tabela 5.11: Regiões críticas e classificação de prioridades segundo os *Gap's*

A tabela 5.12 detalha os itens de “Prioridade Crítica” e “Prioridade Alta”, de acordo com a tabela 5.11, considerando os *Quartis* obtidos a partir dos *Gap's*.

Item	Média	Itens de menor desempenho (Prioridade Crítica)
2	-0,85	Instalações físicas visivelmente agradáveis
6	-0,56	Serviços prestados no horário marcado
7	-0,49	Interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes
16	-0,44	Funcionários que inspiram confiança
18	-0,40	Segurança dos funcionários ao utilizar os serviços hospitalares
12	-0,40	Funcionários devem atender imediatamente os pacientes
1	-0,39	Equipamentos modernos
Item	Média	Itens de maior desempenho (Prioridade Alta)
14	-0,34	Funcionários devem responder prontamente às solicitações dos pacientes
19	-0,33	Funcionários competentes e que possuam conhecimento para responder as perguntas dos pacientes
4	-0,32	Limpeza das instalações
13	-0,32	Funcionários sempre dispostos a ajudar os pacientes
11	-0,30	Informação exata de quando os serviços serão executados
24	-0,30	Funcionários que demonstram interesse pelos pacientes

Tabela 5.12: Detalhamento da classificação de prioridades segundo os Gap's

Os itens que se caracterizam como sendo de “Prioridade Crítica” têm prioridade crítica de ações corretivas e/ou preventivas e precisam ser analisados com bastante cautela pelos gestores do HSJA.

O uso dos *Quartis* foi estendido para a classificação das prioridades a partir das médias das Percepções do desempenho ($\bar{P}$) e das médias das Importâncias ($\bar{I}$).

A tabela 5.13 ilustra as regiões críticas e classificação de prioridades segundo as percepções dos pacientes do HSJA. A interpretação desta tabela é análoga à interpretação da tabela 5.11.

Classificação da Prioridade dos itens segundo as Percepções do Desempenho																							
Prioridade Crítica						Prioridade Alta						Prioridade Moderada						Prioridade Baixa					
I₂	I₆	I₁₄	I₂₂	I₁₂	I₁₁	I₁₉	I₇	I₂₁	I₁₅	I₉	I₂₀	I₈	I₁₈	I₁₆	I₂₃	I₁₃	I₂₄	I₁₀	I₁	I₄	I₁₇	I₃	I₅
5,82	6,01	6,20	6,20	6,22	6,27	6,30	6,32	6,39	6,40	6,40	6,43	6,44	6,44	6,45	6,48	6,51	6,51	6,52	6,56	6,56	6,61	6,64	6,64
1.o Quartil = 6,29						2.o Quartil = 6,43						3.o Quartil = 6,51											

Tabela 5.13: Regiões críticas e classificação de prioridades segundo as Percepções do Desempenho

Na tabela 5.14 são destacados os itens que apresentaram melhores desempenhos, segundo os julgamentos dos pacientes do HJSA, conforme a tabela 5.13. Estas informações visam principalmente auxiliar os setores administrativos e gestores do HJSA no direcionamento de ações que venham contribuir para a melhoria contínua da qualidade de serviços hospitalares.

Item	Média	Itens de menor desempenho (Prioridade Crítica)
2	5,82	Instalações físicas visivelmente agradáveis
6	6,01	Serviços prestados no horário marcado
14	6,20	Funcionários devem responder prontamente às solicitações dos pacientes
22	6,20	Funcionários que dêem atenção pessoal
12	6,22	Funcionários devem atender imediatamente os pacientes
11	6,27	Informação exata de quando os serviços serão executados
Item	Média	Itens de maior desempenho (Prioridade Alta)
19	6,30	Funcionários competentes e que possuam conhecimento para responder as perguntas dos pacientes
7	6,32	Interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes
21	6,39	Funcionários que entendem as necessidades específicas dos pacientes
15	6,40	Informação sobre o estado de saúde e sobre o tratamento
9	6,40	Realização dos Serviços no prazo prometido
20	6,43	Atenção individualizada dada aos pacientes

Tabela 5.14: Detalhamento da classificação de prioridades segundo as Percepções de Desempenho

Na tabela 5.15 são considerados mais críticos os itens que são considerados com grau de maior importância para os respondentes.

Classificação da Prioridade dos itens segundo os Graus de Importância																								
Prioridade Crítica							Prioridade Alta					Prioridade Moderada							Prioridade Baixa					
I ₂₂	I ₂₀	I ₂₁	I ₈	I ₉	I ₁₄	I ₂₃	I ₁₁	I ₆	I ₁₅	I ₁₂	I ₁₉	I ₃	I ₂	I ₁₀	I ₅	I ₁₇	I ₇	I ₂₄	I ₁₃	I ₁₈	I ₁₄	I ₁₆	I ₁	
6,13	6,16	6,19	6,48	6,51	6,54	6,55	6,57	6,57	6,60	6,61	6,63	6,64	6,67	6,67	6,71	6,74	6,81	6,81	6,82	6,84	6,88	6,89	6,95	
1.o Quartil = 6,55							2.o Quartil = 6,63							3.o Quartil = 6,81										

Tabela 5.15: Regiões críticas e classificação de prioridades segundo o grau de importância

Na tabela 5.16 são destacados os itens mais importantes, segundo os julgamentos dos pacientes do HJSA, com base na tabela 5.12.

Item	Média	Itens de menor desempenho (Prioridade Crítica)
1	6,95	Equipamentos modernos
16	6,89	Funcionários que inspiram confiança
4	6,88	Limpeza das instalações
18	6,84	Segurança dos funcionários ao utilizar os serviços hospitalares
13	6,82	Funcionários sempre dispostos a ajudar os pacientes
Item	Média	Itens de maior desempenho (Prioridade Alta)
24	6,81	Funcionários que demonstram interesse pelos pacientes
7	6,81	Interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes
17	6,74	Funcionários educados e corteses
5	6,71	Facilidade no acesso às instalações
10	6,67	Dados dos clientes sempre corretos e atualizados
2	6,67	Instalações físicas visivelmente agradáveis
3	6,64	Boa aparência dos funcionários.

Tabela 5.16: Detalhamento da classificação de prioridades segundo o Grau de Importância

➤ **Identificação dos Itens mais críticos**

- Os itens com os maiores *Gap's* na dimensão “Tangibilidade” são os itens 1 (Equipamentos modernos) e 2 (Instalações físicas visivelmente agradáveis), com isso, o mais recomendado é que o hospital sempre busque atualizar os seus equipamentos, para continuar com o seu pioneirismo na região e no estado do Rio de Janeiro, assim como, busque modernizar suas instalações físicas com o intuito de aumentar a qualidade dos serviços prestados.

- Na dimensão “Confiabilidade”, os itens 6 (Serviços prestados no horário marcado) e 7 (Interesse sincero em resolver os problemas dos pacientes), são considerados críticos, daí a necessidade de prestar os atendimentos e serviços no horário marcado, e capacitar os funcionários para executar o serviço que serão prestados para então minimizar as reclamações provenientes do baixo desempenho destes itens.

- O item 12 (Funcionários devem atender imediatamente os pacientes), da dimensão “Atendimento”, também foi avaliado como um item crítico, com baixo

desempenho. Os funcionários do HSJA precisam ser conscientizados da necessidade de estar sempre a disposição para ajudar os pacientes/clientes e fornecer pronto atendimento.

- Na dimensão “Garantia”, os itens 16 (Funcionários que inspiram confiança) e 18 (Segurança dos funcionários ao utilizar os serviços hospitalares), são considerados de suma importância, porém com um baixo desempenho, portanto, os funcionários precisam ser corteses e, sempre demandam ser capacitados para inspirar confiança aos clientes/pacientes, que fazem uso dos serviços prestados pelo HSJA.

Os itens da dimensão Empatia foram considerados menos importantes, porém Parasuraman *et.al.* (1988), atesta que está não pode ser considerada sem importância.

Nesta dissertação buscou-se investigar o emprego do modelo proposto na avaliação da qualidade dos serviços hospitalares prestado pelo Hospital São José do Avaí. Através deste experimento, foi possível identificar considerações relevantes citadas no capítulo seguinte.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÃO

6.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou mostrar que a qualidade em serviços é fundamental tanto para os clientes como para as organizações prestadoras de serviços.

A pesquisa buscou desenvolver um modelo para avaliar a qualidade dos serviços na área de saúde, sob a óptica dos clientes, visando a melhoria contínua dos serviços prestados.

Pode-se observar que o modelo fornece resultados consistentes, tendo sido estes apresentados para a gerência do hospital (objeto de estudo), tendo eles concordado com os resultados obtidos, mostrando a eficiência da metodologia proposta. O modelo proposto apresentou adequadamente condições da aplicabilidade na organização hospitalar, objeto deste estudo.

Neste trabalho buscou-se investigar o emprego do modelo proposto na avaliação da qualidade de serviços hospitalares de um hospital da cidade de Itaperuna. Através de um experimento, foi possível identificar considerações relevantes, como descrito nos parágrafos seguintes.

O modelo possibilitou verificar a existência de *GAP's*, quantificá-los e priorizar os itens que se melhorados, ocasionarão maior satisfação aos clientes das organizações hospitalares; levando-se em consideração a importância do serviço e o desempenho da organização na prestação do serviço.

Os itens dos questionários de percepção e importância, utilizados neste trabalho, devem ser adaptados à natureza do serviço a ser avaliado levando em conta a particularidade do objeto de estudo.

A análise dos *Quartis* a partir dos valores das médias dos *Gap's*, Percepções e Importâncias, permitiu classificar os itens em regiões críticas, identificando os itens que devem ter prioridade de ações corretivas e preventivas, com o intuito de melhorar a qualidade na prestação de serviços hospitalares.

O modelo usado é uma ferramenta simples e prática, contribuindo para auxiliar os diversos gestores e administradores principalmente na área de saúde, na

avaliação e no monitoramento da qualidade de serviços.

O presente trabalho avaliou os *Gap's* existentes entre o grau de desempenho dos serviços hospitalares do HSJA e o grau de importância que os mesmos itens têm para os pacientes em um dado período de tempo. A sugestão é que esta ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços, seja usada de forma contínua pelos gestores desta organização, de forma a contribuir com o aumento da qualidade.

Considera-se que o objetivo geral proposto por esta pesquisa, de propor e desenvolver um modelo para avaliar a qualidade dos serviços do ponto de vista dos clientes em uma organização de saúde, foi obtido com sucesso.

6.2. SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Como sugestão para futuros trabalhos, é interessante que sejam explorados assuntos que não estejam no escopo desta pesquisa, tendo este trabalho como ponto de partida.

A abrangência desta pesquisa se limita em elaborar e investigar um modelo baseado na escala SERVQUAL para a avaliação da Qualidade dos Serviços Hospitalares. Propostas para trabalhos futuros:

- Reproduzir o modelo para outros tipos de serviços hospitalares. Assim podem-se verificar as possíveis implicações na aplicação da técnica.
- Adequar o modelo do instrumento de pesquisa que englobem determinantes, de acordo com o objeto e objetivo de estudo.
- Investigar o emprego do modelo em outros setores do hospital, com outros perfis de clientes (pacientes).
- Verificar o emprego do modelo sem os itens que reduziram a confiabilidade do questionário.
- Investigar a aplicação do modelo em outros hospitais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA BRASIL <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/03/21/materia.2007-03-21.4505417529/view>>. Acesso em 16/04/07.
- ALBRECHT, K. Vocação para Serviço. Revista HSM Management. São Paulo: p.47-54, Edição Especial, 2000.
- ALBRECHT, Karl; ZEMKE, Ron. *Serviço ao cliente: a reinvenção do atendimento ao cliente*. Rio de Janeiro: Campus, 2002. .
- ALMEIDA, José Jesus de. *Sistemas de custos em organizações hospitalares – estudo de casos*. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis. ISEC/FGV.
- ALMEIDA, Teófilo R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, n.5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.
- BABAKUS, E & BOLLER, G.W. An empirical assessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Business Research*, v. 24, p. 253-268, 1992.
- BERRY, Leonard L. *Descobrimos a essência do serviço: os novos geradores do sucesso sustentável nos negócios*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.
- BERRY, Leonard L. E PARASURAMAN, A. *Serviços de marketing: competindo através da qualidade*. São Paulo, Maltese, 1996.
- BITTENCOURT, Otávio Neves da Silva. *O emprego do método de custeio baseado em atividades – activity-based costing (ABC) – como instrumento de apoio   decisão na área hospitalar*. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre, 1999.
- BOEGER, M. *Gestão de hotelaria hospitalar*. São Paulo: Atlas, 2003.
- BORBA, Waldir Ribeiro. *Administração Hospitalar Princípios Básicos*. São Paulo: CEDAS, 1985.
- BRASIL. *Constituição Federal*. 1998. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/Consti.htm>>. Acesso em 14/03/07
- BRASIL. *Manual de humanização*. Brasília, Ministério da Saúde, 2000.
- CAMARGO, L. O. de. Turismo, hotelaria e hospitalidade. In: DIAS, C. M. (Org.). *Hospitalidade: reflexões e perspectivas*. São Paulo: Manole, 2002.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CARMAN, James M. *Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions*. Journal of retailing, 66, nr1, 1990.
- COBRA, Marcos. *Marketing básico: uma perspectiva brasileira*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

COBRA, Marcos. *Serviço ao Cliente: uma estratégia competitiva*. 2ª ed., São Paulo: Marcos Cobra Editora, 1993.

CRONBACH, L. J. Coeficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16: 297-334, 1951.

CRONIN, JR., J. Joseph; TAYLOR, Steven A. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, v. 58 (1), p. 125-131, 1994.

CRONIN, JR., J. Joseph; TAYLOR, Steven A. Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, v. 56 (3), July, p. 55-68, 1992.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M.J. "A Qualidade em serviços". In: *Administração de serviços: gerenciamento das operações de serviços*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FREITAS, A. L. P. ; MANHÃES, N. R. C.; COZENDEY, M.I. Emprego do SERVQUAL na avaliação da Qualidade de Serviços de Tecnologia da Informação: uma análise experimental. In: XXVI ENEGEP - Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2006, Fortaleza. *Anais do XXVI ENEGEP - Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 2006. v. 1. p. 1-9.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G.. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach . In: XII SIMPEP - Simpósio de Engenharia de Produção, 2005, Bauru. *Anais do XII SIMPEP - Simpósio de Engenharia de Produção*, 2005. v. 1.

GIANESI, I. G. N., CORRÊA, H. L. *Administração estratégica de serviços: operações para satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas, 1996.

_____. *Administração estratégica de serviços – Operações para a satisfação do cliente*. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRONROOS, C. *Marketing, Gerenciamento e Serviços – A competição por serviços na Hora da Verdade*. Tradução Cristina Bazán. 5ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

_____. From marketing mix to relationship marketing: towards a paradigm shift in marketing. *Management Decision*, New York, v. 32, n. 2, p. 4-20, 1994.

_____. *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HAYES, Bob E. *Medindo a satisfação do cliente*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

IBGE: *Instituto Brasileiro de Geografia Estatística* <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/15052003pas.shtm>>. Acesso em 24/02/07

JOHNSTON, Cathy; MATHEWS Brian P. The influence of experience on service expectations. *International Journal of Service Industry Management*, vol. 8, nº.4, p.290 - 305, 1997.

- JURAN, J. M. *Juran na liderança pela qualidade*. São Paulo: Pioneira, 1990.
- KOTLER, Philip. *Administração de marketing: a edição do novo milênio*. São Paulo, Prentice Hall, 2000.
- LASHLEY. Towards a theoretical understanding. In: LASHLEY; MORRISON. *In search of hospitality*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000.
- LIM, P. C., TANG, N. K. H., JACKSON, P. M., 1999, "An innovative framework for health care performance measurement", *Management Service Quality*, v. 9, n. 6, pp.423-433.
- LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. *Serviços: Marketing e Gestão*. Tradução de Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2001.
- LOVELOCK, Cristopher. *Product plus: produto + serviço = vantagem competitiva*. São Paulo, Makron Books, 1995.
- MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de Marketing : uma orientação aplicada*. 3. ed., Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MARTINS, M. C. F. N. *Humanização das relações assistenciais: a formação dos profissionais de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- MASLOW, A. H. *Maslow no gerenciamento*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.
- MATTAR, F. N. *Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Editora Atlas. 1996.
- MAUDONNET, Renato. *Administração Hospitalar*. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1988.
- MAXIMIANO, A. C. A. *Introdução à Administração*. São Paulo: Atlas, 2002.
- MEZZOMO, A. et alli. *Fundamentos da humanização hospitalar. Uma visão multiprofissional*. São Paulo: Loyola, 2003.
- MORAES, A. M. P. de. *Iniciação ao estudo da administração*. 2ed. São Paulo: Makron Books, 2001.
- PALADINI, Edson P. *Gestão da qualidade no processo*. São Paulo: Atlas, 1995.
- PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V.A. *An Empirical Examination of Relationships in an Extended Service Quality Model*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute, 1990.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L. L. Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria. *Journal of Retailing*, New York: School of Retailing, New York University, v. 70, n.3, p.201-230, 1994.
- _____.SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, v. 64 (Spring 1988) p. 12-37
- _____. A conceptual model of service quality and its implications for future

research. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 49, p.41-50, 1985.

Parasuraman, A. *Marketing research*. New York: Addison-Wesley Publishing Co, 1991.

PORTER, M. *Vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

SIQUEIRA, Moema Miranda de. *Organização dos serviços de saúde: trajetória de pacientes e metas operacionais em hospitais*. São Paulo, 1985. (Tese de Doutorado em Administração. Faculdade de Economia e Administração/USP)

SIQUEIRA; PIZZINATTO; SPERS. *Administração: evolução, desafios, tendências*. São Paulo: Cobra, 2001.

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

SOARES, Diana L. V. A. de Macedo; SANTOS, João Alberto Neves dos. Implementação de estratégias orientadas para o cliente nos hospitais do Brasil: um instrumento para avaliar sua eficácia. *RAP*. Rio de Janeiro, ano 34, jan./fev. 2000.

SOBRAL; TAVARES; SILVEIRA. Acolhimento como instrumento terapêutico. In: FIGUEIREDO, M. A. *et al.* *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2004.

TÉBOUL, James. *A era dos serviços: uma abordagem ao gerenciamento*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1999.

THURSTONE, L. L., CHAVE, E. J. *Measurement of attitude*. Chicago: University of Chicago, 1929.

XEXÉO, J. A. M. *Sistemas de Informação como Instrumento de Programa de Qualidade*. Rio de Janeiro, 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Sistemas e Computação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

YOUSSEF, F.N., NEL, D., BOVAIRD, T., 1996, "Health care quality in NHS hospitals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 9, n. 1.

ZEITHAML, V.A.; BITNER, M.J. *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente*. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. *Delivering Quality Service – Balancing Customer Perceptions and expectations*. New York: The Free Press, 1990.

APÊNDICE A

MODELOS DE QUESTIONÁRIOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ

Esta pesquisa aborda sua opinião sobre os serviços hospitalares. Você deve classificar cada característica de acordo com o desempenho do serviço de saúde prestado pelo Hospital São José do Avaí. Assinale um dos sete números ao lado de cada característica. Se você concorda fortemente com a afirmação da questão, marque o número 7. Se você discorda fortemente marque 1. Caso contrário marque um dos números intermediários (2, 3, 4, 5 ou 6).

Considerando os serviços prestados pelo Hospital São José do Avaí, assinale a alternativa que reflete o nível de Desempenho que tem para você em cada item.	Desempenho
1- O hospital tem equipamentos modernos.	1 2 3 4 5 6 7
2- As instalações físicas do hospital são visivelmente agradáveis.	1 2 3 4 5 6 7
3- Os funcionários do hospital (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo), vestem-se bem e têm boa aparência.	1 2 3 4 5 6 7
4- A limpeza das instalações do hospital está de acordo com o tipo de serviço oferecido	1 2 3 4 5 6 7
5- No hospital há facilidade no acesso às instalações (elevadores, escadas não escorregadias, rampas).	1 2 3 4 5 6 7
6- O hospital presta seus serviços no horário marcado.	1 2 3 4 5 6 7
7- O hospital demonstra sincero interesse em resolver os problemas dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
8- No hospital os procedimentos (exames, atendimento em geral) são realizados corretamente na primeira vez.	1 2 3 4 5 6 7
9- O hospital presta seus serviços no prazo prometido.	1 2 3 4 5 6 7
10- O hospital mantém sempre corretos e atualizados os dados dos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
11- No hospital os funcionários (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos), informam aos clientes exatamente quando os serviços serão executados.	1 2 3 4 5 6 7
12- Os funcionários (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) atendem imediatamente seus pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
13- Os funcionários do hospital estão sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
14- Os funcionários respondem prontamente às solicitações dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
15- Os pacientes são informados sobre seu estado de saúde e sobre o tratamento a que estão submetidos.	1 2 3 4 5 6 7
16- O comportamento dos funcionários transmite confiança aos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
17- Os funcionários do hospital são educados e corteses com os pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
18- Os pacientes se sentem seguros em utilizar os serviços hospitalares.	1 2 3 4 5 6 7
19- Os funcionários são competentes e possuem conhecimento para responder as perguntas dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
20- No hospital os funcionários dão atenção individual aos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
21- Os funcionários do hospital entendem as necessidades específicas dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
22- O hospital tem funcionários que dão atenção pessoal aos seus pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
23- O hospital funciona em horários convenientes para todos os seus clientes.	1 2 3 4 5 6 7
24- Os funcionários do hospital demonstram interesse pelos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7

De uma forma geral, qual é o seu nível de satisfação com os serviços prestados pelo Hospital São José do Avaí?
Favor indicar sua avaliação na escala abaixo, sendo 1 mais baixa e 7 mais alta.

1	Qualidade muito baixa	2	3	4	5	6	7	Qualidade muito alta
---	-----------------------	---	---	---	---	---	---	----------------------

Obrigada pela disponibilidade e pela colaboração para a realização desta pesquisa!

Esta pesquisa aborda sua opinião sobre serviços hospitalares. Mostre o grau de importância de cada característica para a satisfação com a qualidade do serviço que lhe é prestado. Assinale um dos sete números. Se você concorda fortemente com a afirmação da questão, marque o número 7. Se você discorda fortemente marque 1. Caso contrário marque um dos números intermediários (2, 3, 4, 5 ou 6).

Considerando os serviços prestados pelos hospitais, assinale a alternativa que reflete o nível de importância que tem para você em cada item.	Importância
1- Os hospitais devem ter equipamentos modernos.	1 2 3 4 5 6 7
2- As instalações físicas dos hospitais devem ser visivelmente agradáveis.	1 2 3 4 5 6 7
3- Os funcionários dos hospitais (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo), devem vestir-se bem e ter boa aparência.	1 2 3 4 5 6 7
4- A limpeza das instalações dos hospitais deve estar de acordo com o tipo de serviço oferecido.	1 2 3 4 5 6 7
5- Nos hospitais deve haver facilidade no acesso às instalações (elevadores, escadas não escorregadias, rampas).	1 2 3 4 5 6 7
6- Os hospitais devem prestar seus serviços no horário marcado.	1 2 3 4 5 6 7
7- Os hospitais devem demonstrar sincero interesse em resolver os problemas dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
8- Nos hospitais os procedimentos (exames, atendimento em geral) devem ser realizados corretamente na primeira vez.	1 2 3 4 5 6 7
9- Os hospitais devem prestar seus serviços no prazo prometido.	1 2 3 4 5 6 7
10- Os hospitais devem manter sempre corretos e atualizados os dados dos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
11- Nos hospitais os funcionários (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos), devem informar aos clientes exatamente quando os serviços serão executados.	1 2 3 4 5 6 7
12- Os funcionários (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) devem atender imediatamente seus pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
13- Os funcionários dos hospitais devem estar sempre dispostos a ajudar os pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
16- Os funcionários devem responder prontamente às solicitações dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
17- Os pacientes são informados sobre seu estado de saúde e sobre o tratamento a que serão submetidos.	1 2 3 4 5 6 7
16- O comportamento dos funcionários deve transmitir confiança aos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
17- Os funcionários dos hospitais devem ser educados e corteses com os pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
19- Os pacientes devem se sentir seguros em utilizar os serviços hospitalares.	1 2 3 4 5 6 7
19- Os funcionários devem ser competentes e possuir conhecimento para responder as perguntas dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
20- Nos hospitais os funcionários devem dar atenção individual aos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
21- Os funcionários dos hospitais devem entender as necessidades específicas dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
22- Os hospitais devem ter funcionários que dêem atenção pessoal aos seus pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
23- Os hospitais devem funcionar em horários convenientes para todos os seus clientes.	1 2 3 4 5 6 7
24- Os funcionários dos hospitais devem demonstrar interesse pelos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7

Você se considera suficientemente informado sobre os serviços de responsabilidade do hospital São José do Avaí? Favor indicar sua avaliação na escala abaixo, sendo 1 mais baixa e 7 mais alta.

1 Qualidade muito baixa	2	3	4	5	6	7 Qualidade muito alta
-------------------------	---	---	---	---	---	------------------------

Obrigada pela disponibilidade e pela colaboração para a realização desta pesquisa!

APÊNDICE B

**TABELAS CONTENDO OS JULGAMENTOS DOS GRAUS DE
DESEMPENHO E OS GRAUS DE IMPORTÂNCIA, SOB A
PERCEPÇÃO DOS PACIENTES DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ**

Tabela A 2.1 : Graus de Importância sob a ótica dos pacientes do HSJA

	i01	i02	i03	i04	i05	i06	i07	i08	i09	i10	i11	i12	i13	i14	i15	i16	i17	i18	i19	i20	i21	i22	i23	i24
1	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
2	7	5	7	7	3	7	6	3	7	4	7	7	7	7	7	7	6	7	6	5	6	6	6	7
3	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
4	7	7	4	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
5	5	5	6	7	7	7	7	7	7	6	6	7	6	6	5	5	5	5	6	5	5	4	6	6
6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6,60	6,89	5	6	6	5	4	5	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	4	7	7	7	7	7	7	4	4	4	7
9	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	3	3	3	7	7
10	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7	6	5	5	7	4	6	7
11	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	7
12	7	7	1	7	7	7	7	1	1	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	1	7	7	7
13	7	7	7	7	7	5	7	6,48	1	7	1	7	7	6,54	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
14	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
15	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
16	7	7	7	6,88	6	7	6	5	6	7	7	6	7	6	5	6	7	6	5	7	6	7	6	7
17	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	6	7	7	7	6	4	7	7	7	7
18	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	4	5	4	7	7
19	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
20	7	6	7	7	7	6	7	7	6	7	7	6	7	6	7	7	7	7	7	5	6	6	6	6
21	7	6	5	7	7	6	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	7
22	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
23	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
24	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	6
25	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
26	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	6	7	7
27	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
28	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7
29	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6,61	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
30	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	6	7	6	7
31	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
32	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7
33	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	5	7	7	7	7	7	7	4	7	7
34	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	5	7	7	5	7	7	7	5	5	7	5	5	7
35	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
36	7	5	5	5	6	3	6	3	3	3	5	5	6	6	7	7	6	6	6	5	4	6	5	6
37	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7
38	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
39	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
40	7	4	5	6	1	7	7	5	4	3	3	5	7	6	4	7	5	5	3	2	1	3	7	5
41	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
42	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7

Tabela A.2.2.: Graus de Importância sob a ótica dos pacientes do HSJA

43	7	7	6	7	6	7	7	6	7	4	6	6	6	5	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7
44	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7
45	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	3	6	7	4	6	7	7	7	6	6	6	7	4
46	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	6	7	7	7	1	7	7	7	7	7	7	6	7	7
47	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6,16	4	3	5	7
48	6	7	7	7	7	6	7	4	7	6	7	7	7	5	6	7	6	7	7	7	6	4	5	7
49	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	7
50	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
51	7	7	7	7	7	7	7	4	7	7	7	4	7	4	7	7	7	7	7	1	4	1	7	7
52	7	7	7	7	7	4	4	2	6	2	6,57	2	2	3	7	7	4	6	4	7	4	7	7	6
53	7	7	7	7	7	5	7	6	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	5	5	6	7	7
54	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
55	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
56	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	1	1	7	7
57	7	6	6	7	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	6	7	6	7	6	7	6	6	7	6
58	7	5	7	7	7	6	7	7	6	7	6	7	7	6	6	7	6	7	6	7	6	6	7	7
59	7	7	6	7	6,71	5	7	5	5	6	7	5	5	5	6,60	5	6	7	5	4	7	5	7	6
60	7	5	6	1	1	1	1	7	1	7	1	7	7	7	7	7	7	7	7	1	7	7	7	7
61	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
62	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	6,84	6	5	6	5	6	7
63	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7
64	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	5	6	7	7	7
65	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
66	6,95	7	1	7	7	7	7	7	6,50	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
67	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
68	7	1	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7
69	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
70	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	5	5	4	6,55	7
71	7	5	5	7	7	6	7	7	6	5	7	6	6	7	7	7	6	7	7	6	7	6	6	7
72	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	5	7	4	7	7
73	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
74	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	3	7	7	7	7
75	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
76	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7
77	7	6	7	7	5	7	7	7	7	7	6	7	6	6	7	7	6	7	7	5	6	6	6	7
78	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
79	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
80	7	7	7	7	7	5	5	7	7	6	4	5	6	6	7	6	5	6	6	7	6	7	7	5
81	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7
82	7	6	7	7	6	6	7	4	2	6	4	7	7	4	7	7	7	5	6	4	5	6	4	7
83	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
84	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

Tabela A.2.3: Graus de Percepção sob a ótica dos pacientes do HSJA

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24
1	6	3	7	7	5	6	6	7	7	4	5	7	7	7	7	7	5	7	7	5	5	5	1	5
2	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
3	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
4	7	6	7	7	7	7	7	7	6	6	5	4	6	5	6	5	7	6	6	6	6	6	7	7
5	7	2	7	7	7	3	7	5	5	6,52	6	6,22	7	6,20	2	7	7	7	5	2	4	7	7	7
6	7	6	6	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	6	7	6	7	6	6	7	7
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9	7	6	5	6	7	2	5	7	5	6	1	5	4	2	2	2	4	3	1	5	4	1	6	3
10	7	5	6	6	6	5	5	5	5	6	5	5	6	5	6	7	6	7	5	4	5	3	7	6
11	7	5	6,64	7	7	6	6	7	6	6	6	7	7	6	7	6	6	6	6	6	6	7	6	6
12	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
13	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
14	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7
15	7	4	7	6	6	6	7	7	7	4	7	7	7	7	5	6	7	7	6	7	7	7	6	7
16	7	7	6	6	7	6	7	7	6	7	7	6	6	3	7	6	6	7	6	6	5	5	4	5
17	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	7	6	7	5	5	6	7	7	6	7	6	7	7	7
18	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
19	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
20	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
21	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
22	7	4	7	7	7	3	4	7	5	6	6	4	5	3	7	5	7	5	6	6	4	4	7	6
23	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7
24	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
25	5	1	6	6	5	4	4	6	6	6	5	6	7	7	7	6	6	7	6	6	6	6	6	6
26	6	3	5	5	6	5	5	4	6	6	6	7	5	5	6	5	6	5	4	4	6	6	7	6
27	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
28	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	5	6	7	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
29	6	6	6	6,56	6,64	5	6	5	5	6	6	6	6	6	7	6	6	6	6	6	6	7	7	7
30	4	3	3	6	3	3	1	6,44	3	5	2	1	1	2	2	3	1	2	2	3	3	1	4	6
31	4	1	7	4	7	4	5	1	7	6	7	7	6	7	7	4	7	1	1	7	7	7	1	4
32	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
33	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
34	5	5	7	7	4	5	7	6	7	7	4	5	7	6	7	5	7	5	5	5	6	6	7	7
35	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
36	7	7	7	6	5	5	6	6	6	6	5	5	5	5	5	6	6	6	6	5	5	5	5	5
37	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
38	7	5	7	6,56	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6	7	6
39	7	4	6	7	7	2	7	6	5	6,52	7	7	6,51	5	7	7	7	3	6	7	7	6,20	7	6
40	7	6	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
41	7	6	7	6	7	6	6	6	7	7	7	6	6	6	6	6	7	7	6	6	6	7	7	7
42	7	6	7	7	7	5	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7

43	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
44	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
45	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7	7	6	7	7	7	6	7	6	6	7	6	7	7
46	3	1	3	6	3	2	1	1	1	1	1	1	4	4	2	2	5	5	5	3	4	4	4
47	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
48	6	6	7	6	7	1	1	3	4	7	1	1	4	3	1	5	6	3	4	7	5	2	4
49	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6,52	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	
50	6	5	7	4	7	5	5	5	6	5	6	5	5	4	6	5	6	5	6	6	6	7	
51	7	7	7	7	7	6,01	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
52	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
53	7	7	7	7	5	7	7	7	7	6	7	7	7	6	7	6	6	6	6	7	6	6	
54	5	4	5	7	7	5	6	6,44	7	6,52	5	6	7	6	6	7	7	7	6,30	6	6	6	
55	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
56	6	6	7	6	7	6	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	
57	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6,52	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
58	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
59	5	7	4	4	7	7	5	7	7	7	7	4	7	7	7	7	7	4	7	7	4	7	
60	5	6	5	6	6	5	6	5	5	5	6,27	5	5	5	6,40	5	5	5	5	5	4	3	
61	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
62	6	1	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	6	6	
63	6	6	7	7	7	6	7	7	6	6	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	6	7	
64	5	5	6	6	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	6	7	7	
65	7	6	7	7	7	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
66	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
67	7	5	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	
68	7	6	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	4	5	7	6	7	7	6	5	7	7	
69	7	5	7	6	7	6	6	6	6	7	6	6	6	6	6	7	5	6	7	6	6	5	
70	7	5	5	5	7	7	7	7	7	7	7	5	7	5	7	6	7	6	7	7	7	7	
71	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	5	6	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	
72	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
73	7	1	7	6	7	7	7	6	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	6	7	1	7	
74	6	7	7	7	7	6	7	6	5	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	
75	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	6	7	6	6	6	7	
76	7	7	7	7	7	4	1	6	3	5	5	3	7	5	6	6	6	5	5	6	6	6	
77	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
78	6	6	6	5	7	7	5	6	6	6	5	5	5	5	5	6	6	6	6	5	5	6	
79	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
80	7	6	7	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	6	7	6	6	6	6	6	
81	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
82	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7	6	7	7	6	7	6	
83	7	7	7	4	7	7	6	7	7	7	4	5	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7	
84	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	

Tabela A.2.4 : Graus de Percepção sob a ótica dos pacientes do HSJA

APÊNDICE C

**TABELAS CONTENDO OS JULGAMENTOS DOS GRAUS DE
EXPECTATIVA COLETADOS NO TESTE EXPLORATÓRIO**

	e 1	e 2	e 3	e 4	e 5	e 6	e 7	e 8	e 9	e 10	e 11	e 12	e 13	e 14	e 15	e 16	e 17	e 18	e 19	e 20	e 21	e 22	e 23	e 24
1	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
2	7	7	7	7	7	7	7	6	7	4	5	7	7	7	7	7	7	7	7	1	7	5	6	7
3	7	6	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7
4	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
5	7	7	6	5	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	5	5	5	7	7
6	7	6	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	6	6	7	7
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	7	7	6	7
8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
9	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	5	5	6	7	7	7	7	7	6	7	5	7	5
10	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
11	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
12	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
13	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
14	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
15	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
16	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
17	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	6	7	7	6	7	7	7	6	6	7	7	7	7
18	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	7	7
19	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
20	7	6	7	7	7	6	7	7	6	7	7	6	7	6	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6
21	7	6	7	7	7	6	7	7	6	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	6	7
22	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	6	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
23	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
24	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7	7	6
25	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
26	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	6	7	7
27	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
28	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7
29	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
30	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	6	6	7	6	7
31	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
32	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7
33	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	5	5	7	7	7	7	7	7	7	6	7
34	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7	6	7	7	7	6	6	7	5	5	7
35	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
36	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	5	7	7	5	6
37	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7

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](#)