

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Administração

Mestrado Profissional em Administração

O INSTRUMENTO SERVQUAL COMO MÉTODO
DE MENSURAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA
EM SERVIÇOS HOSPITALARES
AMBULATORIAIS

Alexandre Aquino F. de Freitas.

Belo Horizonte
2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Alexandre Aquino Ferreira de Freitas

**O INSTRUMENTO SERVQUAL COMO MÉTODO
DE MENSURAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA
EM SERVIÇOS HOSPITALARES
AMBULATORIAIS: O caso do Hospital Alpha**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Administração da Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Dr. Dalton Jorge Teixeira.

**Belo Horizonte
2005**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a aqueles que foram fonte de inspiração e exemplo, que viabilizaram a realização do mesmo: Aos meus pais com todo meu amor e carinho.

À Thais: companheira, amiga e amada. Fonte de profunda alegria e de inestimáveis contribuições em diversos campos da minha vida!

AGRADECIMENTOS

Isaac Newton uma vez afirmou: “Se vi mais longe do que outros homens, foi porque estava em pé sobre ombros de gigantes”. E não poderia ser diferente aqui. Em escala de importância:

- Agradeço a Deus, por tudo, sem necessidade de explicações. A ele tudo devo, por ele tudo faço. Que suas mãos continuem a guiar meus passos e que minha fraqueza nunca seja maior que minha fé.

- Aos meus pais, pelo exemplo e dedicação. A meu pai em especial, pelo caminho que me conduziu aos estudos, pela incansável valorização da formação humana, do aperfeiçoamento contínuo, da necessidade de não ser mais um entre tantos outros mais. A minha mãe, pela dedicação, devoção, exemplo de integridade, caráter e coragem. Mulher mansa e doce, mas valente e destemida. Combinação difícil, mas muito consistente, que serve como fonte de exemplo e admiração.

- Aos mestres que serviram de inspiração e estiveram sempre presentes, especialmente aos professores: Ao Prof. Dalton, orientador, pessoa de grande conhecimento e sabedoria, sempre disponível, com grande atenção e dedicação em todos os momentos. Aos professores do mestrado, que com muita dedicação e atenção contribuíram para que este projeto se tornasse realidade. E, por fim, a todos os professores que despertaram meu gosto pelos estudos, pelo exemplo que foram e por, de alguma forma, terem me influenciado até aqui.

- Aos colegas do mestrado, com os quais compartilhei muitas alegrias e dificuldades, pelo conhecimento adquirido e pelas contribuições e relacionamento construído ao longo desta caminhada.

- A todos que participaram desta caminhada e não foram citados por uma impossibilidade.

RESUMO

O estudo sobre qualidade de serviços vem sendo desenvolvido há mais de uma década, especialmente com as contribuições de Parasuraman, Berry e Zeithaml, através da metodologia de mensuração intitulada Servqual, utilizada no presente trabalho para mensurar a qualidade percebida, a qualidade mínima aceitável e a desejada nos serviços ambulatoriais prestados pelo Hospital Alpha¹. A premissa básica é a de que a qualidade percebida é resultante da comparação feita pelo cliente entre suas expectativas e suas percepções a partir da efetiva prestação dos serviços. Mensurou-se também qual o nível de qualidade que o usuário dos serviços estaria disposto a aceitar em um bom hospital, assim como a qualidade desejada. Desta forma, segundo Parasuraman, Berry & Zeithaml (1991), é possível estabelecer-se uma zona, chamada pelos autores de Zona de Tolerância. A Zona de Tolerância permite saber, de acordo com os itens avaliados, como os usuários classificam os serviços do hospital dentro – ou fora - de uma faixa ou zona de qualidade mínima aceitável e adequada.

Desta forma, a partir de um estudo quantitativo envolvendo 189 entrevistas, obteve-se a opinião dos usuários quanto à qualidade percebida, assim como sua Zona de Tolerância. Na mesma bateria de entrevistas, implementou-se, ainda, uma pesquisa sobre satisfação, avaliação global dos serviços e valor percebido.

¹ O nome do hospital foi substituído por um nome fictício, assim como qualquer dado sobre seus funcionários ou entrevistados para preservação das informações e sigilo empresarial.

ABSTRACT

The study about quality service has been developed more than a decade, especially with the contributions of Parasuraman, Berry and Zeithaml, through the entitled methodology Servqual measuring, used in the present work to measure the noticed quality, the acceptable minimum quality and the desired level in ambulatorial services rendered by the Hospital Alpha. The basic premise is that the quality observed comes from a comparison between a customer's expectations and his perception from the effective service rendering. It was also measured what quality level a client would be willing to accept in a good hospital, as well as the desired quality. Thus, according to Parasuraman, Berry & Zeithaml (1991), it is possible to establish a zone named by the authors as Tolerance Zone. The Tolerance Zone allows you to know, according to evaluated items, how clients classify these hospital services, in – or out of - an acceptable and proper minimum quality band or zone. Thus, from a quantitative study involving 189 interviews, client's opinions referring to the quality observed were collected, as well as their Tolerance Zone. A research on satisfaction, global services evaluation and observed values was implemented in the same load of interviews.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	- Avaliação x Percepção dos serviços.....	52
Figura 02	- Continuum de satisfação.....	53
Figura 03	- Modelo simplificado de hiato de serviços.....	54
Figura 04	- Agrupamento de produtos e serviços para uma clínica de infertilidade...	71
Figura 05	- Quinta lacuna.....	93
Figura 06	- Modelo conceitual de qualidade em serviços.....	101
Figura 07	- Modelo processual para mensuração contínua e melhoria na qualidade dos serviços.....	102
Figura 08	- Zona de tolerância e os níveis de expectativas do consumidor de serviços.....	103
Figura 09	- Interpretação do intervalo de confiança.....	165
Figura 10	- Interpretação do intervalo de confiança para avaliação global.....	179
Figura 11	- Relação entre satisfação e qualidade geral.....	185
Figura 12	- Qualidade Geral x Valor.....	187
Figura 13	- Nível de satisfação e Tempo de espera.....	188
Figura 14	- Qualidade geral x Acesso adequado.....	190
Figura 15	- Qualidade Geral x Experiência Agradável x Atendimento Rápido.....	191
Figura 16	- Satisfação Geral x Assertividade nos serviços.....	192
Figura 17	- Escolaridade x Nível de Satisfação Geral.....	193
Figura 18	- Faixa de renda x Qualidade Geral.....	194
Figura 19	- Escolaridade x Faixa de Renda.....	195

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Performance média com base no modelo Servqual, com peso e sem peso.....	90
Gráfico 2	- Nível de escolaridade.....	138
Gráfico 3	- Estado civil.....	139
Gráfico 4	- Sexo.....	140
Gráfico 5	- Faixa etária.....	141
Gráfico 6	- Forma de pagamento.....	141
Gráfico 7	- Decisão de utilizar o hospital.....	142
Gráfico 8	- Número de vezes que utilizou o hospital.....	144
Gráfico 9	- Já teve problemas com o hospital.....	145
Gráfico 10	- Distribuição por renda.....	146
Gráfico 11	- Desempenho dos atributos da dimensão Confiabilidade.....	166
Gráfico 12	- Desempenho dos atributos da dimensão Responsividade/Presteza.....	167
Gráfico 13	- Desempenho dos atributos da dimensão Garantia/Confiabilidade.....	168
Gráfico 14	- Desempenho dos atributos da dimensão Empatia.....	169
Gráfico 15	- Desempenho dos atributos da dimensão Tangibilidade.....	170

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Número de clientes e variação no período 1987-1998, segundo modalidades empresariais Brasil – 1987, 1989, 1994/5 e 1997/8.....	28
Tabela 2	- Distribuição de clientes por modalidade empresarial – Brasil – 1998.....	31
Tabela 3	- Comparação entre sociedade cooperativa e empresa mercantil – algumas características.....	36
Tabela 4	- Evolução da estrutura econômica dos países por setor de atividade.....	37
Tabela 5	- Diferenças Típicas entre Serviços e Bens Físicos.....	48
Tabela 6	- Fontes de informação sobre a escolha do hospital ou de algum outro serviço de saúde	66
Tabela 7	- Nível de importância dos fatores de sucesso para um bom serviço de saúde.....	67
Tabela 8	- A qualidade de serviços na visão do consumidor.....	83
Tabela 9	- Redimensionamento da escala do Modelo Servqual.....	88
Tabela 10	- Contribuições de autores estrangeiros.	106
Tabela 11	- Nível de escolaridade.....	138
Tabela 12	- Estado civil.....	139
Tabela 13	- Sexo.....	139
Tabela 14	- Faixa etária.....	140
Tabela 15	- Forma de pagamento.....	141
Tabela 16	- Decisão de utilizar o hospital.....	142
Tabela 17	- Internações anteriores.....	143
Tabela 18	- Fonte de informação sobre o hospital	143
Tabela 19	- Número de vezes que utilizou o hospital.....	144
Tabela 20	- Problemas com o hospital.....	145
Tabela 21	- Satisfação quanto à resolução dos problemas.....	145
Tabela 22	- Faixa de renda.....	146

Tabela 23	- Confiabilidade.....	149
Tabela 24	- Responsividade/Presteza.....	149
Tabela 25	- Garantia/Confiabilidade.....	149
Tabela 26	- Empatia.....	150
Tabela 27	- Tangibilidade.....	150
Tabela 28	- Teste de Normalidade.....	152
Tabela 29	- Medidas de KMO.....	153
Tabela 30	- KMO e o Teste de Bartlett.....	154
Tabela 31	- Fatores encontrados.....	156
Tabela 32	- Consistência Interna das Sub escalas para as supostas dimensões da Qualidade de serviço.	158
Tabela 33	- Medidas de adequação da amostra.....	159
Tabela 34	- Análise da unidimensionalidade das dimensões da qualidade de serviço.	160
Tabela 35	- Correlação entre as dimensões.....	161
Tabela 36	- Modelos de Regressão ajustados.....	163
Tabela 37	- Modelo de Regressão escolhido (modelo 3)	163
Tabela 38	- Modelo de Regressão escolhido (modelo 3)	163
Tabela 39	- Ranking das Dimensões.....	164
Tabela 40	- Intervalo de Confiança para as dimensões.....	165
Tabela 41	- Casos Críticos da escala Servqual com nota abaixo ou igual a 6.....	174
Tabela 42	- Teste de Normalidade do Construto Satisfação.....	175
Tabela 43	- Cargas Fatoriais para o construto Satisfação.....	177
Tabela 44	- Regressão Ajustada.....	177
Tabela 45	- Distribuição de freqüência para as questões que compõem o construto satisfação.....	178
Tabela 46	- Intervalo de Confiança para avaliação global.....	179

Tabela 47	- Distribuição de frequência Qualidade Geral, Valor e Satisfação Geral...	183
-----------	---	-----

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	15
	1.1. Problema de pesquisa.....	17
	1.2. Justificativa.....	19
	1.3. Objetivos.....	21
	1.4. Objetivo geral.....	21
	1.5. Objetivos específicos.....	21
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
	2.1. Definição de saúde e a evolução histórica do conceito.....	22
	2.2. As características e classificações dos serviços de saúde.....	25
	2.3. Sistemas de saúde no Brasil.....	26
	2.4. Modalidades empresariais.....	28
	2.4.1. Medicina de grupo.....	28
	2.4.2. Seguro-saúde.....	30
	2.4.3. Cooperativismo.....	32
	2.5. Serviços: conceituação, análise e características.....	37
	2.5.1. Intangibilidade.....	43
	2.5.2. Inseparabilidade.....	45
	2.5.3. Variabilidade.....	45
	2.5.4. Percibilidade.....	46
	2.6. Definição de qualidade de serviços.....	49
	2.7. Serviços hospitalares.....	55
	2.7.1. O hospital como provedor de um serviço de qualidade.....	59
	2.7.2. Custos hospitalares.....	62
	2.7.3. Qualidade de serviços aplicada ao hospital.....	63
	2.8. Cultura organizacional e serviços.....	72
	2.9. A busca pela excelência e a dinâmica de funcionamento em empresas de serviços.....	77
	2.10. A visão do cliente sobre qualidade em serviços.....	81
	2.11. Instrumento para mensuração da qualidade de serviços e expectativas de clientes: Apresentação do Modelo Servqual.....	84
	2.12. Potenciais causas de baixa qualidade em serviços.....	92

2.13. As cinco lacunas.....	94
2.14. A zona de tolerância do consumidor de serviços.....	102
2.15. Contribuições de autores estrangeiros – críticas e aprofundamento da discussão.....	105
2.16. Mensuração de qualidade em serviços: Aprofundamento teórico.....	109
2.16.1. Críticas e pesquisas sobre o Modelo Servqual.....	109
2.16.2. Pontos negativos da abordagem expectativa-percepção para a percepção de qualidade de serviços.....	120
2.16.3. Respostas às críticas sobre o Modelo Servqual.....	120
3 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	129
3.1. Tipo de pesquisa.....	129
3.2. Hipótese de pesquisa.....	130
3.3. Caracterização da amostra.....	130
3.4. Técnicas de pesquisa.....	131
3.4.1. Pesquisa bibliográfica.....	131
3.4.2. Pesquisa documental.....	132
3.5. Ferramentas de pesquisa utilizadas pelo hospital.....	132
3.6. Instrumentos de pesquisa.....	133
3.6.1. Questionário.....	133
3.6.2. Procedimentos adotados para garantir a fidelidade do instrumento de pesquisa.....	134
3.6.2.1. Validação de face do instrumento.....	134
3.6.2.2. Teste do questionário.....	134
3.6.2.3. Procedimentos de aplicação do questionário.....	135
4 DESCRIÇÃO DA PESQUISA.....	138
5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	139
5.1. Perfil do entrevistado.....	139
5.2. Validação da Amostra e do Instrumento de Coleta de Dados.....	148
5.3. Análise de Dados Ausentes.....	148
5.4. Análise de Dados Extremos (outliers)	149
5.5. Linearidade.....	149
5.6. Normalidade.....	151
5.7. Análise da Dimensionalidade.....	154
5.8. Consistência Interna.....	158

5.9. Unidimensionalidade.....	159
5.10. Intervalo de confiança para as dimensões.....	165
5.11. Desempenho dos atributos das dimensões.....	166
5.11.1. Confiabilidade.....	166
5.11.2. Responsividade/Presteza.....	168
5.11.3. Garantia/Confiabilidade.....	169
5.11.4. Empatia.....	170
5.11.5. Tangibilidade.....	171
5.12. Resultados com a aplicação do Modelo Servqual Modificado.....	172
5.13. Construto Satisfação.....	176
5.13.1. Análise de Dados Ausentes.....	176
5.13.2. Normalidade.....	176
5.13.3. Consistência Interna.....	177
5.13.4. Unidimensionalidade.....	177
5.13.5. Análise de Regressão.....	178
5.14. Intervalo do confiança para Avaliação Global.....	180
5.15. Mensuração da satisfação: Terceira parte do questionário.....	180
5.16. Avaliação global da qualidade: Quarta parte do questionário.....	182
6 RESULTADOS ADICIONAIS DA PESQUISA.....	185
6.1. Considerações sobre a aplicação do Modelo Servqual Modificado.....	197
7 CONCLUSÕES	200
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	209
9 SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	211
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	212
ANEXOS.....	218

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX foram marcadas por importantes mudanças políticas, econômicas, sociais e tecnológicas que provocaram transformações expressivas no cenário mundial. A necessidade de adaptação a esse contexto, que se modifica rápida e intensamente, tem implicado na busca de alternativas tanto para a administração pública, de forma geral, quanto para a administração das organizações privadas, em particular.

Segundo Giansi e Corrêa (1996), a importância das atividades de serviços pode ser demonstrada pelo aumento da participação econômica do setor de serviços na economia nacional. O autor afirma que a indústria paulistana empregava, há quarenta anos (década de 1950), sete entre cada dez trabalhadores existentes, relação que, agora, se reduz a apenas dois entre cada dez empregados. A diferença foi absorvida pelo setor de serviços, onde se verifica a inversão desses números: um para dez, na década de 50, e seis para dez, hoje. Segundo Johnston (2002), a economia de serviços é parte vital e significativa da maioria das economias desenvolvidas ou em desenvolvimento, sendo que, na maioria dos países desenvolvidos, os serviços representam mais de 70% do Produto Interno Bruto (PIB), e, nas economias em desenvolvimento, cerca de 50%. Giansi e Corrêa (1996) afirmam que, alguns fatores que propiciam o aumento da demanda por serviços são: a) desejo de melhor qualidade de vida; b) mais tempo de lazer; c) urbanização, tornando necessários alguns serviços (segurança, por exemplo); d) aumento da sofisticação dos consumidores, levando a necessidades mais amplas de serviços; e) mudanças tecnológicas que têm aumentado a qualidade dos serviços e também criado novos.

Johnston (2002) afirma que a qualidade de serviços tem tido tanta relevância que o estudo e investigação das preferências e necessidades dos consumidores é um diferencial competitivo frente àquelas empresas que não o fazem. Os produtos já não mais são vendidos isoladamente e o setor de serviços toma dimensões de grande representatividade em relação a duas décadas atrás. As empresas manufactureiras começam a, cada vez mais, agregar serviços aos seus produtos e as empresas exclusivamente prestadoras de serviços passam por um processo de especialização, focando em nichos e mercados específicos.

Gianesi e Corrêa (1996) afirmam que a profissionalização do setor de serviços dá-se por meio da implementação de ferramentas que possibilitem aos prestadores de serviços conhecerem seus clientes, especializando-se e desenvolvendo serviços cada vez mais específicos para seu público-alvo.

Nesse contexto, Couto (2002)² diz que a o Hospital Alpha, empresa prestadora de serviços da rede Unimed, vem passando por processo de profissionalização da sua administração e implementando ferramentas administrativas contemporâneas. Ainda assim, afirma Couto (2002), “acredita-se que é necessário um melhor controle da qualidade dos serviços prestados, aumentar a satisfação de seus usuários e melhorar a imagem junto à comunidade onde atua” (informação verbal)³.

Neste contexto, torna-se importante que o hospital tenha inteligência de mercado, saiba quem são seus usuários, como os mesmos avaliam os serviços recebidos e qual seu grau de satisfação, além do provável aumento das exigências dos seus usuários, causada pelo acirramento da concorrência, especialmente com o surgimento do Hospital Regional em 1996, ainda há a concorrência exercida pelos hospitais de Belo Horizonte, localizados a aproximadamente 30 minutos do Hospital Alpha.

² Nome fictício para resguardar a identidade do entrevistado.

³Couto, S. Roberto. Ex-presidente do Hospital Alpha. Entrevista em 3.11.02

Tendo em vista este quadro, foi utilizada uma metodologia de pesquisa de qualidade percebida e expectativas para clientes de serviços, desenvolvida por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), a qual se baseia na comparação das expectativas dos usuários dos serviços em relação às suas percepções. Foram identificadas, nos estudos iniciais que originaram esta metodologia, cinco lacunas entre a qualidade percebida e a prestada, as quais serão discutidas mais diante. Esta metodologia de pesquisa se denomina Modelo Servqual e será visto em detalhes, juntamente com as peculiaridades da prestação de serviços, especialmente os serviços hospitalares.

1.1 Problema de pesquisa

Mirshawka (1994) faz uma comparação entre expectativa de vida e investimento em saúde entre países bastante diversos, alegando que há uma relação entre quantidade do PIB investida em saúde e expectativa de vida nos países comparados. No Brasil, em 1992 gastava-se 4,2% do PIB com saúde e a expectativa de vida era de 66 anos. No mesmo período, no Chile, o investimento em saúde era de, aproximadamente, 4,7% do PIB e a expectativa de vida de 73 anos. A China investia no mesmo período 3,5% do seu PIB com saúde, pra uma expectativa de vida de 69 anos. O autor utiliza estes dados para afirmar que o Brasil é ineficiente na aplicação dos recursos investidos em saúde. Mirshawka (1994) afirma que parte desta ineficiência provém da má administração dos hospitais públicos. Segundo pesquisas realizadas pelo autor, há muito desperdício de recursos com compras inadequadas, os funcionários são mal aproveitados e pouco treinados para atender o paciente e os leitos hospitalares são subutilizados.

Para Mirshawka (1994), o aperfeiçoamento da estrutura administrativa hospitalar é de vital importância para a concorrência que se estabeleceu no setor de saúde nas últimas duas

décadas. Ademais, a administração hospitalar é uma atividade relativamente nova do ponto de vista científico e ainda mais recente sua aplicação, com menos de três décadas de aplicação e desenvolvimento. O autor afirma que, diante da competitividade que se instalou nesta área nas últimas duas décadas, torna-se necessário o conhecimento das modernas técnicas de administração hospitalar, da aplicação de ferramentas de pesquisa junto a seus usuários, acompanhamento e melhoria dos serviços prestados e desenvolvimento profissional do corpo administrativo. Afirma ainda que apenas com a profissionalização da gestão hospitalar é que será possível promover o crescimento e a sobrevivência de forma lucrativa e por longo prazo.

Se pequenos hospitais, como o Hospital Alpha, não se posicionarem em nichos específicos de mercado e, com base nestes, não desenvolverem uma estratégia de diferenciação bem definida, em pouco tempo terão dificuldades de expansão e talvez de sobrevivência.

O problema de pesquisa deste trabalho é descrever como os usuários dos serviços ambulatoriais do hospital avaliam os mesmos. Qual a qualidade percebida do usuário, após o atendimento, comparado-a com suas expectativas?

1.2 Justificativa

O hospital Alpha é oriundo de um hospital particular que se chamava Hospital Beta⁴, o qual era de propriedade de um pequeno grupo de médicos (05 ou 06 donos) e administrado pelos mesmos. Segundo Couto (2002), o hospital foi adquirido pelo Sistema Unimed em maio de 1984 e passava por uma crise financeira e de credibilidade, na qual seus serviços eram associados a serviços de má qualidade e inferiores. A administração foi descentralizada e passou a ser gerida pelos médicos que se tornaram cooperados do hospital e, conseqüentemente, do Sistema Unimed. Ainda assim, segundo Couto (2002), o Hospital Alpha tem baixo índice de resolução de problemas (resolutividade), sem um Centro de Tratamento Intensivo (CTI⁵) e com a necessidade de encaminhamento de determinadas cirurgias para Belo Horizonte por não ter condições de atendê-las, o que agrava um problema já considerado sério, a transferência de recursos para Belo Horizonte. Segundo Couto (2002), aproximadamente 40% da receita do Hospital Alpha é transferida para hospitais de Belo Horizonte por falta de condições de atendimento de determinados casos. Outro problema é a falta de condições para resolver casos de alta complexidade, o que contribui para o agravamento da situação, pelo menos do ponto de vista da sua capacidade competitiva.

Desde a aquisição do Hospital Beta, o Hospital Alpha vem investindo na profissionalização da administração, ampliação da estrutura e melhoria da imagem junto à comunidade.

⁴ Nome fictício.

⁵ O CTI foi inaugurado em julho de 2003

Couto (2002) ressalta outro fator que contribui para a evasão de usuários para hospitais de Belo Horizonte, fator este ligado ao início da história do hospital na cidade, onde há a associação da imagem do antigo hospital ao atual.

E por último, que é um fator do encaminhamento para Belo Horizonte, que é um fator de marketing, de fantasia, é que o cliente na nossa cidade, tradicionalmente se dirige para lá (BH) quando ele acha que quer serviços melhores. Isto é uma questão cultural, que pode ser revertida, mas que existe. Os médicos são vistos pela população como médicos de segunda categoria, os de primeira estão em Belo Horizonte. Isto é uma questão cultural porque às vezes o paciente sai daqui para ser atendido por um residente em Belo Horizonte. (Informação Verbal)⁶.

Por outro lado, Guerra⁷ (2002) afirma não há um consenso dos motivos de tal evasão, as causas são inferidas de forma particular, pessoal e sem embasamento de dados. O hospital não possui um sistema formal e sistemático de coleta de dados ou pesquisa de mercado para saber as causas de tais problemas. Desta forma, a avaliação das causas da evasão não tem embasamento científico e são inferidas com base em percepções individuais.

Estas informações justificam a necessidade da pesquisa a ser realizada com os usuários do hospital, tendo em vista que o objetivo é saber a percepção de qualidade dos serviços prestados, quais suas expectativas e, a partir de tais informações, identificar as principais lacunas entre a qualidade esperada (expectativas) e a percebida (realizada) pelos usuários do hospital.

Com o presente trabalho, pretende-se implementar uma pesquisa que aponte as lacunas entre as expectativas e a qualidade percebida pelos usuários dos serviços ambulatoriais do Hospital Alpha.

⁶ Couto, S. Roberto. Ex-presidente do Hospital Alpha. Entrevista em 3.11.02

⁷ Guerra, F. Joaquim. Ex-diretor clínico do Hospital Alpha. Entrevista dia 15.10.02

1.3 OBJETIVOS

1.4 Objetivo geral

O objetivo do presente trabalho é desenvolver e verificar a validade da aplicação de uma versão modificada do Modelo de Qualidade Percebida em Serviços – SERVQUAL - (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990), como instrumento de medida da qualidade de serviços percebida pelos usuários do Ambulatório do Hospital Alpha.

1.5 Objetivos específicos

- 1.5.1 Desenvolver uma versão modificada da escala Servqual para aplicação e mensuração dos serviços hospitalares ambulatoriais do Hospital Alpha.
- 1.5.2 Validar a versão modificada da escala Servqual.
- 1.5.3 Avaliar a qualidade dos serviços percebida pelos usuários dos serviços ambulatoriais do hospital, utilizando a escala Servqual modificada.
- 1.5.4 Auxiliar a tomada de decisões gerenciais que visem diminuir e ou eliminar as lacunas entre expectativas e qualidade percebida dos serviços, com base nos resultados do presente trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Definição de saúde e a evolução histórica do conceito

A palavra saúde vem do latim *salus*, que significa salvação, conservação da vida. De acordo com Ferreira (1999), saúde significa “estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal, estado do que é sadio ou são” (FERREIRA, 1999, p.1277). A Organização Mundial da Saúde define o termo como estado de bem-estar físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Segundo Almeida (1998), o direito à saúde é natural e primário. Natural, porque tem sua origem nas leis universais da natureza e, para adquirir esse direito, ao homem basta nascer. Primário, porque é parte das leis de convivência da sociedade de que é membro. O conceito de saúde vem evoluindo historicamente e, conseqüentemente, a forma tradicional como os serviços de saúde são organizados, mediante estruturas que visam à cura de enfermidades, ilustra a maneira como esse conceito é compreendido.

Para Abranches (1991), os estudos mais antigos sobre saúde restringiam-se a uma análise epidemiológica do agente que transmite a doença e do indivíduo suscetível. Dessa forma, se o indivíduo estava doente, existia apenas uma causa fundamentada na relação agente-hospedeiro. O enfoque era na relação saúde-doença. Com o tempo, o meio ambiente foi incluído, incorporando-se uma concepção ecológica. Fatores como saneamento básico, poluição, limpeza urbana, entre outros, tornaram-se relevantes na medida em que seus efeitos sobre a saúde foram comparados àqueles obtidos pela ação dos serviços de saúde.

Segundo Albuquerque (1991), a influência do ambiente não é novidade como determinante da saúde. Há mais de 2.000 anos, na Grécia Antiga já havia sido publicado um livro - “Ares, Águas e Lugares” -, que reconhecia a importância da harmonia entre o homem e o ambiente e das condições do meio físico como determinantes da boa saúde. O mesmo autor enumera outros elementos que seriam essenciais para a saúde do homem: clima, solo, água, modo de vida e nutrição. Mesmo sob esta ótica, porém, ainda é forte a relação causal, ou seja, a visão de que inúmeros fatores ambientais (causas) geram as doenças (efeitos). Assim, a solução seria colocar à disposição da população serviços preventivos e curativos.

De acordo com Ashford (1986), a revolução no conceito de saúde advém da incorporação dos componentes sociais, articulando saúde com condições de vida. “A saúde constitui um modo de relação do tipo equilíbrio-desequilíbrio do homem com seu meio, onde intervêm fatores humanos, condições ecológicas e estruturas sociais.” (ASHFORD, 1986, p. 18).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986 incorpora esse conceito amplo de saúde, assim como valores inovadores: “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos fundamentais para a saúde” (IRION, 1998, p. 56).

Bittar (1999) salienta as condições socioeconômicas como determinantes da qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde:

Saúde é, então, resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano (...) O que pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais. (BITTAR, 1999, p. 58)

No Brasil, até 1988, a concepção restrita de saúde norteou toda a formulação das políticas do setor, o que torna compreensível a falta de uma cultura de prevenção e promoção.

Existia, e em determinados aspectos ainda existe, uma divisão entre ações de saúde preventiva e curativa, e, também, um enfoque no médico e no hospital. Com o advento da Constituição de 1988, houve a necessidade de se integrar ações e os programas, surgindo, assim, uma contraposição aos conceitos que, até então, prevaleciam. É fundamental destacar a importância de alguns movimentos que culminaram com as inovações sobre a saúde e com a ampliação do conceito, tratados no capítulo constitucional.

Segundo Borba (1989), o movimento sanitarista foi um dos fatores que mais impulsionaram as mudanças no setor da saúde. Teve início nos anos 70, dentro das universidades, mas se expandiu formando um movimento social diversificado, composto por intelectuais, jovens profissionais, burocratas da saúde, usuários dos sistemas de saúde, entre outros. Os principais objetivos eram a defesa dos direitos sociais para além do setor saúde, a descentralização dos serviços, a equidade, a integralidade no atendimento e a participação social.

A partir da constatação de que a saúde tem um sentido mais amplo do que os estados de enfermidade e bem-estar propriamente ditos, em 1988 foi encaminhada uma proposta à Assembléia Nacional Constituinte, que, mais tarde, veio a consolidar-se como o artigo 196 e o 199, da Constituição 1988, a qual baseia-se nos aspectos fundamentais da reforma sanitária, tais como: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a proposta de um Sistema Único de Saúde. A saúde passa a ser definida não mais como um estado de não-doença, mas sim como um reflexo de uma série de fatores determinantes da qualidade de vida do indivíduo. Este deixa de ter apenas direito à assistência médica e passa a ter direito à saúde. Assim, deixou-se de lado o aspecto apenas curativo e englobaram-se os aspectos preventivos e de promoção da saúde.

2.2 As características e classificações dos serviços de saúde

É importante salientar algumas das características desse setor, ou seja, as que o tornam peculiar em relação a outras áreas de estudo, e que influenciarão a forma como os serviços serão prestados e organizados, diferentemente de outros serviços genéricos.

Segundo Borba (1989), as características dos serviços de saúde, os direitos humanos envolvidos, a necessidade da presença do Estado, a forma hierarquizada de organização e as diferentes formas de classificação (níveis primário, secundário e terciário, serviços públicos, serviços privados sem fins lucrativos, privados lucrativos), enfim, todos esses fatores em conjunto, traduzem, em parte, a complexidade que torna peculiar a área de saúde e que determina a maneira como ela deve ser organizada, bem como a maneira pela qual seus serviços devem ser ofertados. Além disso, com a ampliação do conceito de saúde, não é mais suficiente curar a doença, mas sim realizar trabalhos de prevenção e promoção, o que gera impactos na gestão das instituições de prestação de serviços de saúde.

Para Irion (1998), a maneira mais comum de ilustrar um sistema de saúde é por meio da estrutura piramidal. Na base da pirâmide, encontram-se os serviços primários de saúde, de atenção básica, ofertados em nível de distrito pelos centros e postos de saúde. No meio da pirâmide, está o nível de atendimento secundário, representado pelos hospitais de distritos e, no topo, os hospitais especializados, que compõem o nível terciário. Por isso, diz-se que existe uma hierarquização em relação aos serviços de saúde. Há também um crescente da base para o topo da pirâmide do nível de complexidade de atendimento e de incorporação tecnológica. Para compreender melhor a forma de organização dos serviços, deve-se analisar as suas possíveis classificações. No Brasil, normalmente os serviços de saúde são classificados da seguinte maneira: serviços públicos (instituídos pelo Estado e financiados

pelos recursos estatais), serviços privados sem fins lucrativos (prestados por grupos sociais civis ou religiosos com financiamento dependente do Estado) e serviços privados lucrativos (instituídos por empresas, sem dependência dos recursos do Estado).

2.3 Sistemas de saúde no Brasil

A história do sistema de saúde no Brasil tem início na década de 20. É importante examiná-la para que se compreenda o formato que esse sistema adquire em sua trajetória, desde a década de 20 até o início do século XXI.

Possas (1981) lembra que tal sistema, no começo do século XX, era composto por duas áreas de atuação. De um lado, estavam as ações chamadas de preventivas, como, por exemplo, as campanhas sanitárias destinadas, em tese, a toda a sociedade. De outro, encontrava-se a assistência médica individualizada, prestada tanto a particulares como aos trabalhadores inseridos formalmente no mercado de trabalho. Para atender a estes, as ações foram organizadas no interior das fábricas, por meio dos serviços médicos das empresas, com a finalidade básica de melhorar suas condições de saúde. Sendo assim, esses serviços apresentavam características eminentemente curativas.

Segundo Laidlaw (1996), a primeira empresa médica do Brasil foi criada em 1964 e destinava-se ao atendimento de empregados da *Volkswagem* de São Paulo. Assim, teve início, mediante acordo entre empresa e Previdência Social, a primeira iniciativa privada baseada em convênio para assistência médica complementar do Brasil.

Segundo Bahia (1999), a Previdência Social transformou-se no maior comprador de serviços médicos do país, até que, em 1979, o convênio-empresa foi extinto. A Previdência

Social vendia os serviços de saúde para as empresas através do SUS (Sistema Único de Saúde), que através de pagamento mensal, dava direito a todos seus empregados ao atendimento prestado pela Previdência, através do SUS. Segundo Bahia (1999), naquela época – início da década de 80 -, observava-se que já existia um número significativo de convênios de empresas com grupos médicos privados, sem a mediação da Previdência. A criação, em 1979, da Assistência Médica Internacional Ltda. - AMIL⁸ -, empresa da modalidade de medicina de grupo, demonstrou a viabilidade da comercialização de planos de saúde de forma autônoma, sem intermediação da Previdência Social.

De acordo com Mendes (1994), quatro diferentes modalidades empresariais de assistência médica suplementar desenvolveram-se no Brasil: a medicina de grupo, as cooperativas médicas, os planos próprios de empresas (autogestão) e o seguro-saúde. Segundo Bahia (1999), o segmento privado de assistência médica cresceu de forma significativa no país a partir da década de 80, tendo um crescimento de 72% em apenas dois anos – de 1987 a 1989 –, a ponto de, em 1989, cobrir 31.140.000 pessoas.

No período de 1987 a 1997, houve um aumento de 85,14% no número de pessoas assistidas pelo segmento de assistência médica suplementar. Esse aumento não foi proporcional nas quatro modalidades - medicina de grupo cresceu 36,92%, planos próprios de empresas, 56,86%; cooperativas médicas, 204,89%; seguradoras, 525%.

O mercado de assistência médica suplementar estava configurado conforme a tabela 1:

⁸ A AMIL iniciou suas atividades em 1978, na Baixada Fluminense. Um grupo de médicos se organizou e passou a vender planos individuais de saúde. Desde o início, utilizou rede credenciada (ANDREAZZI, 1991). Em 2001, a empresa estava presente no Rio de Janeiro, em São Paulo, no ABC Paulista, em *Alphaville*, em Brasília e em Curitiba, além de todas as regiões do País por meio do seu sistema de *franchising*. No exterior, possuía sedes em Buenos Aires, em Miami e no Texas (Disponível em: <<http://www.amil.com.br>> Acessado em 01.06.2003)

TABELA 1:

Número de clientes e variação no período 1987-1998, segundo modalidades empresariais
Brasil – 1987, 1989, 1994/5 e 1997/8

Modalidade Empresarial	1987	1989	1994/5	1997/8	Variação % 87/97
Medicina de Grupo	13.000.000	15.000.000	16.800.000	17.800.000	36,92
Cooperativas médicas	3.500.000	7.300.000	8.500.000	10.671.000	204,89
Planos próprios de empresas	5.100.000	7.900.000	8.000.000	8.000.000	56,86
Seguradoras	800.000	940.000	5.000.000	5.000.000	525,00
TOTAL	22.400.000	31.140.000	38.300.000	41.471.000	85,14

FONTE: BAHIA, Lígia. **Planos e seguros de saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil.** 1999. 333f. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1999.

2.4 Modalidades empresariais

2.4.1 Medicina de grupo:

Segundo Bahia (1999), a medicina de grupo foi a primeira modalidade de assistência médica suplementar que se constituiu no Brasil; surgiu e prosperou nos anos 60, com o desenvolvimento da indústria automobilística e com o setor de autopeças. Inicialmente, essa modalidade visava a atender às necessidades de assistência médico-hospitalar de trabalhadores por meio de convênios-empresa. Já em 2001, apresentava significativo crescimento, estando presente em quase todas as cidades brasileiras com mais de 40 mil habitantes e sendo responsável por atender a cerca de 18,4 milhões de pessoas. Desse total, 78% (14,3 milhões) estavam vinculadas a planos coletivos, ou seja, aqueles patrocinados por

empresas e 22% (4,2 milhões) a planos individuais e ou familiares⁹. Esse tipo de assistência se caracteriza por um sistema de atendimento médico-hospitalar com estrutura composta por médicos e serviços de apoio e diagnóstico credenciados.

Segundo Bahia (1999), em agosto de 2001, no Brasil, havia 225 hospitais próprios/coligados, 3.850 hospitais credenciados, 23.500 leitos próprios e 354.000 leitos credenciados. Entre próprios e credenciados, existiam 2.850 serviços de apoio e diagnóstico. A medicina de grupo é a modalidade que ainda tem dominado o mercado no país, apesar do espantoso crescimento das cooperativas médicas no período de 1987 a 1997. Em 2001, havia 860 grupos médicos que atuavam no território nacional; Minas Gerais dispunha de 47 empresas de medicina de grupo, o que representa 5,5% do sistema nacional.

Como lembra Almeida (1998), tais empresas, que são predominantemente contratadoras de serviços de terceiros, oferecem aos assistidos acesso livre à rede própria e ou credenciada e a possibilidade de utilização de serviços não credenciados por aqueles que participam de planos mais caros, sendo tais gastos ressarcidos. Os planos coletivos, ou seja, aqueles destinados às pessoas jurídicas, caracterizam-se pela adesão automática dos empregados, e o empregador é quem arca com os custos. A adesão ao plano de saúde é opcional e o custo é dividido entre empregado e empregador.

Médice (1991) chama a atenção para o fato de que as empresas que tendem a investir em melhor padrão de assistência médica para seus empregados são aquelas que contam com mão-de-obra mais qualificada, rotatividade menor e utilização de alta tecnologia.

Em 1998, os planos próprios de empresas eram representados em âmbito nacional por duas entidades apenas. Essa divisão estava condicionada pela separação entre estatais, empresas de administração direta do governo federal e empresas privadas. A Associação Brasileira de Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas – ABRASPE – foi criada

⁹ Informações disponíveis em: <http://www.abramge.com.br> Acessado em: 01.07.03

em 1980, em São Paulo, e até 1990 congregava empresas públicas e privadas. Em 1990, foi fundado o Comitê de Integração das Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – CIEFAS – com o objetivo de representar as empresas estatais e públicas, assim como as entidades sindicais, caixas e fundações constituídas por funcionários públicos da União.

2.4.2 Seguro-saúde

Segundo Almeida (1998), o seguro-saúde é a modalidade em que há classicamente a intermediação financeira de uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado, tendo em vista as condições estabelecidas em contrato. Sendo assim, elas operam cobrindo custos de acordo com a apólice do segurado, quando há *sinistros* relativos à saúde. Os produtos das seguradoras são apólices, que, por sua vez, se transformam em prêmios pagos aos beneficiários conforme o valor estabelecido em contrato.

As seguradoras entraram no setor de saúde do Brasil impulsionadas por um instrumento legal da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP¹⁰, que permitiu-lhes oferecer cobertura aos segurados por meio de *referenciamento* dos serviços, o que favoreceu para que pudessem atuar no ramo de saúde, diversificando atividades e expandindo mercado. A Resolução n. 16/88 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP -, e a Circular n. 5/89 da SUSEP, que definiu normas para o seguro grupal de assistência médica e hospitalar, formaram mecanismos que impulsionaram a comercialização do seguro-saúde no Brasil, no final dos anos 80.

¹⁰ SUSEP, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, era responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguros, previdência privada aberta, capitalização e planos privados de assistência a saúde. Disponível em: <http://www.susep.gov.br> Acessado em: 01 Julho. 2003.

De acordo com Bahia (1999), em 1998 duas grandes seguradoras comercializavam o seguro-saúde no Brasil: a Sul América Aetna e a Bradesco Seguros. Em conjunto, as duas eram responsáveis por 60% do volume de prêmios do ramo saúde; a Sul América superou todas as expectativas de atendimento a clientes na segunda metade da década de 90: em 1994, a empresa contava com cerca de 600 mil usuários, e, em 1998, com aproximadamente 2 milhões.

Bahia (1999) afirma que, dentre as modalidades empresariais do segmento de assistência médica suplementar, somente as seguradoras tiveram sua atuação regulamentada pelo Estado, desde 1966. Nessa época, por meio do Decreto-Lei n. 73/66, foi instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados. Torna-se relevante lembrar que as seguradoras somente passaram a comercializar seguro-saúde no final da década de 80.

O mercado de planos e seguros privados de saúde estava configurado até 1998, quando ocorreu a regulamentação estatal do setor, conforme apresentado na TAB. 2.

TABELA 2

Distribuição de clientes por modalidade empresarial – Brasil – 1998

Itens discriminados	N.	%
Medicina de grupo	17.800.000	42,9
Cooperativas Médicas	10.671.000	25,7
Planos próprios de empresas	8.000.000	19,3
Seguradoras	5.000.000	12,1
TOTAL	41.471.000	100,00

FONTE: BAHIA, Lígia. **Planos e seguros de saúde:** padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. 1999. 333f. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1999.

Observa-se que o cooperativismo médico, em que pese estar em segundo lugar no ranking geral do país, é a modalidade empresarial do segmento de assistência médica

suplementar que conta com o maior número de clientes na maioria das regiões e Estados brasileiros. Isso leva a supor que seja um modelo de organização que tem se adaptado e sobrevivido em ambientes diversificados. É um tipo de organização que apresenta características próprias, por ser uma sociedade cooperativa, o que implica a necessidade de maior detalhamento sobre o funcionamento dessas cooperativas.

2.4.3 Cooperativismo

Segundo Benevides (1998), o cooperativismo, desde o seu surgimento no ano de 1844, na Inglaterra, sempre foi considerado como uma alternativa aos modelos socioeconômicos tradicionais. Nasceu como um movimento popular autônomo e preserva essa característica como vital para o seu permanente desenvolvimento.

Com doutrina e princípios próprios, o cooperativismo resguarda a iniciativa privada, persegue a eficiência econômica por meio da gestão democrática, distribui os resultados proporcionalmente à participação de cada membro nas atividades da cooperativa e, dessa forma, desenvolve a cidadania em sua plenitude.

Por essas razões, o cooperativismo se estendeu a todos os países e acabou por se inserir em todos os setores da economia com uma proposta alternativa adequada aos mais diversos problemas e situações. No Brasil, o cooperativismo lançou raízes profundas em vários segmentos da economia nacional, desde o final do século passado quando se constituíram as primeiras cooperativas de consumo, até os dias de hoje, congregando um

contingente de mais de 5 milhões de pessoas. O cooperativismo tem contribuído de forma notável para viabilizar aquilo que hoje é chamado de "economia social".

Como aponta Bertossi (1996), no setor Agropecuário, no qual ganhou mais notoriedade em nosso país diante das características da produção rural brasileira, o cooperativismo foi o elemento que aglutinou os esforços dos pequenos produtores familiares, e também encontrou a fórmula para que estes se defendessem das pressões e dos interesses mais poderosos no comércio ou na indústria. Tem sido o principal responsável pela resistência dos pequenos produtores no enfrentamento de todos os percalços que a agricultura nacional vem enfrentando nos últimos anos.

Segundo Irion (1998), uma cooperativa é uma associação de vinte ou mais pessoas que se unem espontaneamente para produzir um bem ou prestar um serviço. As cooperativas não têm fins lucrativos, e os cooperados, por sua vez, buscam melhorar a remuneração e as condições do seu trabalho, produzindo ou prestando um serviço melhor à comunidade, recebendo conforme sua produção. Os princípios cooperativos são as linhas orientadoras mediante as quais as cooperativas levam os seus valores à prática, dentre eles:

1. Adesão voluntária e livre: as cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas aptas a utilizar os seus serviços e a assumir as responsabilidades como membros, sem discriminação social, racial, política, religiosa, e de sexo.
2. Gestão democrática e livre: as cooperativas são organizações democráticas, controladas por seus membros, que participam ativamente na formulação das suas políticas e na tomada de decisões. Os homens e as mulheres, eleitos como representantes dos demais membros, são responsáveis perante estes. Nas cooperativas

de primeiro grau, os membros têm igual direito de voto (um membro, um voto); as cooperativas de grau superior são também organizadas de maneira democrática.

3. Participação econômica dos membros: os membros contribuem equitativamente para o capital das suas cooperativas e controlam-no democraticamente. Parte desse capital é, normalmente, propriedade comum da cooperativa. Habitualmente, os membros recebem, se houver disponibilidade, uma remuneração limitada ao capital integralizado, como condição de sua adesão. Os membros destinam os excedentes a uma ou mais das seguintes finalidades:
 - 3.1 - Desenvolvimento das suas cooperativas, eventualmente por meio da criação de reservas, parte das quais será indivisível;
 - 3.2 - Benefícios aos membros na proporção das suas transações com a cooperativa;
 - 3.3 - Apoio a outras atividades aprovadas pelos membros.
4. Autonomia e independência: as cooperativas são organizações autônomas, de ajuda mútua, controladas pelos seus membros. Se firmarem acordos com outras organizações, incluindo instituições públicas, ou recorrerem a capital externo, devem fazê-lo em condições que assegurem o controle democrático pelos seus membros e mantenham a autonomia da cooperativa.
5. Educação, formação e informação: as cooperativas promovem a educação e a formação dos seus membros, dos representantes eleitos e dos trabalhadores, de forma que esses possam contribuir, eficazmente, para o desenvolvimento das suas cooperativas. Informam o público em geral, particularmente os jovens e os líderes de opinião, sobre a natureza e as vantagens da cooperação.
6. Intercooperação: as cooperativas servem de forma mais eficaz os seus membros e dão mais força ao movimento cooperativo, trabalhando em conjunto, por meio das estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.

7. Interesse pela comunidade: as cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentado das suas comunidades mediante políticas aprovadas pelos membros.

O cooperativismo evoluiu e conquistou seu espaço próprio, definido como uma nova forma de pensar o homem, o trabalho e o desenvolvimento social. Por sua forma igualitária e social, é aceito e reconhecido como uma alternativa democrática para a solução de problemas socioeconômicos. O sucesso da iniciativa das primeiras cooperativas inspirou a criação de outras que se espalharam pela Europa e pelo mundo.

Segundo Benevides (1998), algumas características tornam a sociedade cooperativa e a sociedade mercantil especialmente distintas, quando comparadas em termos de participação de pessoas versus participação do capital, objetivos e propriedade de ambas, controle e processo decisório e relações entre as pessoas dentro da estrutura organizacional. A tabela 3 apresenta a síntese dessas características.

TABELA 3

Comparação entre sociedade cooperativa e empresa mercantil – algumas características

SOCIEDADE COOPERATIVA	SOCIEDADE MERCANTIL
<ul style="list-style-type: none"> • O fator trabalho é o principal • Sociedade de pessoas • Propriedade é social, pertence ao conjunto de usuários ou trabalhadores associados • Controle democrático, uma pessoa é igual a um voto • Gestão democrática, exercida pelos próprios sócios (de baixo para cima) • Retorno/renda em função do trabalho realizado • Homem é considerado como sujeito ativo, livre, igualitário e solidário 	<ul style="list-style-type: none"> • O fator capital é o principal • Sociedade de capital, com patrão • Propriedade é privada, pertence aos capitalistas que investem dinheiro • Cada ação é igual a um voto • Gestão em função do capital, exercida de forma autoritária (de cima para baixo) • Retorno/renda em função do capital • Homem é considerado como objeto, dividido: proprietário e trabalhador

FONTE: BENEVIDES, Raul. **O pensamento cooperativo e o cooperativismo brasileiro**. Brasília: Ed. BRASCOOP, 1998.

Nessa perspectiva, fica evidenciado que homem e trabalho são os fatores principais na sociedade cooperativa, ao passo que, na empresa mercantil, o fator principal é o capital. Atualmente o sistema cooperativista brasileiro é representado pela Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB, fundada em 2 de dezembro de 1969. Em 2001, a entidade congregava 27 organizações cooperativas estaduais, 10 confederações, 129 federações/centrais, 6.049 cooperativas e quase 5 milhões de cooperados¹¹.

Das 6.094 cooperativas filiadas à OCB, 3.340 foram fundadas na década de 90, o que significa um aumento de quase 50% dessa modalidade de sociedade em dez anos, divididas em doze ramos diferentes (OCB, 2003)¹¹.

¹¹ Disponível em <<http://www.ocb.org.br/>> Acesso em 02 Julho 2003.

2.5 Serviços: conceituação, análise e características

De acordo com Regan (1963), o marketing de serviços tornou-se um importante tema da literatura de marketing a partir da década de 1960. Desde esta época, o setor de serviços tem apresentado crescimento expressivo em diversas economias ao redor do mundo. Apenas para citar o caso brasileiro, dados do IBGE (2000) mostram que em 1999 cerca de 56% do nosso PIB era proveniente da atividade de serviços. Em alguns países de primeiro mundo - Estados Unidos, Canadá e França, por exemplo -, mais de 70% de todo o PIB está no setor de serviços. A tabela a seguir apresenta um panorama da importância dos serviços para alguns países europeus e americanos.

TABELA 4

Evolução da estrutura econômica dos países por setor de atividade

Países	PIB Agricultura (%)			PIB Indústria (%)			PIB Serviços (%)		
	1981	1991	2000	1981	1991	2000	1981	1991	2000
Reino Unido	2,1	1,8	1,0	41,9	32,7	28,8	56,0	65,5	70,2
Espanha	8,5	6,5	3,6	35,3	33,5	30,5	56,2	60,0	65,9
França	4,6	3,4	2,9	35,2	29,5	26,1	60,2	67,1	71,0
Itália	5,8	3,7	2,9	39,0	32,9	29,5	55,2	63,4	67,6
Bélgica	2,9	2,4	1,5	34,8	30,8	27,0	62,3	66,8	71,5
Argentina	6,5	6,7	5,0	40,3	32,7	27,6	53,2	60,6	67,4
Paraguai	27,0	26,6	20,4	27,9	25,3	26,1	45,1	48,1	53,5
México	9,0	7,5	4,1	33,2	28,0	27,9	57,8	64,5	68,0
Uruguai	11,8	8,1	5,9	32,2	34,1	26,0	56,0	57,8	68,1
Chile	6,3	9,9	8,5	36,6	40,1	34,7	57,1	50,0	56,8

Fonte: World Bank. World Economic Statistics. Disponível em:

<<http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>>. Acesso em: 12 nov. 2004

Na década de 90, a qualidade de serviços foi um dos principais assuntos em debate nas universidades norte-americanas de administração e no meio corporativo de um modo geral, chegando a afirmar Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) que a qualidade de serviços era o mais crítico desafio das empresas norte-americanas. Este tema se tornou tão importante e relevante pela quantidade cada vez maior de serviços agregados a todos os tipos de produtos, não havendo uma distinção clara onde se inicia a venda de um bem e a de um serviço. Segundo Reich (1994) há uma mudança significativa de onde reside o valor daquilo que a empresa vende ou comercializa. O autor afirma que a grande empresa não mais obtém seus lucros com grandes estruturas e plantas industriais complexas. O foco mudou da quantidade para a capacidade de gerar resultados e resolver problemas específicos, são produtos com alto valor agregado ou serviços com alto nível de complexidade que serão remunerados adequadamente e diferenciarão as empresas de larga escala para as de alto valor.

O setor de serviços tradicionais sofre a mesma mudança, da migração da larga escala para o alto valor. Segundo Reich (1994), os maiores lucros em comunicações provêm de serviços de longa distância personalizados, como processamento de áudio, vídeo e de informações, de redes especializadas de comunicações. O nível de competitividade de uma empresa, em linhas gerais, está diretamente ligado à sua capacidade de gerar resultados específicos, complexos e direcionados, podendo assim cobrar preços mais altos e ficar menos exposta à concorrência direta. Desta maneira, para que as empresas tradicionais se tornem mais competitivas, os serviços agregados aos produtos são uma poderosa fonte de criação de valor e diferenciação. Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), a qualidade superior em serviços vem se mostrando uma estratégia de diferenciação eficiente e lucrativa. As empresas americanas líderes de mercado utilizam os serviços para ganhar fatia de mercado, se diferenciarem das demais, justificarem maiores preços e, desta forma, garantir

lucratividade. Apesar das razões expostas acima e outras a serem expostas no decorrer deste trabalho, Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) afirmam que a incompetência, falta de atenção e o amadorismo são predominantes quando se pensa nos serviços prestados pelas empresas de forma geral.

Segundo Grönroos (1995), há três fortes razões pelas quais a economia de serviços tem crescido:

1- Retardo no crescimento da produtividade da mão-de-obra em serviços: o volume necessário de mão-de-obra para produzir resultados decresceu mais rapidamente em outros setores que não o de serviços;

2- Crescimento na demanda intermediária pelas empresas: serviços profissionais, como consultoria profissional, serviços de engenharia, pesquisa de mercado, etc. estão muito mais sofisticados do que eram no passado e esses serviços são, em grande parte, fornecidos por empresas especializadas para desenvolvê-los, com maior emprego de mão-de-obra do que outras empresas de outros setores da economia;

3- Crescimento na demanda final pelos clientes: à medida que a sociedade se transforma, as pessoas se tornam mais ricas, e uma atitude diferente com relação à vida se desenvolve, passa-se a gastar mais em serviços relacionados a lazer, esportes, viagem, entretenimento e saúde.

Segundo Johnston (2002), o conceito de serviços é um elemento crítico para conhecer e definir o que a organização está vendendo e o cliente comprando ou usando. Johnston (2002) define serviços como sendo o modo como a organização gostaria de ter seus serviços percebidos por seus clientes, funcionários e acionistas. O conceito de serviços, nesse sentido, é a proposição do negócio. “Os serviços são uma figura mental de um grupo ou classe de objetos formada pela combinação de todos os seus aspectos”. (JOHNSTON, 2002 p. 58). A experiência direta do cliente no decorrer do serviço e o modo como o cliente lida com o

fornecedor é o que Johnston (2002) chama de experiência com o serviço. Tal experiência contém aspectos da maneira como os funcionários lidam com o cliente e também da experiência do cliente em relação à organização e suas instalações.

Johnston (2002) afirma que a experiência do cliente em relação a toda a organização, provavelmente se inicia antes do contato inicial, à medida que as expectativas são criadas pelas atividades de vendas e marketing e pela propaganda boca a boca dos atuais clientes.

Para Johnston (2002), os aspectos da experiência em serviços incluem:

- a extensão da personalização do processo;
- a responsividade da organização de serviço;
- a flexibilidade dos funcionários que lidam com o cliente;
- a intimidade com o cliente;
- a facilidade de acesso ao pessoal de serviço ou ao sistema de informação;
- a extensão em que o cliente sente-se valorizado pela organização;
- a cortesia e a competência dos funcionários que lidam com o cliente.

Para Semenik e Bamossy (1995), serviços constituem atividades, benefícios ou satisfações colocados à venda, em que não existe nenhuma troca de bens tangíveis que envolva uma transferência de propriedade.

Para Johnston (2002), tão importante quanto definir o conceito de serviço é dizer o que ele não é: não é necessariamente o mesmo que visão ou missão de uma organização. Geralmente, a visão de uma organização diz respeito a onde ela espera estar em algum momento do futuro, o conceito de serviço diz respeito ao presente; o que a organização faz agora e o que seus clientes pensam que ela faz hoje. O conceito de serviço é mais do que uma “idéia”. Idéia é uma noção inicial de um serviço. Um conceito de serviço é uma figura mais completa, que inclui alguns detalhes sobre como o serviço será, os resultados e a experiência. Johnston (2002) considera que é de grande importância para a organização tornar o conceito

de serviços explícito, para que assim se possa ganhar alinhamento das diversas áreas da empresa quanto ao que será produzido e entregue ao cliente. O conceito de serviços deve deixar claro aos clientes, fornecedores, funcionários e todos aqueles que interagirem e forem servidos pela empresa, a natureza de tais serviços, assegurando uma mensagem de marketing clara e apropriada.

Johnston (2002) afirma que há quatro elementos-chave que devem ser cobertos em uma declaração de conceito de serviços, a saber:

- experiência do serviço: experiência direta do processo de serviço pelo cliente; diz respeito à forma como o fornecedor de serviço lida com o cliente;
- resultado do serviço: o que o cliente recebe;
- operação do serviço: o modo como o serviço será entregue;
- valor do serviço: o benefício que os clientes percebem estar coerente com a ponderação do serviço em relação ao seu custo.

Urdan (1993) relata que a discussão sobre definições e características é motivo de controvérsias na literatura de marketing de serviços, pois há autores que consideram a definição de serviços – mais notadamente as definições perfeitas - desnecessária. Neste caso, conhecer as características comuns a serviços em geral é suficiente para entendê-los.

Segundo Johnston (2002), o valor de um serviço é elemento importante para que se entenda o significado de seu preço ou como o mesmo é avaliado sob a perspectiva do cliente. O preço é o valor atribuído ao serviço, que pode ser o valor monetário somado a outros “preços”, tais como: dificuldade para realizar determinada compra, deslocamento, tempo, etc. O custo de um serviço para um cliente é uma combinação de custo financeiro, acompanhado do custo ou da inconveniência de se fazer a compra.

Johnston (2002) afirma que, para se entender o conceito de valor, os custos para o consumidor têm que ser ponderados em relação aos benefícios recebidos pelo serviço. Pode

não ser apenas o resultado e a experiência, mas também fatores psicológicos, como sensação de bem-estar ou de ser reconhecido em um restaurante. Entretanto, o valor não significa, necessariamente, “preço baixo”. O valor é a avaliação que o cliente faz sobre os benefícios do serviço em comparação com todos os custos envolvidos.

Um papel-chave dos profissionais de marketing consiste em avaliar essas questões para entender o que os clientes valorizam, e assim, ajudar a organização a tomar decisões de preço. Um grande desafio que se coloca aos profissionais da área de operações é encontrar o equilíbrio entre a maximização do valor para os clientes e a minimização dos custos para a organização.

Chase (1978) propõe um sistema de classificação de serviços baseado no grau de contato existente entre o consumidor e a organização durante a criação do serviço. O autor define contato como a presença física do consumidor, requerida no sistema e criação do serviço como o processo de trabalho necessário para fornecê-lo. Quanto mais alto o grau de contato do consumidor com o prestador de serviço, mais próximo se está de um serviço puro, ao passo que, quanto mais baixo o grau de contato do consumidor com o prestador de serviço, mais próximo se está da empresa da indústria.

Chase (1978) aponta quatro efeitos básicos sobre as operações de serviços a partir do sistema de classificação com base no grau de contato. Em primeiro lugar, afirma que os sistemas de alto contato são mais incertos sobre suas operações diárias, pois o consumidor sempre pode causar uma ruptura no processo de produção, uma vez que ele se envolve com o mesmo. Em segundo, ressalta que, somente por acaso, a capacidade de um sistema de alto contato poderá igualar-se à demanda a qualquer hora (a menos que o sistema opere com base em encontros previamente agendados). Já em terceiro, afirma que as habilidades requeridas dos recursos humanos em sistemas de alto contato são caracterizadas, por definição, por um componente de relações públicas significativo: qualquer interação com o consumidor torna o

funcionário de contato parte do serviço e, portanto, as atitudes deste podem afetar a percepção daquele. Por último, Chase (1978) chama a atenção para o fato de que sistemas de alto contato estão à mercê do tempo, muito mais do que sistemas de baixo contato. Assim, grupos de pedidos com propósitos de agendamento de produção eficiente raramente são possíveis em operações de alto contato, porque poucos minutos de atraso podem produzir um efeito imediato sobre o consumidor.

Segundo Giansesi e Corrêa (1996), os serviços possuem quatro características peculiares que os distinguem claramente de um produto físico: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

2.5.1 Intangibilidade

De acordo com Giansesi e Corrêa (1996), a primeira e provavelmente a mais marcante característica dos serviços é a intangibilidade. Os serviços são intangíveis porque não podem ser vistos, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem comprados, ou seja: não podemos apreender um serviço com qualquer dos nossos sentidos, ao contrário do que acontece com os produtos físicos. Como os serviços são atos ou performances, não é possível tanger um atendimento (bom ou mau), uma consulta médica, um corte de cabelos ou o deslocamento proporcionado pela compra de uma passagem aérea. Embora o serviço em si seja intangível, há sempre a utilização de algo físico que concorre, ainda que secundariamente, para a consecução do trabalho. O atendimento pode ser feito num balcão de loja, com o cliente de pé, ou numa sala agradável, na qual esse mesmo cliente esteja confortavelmente sentado; a consulta pode ser feita por um médico, numa sala muito quente, ou com ar-condicionado em temperatura adequada; a receita ou um pedido de exames poderão ser feitos com letra ilegível

ou digitados em computador; enfim, a qualidade percebida dependerá também de aspectos tangíveis, mesmo na consecução de serviços que são intangíveis.

Gianesi e Corrêa (1996) afirmam que o acerto (combinação dos termos) da compra dos serviços é feito previamente à sua execução e os consumidores não podem ver seus resultados com antecedência, como ocorreria se estivessem comprando uma geladeira, um automóvel ou qualquer bem físico. Fatores esses que podem gerar incerteza e insegurança no comprador. Para reduzir tais sentimentos, os consumidores procuram apegar-se aos sinais, às evidências proporcionadas pelos aspectos físicos envolvidos na prestação dos serviços, na tentativa de tornar, de alguma forma, tangível o que é, por natureza, intangível. Poder perceber a qualidade do serviço contratado no ato da compra ou antes dela, desempenha importante papel no processo de decisão do cliente ao contratar um serviço.

De acordo com Kotler e Armstrong (1998), caso uma empresa deseje transmitir a idéia de que seus serviços são confiáveis e de alta qualidade, a mesma deve-se preocupar com as circunstâncias físicas que envolvem o ato da prestação do serviço, tais como: a) instalações bem localizadas; b) linhas que se harmonizem com as atividades desenvolvidas no local; c) cuidados com o som ambiente; d) espaços cuidadosamente planejados; e) anúncios e impressos com visual agradável; f) símbolo e marca que transmitam, por exemplo, solidez e eficácia; g) funcionários bem uniformizados e equipamentos (móveis, computadores, etc.) com aspecto visual moderno e adequado ao estilo e ao posicionamento de marketing que a organização deseja transmitir aos seus clientes.

Portanto, nota-se que pelo julgamento dos aspectos que podem ser observados, os clientes buscam superar a dificuldade de lidar com a intangibilidade dos produtos que querem adquirir, o que torna de fundamental importância que as empresas de serviços cuidem adequadamente de todos os aspectos físicos envolvidos.

2.5.2 Inseparabilidade

Segundo Gianesi e Corrêa (1996), outra característica peculiar dos serviços em relação aos produtos físicos é a inseparabilidade, isto é, os serviços são inseparáveis de quem os executa ou fornece, de tal forma que o prestador do serviço faz parte do próprio.

Para Gianesi e Corrêa (1996), essa característica, associada à simultaneidade – os serviços são produzidos e consumidos ao mesmo tempo –, faz com que, nos serviços em que o cliente esteja presente, haja uma interação entre o cliente e o prestador, de modo que o cliente também passa a fazer parte do serviço e, conseqüentemente, a interferir na sua qualidade. Quando, por exemplo, um indivíduo informa ao seu médico sintomas que não correspondem ao que ele sente, o mesmo poderá induzi-lo a um diagnóstico inexato, já que suas informações são parte integrante do processo que constitui a prestação do serviço. A interação entre o prestador e o cliente é importante fator a ser considerado pelo marketing de serviços.

2.5.3 Variabilidade

A terceira das quatro características marcantes dos serviços é a variabilidade, isto é, sua qualidade depende não só de quem os presta, mas também de quando, onde e como são proporcionados, o que os torna altamente variáveis, conforme assinalam Kotler e Armstrong (1998).

Em função da variabilidade, um funcionário pode ser eficiente e atencioso em algumas ocasiões e ineficiente e desatencioso em outras, na medida em que seu humor pode variar em função de circunstâncias profissionais e pessoais. Numa mesma empresa, poderá um empregado prestar atendimento cortês e eficaz, ao passo que outro empregado, na mesma ocasião, não o faz dessa maneira.

De acordo com Kotler e Armstrong (1998), outra forma de manifestação da variabilidade dos serviços pode ser exemplificada numa cantina ou lanchonete, onde cada funcionário poderá não só atender com qualidade variável, como o resultado dessa variabilidade poderá ser sentido no próprio sabor de um sanduíche ou de uma vitamina preparada por diferentes funcionários. Como exemplo, o funcionário “A” pode grelhar um ingrediente por um tempo maior ou menor que o funcionário “B”. Para diminuir a variabilidade, as empresas prestadoras de serviços podem padronizar procedimentos e dar treinamento a seus funcionários de modo a incentivar que todos tenham condutas semelhantes. Além disso, em alguns casos, é possível “industrializar” os serviços, como assinala Levitt (1985), executando-o, no todo ou em parte, por meio de equipamentos, como o fazem algumas lanchonetes, nas quais a fritura de batatas ou o preparo de parte de um sanduíche é feito por máquinas que controlam tempo e temperatura. Dessa forma, tem-se maior padronização e produtividade.

2.5.4 Percibilidade

A última das quatro características marcantes dos serviços é a percibilidade. Os serviços são percíveis, segundo Kotler e Armstrong (1998), porque não podem ser estocados

para venda ou uso posterior. Isso pode representar um sério problema para a empresa prestadora quando a demanda é flutuante, como acontece nas empresas que lidam com serviços de demanda cíclica, sazonal ou irregular. Caso a empresa invista em uma estrutura capaz de suportar os picos de demanda, naturalmente terá capacidade ociosa - e custos mais elevados - nos momentos em que essa demanda estiver mais baixa. Se a empresa investe em uma estrutura para atender ao mínimo necessário, os serviços poderão ser prestados de forma precária quando a demanda estiver mais elevada. Assim, ao montar uma estrutura, devem-se considerar as possíveis flutuações, e devem-se adotar, na medida do possível, estratégias flexíveis e adequadas para enfrentar cada situação, conforme ressaltam Semenik e Bamossy (1995).

Um tipo de empresa que passa por esse problema é a de transporte coletivo urbano, que necessita de um número de veículos superior ao que seria suficiente na maior parte do dia, em função do atendimento na hora do “rush”. Para enfrentar os problemas gerados pelos picos de demanda, as empresas podem adotar preços diferenciados conforme o horário ou o dia da semana, a fim de incentivar ou, ao contrário, desencorajar o consumo, como ocorre com as companhias de eletricidade, as prestadoras de serviços de telefonia, os cinemas, os hotéis, os motéis e os parques de diversão, dentre outros.

Outra maneira de lidar com a perecibilidade é empregar funcionários em tempo parcial ou contratar mão-de-obra temporária, de modo a atender às flutuações da demanda e poder prestar o serviço no momento em que é requisitado.

A tabela abaixo demonstra, de forma comparativa, as diferenças mais marcantes entre bens e serviços:

TABELA 5: Diferenças Típicas entre Serviços e Bens Físicos

<i>SERVIÇOS</i>	<i>BENS</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Intangível</i> • <i>É imaterial (uma atividade ou processo)</i> • <i>A propriedade não é transferida</i> • <i>Não pode ser revendido</i> • <i>Não pode ser efetivamente demonstrado antes da compra</i> • <i>Não pode ser estocado</i> • <i>Produção e consumo geralmente coincidem</i> • <i>Produção, venda e consumo são espacialmente unidos</i> • <i>Não pode ser transportado</i> • <i>Comprador/cliente toma parte na produção</i> • <i>Na maioria dos casos, o contato direto é necessário</i> • <i>O serviço em si não pode ser exportado, mas o sistema de prestação de serviços sim</i> • <i>Heterogêneo</i> • <i>Valor principal produzido nas interações entre comprador e vendedor</i> • <i>Cientes participam da produção</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tangível</i> • <i>É concreto (uma coisa)</i> • <i>A propriedade é transferida quando a compra é feita</i> • <i>Pode ser revendido</i> • <i>Pode ser demonstrado antes da compra</i> • <i>Pode ser estocado por vendedores e compradores</i> • <i>O consumo é precedido da produção</i> • <i>Produção, venda e consumo ocorrem em locais diferentes</i> • <i>Pode ser transportado</i> • <i>Vendedor não é o produtor</i> • <i>Contato indireto é possível entre empresa e cliente</i> • <i>O bem pode ser exportado</i> • <i>Homogêneo</i> • <i>Valor principal produzido em fábricas</i> • <i>Cientes normalmente não participam da produção</i>

FONTE: Adaptação de GRONROOS, C.A. **Marketing - gerenciamento e serviços**: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

Para Vavra (1993), a divisão das empresas em produtoras e prestadoras de serviços representa uma visão tradicional. Segundo o autor, o mais recomendável é pensar na empresa como um serviço criado especificamente para satisfazer às necessidades dos clientes. Indo além do pensamento tradicional, esse autor interpreta a empresa como uma unidade de

prestação de serviços, por sua vez compostos de quatro elementos: produto físico, produto do serviço, ambiente do serviço e entrega do serviço.

2.6 Definição de qualidade de serviço

Deming (1990) aborda o tema qualidade com a seguinte pergunta inicial: o que é qualidade? Para o autor, a qualidade só pode ser definida por quem a avalia, ou seja, por quem é seu juiz. Na opinião de um operário, qualidade consiste em produzir alguma coisa da qual possa orgulhar-se. Por outro lado, na opinião de um administrador de fábrica, qualidade consiste em produzir a quantidade planejada e atender às especificações.

A dificuldade de se definir qualidade, afirma Deming (1990), está na conversão das necessidades futuras do usuário em características mensuráveis de forma que o produto possa ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o cliente pague.

Garvin (1984) destaca como problema o excesso de cobertura em relação à qualidade: pesquisadores de quatro disciplinas – Filosofia, Economia, Marketing e Administração de Operações – estudam o assunto sob seus pontos de vista. O resultado é um conjunto de abordagens distintas para definir qualidade: transcendental, baseada no produto, baseada no usuário, baseada na produção e baseada no valor.

Segundo Grönroos (1995), o ponto chave da qualidade de prestação de serviços é atender às expectativas do cliente ou superá-las. Assim, a qualidade, do ponto de vista do cliente, pode ser definida como a extensão da discrepância entre as suas expectativas/desejos e sua percepção e pode ser expressa em alguns fatores:

A) o primeiro deles é o que comumente se conhece como propaganda “boca-a-boca”, ou seja, a comunicação que se estabelece entre os próprios consumidores. O que os clientes ouvem de outros clientes, na forma de comentários ou de recomendações, cria ou ajuda a criar expectativas positivas ou negativas em relação aos serviços e às empresas que os prestam.

B) o segundo fator importante é representado pelas necessidades pessoais do cliente, isto é, as características e as circunstâncias específicas de cada consumidor. Cada pessoa pode ter desejos e expectativas diferentes em ocasiões diversas, conforme uma série de circunstâncias determinadas pela sua personalidade e individualidade.

C) um terceiro fator é determinado pela experiência anterior do cliente com o serviço ou com a empresa prestadora. Relata Gronroos (1995) que consumidores mais experientes em determinado setor examinado tinham menores expectativas quanto aos atributos de comportamento dos prestadores, tais como gentileza ou manifestações amistosas, ao mesmo tempo em que demonstraram ser mais exigentes quanto à competência técnica dos prestadores.

D) o quarto fator apontado pelos autores relaciona-se à comunicação que a empresa promove com seus clientes, por meio de mensagens diretas e indiretas, tais como propaganda, folhetos e informações prestadas por funcionários. Essa comunicação, em geral, aumenta as expectativas do paciente acerca dos serviços que irão receber, já que, na maioria dos casos, enfatiza promessas de serviços de qualidade. Acrescente-se que a comunicação de qualidade não é feita somente pela propaganda ou por promoções, mas também por outras formas que transmitem ao cliente informações sobre os serviços, tais como local onde são prestados e o preço cobrado por eles. O preço é, inclusive, um dos indicadores levados em conta no julgamento da qualidade, como apontado por Kotler e Armstrong (1998). Já Vavra (1993) ressalta que, ao se basear a definição de qualidade em expectativas, surge um problema pelo fato de as expectativas poderem variar de cliente para cliente. Além disso, a percepção, ou

seja, a forma pela qual os clientes “percebem” um produto ou serviço também pode variar. No caso dos serviços, essa percepção entre diferentes clientes pode diferenciar ainda mais, devido ao fato de os serviços serem intangíveis. Ademais, a própria tendência de variabilidade dos serviços pode fazer com que um mesmo cliente tenha percepção diversa do mesmo serviço em ocasiões distintas.

Apesar disso, Grönroos (1995) defende a idéia de que a qualidade em serviços deve ser, acima de tudo, aquilo que os clientes percebem. Para Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) a qualidade percebida do serviço é resultado da comparação da percepção com as expectativas do cliente. A qualidade percebida está relacionada, apesar de diferente conceitualmente, com o nível de satisfação do cliente; logo qualidade percebida influencia a satisfação do consumidor e é função do desempenho percebido versus suas expectativas. Segundo esses autores, existem três possibilidades nas relações entre expectativas e percepções dos clientes:

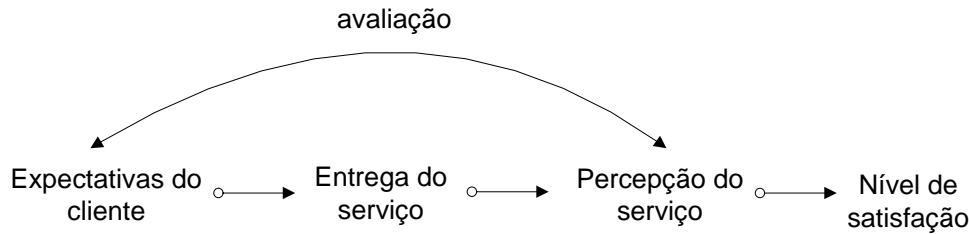
Expectativas < Percepções: a qualidade percebida é boa.

Expectativas = Percepções: a qualidade percebida é aceitável.

Expectativas > Percepções: a qualidade percebida é pobre.

Para Johnston (2002), se a percepção, a experiência e os resultados do serviço atendem às expectativas do cliente, ele deve ficar satisfeito (ou minimamente satisfeito). Se sua percepção do serviço exceder às expectativas, ele ficará mais do que satisfeito, ou até encantado. Se suas percepções não atenderem às suas expectativas, ele pode ficar insatisfeito ou até irritado.

FIGURA 01: Avaliação x Percepção dos serviços.



FONTE: Adaptação de JOHNSTON, Robert; CLARCK, Graham. **Administração de Operações de Serviços**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 123

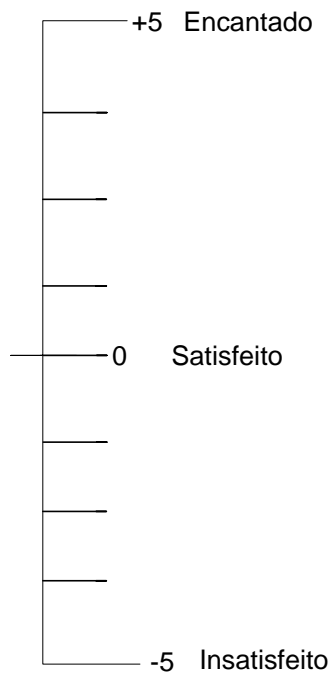
Assim, as expectativas, e, de fato, as percepções, são componentes-chaves na entrega de um serviço de qualidade. As empresas prestadoras de serviços precisam entender e definir as expectativas para:

- Especificar, desenhar e, depois, entregar o serviço adequado a um custo apropriado;
- Encorajar as empresas a tentar influenciar as expectativas dos clientes para que elas possam ser atendidas;
- Entender como administrar as percepções do cliente durante o serviço para obter o nível de satisfação desejado.

Johnson (2002) afirma que as organizações que definem seu negócio para exceder às expectativas do cliente, e, continuamente, encantá-lo, precisam assegurar que seu serviço será ainda melhor na próxima vez que o cliente for utilizá-lo. O serviço de alta qualidade tem relação com a consistência, a questão é manter o mesmo nível de serviço, em qualquer dia da semana, em qualquer mês do ano. Por último, o autor afirma que as pequenas coisas têm grande impacto sobre a qualidade percebida, o toque pessoal, como passar algum tempo com o cliente – no caso do serviço hospitalar isso é particularmente importante –, fazer acompanhamento do quadro evolutivo do paciente, fornecendo as devidas informações a ele e a sua família, ter especial cordialidade com o paciente no dia da sua alta, preparando pequenas

surpresas, dentre outras pequenas ações que geram diferenciação no atendimento e, conseqüentemente, nos serviços prestados. A adequada, inadequada ou superior satisfação do cliente quanto aos serviços prestados posicionará sua percepção do serviço em um continuum, conforme a figura abaixo:

FIGURA 02: Continuum de satisfação



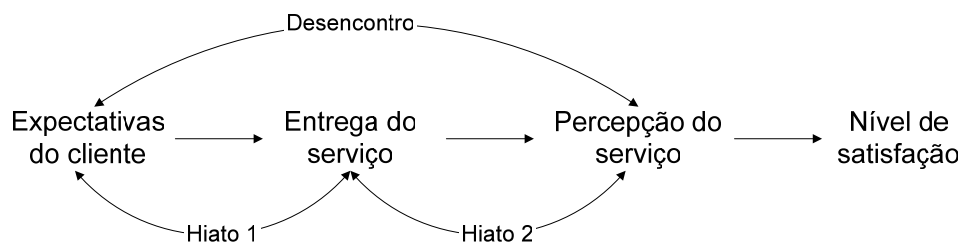
FONTE: Adaptação de JOHNSTON, Robert; CLARCK, Graham. **Administração de Operações de Serviços**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 123

Johnston (2002) salienta que a qualidade do serviço é mais freqüentemente utilizada como algo mais duradouro, enquanto a satisfação é específica à situação e experiência. A satisfação tem que ser experimentada e diz respeito a um momento específico, enquanto a qualidade do serviço de uma organização é algo que o cliente pode ter idéia sem tê-la

experimentado, não é circunstancial e os serviços podem nunca terem sido experimentados pelo cliente.

Para Johnston (2002), quando se fala em qualidade de serviço entregue ao cliente, pode haver discrepância entre o modo como o cliente a percebe e a maneira como a mesma foi projetada para servi-lo, ou seja, entre suas expectativas e sua percepção, conforme demonstrado na figura 03:

FIGURA 03: Modelo simplificado de hiato de serviços.



FONTE: Adaptação de JOHNSTON, Robert; CLARCK, Graham. **Administração de Operações de Serviços**. São Paulo: Atlas, 2002, p. 126

Johnston (2002) afirma que há várias razões para a existência do Hiato 1. O serviço pode ter sido inadequadamente especificado ou pode haver recursos insuficientes para atender às expectativas. Deve-se considerar também que o cliente tenha expectativas inapropriadas ou diferentes daquelas que a empresa planejou. As expectativas inapropriadas – Hiato 1 - podem ser fruto de marketing inadequado, de promessas feitas pela organização que não podem ser atendidas, da má comunicação boca a boca ou da imagem organizacional, que pode ser resultado de más experiências de serviço no passado.

O Hiato 2 pode ser resultado da entrega incorreta de um serviço ou de os clientes percebem inadequadamente o serviço. Nas organizações de serviços é preciso lembrar que “realidade” é o que os clientes percebem, e cada serviço será percebido de modo pessoal,

emocional e, às vezes, irracional. A percepção da qualidade dos serviços por parte dos clientes pode não corresponder à qualidade percebida pela organização.

2.7 Serviços hospitalares

Mirshawka (1994) afirma que no período de 1985 a 1994 as atividades hospitalares passaram por importantes transformações, seja com a redefinição da missão dos serviços hospitalares, seja com a reavaliação dos seus objetivos. São muitos os problemas que a organização hospitalar enfrenta, de processos judiciais movidos por pacientes que alegam infecções hospitalares, o que serve de matéria para profundas reflexões, a questões financeiras promovidas por parentes de pessoas que faleceram e, por isso mesmo, acham-se dispensados do pagamento dos serviços prestados pelos hospitais.

Segundo Mirshawka (1994), assim como qualquer empresa ou instituição, o hospital, nos dias de hoje, vê-se obrigado a reestruturar-se, tanto administrativa quanto tecnicamente, para enfrentar o mercado em que vem operando. Os antigos conceitos a respeito de hospitais, bem como suas instalações, passam hoje por total modificação.

Segundo Cordeiro (1984), quando do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), as instituições hospitalares que atendessem pacientes através do SUS poderiam perfeitamente cobrir grande parte de seus custos, senão tudo. Atualmente, não mais é viável a sustentabilidade do atendimento de um hospital via SUS. Assim sendo, a saída foi buscar o cliente particular que, até então, tinha recursos para pagar pelo atendimento. Mirshawka (1994) afirma que grande parte do cliente particular não tem condições de custear seu

tratamento, o que leva os hospitais a efetivar convênios com os planos de saúde; daí o enorme crescimento dessa modalidade no País.

De acordo com Mirshawka (1994) existem três situações que merecem a atenção do administrador hospitalar: o aumento do custo da assistência hospitalar, a falência da saúde pública municipal e estadual e o aumento da demanda por serviços de saúde, cada vez mais crescente. Mirshawka (1994) afirma que a tecnologia, que deveria facilitar a vida da população, tem criado entraves para seu acesso aos serviços de saúde, em virtude do aumento dos preços, uma vez que houve aumento dos custos de operação de um hospital adequadamente equipado. O autor considera como consequência desse aumento, além dos elevados custos fixos a serem amortizados, a ineficiência administrativa dos hospitais brasileiros de uma forma geral. “*Os hospitais brasileiros ainda sofrem de um problema crônico: a administração.*” (MIRSHAWKA, 1994, p.18)

France e Grover (1992) argumentam que o produto do serviço de saúde é mais complexo do que outros serviços ao consumidor, por cinco razões:

1. Serviços de saúde são provavelmente os mais intangíveis de todos os serviços, pois além de não poder experimentar o serviço previamente à compra, o consumidor frequentemente não pode avaliá-lo, mesmo após o consumo. Alguns serviços médicos (como uma cirurgia cardíaca) podem representar uma experiência única ao longo da vida de um indivíduo, ao contrário de serviços como corte de cabelo ou lavagem de automóveis, aos quais se pode ter acesso várias vezes durante a vida;
2. Frustração das expectativas do cliente quanto à entrega pode ser ainda maior para serviços de saúde, uma vez que os aspectos psicológicos únicos de um paciente determinam sua reação às drogas e outros tratamentos. O resultado de uma cirurgia por exemplo, é influenciado pelas condições do paciente anteriormente à mesma. A

prestação de um serviço de saúde demanda um julgamento crítico por parte do fornecedor e, invariavelmente, os cuidados são customizados para cada paciente em particular. Conseqüentemente, o serviço final depende do fornecedor e também do cliente em última instância;

3. A demanda por serviços de saúde é menos previsível. Quando a demanda de um serviço é bastante previsível, a perecibilidade continua sendo um problema, porém bastante controlável. Embora haja fatores sazonais (como maior número de doenças respiratórias no inverno, por exemplo) altamente previsíveis, a demanda por serviços de saúde pode ser afetada pelo surgimento repentino de um vírus, uma calamidade da natureza ou um acidente. Dada a natureza crítica dos serviços de saúde, torna-se necessário um excesso de capacidade instalada;
4. A distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa nos serviços de saúde: Após a decisão inicial de procurar por um fornecedor, tomada por um paciente ou sua família, a maioria das outras decisões específicas de compra de serviços de saúde é tomada (ou fortemente influenciada) por um fornecedor (médico ou hospital). Conseqüentemente, pode não ser fácil para um profissional de marketing decidir quando e a quem direcionar seus esforços;
5. Com muita freqüência, o cliente não troca diretamente dinheiro por serviços de saúde. Na maioria dos casos, uma terceira parte (fonte pagadora) cobre os custos dos serviços de saúde. Portanto, os clientes tendem a não ter elasticidade a preço, ou seja, usar bem o dinheiro gasto com contas hospitalares não é uma preocupação na hora da compra.

Lynch e Schuler (1990) destacam outra característica que torna os serviços de saúde bastante especiais em relação a outros: o fato de serem ricos em atributos de confiança,

atributos estes que os consumidores não conseguem avaliar com precisão, mesmo após a compra.

Diferentemente dos atributos de procura, ou seja, aqueles que o consumidor pode avaliar antes do consumo tais como cor, cheiro, forma, entre outros (dos quais os bens físicos são ricos) – e dos atributos de experiência – aqueles que o consumidor pode avaliar somente durante o uso (caso da maioria dos serviços) – os serviços médicos são ricos em atributos de confiança. Pode-se indagar, por exemplo, como um paciente submetido a uma cirurgia neurológica avaliará os resultados do serviço prestado se não possuir qualquer conhecimento de medicina.

Segundo Ford e Fotller (2000), os serviços de saúde apresentam três características bastante particulares que muitas vezes levam os fornecedores a dar um nível de atenção a seus clientes menor do que aquele dado por outros tipos de fornecedores de serviços: a) os pagamentos são feitos por outra fonte pagadora, b) o poder de decisão dos médicos c) a estrutura regulatória do setor.

De acordo com Mirshawka (1994), os problemas que os hospitais vêm enfrentando são frutos das necessidades de mudança do modelo administrativo utilizado. O autor afirma que é necessário adotar ferramentas administrativas modernas e científicas para garantir a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e sua satisfação.

Borba (1989), especialista em marketing, afirma que:

Por que os profissionais de saúde, empresas hospitalares e órgãos públicos só recentemente se deram conta de que existe todo um ferramental de marketing altamente eficaz para os serviços que prestam no setor saúde? - Responderam que: O preconceito, a falta de visão e o despreparo dos administradores e profissionais nesse campo são as respostas que, à primeira vista, nos ocorrem. Além disso, o desconhecimento do que é marketing de serviços, sua aplicação e resultados na área de saúde é uma das causas do problema. O ferramental de marketing não provoca o aumento do consumo de atos médicos e odontológicos ou cuida somente da propaganda como quer a maioria dos profissionais que militam na área de saúde. Ele auxilia as organizações e os profissionais a atingirem seus objetivos de sobrevivência atraindo e mantendo seus clientes .(BORBA, 1989, p. 18)

2.7.1 O hospital como provedor de um serviço de qualidade

Coltro (1998) assinala que dentre as várias organizações cuja presença caracteriza a sociedade moderna, uma se destaca pela complexidade das tarefas que a comunidade lhe impôs: o hospital. Segundo o autor, uma análise superficial revela a execução simultânea e harmoniosa de um conjunto de atividades de diversas organizações autônomas: um hotel, uma lavanderia, um restaurante, uma farmácia e um setor de atendimento médico. Pode-se adicionar uma característica: hospitais são prestadores de serviços de saúde que reúnem, num mesmo espaço físico, uma gama de tarefas executadas separadamente por diversos fornecedores tais como consultas médicas, exames laboratoriais, diagnósticos por imagem e cirurgias.

Segundo Mirshawka (1994), foi no início da década de cinquenta que surgiram os cursos com vistas à formação de administradores hospitalares na Universidade de São Paulo, na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, em entidades religiosas como a da Ordem dos Camilianos e em dezenas de instituições disseminadas por todo o território nacional. Afirma o autor que é imprescindível a formação do administrador hospitalar, dada a complexidade e as peculiaridades envolvidas na administração de um hospital.

O Dr. John S. Billings, na abertura do Hospital John Hopkins, de Baltimore, definiu o hospital como um organismo vivo, constituído de diferentes partes, tendo funções diversas, mas todas na devida proporção, relacionadas entre si e no conjunto para produzir os resultados desejados. De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Como objetivo fundamental, tem ele um simples propósito: receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal. (MIRSHAWKA, 1994, p. 22).

Assim conceituado, o hospital deve ser encarado sob a forma de uma instituição dotada de planta física, equipamento e organização adequados tanto à recepção de pacientes

quanto ao seu tratamento, a fim de devolvê-lo à comunidade em condições satisfatórias de saúde. Ainda de acordo com Mirshawka (1994), o sucesso do hospital baseia-se em uma tríade: bom planejamento comunitário, bom projeto e construção e boa administração. No que concerne ao cuidado com o paciente, eficiência e serviços comunitários, a falta de um item dessa combinação gera um hospital medíocre.

De acordo com Calmon (1999), a comissão de peritos em assistência médica da Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião realizada em Genebra, de 18 a 23 de junho de 1956, definiu o hospital como parte integral de uma organização médica e social, cuja função é prover completa assistência de saúde à população – curativa e preventiva – por meio de serviços que atingem a família e seu meio ambiente. A referida comissão discutiu as funções do hospital geral e definiu que esse não poderia limitar suas atividades à esfera restaurativa, e sim, tanto quanto possível, a organizar-se para atender às necessidades preventivas, como também às do ensino e a pesquisa. As funções padronizadas por aquela comissão da OMS foram:

1. Restaurativa: diagnóstico, tratamento da doença, reabilitação, cuidados de emergência.
2. Preventiva: supervisão da gravidez normal, controle de doenças transmissíveis, prevenção das enfermidades prolongadas, prevenção da invalidez mental e física, educação sanitária.
3. Ensino: graduação médica, pós-graduação, interessados em medicina social.
4. Pesquisa: aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença, práticas hospitalares.

Para Calmon (1999), até a segunda metade do século XX, a realidade hospitalar brasileira é marcada pela falta de planejamento, tendo como foco apenas as necessidades comunitárias de subsistência. Esse empirismo do planejamento hospitalar tem acarretado

evasão de recursos comunitários e impedido a criação de organizações dinâmicas e eficientes. Ademais, as funções restaurativa e preventiva do hospital têm sido abordadas como fundamentais para que ele cumpra suas funções, chegando-se a afirmar que não faz sentido pensar em instituições hospitalares sem uma perfeita identificação da medicina preventiva com a medicina curativa.

Calmon (1999) ainda coloca que a pesquisa administrativa não pode ser esquecida, uma vez que a administração é uma atividade relativamente nova do ponto de vista científico – com menos de um século, e fundamentada nos trabalhos pioneiros de Taylor, Fayol e outros-, sendo muito recente a sua aplicação no campo hospitalar. Calmon (1999) cita também a necessidade de pessoal competente e treinado para a otimização dos resultados e melhor aproveitamento dos recursos administrados no hospital. Para tal, é necessária a aplicação de técnicas de administração de pessoal, cada vez mais sofisticadas, o que torna imperativa a incessante necessidade do administrador hospitalar em profissionalizar-se e empregar modernas técnicas de administração.

Mirshawka (1994) dá as seguintes recomendações para que um hospital consiga ser excelente:

1. Dar aos médicos e a todos os empregados do hospital uma real sensação de propriedade.
2. Dar à sua organização mais sentido, ou seja, um propósito bem concreto, liderando com base no exemplo.
3. Ficar sempre na rota, evitando manias e modismos administrativos, não sendo apressado e principalmente alcançando um sucesso por vez.
4. Investir nos melhores talentos médicos e afastar todos os tipos de “monopólio da mediocridade”.

5. Ser o melhor e o maior ou ser diferente: ganhos de escala ou de diferenciação.
6. Buscar a grandeza por meio da produtividade, da qualidade e da primazia.
7. Manter o aprimoramento incessante dos processos para o alcance de metas mais ambiciosas, se o hospital for o melhor.
8. Encontrar um nicho e especializar-se nele, e ser o mais focado possível, se o hospital for pequeno.

2.7.2 Custos hospitalares

Bertossi (1996) afirma que, atualmente, os médicos têm a responsabilidade principal pelo controle de custos em um hospital, partindo-se da premissa de que são eles que determinam os tipos de serviços e tratamentos de que os pacientes necessitam, bem como sua frequência e intensidade. Para Mirshawka (1994) esta afirmação não é por completo verdadeira, haja vista que os custos de um hospital moderno concentram-se, grande parte, em máquinas e equipamentos. Se os custos fixos são os mais expressivos, conclui-se que a subutilização da estrutura contribui substancialmente para o agravamento de problemas financeiros, pois a infra-estrutura tem grande peso na estrutura de custos e a plena utilização da mesma é condição necessária para a saúde financeira do hospital.

Para que o hospital tenha sua saúde financeira garantida e seus leitos sempre cheios, considera-se que a qualidade percebida dos serviços prestados deve, pelo menos, atender às expectativas dos usuários, e, preferencialmente, superá-las. Antes de discutir detalhadamente este tópico, deve-se descrever o que é qualidade em serviços e como a mesma acontece neste ambiente tão complexo.

2.7.3 Qualidade de serviços aplicada ao hospital

Segundo Chase e Erikson (1988), se os clientes precisam estar fisicamente presentes durante a entrega do serviço, como no caso do hospital, eles terão de entrar na “fábrica de serviço” e lá permanecer até que o serviço seja prestado. Conseqüentemente, a qualidade percebida será influenciada pelas interações que terão com os funcionários, com as instalações físicas e com outros pacientes que usam o mesmo serviço.

Segundo Mirshawka (1994), é possível dividir a qualidade dos serviços hospitalares em duas categorias: a) aspecto técnico, b) aspecto interpessoal. A atenção técnica é a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina e das outras ciências da saúde no manejo de um problema pessoal de saúde. O primeiro passo do aspecto técnico é efetuar um diagnóstico físico apropriado e a última fase, um diagnóstico mental do paciente, no qual o médico faz uma análise emocional do mesmo, semelhante à feita por um psicólogo. Já o manejo das relações interpessoais é uma “arte”, principalmente pelo fato de que seus fundamentos científicos são muito débeis. Para que a relação interpessoal seja executada a contento, a atenção médica nunca pode ser insuficiente em quantidade; caso contrário, o paciente perceberá deficiência da qualidade do atendimento.

Como assinala Cordeiro (1984), os hospitais têm competido pelos pacientes somente de forma indireta; o foco tem sido atrair e reter bons médicos que, conseqüentemente, trarão pacientes, o que nem sempre ocorre. A percepção do serviço recebido pelo paciente não é um ente estável e fixo, mas, ao contrário, é um processo, e a avaliação do paciente pode mudar muito ao longo da sua permanência no hospital. Em muitos casos, os pacientes trocam de médicos, enfermeiras e até mesmo de hospital não porque a qualidade clínica seja ruim, mas

porque é fraca ou inexistente a qualidade de comportamento; é baixa também a qualidade percebida pelo paciente quanto aos serviços prestados.

Segundo Cordeiro (1984), a vantagem de um relacionamento próximo com os pacientes está na possibilidade de se conhecer bem as necessidades e o uso que o paciente faz dos serviços. Além disso, um estreito relacionamento aumenta as chances de que o consumidor seja fiel ao prestador de serviços. O autor ressalta que este é um grande desafio para os hospitais, que em geral não desenvolvem um relacionamento formal com seus clientes.

Para que a lacuna entre a satisfação pretendida e a percebida seja reduzida, é necessário que as funções técnicas estejam de acordo com as expectativas – porque esse é um padrão com o qual o paciente conta. É imprescindível que as funções não-técnicas do processo de execução do serviço sejam condizentes com as expectativas do paciente, para que haja qualidade percebida. Segundo o autor, os momentos da verdade em um hospital são críticos para que o serviço seja de qualidade. Esses momentos da verdade representam todas as situações - especialmente os momentos críticos - nas quais o paciente entra em contato com qualquer aspecto da organização e forma alguma opinião sobre os serviços prestados. Se o provedor de serviços, nesse caso o hospital, não fizer bem algum ponto da cadeia de experiências do paciente, isso facilita a ele apagar todas as boas experiências que teve ao longo desse processo.

A satisfação das necessidades e expectativas do paciente está diretamente ligada a alguns fatores, apontados por Borba (1989):

1. Necessidades: a necessidade de aliviar um problema e a intensidade desta, ou seja, a importância da necessidade de curar-se. Quanto maior a gravidade do quadro, maior será a necessidade do paciente;

2. Experiências: tudo o que o paciente já experimentou anteriormente ao receber qualquer outro tratamento de saúde;
3. Conhecimento da tecnologia e do ambiente: a informação do paciente sobre tipos de serviços disponíveis, o escopo de tais serviços, incluindo os riscos e o nível tecnológico no qual são oferecidos. Aqui, faz-se necessário um sistema de comunicação eficiente por parte do hospital, pois terá muito pouco valor para o paciente ser atendido pela melhor equipe, se ele não estiver informado desse fato;
4. Ofertas da concorrência: o conhecimento sobre o que fazem os outros hospitais, o que oferecem, o que permitem e do que são capazes.

Todos os fatores acima citados podem ser avaliados de maneira completamente diferente de um paciente para outro, no que diz respeito aos serviços prestados pelo hospital. Ainda segundo Borba (1989), as expectativas ocorrem em três fases: a) Antes de chegar ao hospital, b) Durante a passagem pelo hospital, c) Após a saída do hospital.

Mirshawka (1994) reforça a crença de que a propaganda boca a boca é um importante fator de escolha de um hospital, conforme mostra a TAB. 6:

TABELA 6

Fontes de informação sobre a escolha do hospital ou de algum outro serviço de saúde.

Ano	1984 (%)	1985 (%)	1986 (%)	1987/88 (%)	1989 (%)	1991 (%)
Parente/amigo	27	25,6	17,8	28,1	49,9	51,3
Médico da família	45,8	41,1	50,4	43,8	20,8	19,2
Jornal	10,9	11,4	7,6	5,4	4,6	4,8
Correspondência do hospital	3,1	3,0	4,0	3,8	3,7	3,5
Trabalho	0,0	3,7	3,5	0,0	2,8	2,9
Outras	13,2	15,2	16,7	18,9	18,2	18,8

FONTE: MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: fui bem atendido!!!** A vez do Brasil. São Paulo: McGraw-Hill, 1994.

Ainda utilizando dados das pesquisas de Mirshawka (1994), a tabela acima mostra um quadro comparativo de pesquisas realizadas em pacientes norte-americanos em 1989, no qual eles enumeram e quantificam aquilo que consideram mais importante para a qualidade do serviço de atendimento de um hospital:

TABELA 7

Nível de importância dos fatores de sucesso para um bom serviço de saúde:

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

FONTE: MIRSHAWKA, Víctor. **Hospital: fui bem atendido!!! A vez do Brasil**. São Paulo: McGraw-Hill, 1994.

Segundo Mirshawka (1994), a avaliação do paciente quanto à qualidade do serviço de saúde pode ser identificada quando atender aos seguintes quesitos:

1. Bom atendimento ao paciente: dar aos pacientes a devida atenção por intermédio de enfermeiras preparadas, com boa e efetiva comunicação, e, acima de tudo, que tenham compaixão pelos problemas dos pacientes.
2. Ser responsivo: os pacientes gostam e valorizam quando suas requisições são atendidas prontamente, com rapidez e eficiência;
3. Bons médicos: os pacientes acham que bons hospitais devem ter bons médicos, que estejam inclusive a par de todas as novas tecnologias e procedimentos;

4. Boa reputação: a reputação de um hospital tem relação com a propaganda boca a boca, ou seja, com os comentários que fazem os membros da família e amigos dos pacientes, bem como os pacientes antigos do hospital;
5. Equipamentos modernos: bons hospitais são aqueles que têm equipamentos modernos e pessoas com excelente aptidão para utilizá-los;
6. Limpeza: todos os pacientes esperam e exigem que o hospital seja limpo.
7. Alimentação adequada: os pacientes não esperam que a comida tenha um sabor extraordinário, porém, gostariam que existisse certa variedade e que o gosto fosse agradável.
8. Ruído dentro dos limites do suportável: os pacientes reclamam com frequência do barulho interno do hospital, especialmente no horário em que vão dormir, e do barulho proveniente do posto de enfermagem;
9. Presteza no fechamento das contas e sua correção: os pacientes querem receber logo suas contas e que elas estejam discriminadas corretamente.

O mesmo autor enumera os atributos que os médicos de um hospital devem possuir:

1. Boa comunicação: além de uma inter-relação ser apreciada pelos pacientes, eles gostariam que os médicos lhes dessem mais atenção;
2. Constante atualização: os pacientes esperam que os seus médicos estejam a par de todos os avanços da ciência médica, desde os novos medicamentos até os procedimentos e equipamentos modernos.
3. Tempo disponível para atendê-los: querem que seus médicos tenham tempo suficiente para responder às suas dúvidas, dar as devidas explicações e tratar a sua doença;

4. Consciência da inconveniência de longas esperas: pacientes reclamam muito do tempo gasto nas salas de espera até chegar a vez de ser atendidos.

Para Mirshawka (1994), um dos pontos mais críticos para a percepção da qualidade dos serviços de um hospital é o serviço de emergência. Como foi dito anteriormente, um dos fatores de formação da expectativa é a necessidade. Qual paciente teria maior necessidade de atendimento do que aquele que chegou a um setor de emergência de um hospital? Pelo caráter de emergência e, muitas vezes, pelo perigo de vida a que se encontra exposto o paciente, quando recorre a esse setor, a qualidade desse serviço é crucial para a boa imagem de um hospital. Os pontos-chave de um atendimento de emergência, sob a ótica do paciente, são:

1. Atendimento rápido: os pacientes esperam serviço rápido acima de tudo. No atendimento de emergência, os pacientes devem ser classificados por ordem de emergência e necessidades, e os pacientes que precisam esperar o fazem mais tranquilamente quando lhes é explicado o porquê da espera e da urgência de um paciente mais grave ser atendido primeiro. Há coisas que são intoleráveis para os pacientes, dentre elas: a) o intervalo de almoço dos médicos, quando eles o procuram; b) o atraso do médico ou a necessidade de ele se ausentar por um período; c) a necessidade de o paciente preencher um cadastro antes de ser atendido.
2. Disponibilidade de equipamentos: poucos pacientes estão familiarizados com os vários tipos de equipamento que precisam estar à disposição quando eles são trazidos para a sala de emergência; porém, sabem quando o hospital está bem equipado e instrumentado para proporcionar atendimento especializado.

3. Profissionalização de pessoal: os médicos e as enfermeiras que trabalham no setor de emergência é que estabelecem o tom para o paciente e para a sua família. Profissionalismo não se traduz apenas na forma como o clínico percebe o paciente, mas, acima de tudo, pela precisão com que o médico identifica o problema e descreve o curso do tratamento.
4. Atendimento especializado e precauções com as crianças: as crianças requerem atenção diferenciada por parte da equipe de atendimento, especialmente pelo nível de preocupação em que se encontram os pais no momento.
5. Ênfase na atenção ao paciente e não ao dinheiro: quando as pessoas chegam ao setor de emergência é porque estão em condições muito frágeis; assim, elas desejam receber cuidado apropriado, e pagar por isso tem importância secundária nesse momento. Os pacientes, quando estão em situação de emergência, ficam irritados quando indagados sobre o tipo de plano que possuem e detalhes dessa ordem.

Muitas vezes, a administração do hospital considera que a satisfação de seu cliente restringe-se apenas a tratá-lo com primazia. Torna-se necessário, então, estender o conceito de cliente, já que não se pode pensar apenas no paciente. Muitas vezes, em virtude da situação delicada de saúde desse paciente, ele não se encontra em condições de julgar a qualidade dos serviços prestados, o que é percebido pelos clientes periféricos, ou seja, família, amigos e acompanhantes, que fazem tal avaliação.

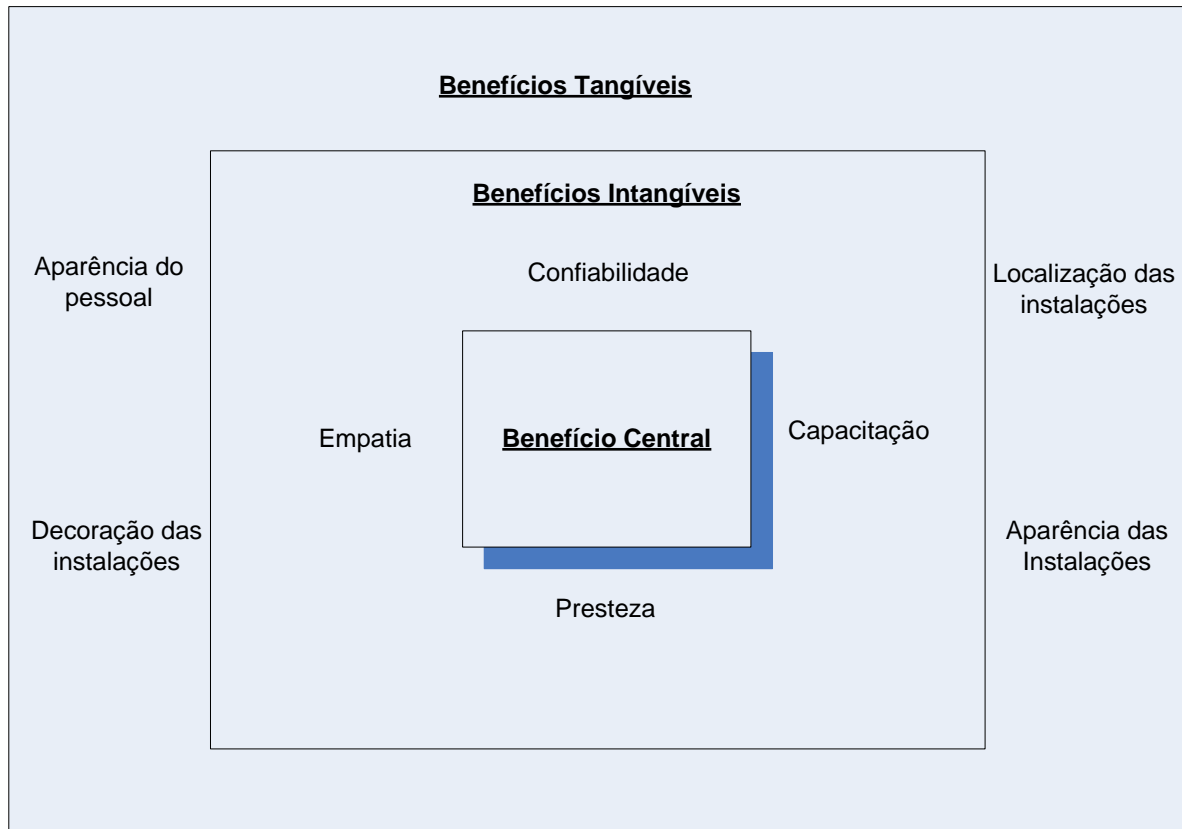
Ademais, deve estar o hospital atento para que seu foco seja a satisfação do paciente, e que essa seja a prioridade número um. Para que isso ocorra, é necessário conhecer as necessidades e exigências dos pacientes, e estabelecer diálogo contínuo com ele. Uma das maneiras para alcançar tal “intimidade” é mediante a realização de pesquisas periódicas com grupos de pacientes, o que leva a conhecê-los em profundidade. Além disso, o hospital precisa

ter uma política de qualidade de serviços, como a aplicada em empresas de manufatura, mas com enfoque na mensuração da qualidade dos serviços.

Como o tema da gestão da qualidade total em serviços é por demais amplo e foge ao enfoque do presente trabalho, ele não será aqui abordado. Sugere-se que sejam feitas pesquisas complementares para aprofundamento no tema e detalhamento de como operacionalizar uma estrutura de controle de qualidade em serviços.

Lytle e Mokwa (1992) definem o produto do serviço de saúde com um “pacote” de benefícios tangíveis e intangíveis que satisfaz as necessidades e desejos dos clientes. Essa definição pode ser mais bem compreendida pela figura abaixo, desenvolvida para um centro de estudos de infertilidade nos Estados Unidos:

FIGURA 04: Agrupamento de produtos e serviços para uma clínica de infertilidade.



Fonte: LYTLE, R. S.; MOKWA, M.P. Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 12, n. 1, p. 5, Mar. 1992.

A figura 04 mostra que serviços de saúde podem ser conceituados como se envolvessem três níveis de benefícios distintos, porém inter-relacionados: benefício central, benefícios intangíveis e benefícios tangíveis.

O benefício central corresponde àquele benefício fundamental que o consumidor busca e que o fornecedor procura ofertar. Ele está relacionado à pergunta: o que o paciente está realmente comprando e o que o fornecedor está realmente vendendo? A resposta pode ser algo como gravidez, cura de uma doença, bem-estar, dentre outros.

Os benefícios intangíveis são produzidos e consumidos simultaneamente ao benefício central, como resultado de interações entre pacientes e fornecedores de serviços de saúde. Eles incluem confiabilidade, presteza, capacitação e empatia. Pode-se dizer que os pacientes compram a habilidade de o fornecedor ser consistente e confiável, de fornecer respostas rápidas às suas necessidades físicas, emocionais e mentais, além da prestação de um serviço que transmita sentimentos de capacitação e empatia.

Os benefícios tangíveis ajudam os clientes a determinarem a competência do fornecedor de serviços de saúde. Esses benefícios são elementos do ambiente físico em que se dá o encontro de serviços tais como: decoração e ou aparência da sala de espera e dos quartos, localização conveniente, aparência dos prestadores de serviço, dentre outros.

2.8 Cultura organizacional e serviços

Segundo Parasuraman (1987), a literatura que trata sobre serviços tem proposto várias soluções para sua padronização e profissionalização dos mesmos, dentre elas sua

“industrialização”, metodologia que muitas empresas vêm adotando. Parasuraman (1987) acredita que a “industrialização” dos serviços não é capaz de criar diferencial competitivo e, pelo contrário, engessa a empresa em regras e normas que não permitem a seus funcionários ajam com a autonomia necessária para resolver, satisfatoriamente, os problemas dos seus clientes. Segundo o autor, a cultura organizacional diz respeito às regras que não estão escritas, que são percebidas pelos funcionários, mas muitas vezes não foram transmitidas verbalmente, cultura esta que flui pelas arestas do que não está previsto nos livros e manuais da organização, chegando mesmo a ir contra o que está escrito nos manuais, pois é mais forte e mais determinante. Parasuraman (1987) afirma que as empresas de serviços precisam ser criativas para garantir e manter lucrativos nichos de mercado e que, para isso, a cultura organizacional é um componente chave de sucesso. Uma cultura organizacional forte e bem definida é, segundo o autor, um elemento chave para qualquer empresa, mas é um fator crítico para uma empresa de serviços, conforme será mostrado.

Segundo Parasuraman (1987), uma das razões pelas quais as empresas de serviços demandam uma cultura voltada para serviços excelentes está ligada ao fato de fazerem uso intensivo de capital humano e, assim sendo, a natureza e a qualidade do serviço vendido estão diretamente ligadas à interação cliente-empregado – antes, durante e depois da finalização do serviço. O autor ainda afirma que há três fatores cruciais a serem levados em conta por empresas de serviços: a) Filosofia voltada para a satisfação do cliente, b) Consistência e c) Crença.

De acordo com Parasuraman (1987), as transações de serviços possuem dois fatores relevantes: a maneira pela qual o serviço é provido ou executado e o resultado final do mesmo. Ambos os fatores, de forma integrada, definem o grau de satisfação do consumidor com o serviço provido, sendo que tais fatores são fortemente influenciados pela cultura da empresa prestadora de serviço. Para empresas como hospitais, escritórios de advocacia e

outras que vendem apenas o serviço, o autor salienta que torna-se mais relevante a maneira pela qual o mesmo é prestado, haja vista que, muitas vezes, o cliente não consegue avaliar o resultado da prestação do serviço.

Parasuraman (1987) afirma que os serviços podem ser classificados diferentemente por sua natureza: a) Serviços rotineiros: diz respeito a serviços realizados em grande escala e com enfoque no volume, repetitivos e previstos nos manuais e treinamentos formais das empresas, por exemplo, a venda de um bilhete de viagem por uma atendente de uma companhia aérea; b) Serviços não-rotineiros: são serviços prestados de forma excepcional, quando alguma coisa errada ocorre com os serviços rotineiros, por exemplo, quando um cliente de uma companhia aérea perde sua mala com valores e se dirige à administração da empresa pedindo providências emergenciais pela importância do conteúdo que levava. Apesar dos serviços não-rotineiros ocorrerem com menor frequência do que os rotineiros, os mesmos podem causar um grande impacto à imagem da empresa devido a sua natureza. Parasuraman (1987) afirma que todas as vezes que um serviço não-rotineiro ocorre, a empresa e sua cultura organizacional são colocados em prova e, caso a empresa possua uma cultura organizacional direcionada para o cliente, ela não apenas passará no teste como também terá sua reputação fortalecida e desfrutará de uma poderosa fonte de propaganda: a propaganda boca-a-boca. Segundo o autor, o efeito reverso ocorrerá caso a empresa falhe em resolver os problemas dos seus clientes por falta de treinamento ou cultura adequada do seu pessoal de frente, pagando assim um custo que, muitas vezes, é invisível no curto prazo, mas se mostra alto no longo prazo.

Desta forma, a maneira pela qual o serviço é executado e os serviços não-rotineiros são aspectos críticos para a diferenciação e competitividade das empresas de serviços. Com base no exposto, o autor afirma que uma empresa de serviços precisa estar embasada fortemente pela sua cultura, a mesma precisa ser consistente e coerente em todos os seus

aspectos de forma a encorajar e recompensar a excelência na prestação dos serviços, especialmente quando os clientes demandarem serviços não-rotineiros. A preocupação e interesse pelo cliente precisa ser uma prática vivenciada por todos, em todos os níveis, inspirada e exemplificada pela direção, não podendo ser delegada a um departamento de “relacionamento” ou qualidade. A formalização de uma estrutura de qualidade de serviços pode monitorar, controlar e definir padrões para serviços rotineiros e mensurar sua eficiência, mas não consegue fazer o mesmo com os serviços não-rotineiros.

Ainda assim, Parasuraman (1987) afirma que os departamentos especializados são de grande valia para a garantia dos padrões de qualidade e cumprimento de metas estabelecidas internamente, podendo minimizar a ocorrência dos serviços não-rotineiros. Por outro lado, uma estrutura que cuide da qualidade dos serviços não consegue monitorar a forma (processo) pela qual o serviço é desempenhado. Pode-se mensurar o tempo que um cliente permanece na fila de um banco, mas não se consegue averiguar com precisão o nível de cortesia de um funcionário ao atendê-lo. A receptividade de um cliente para uma empresa de serviços, conquistada através de várias interações bem sucedidas, pode ser seriamente afetada por uma interação mal feita, especialmente envolvendo algum serviço não-rotineiro que seja de grande valor para o cliente. Parasuraman (1987) afirma que não há procedimentos ou manuais capazes de prevenir este tipo de ocorrência, apenas empresas com foco no cliente, cultura sólida e consistente, treinamento apropriado aos funcionários de linha de frente, autonomia e liberdade suficiente para que as soluções possam ser tomadas *in loco*, de acordo com as circunstâncias específicas de cada caso, podem garantir soluções satisfatórias e apropriadas para situações específicas e únicas.

Parasuraman (1987) ressalta que uma empresa com cultura voltada para a satisfação do cliente não implica a prestação de serviços a qualquer custo. Certos serviços podem levar a empresa a dificuldades financeiras, chegando mesmo a torná-la não-lucrativa. No outro

extremo, o apego ao manual de procedimentos pode ser igualmente desastroso no longo prazo. A peculiaridade e complexidade dos serviços fazem com que muitas empresas vejam esta variabilidade como algo problemático, um empecilho ao bom andamento do seu trabalho rotineiro. Segundo o autor, esta é uma visão equivocada. O que é considerado por muitos como problemas ou dificuldades no setor de serviços deveria ser considerado como oportunidade de diferenciação através de posturas inovadoras e criativas, incentivadas e promovidas pela direção da empresa junto aos funcionários, especialmente com os que lidam diretamente com os clientes. Oportunidades para inovar, em empresas de serviços, ocorrem a todo o momento por causa da grande variedade de necessidades específicas dos consumidores.

Parasuraman (1987) afirma que não se consegue criar uma cultura voltada para a satisfação dos clientes sem real interesse pelos funcionários, especialmente aqueles que lidam diretamente com o cliente. A razão é bastante simples: parte do que a empresa vende – muitas vezes grande parte – são seus funcionários, ou os serviços dos mesmos. Os funcionários, por sua vez, vendem aquilo que a empresa lhes capacita vender, ou seja, os funcionários de uma empresa, em última instância, são reflexo do que ela é. Como consequência natural deste processo, empresas medíocres terão funcionários com serviços medíocres e os comercializarão aos seus clientes, que mais cedo ou mais tarde deixarão de comprá-los. A forma com que os funcionários lidam com os clientes e seu grau de interesse pelos mesmos estão diretamente relacionados com tratamento que estes funcionários recebem e como eles se sentem na empresa, com o clima organizacional e com a atmosfera do local de trabalho.

Parasuraman (1987) afirma que o processo de mudança cultural é, muitas vezes, difícil e complexo, que depende da natureza e extensão da cultura predominante na empresa para que se possa definir qual será adotado e em que medida. Caso o processo de mudança, caso seja feito de maneira descuidada e sem levar em conta os valores dos grupos que compõem a

organização, pode ser desastroso e causar mais danos do que benefícios. Tão fundamental quanto a mudança organizacional é o processo como a mesma se dá: a alta direção da empresa precisa reconhecer a importância e relevância de tal mudança e, iniciá-la de forma pragmática, ou seja, dando o exemplo a todos os demais funcionários de como a mesma deverá ocorrer, que tipo de mudança de comportamento deverá ser implementado, a começar pela própria mudança de enfoque com o próprio funcionário. O autor afirma que, muito mais eficaz do que um roteiro a ser seguido pelos funcionários, são ações que demonstrem e validem a nova postura: mais vale um diretor clínico de um hospital conversar e escutar os pacientes para saber dos seus problemas com os serviços e suas reclamações do que reuniões com os demais médicos para explicar-lhes como devem agir. É a liderança pelo exemplo.

2.9 A busca pela excelência e a dinâmica de funcionamento em empresas de serviços

Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), os funcionários que trabalham em empresas de serviços precisam perceber sentido no trabalho desempenhado para que não sejam tomados pela rotina enfadonha e monótona que os trabalhos repetitivos causam em quem os executa. Caso contrário, a relação com o cliente será, em maior ou menor grau, mecânica e repetitiva, massiva e desgastante, gerando assim um sentimento mútuo de desgaste e desconforto. Os autores consideram que o processo de liderança é um dos caminhos para evitarem tais problemas; empresas de serviços precisam de liderança ativa, de pessoas que estejam na linha de frente incentivando, orientando, contaminando os demais funcionários com espírito de equipe e colaboração mútua. Princípios como ética, coerência, educação, respeito e cortesia deixam de ser palavras bonitas, descritas nos manuais de

comportamento e disseminadas nos *workshops*, para serem praticadas pela direção da empresa, mostrando, assim, que a empresa acredita e pratica o que cobra dos seus funcionários. Os relatórios, manuais e treinamentos têm sido usados para comunicar valores aos funcionários, valores estes que devem ser percebidos no dia-a-dia da empresa.

Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) afirmam que as empresas com excelência em serviços precisam de líderes que incorporem sua cultura e seus valores. Segue abaixo alguns dos valores compartilhados por estas empresas e seus líderes:

Visão de serviços: líderes em serviços vêem a qualidade em serviços como um componente chave para o sucesso e como um elemento central - não periférico - da administração. Para estas empresas, ser líder em serviços é, antes de mais nada, lucrativo. Empresas líderes em serviços não vacilam quanto ao seu compromisso com a qualidade dos serviços que prestam, elas vêem a excelência em serviços como uma jornada interminável, na qual a única opção efetiva é prover serviços todos os dias, todas as semanas, todos os meses do ano. As empresas líderes entendem que qualidade em serviços não é um programa a ser implementado, é uma filosofia, algo que faz parte dos princípios e valores da organização.

Altos padrões: líderes em serviços estabelecem altíssimos padrões, pois percebem que realizar um bom serviço pode não ser o bastante para diferenciá-las das demais empresas. Estas empresas estão focadas nos detalhes e nuances dos serviços, enxergando oportunidades em pequenas ações, que podem parecer triviais para as demais. Acreditam que a maneira pela qual gerenciam as pequenas coisas indica, em bom grau, como as grandes questões são tratadas, e que os detalhes serão percebidos pelos consumidores e servirão de parâmetro de diferenciação e comparação entre concorrentes do mesmo segmento. Líderes em serviços zelam por prestá-los corretamente da primeira vez, valorizam metas como “defeito zero”, empenhando-se cada vez mais para aumentar a confiabilidade dos consumidores nos serviços

prestados e, desta forma, garantir o retorno dos consumidores e mantê-los fiéis, certificando-se de que a qualidade empregada seja percebida e reconhecida por eles.

Liderança de linha de frente: líderes em serviços tomam a frente dos mesmos, vão para o campo e garantem permanente contato com o cliente. Não se administra empresa de serviços em grandes salas isoladas dos clientes. É preciso estar presente juntamente com a equipe de trabalho, acompanhar, saber dos problemas de perto, orientar, treinar, escutar os clientes e estar disponível. Trabalham para criar espírito de equipe, coesão, senso de direção, para dar autonomia ao seu pessoal, deixando-os livres para administrarem as situações difíceis, dando suporte quando necessário. A coesão deve ser conseguida através de comunicação aberta, jogo limpo, incentivo público aos membros do grupo, regras claras e coerência nas decisões. É fundamental que se tenha em mente que o objetivo do grupo é mais importante do que dos seus componentes isoladamente, e para isso devem-se criar mecanismos - formais e informais - de “amarrar” os resultados, minimizando os sucessos individuais e maximizando os resultados grupais.

Integridade: uma das principais características dos líderes de serviços é a integridade pessoal. Valorizam fazer as coisas corretamente, mesmo que isto tenha um custo elevado. Líderes em serviços sabem que não é possível construir empresas excelentes e confiáveis nas quais os gerentes ou integrantes não sejam íntegros e corretos, reconhecem que existe uma relação direta entre excelência em serviços e o orgulho dos funcionários que nela trabalham, pois os mesmos sentem-se parte de algo que valorizam e acreditam.

Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), empresas líderes em serviços acreditam firmemente que trabalhar provendo excelentes serviços é uma estratégia lucrativa, o que não é um consenso. Os autores afirmam que trabalhar com excelência em serviços pode não ser uma estratégia lucrativa, principalmente quando a empresa investe muito dinheiro e tempo naquilo que o cliente não precisa, não quer ou não valoriza. É bastante fácil encontrar

exemplos de casos como este, em que as empresas gastam muito dinheiro, possuem sistemas excelentes, os melhores aparelhos, mas nada disso é perceptível para o cliente, a qualidade que a empresa alega ter não está perceptível e naquilo que está visível, possui deficiências claras. De acordo com esta perspectiva, pode-se ilustrar com um exemplo: duas empresas distintas na qual uma delas investiu em equipamentos de qualidade, treinamento de funcionários e construiu uma base sólida de produção e comercialização; a outra, principiante ou inexperiente, (ou mesmo desonesta), mas com uma política de marketing agressiva (ou até suicida) – com promoções e descontos atrativos e uma equipe de vendedores bem treinados - pode ter o mesmo valor percebido da primeira, ou, pior, pode transmitir, a curto prazo, a impressão de maior valor e melhor escolha. Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), é a melhora dos serviços visíveis aos consumidores que gera retorno e, conseqüentemente, lucro.

Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) fazem uma diferenciação importante entre serviços e serviço. Empresas concorrentes podem oferecer os mesmos serviços, mas o serviço pode ser completamente diferente de uma para outra. Empresas excelentes em serviços superam seus concorrentes na prestação do serviço, na forma, nos detalhes e no conhecimento de mercado que possuem para prover determinado serviço. Uma característica comum nas empresas líderes em serviços é que elas oferecem uma gama única de serviços superiores, surpreendem continuamente os clientes com um pessoal bem informado, atencioso e sem pressa, ou, pelo menos, despendem o tempo necessário para esclarecer quaisquer dúvidas e auxiliar os clientes com real interesse pelo seu problema.

2.10 A visão do cliente sobre qualidade em serviços

Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) descrevem um estudo exploratório, no qual foram formados e entrevistados 12 grupos de discussão - *focus-group*-, sendo 03 grupos por setor de serviços norte-americanos – banco varejista, cartões de crédito, corretagem de seguros e reparo de produtos e manutenção. Cada grupo de discussão possuía um moderador da equipe de pesquisadores. Foram discutidos temas como: razões e motivos de satisfação e insatisfação com determinado serviço, descrição de um serviço ideal (no setor em questão), o significado de qualidade em serviços, fatores relevantes para avaliação de qualidade em serviços e expectativas de performance com relação ao serviço. Os grupos de estudos, com unanimidade, suportaram a idéia de que a chave para serviços de boa qualidade diz respeito à capacidade de atender às expectativas dos consumidores, no mínimo, e, se possível, superá-las. Experiências positivas e negativas foram descritas pelos consumidores pesquisados, deixando claro para os pesquisadores que, qualidade alta ou baixa dependerá de como os consumidores percebem a performance dos serviços, comparativamente com o que eles esperavam.

Outra contribuição relevante da pesquisa foi a definição dos fatores que influenciam as expectativas dos grupos de discussão. Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), o que os consumidores escutam dizer sobre a empresa – comunicação boca-a-boca – é um potencial determinante de expectativas. Isto ficou comprovado pela constatação de que o nível de exigência dos clientes das excelentes empresas já era alto antes mesmo do primeiro contato, devido às expectativas criadas pelas conversas com pessoas que já tinham sido atendidas pelas mesmas. Em cada um dos quatro grupos de discussão, as expectativas dos respondentes variavam um pouco, dependendo das características individuais e circunstâncias, sugerindo

que as necessidades pessoais dos consumidores nivelariam suas expectativas em certo grau. Os usuários de serviços de urgência, como os hospitalares, possuem expectativas mais altas do que os usuários de serviços rotineiros, em função da necessidade e fragilidade, nas quais estes se encontram. A extensão da experiência passada com o serviço em questão também afetou as expectativas dos entrevistados. Usuários mais experientes ou usuários intensivos de determinado serviço possuíam menor expectativa do que os demais. A comunicação externa da empresa foi outro fator determinante para a formação da expectativa dos entrevistados. Os autores chamam de comunicação externa uma variedade de mensagens diretas e indiretas transmitidas ao mercado, seja através de propaganda, anúncios, outdoors, rádio e outros meios de comunicação. O preço também foi um importante determinante na formação da expectativa, conforme será detalhado mais à frente.

Um das questões mais importantes reveladas pela pesquisa foi o critério utilizado pelos entrevistados ao julgar a qualidade dos serviços. Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) identificaram dez critérios gerais ou dimensões, as quais chamaram de tangibilidade, confiança, responsividade, competência, cortesia, credibilidade, segurança, acesso, comunicação e compreensão do consumidor. As dez dimensões encontradas, segundo os autores, não são independentes entre si, pelo contrário, em alguns casos podem se sobrepor (por exemplo, credibilidade e segurança). Segue abaixo uma tabela ilustrativa com as dez dimensões acima relacionadas:

TABELA 8:

A qualidade de serviços na visão do consumidor:

Dimensões e definições	Exemplos levantados pelos consumidores na pesquisa.
<p>Tangíveis: Aparência da estrutura, facilidades físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As facilidades para uso do banco são atrativas? ▪ O meu corretor se veste apropriadamente? ▪ O contrato do meu cartão de crédito é de fácil compreensão? ▪ Os equipamentos utilizados pela empresa de reparo se parecem modernos?
<p>Confiança: habilidade de cumprir com o serviço prometido, de forma confiável e acurada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quando o funcionário do banco diz que irá ligar em 15 minutos, ele liga mesmo? ▪ O corretor segue exatamente minhas instruções para comprar e vender? ▪ Minha máquina de lavar é consertada da primeira vez?
<p>Responsividade: Disposição para ajudar os consumidores e prover os serviços prontamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quando há um problema com minha documentação bancária, o banco a resolve rapidamente? ▪ Meu corretor está realmente interessado em responder minhas perguntas? ▪ A empresa de reparos está interessada em dar-me previsão de quando o funcionário irá aparecer?
<p>Competência: Possuir as habilidades requeridas e o conhecimento necessário para desempenhar o serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O caixa do banco está apto para processar minhas transações sem erros? ▪ A empresa de corretagem tem a capacidade de pesquisa e atualização para acompanhar as tendências do mercado? ▪ Quando eu ligo para a empresa de cartão de crédito, o atendente está apto para responder minhas questões?
<p>Cortesia: Educação, respeito, consideração e amizade no contato pessoal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O caixa do banco é uma pessoa agradável? ▪ A telefonista é realmente educada ao responder minhas perguntas? ▪ O funcionário de reparos tira seus sapatos sujos antes de pisar no meu carpete?
<p>Credibilidade: Confiança, credibilidade, honestidade do provedor de serviços.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O banco tem uma boa reputação? ▪ Meu corretor não me pressiona a comparar? ▪ As taxas cobradas pelo meu cartão de crédito são consistentes com os serviços oferecidos? ▪ A empresa de reparos garante seus serviços?
<p>Segurança: Livre de perigos, riscos ou dúvidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É seguro para utilizar os serviços dos caixas eletrônicos? ▪ O meu cartão de crédito está seguro de utilização não-autorizada? ▪ Eu posso confiar que o serviço de reparo foi feito adequadamente?

<p>Acesso: Facilidade de contato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É fácil falar com o gerente do banco quando eu tenho um problema?
<p>Comunicação: Manter os consumidores informados em linguagem que eles entendam e escuta-los.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É fácil falar com meu corretor pelo telefone? ▪ A empresa de reparos está convenientemente localizada? ▪ O funcionário do banco consegue explicar claramente as várias taxas relacionadas ao meu empréstimo? ▪ O corretor evita usar jargão técnico? ▪ Quando eu ligo para a empresa de cartão de crédito, eles estão interessados em escutar-me?
<p>Compreensão dos consumidores: Esforço para compreender e conhecer os consumidores e suas necessidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alguém no banco me reconhece como um cliente habitual? ▪ O corretor tenta determinar quais são meus objetivos financeiros? ▪ A empresa de reparos está disposta e empenhada em atender minha necessidade de horários?

FONTE: Adaptado de Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990)

Após a definição das dez dimensões, Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) iniciaram uma pesquisa quantitativa, na qual os pesquisadores propõem a utilização de uma ferramenta para a mensuração da qualidade percebida e desejada pelos clientes, instrumento este chamado de Modelo Servqual, que será detalhado adiante.

2.11 Instrumento para mensuração da qualidade de serviços e expectativas de clientes: Apresentação do Modelo Servqual

Conforme já foi discutido anteriormente, segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), fornecer serviços, cuja qualidade é percebida como superior a dos concorrentes, tem provado ser uma estratégia vencedora e plenamente compensadora para as empresas que a praticam, o que gera prestígio e lucros efetivos.

A proposta dos autores provém de pesquisas empíricas, nas quais se analisou a percepção de qualidade de clientes em cinco ramos de serviços, buscando elaborar um instrumento de uso geral para qualquer tipo de serviço deles. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) criaram um modelo para analisar possíveis falhas no que tange à qualidade em serviços. A fundamentação conceitual para a criação do Modelo Servqual é derivada do trabalho de muitos outros pesquisadores que vêm examinando o significado da qualidade em serviços. O constructo de qualidade, conforme descrito na literatura sobre qualidade de serviços, envolve a percepção de qualidade por parte dos consumidores. Segundo Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), qualidade percebida é o julgamento do consumidor sobre a excelência geral ou global de uma empresa, o que difere da qualidade objetiva. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) enfatiza a diferença entre qualidade objetiva e percebida. Os autores conduziram um total de 12 entrevistas por *focus group* em consumidores atuais e recentes de 4 diferentes setores de serviços – banco de varejo, cartão de crédito, empresa de corretagem e manutenção e reparo de produtos. Comparações das pesquisas realizadas revelaram que, independentemente do setor em questão, os consumidores utilizam basicamente os mesmos critérios na avaliação e julgamento sobre a qualidade de serviços.

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) afirmam que se deve fazer uma distinção entre qualidade e satisfação. Qualidade percebida em serviços é um julgamento – ou atitude – global relacionada com a superioridade dos serviços, uma experiência acumulada por diversos contatos e vivências. A satisfação, por sua vez, está relacionada a uma transação específica. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) descrevem que, em suas pesquisas, os entrevistados deram vários exemplos quando os mesmos estiveram satisfeitos com um serviço específico, mas não sentiam que os serviços de determinada empresa eram de qualidade. De acordo com as entrevistas conduzidas pelos autores, a qualidade de serviços percebida pelos consumidores

tem sua origem na comparação entre aquilo que os consumidores sentem que determinada empresa deveria oferecer com a percepção de performance ou desempenho da mesma empresa no que tange os serviços prestados.

As pesquisas quantitativas conduzidas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) resultaram na criação de um questionário que consiste em duas seções: 1) Um seção com as expectativas, contendo 22 afirmativas que seriam as expectativas gerais dos consumidores relativas à determinado serviço, 2) Uma seção com as percepções de qualidade, com base em 22 afirmativas para mensurar a avaliação dos consumidores de uma firma específica.

O estudo envolveu *focus group* de executivos e consumidores que foram entrevistados em profundidade. Os autores partiram de três premissas básicas:

1 - Para os consumidores, avaliar a qualidade de serviços é mais difícil do que avaliar a qualidade de bens físicos. Já os profissionais de marketing acham mais difícil compreender os critérios usados pelos consumidores nessa avaliação;

2 - Os consumidores não avaliam a qualidade dos serviços baseando-se apenas nos resultados finais, eles levam em consideração o processo que envolveu a sua execução e a maneira pela qual os serviços foram prestados, o que inclui o envolvimento, o comprometimento e até mesmo a gentileza do prestador;

3 - Os únicos critérios que contam no julgamento da qualidade de um serviço são aqueles definidos pelos consumidores; todos os demais são, a rigor, irrelevantes. O que importa, verdadeiramente, é a percepção que o cliente tem acerca do serviço que recebeu.

Segundo Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), as pesquisas conduzidas revelaram que os critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade dos mesmos serviços encaixaram-se em 10 potenciais dimensões: a) tangíveis, b) confiança, c) responsividade, d) competência, e) cortesia, f) credibilidade, g) segurança, h) acesso, i) comunicação, j) compreensão dos consumidores. Foram inicialmente desenvolvidos 97 itens sobre qualidade,

capturando as 10 dimensões descritas. Os 97 itens inicialmente levantados foram remodelados, refinados e validados por testes estatísticos. Ao final de diversas depurações, várias afirmativas redundantes foram excluídas, ficando as 22 questões do modelo final. Os autores também separaram as questões em duas modalidades, como o exemplo abaixo:

- a) Questão sobre expectativa: “Quando as empresas prometem fazer algo em determinado tempo, elas deveriam cumprir”.
- b) Questão sobre percepção: “Quando a empresa XYZ promete fazer algo em determinado tempo, ela deveria cumprir”.

Uma escala de 7 pontos (concordo totalmente) a 1 ponto (discordo totalmente), acompanhava cada uma das afirmativas. As escalas de expectativa e percepção foram subtraídas nos vários itens avaliados, formando um resultado que poderia variar de +6 a -6, com valores positivos maiores, indicando maior qualidade percebida. Outra alteração que foi feita no modelo inicial diz respeito às dez dimensões de qualidade, que foram redimensionadas em cinco, após análises estatísticas que mostraram haver sobreposição de itens, ficando as novas dimensões da seguinte forma: a) Tangibilidade, b) Confiança, c) Responsividade, d) Confiança e e) Empatia. O redimensionamento da escala foi feito com base na Tabela 09:

Tabela 9:

Redimensionamento da escala do Modelo Servqual.

Dez dimensões originais.	Tangíveis	Confiança	Responsividade	Garantia	Empatia
Tangíveis					
Confiança					
Responsividade					
Competência					
Cortesia					
Credibilidade					
Segurança					
Acesso					
Comunicação					
Compreensão dos consumidores					

Fonte: Zeithaml et al (1990)

De acordo com Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), as cinco dimensões são o eixo central das avaliações feitas pelos consumidores quando em contato com um serviço específico. Conseqüentemente, é razoável, segundo os autores, considerar que os consumidores irão considerar os cinco critérios como importantes. Com base na escala de importância e na pontuação que os respondentes da pesquisa deram para cada um dos atributos, pôde-se perceber que todos os atributos foram considerados importantes, sendo que a importância média para confiança, responsividade, garantia e empatia, numa escala de 10 pontos, foi acima de 9 pontos nos 4 setores pesquisados e, apenas o item tangíveis ficou abaixo de nove, variando de 7.14 a 8.56.

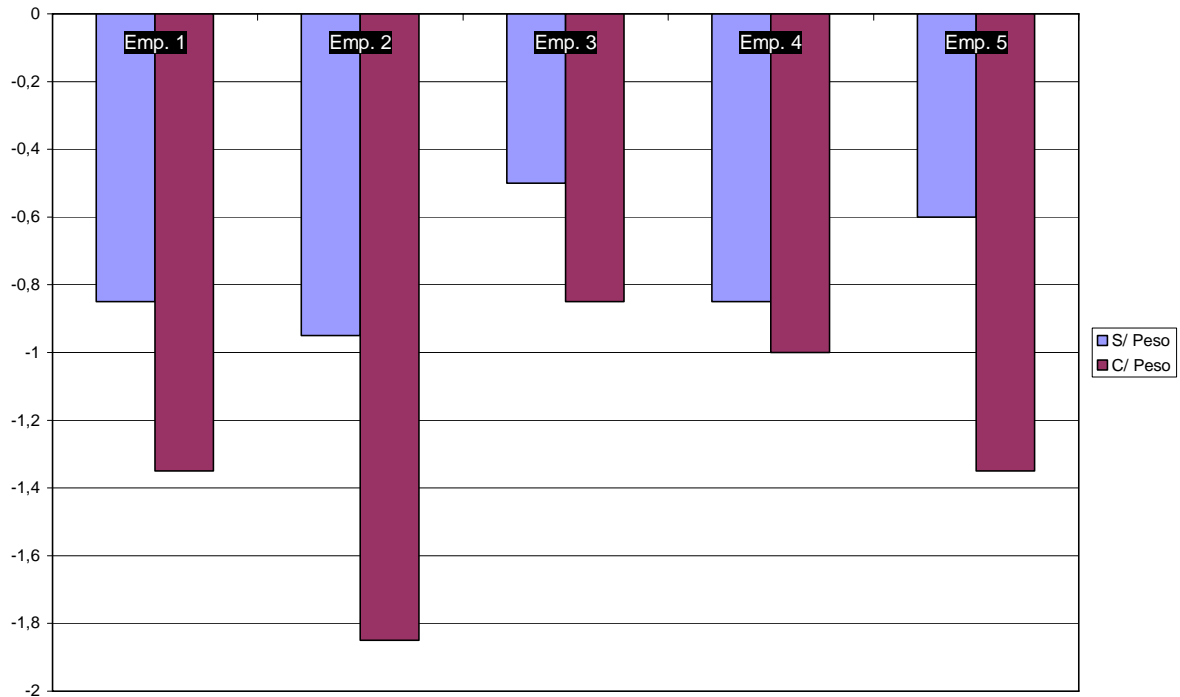
Considerando que a importância média não revela um retrato fiel da importância relativa das cinco dimensões, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) perguntaram aos

entrevistados uma dimensão que seria a mais crítica dentre as demais, a qual os entrevistados consideraram a confiança como o mais crítico de todos os atributos, independente do setor estudado. Esta informação é bastante relevante às empresas prestadoras de serviços: aparência limpa, local organizado, ser responsável, ser empático, transmitir segurança, e principalmente, ser confiável: faça aquilo que você disse que faria.

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) afirmam que o grau de importância, por ser algo definido pelo consumidor, deveria ter sua pontuação atribuída por ele. Assim sendo, os autores propõem que seja utilizada uma tabela para que os entrevistados distribuam os pontos conforme acharem adequado, totalizando, ao final, uma soma equivalente a 100 pontos.

Para melhor exemplificar a importância de atribuir pesos a determinados fatores, Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) demonstram, com base nas experiências realizadas, a relevância de tais informações para as empresas estudadas. Segue abaixo um gráfico no qual constam as 5 empresas estudadas com as médias obtidas com o uso do Servqual, com e sem a atribuição de pesos aos fatores:

Gráfico 1: Performance média com base no modelo Servqual, com peso e sem peso:



Fonte: Adaptado de Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990)

A figura acima demonstra que as médias de cada empresa se tornam ainda mais negativas quando atribuídos os seus respectivos pesos, ou seja, as empresas avaliadas apresentaram maior discrepância nos itens mais relevantes para os consumidores. Esta discrepância revela a oportunidade potencial para melhoria da qualidade dos serviços percebidos através da mudança da ênfase (investimentos, recursos, etc.) para os fatores mais críticos, pela perspectiva dos consumidores.

Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), em suas pesquisas, estudaram se a resolução satisfatória de problemas com os serviços prestados aumenta ou não a qualidade percebida dos mesmos. Estudaram dois subgrupos: os que haviam passado por problemas com as empresas e outro que não. O subgrupo que havia tido problema com a empresa foi novamente dividido em dois, em um grupo para o qual os problemas foram satisfatoriamente resolvidos e outro que não. Segundo os autores, quando os clientes experimentam um problema com os serviços, suas percepções são afetadas negativamente. Entretanto, as empresas que previnem

tais problemas não incorrem em custos diversos, sejam eles provenientes dos danos causados à sua imagem, aos custos relacionados ao retrabalho e outros decorrentes da necessidade de reparo. Na pior das hipóteses, as empresas que enfrentam problemas com seus clientes e os resolvem satisfatoriamente, não têm tais custos, pois não tomam medidas corretivas (mesmo que mal sucedidas) para reparar. Neste caso, o custo, segundo os autores, pode ser a perda do cliente de forma gradativa com conseqüências ainda piores para sua imagem e reputação. De acordo com o que já foi discutido, o que uma empresa precisa ser, na escala de valores dos clientes, é confiável, ou seja, fazer o que promete de forma confiável e segura, fazer corretamente da primeira vez, cumprir o que foi prometido ao cliente, seja na comunicação externa em mídias, seja pelos vendedores, enfim, fazer jus àquilo que o cliente espera receber e que a empresa, de alguma forma, prometeu. Ainda assim, quando um problema vem à tona há maneiras de se contornar o mesmo com o menor dano possível, a menos que a empresa o ignore e finja que não tomou conhecimento do mesmo. Caso contrário, a empresa pode assumir o erro, retratar-se formalmente com o cliente, dependendo do caso, e fazer o que for necessário para reparar o dano de forma excelente pela segunda vez. Desta forma, a empresa poderá, significativamente, aumentar as taxas de retenção de clientes, que, segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) sugerem a existência da seguinte equação: Melhor solução de problemas = Maior satisfação = Lealdade à empresa = Maior lucratividade.

Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) afirmam que a propaganda boca-a-boca tem um papel muito mais significativo no setor de serviços do que no setor de bens acabados e produtos. Pesquisou-se a associação entre a percepção de qualidade de serviços prestados pela empresa e a vontade e ou desejo de recomendar a empresa para seus amigos e parentes. Conforme os dados da pesquisa comprovaram, há uma grande diferença entre aqueles que recomendariam a empresa e os que não recomendariam. Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), é necessário uma substancial melhora na percepção da qualidade de serviços

antes que os clientes se tornem “garotos propaganda” da empresa, assim como o grande esforço necessário para recuperar-se de um problema com um ou mais clientes antes que estes façam propaganda boca-a-boca positiva.

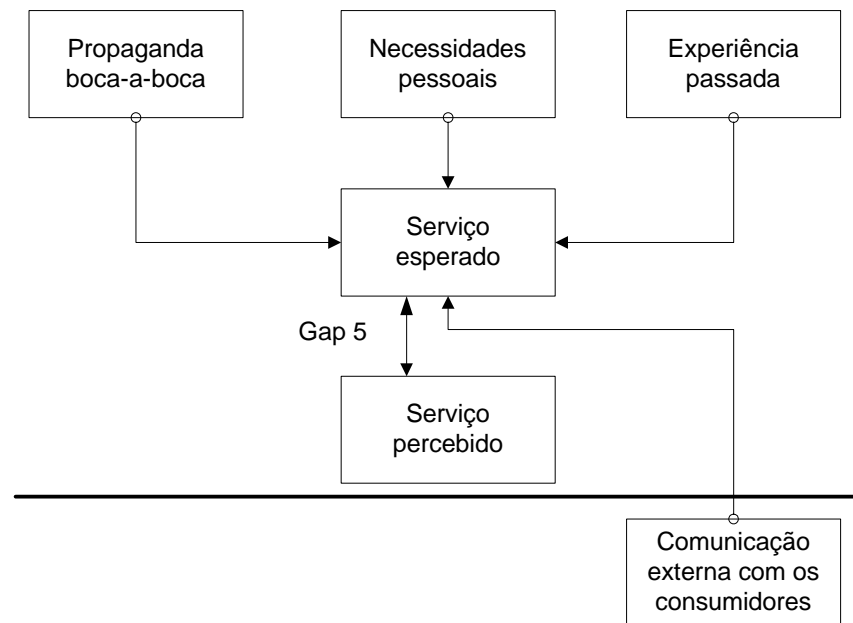
2.12 Potenciais causas de baixa qualidade em serviços

Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), a simples crença da importância de prover serviços de qualidade não é o suficiente para que os resultados se concretizem. Executivos de empresas de serviços precisam colocar em ação um processo contínuo para: a) monitorar a percepção da qualidade pelo consumidor, b) identificar as causas das quedas na qualidade dos serviços prestados, c) tomar as medidas adequadas para melhorar a qualidade dos serviços.

Com o objetivo de tentar compreender o que as empresas entendem por qualidade em serviços, os autores implementaram entrevistas com executivos de empresas nacionalmente reconhecidas, representantes dos quatro segmentos estudados na pesquisa. Os entrevistados eram dos departamentos de marketing, relações com clientes, gerência sênior, departamentos onde os executivos deveriam conhecer e ter interesse pelo tema em questão. Os objetivos específicos da pesquisa foram: a) o que os executivos, e conseqüentemente as empresas onde trabalhavam, percebiam ser qualidade de serviços sob a perspectiva do cliente, b) qual critério chave eles acreditavam que os consumidores usavam para julgar a qualidade dos serviços das suas empresas, c) quais problemas eles enfrentavam, com freqüência, na prestação dos serviços.

De acordo com as pesquisas implementadas por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), descobriu-se que muitos dos temas levantados pelos entrevistados eram comuns às empresas, independentemente do setor em que atuavam, apesar de uma pequena parte ser específica aos setores em questão. Foram identificadas 4 lacunas (ou discrepâncias) de percepção dos executivos quanto aos serviços e às tarefas associadas com os serviços prestados. De acordo com Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), estas quatro lacunas são as principais responsáveis pelas falhas percebidas pelos consumidores no que tange à qualidade dos serviços. Os autores definem, ainda, a redução da qualidade dos serviços percebida pelos consumidores como sendo a quinta lacuna. De forma ilustrativa, a quinta lacuna pode ser representada pela figura 05 abaixo:

FIGURA 05 Quinta lacuna



Fonte: Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990)

2.13 As cinco lacunas

De acordo com o que já foi mencionado, a pesquisa desenvolvida por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) revelou a existência de cinco lacunas, cujas principais características são:

1. Lacuna 1 – Expectativas dos consumidores – Percepção dos gerentes

De acordo com Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), grande parte da percepção dos executivos sobre o que os consumidores esperam de um serviço de qualidade superior é congruente com o que os consumidores pensam sobre o mesmo. Entretanto, na pesquisa conduzida, um número de discrepâncias ficou evidente entre as expectativas expressadas pelos consumidores e a compreensão dos executivos sobre mesmas, ou sobre como satisfazê-las. As empresas de serviços podem não estar tão certas sobre quais características são valorizadas pelos consumidores, ou quando sabem, muitas vezes se enganam quanto ao nível de performance desejada pelos consumidores. Segundo os autores, é recorrente nas empresas que gerentes e executivos, por compreenderem mal as necessidades e expectativas dos consumidores, invistam em recursos e empreguem ações que gerem a subutilização dos funcionários e equipamentos, gastando mal os recursos disponíveis em layout ou itens que valorizam a aparência, quando, na verdade, os consumidores podem estar ansiosos por funcionalidade, eficiência e praticidade.

Na pesquisa conduzida por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) foi observado que privacidade durante as transações bancárias era um tema recorrente e central nas discussões por parte dos consumidores de tais serviços. Os consumidores expressaram preocupação quanto a privacidade das conversas que estabeleciam com os funcionários do banco ao serem

atendidos, conversas que poderiam ser facilmente escutadas por outros clientes devido ao layout das agências, que não era adequado para garantir privacidade. Entretanto, os executivos dos bancos entrevistados não percebiam a preocupação dos consumidores quanto a este quesito, sendo que, nenhum dos entrevistados citou o item privacidade como fator chave para qualidade em serviços bancários. Este fato evidencia uma idéia comum entre empresas de serviços, especialmente presente no pessoal que lida com os consumidores: as empresas e seus executivos pensam que têm conhecimento do mercado e que sabem o que o cliente quer, apenas porque mantêm contato direto com eles, ou porque “nunca reclamaram, então devem estar satisfeitos”. Mais perigoso ainda é quando os executivos se baseiam no volume de pessoas atendidas pelos serviços da empresa (principalmente nos horários de pico) para concluírem que esta é uma evidência de satisfação, o que, na verdade, pode indicar o oposto, ou seja, pode indicar o oposto, ou seja, pode indicar o estrangulamento dos serviços, a queda na qualidade e na eficiência do pessoal de contato externo. O aparente preenchimento da capacidade instalada, se não for muito bem administrado, pode levar à queda da preferência do consumidor e à abertura de oportunidades a serem preenchidas pela concorrência.

2. Lacuna 2 – Percepção dos gerentes – Lacuna na especificação da qualidade dos serviços

Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), a correta percepção das expectativas dos consumidores é necessária aos gerentes, mas não suficiente para que se consiga qualidade superior. Outro requisito para que se consiga serviços de qualidade é o estabelecimento de padrões de performance que visem atender as expectativas dos consumidores. Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) relatam que nas pesquisas conduzidas pelos autores, evidenciou-se a dificuldade dos gerentes em colocar em prática ações que viabilizassem a implementação

de medidas para atender as expectativas dos consumidores. A pesquisa também demonstrou que ficou clara a existência de muitos pontos em comum entre o que os consumidores consideravam como fatores-chave para um serviço de qualidade e o que os executivos acreditavam ser. Na maioria dos casos em que havia congruência entre consumidores e executivos sobre qualidade de serviços, os executivos não convertiam o conhecimento que possuíam em padrões de performance concretos a serem seguidos pela organização. Foi dito pelos gerentes entrevistados que havia barreiras intransponíveis para atender as expectativas dos consumidores dentro dos padrões que os mesmos desejavam. Desta forma, a distância entre o serviço prestado e o desejado já era predefinida pelos gerentes das empresas como um problema insuperável ou impossível de ser resolvido, não sendo possível definir padrões de performance para os mesmos. As dificuldades alegadas eram as mais comuns e corriqueiras que empresas de serviços, de um modo geral, enfrentam, tais como: a) não conseguir administrar o pico ou demanda em determinados períodos, b) não ser viável estabelecer padrões de tempo para serviços de difícil previsão ou de grande complexidade, dentre outras. Por trás destas justificativas, há a crença de que não é possível estabelecer padrões em tais condições, os clientes estão sendo exigentes demais, suas requisições não são razoáveis, a demanda é muito difícil de ser prevista, dentre outras. Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) afirmam que, apesar de considerarem que alguns destes argumentos são válidos em algumas situações, não é aceitável que sejam considerados como problemas intransponíveis à longo prazo. Afirmam que talvez estas justificativas sejam alguma forma racional de explicar a relutância em lidar com o problema de frente e buscar suas soluções.

Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) acreditam que o real motivo para a lacuna entre a percepção das expectativas dos consumidores e a adoção de medidas e padrões adequados para que sejam atendidas, deve-se à falta de comprometimento sincero por parte da direção das empresas com a qualidade dos serviços prestados. Enquanto muitos executivos

não cumprem elevados padrões de qualidade de serviços por não se comprometerem com os mesmos, poucas empresas assumem publicamente tais compromissos e, quando assumem, vêm-se obrigadas a desenvolver mecanismos para cumprir o que prometeram. De acordo com Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), quando a promessa “sai da boca e vai para o bolso”, o comprometimento torna-se visivelmente maior por parte de todos. Os autores citam o exemplo de um banco norte-americano que prometia pagar U\$ 5,00 a todos os clientes que não tivessem ficado satisfeitos com o atendimento recebido pelo pessoal do banco.

Os autores afirmam que a qualidade do serviço prestado pelo pessoal de frente de uma empresa é fundamentalmente influenciada pelos padrões pelos quais os mesmos são avaliados e recompensados. Padrões de serviços sinalizam ao pessoal de linha de frente quais são as prioridades da empresa e que tipo de performance é valorizada e deve ser melhorada ou perseguida. Quando os padrões não refletem as expectativas dos consumidores, a qualidade dos serviços percebida por eles tende a cair.

3. Lacuna 3 – Especificações da qualidade dos serviços – Lacuna da prestação dos serviços.

Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), cada uma das quatro empresas representantes dos setores pesquisados possuíam especificações para manterem o serviço em determinados padrões de qualidade. Entretanto, os executivos entrevistados expressaram frustração pela inabilidade dos seus empregados para cumprir os padrões definidos. Foram levantadas várias razões para o não cumprimento das expectativas dos consumidores, dentre elas: má-vontade ou inabilidade do pessoal de contato com os consumidores em cumprir tais padrões de qualidade, sendo que o pessoal de atendimento foi citado como o principal empecilho ou obstáculo ao cumprimento de um serviço de qualidade. Outra dificuldade

colocada pelos autores diz respeito ao número de transações e a respectiva incapacidade em atender ao aumento da demanda, mantendo o mesmo padrão de qualidade, de forma a conseguir absorver as flutuações com a capacidade instalada.

A lacuna na qualidade dos serviços, segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), deve-se a uma série de dificuldades, entre elas: funcionários mal treinados, sistemas organizacionais mal planejados para atender às flutuações de demanda, sistemas de informação inadequados ou mesmo inexistentes, capacidade física insuficiente para atender ao aumento de demanda. Para ser efetivo, não basta que os padrões de desempenho dos serviços reflitam as expectativas dos consumidores, mas devem, também, ser apoiados por uma adequada infra-estrutura, tecnologia, pessoal, sistemas de mensuração e qualificação, além de adequado sistema de recompensa.

Segundo Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), quando a performance dos serviços cai abaixo dos padrões, as expectativas dos consumidores também são afetadas, implicando uma associação direta entre a lacuna 3 e 5 (expectativas dos consumidores dos serviços).

4. Lacuna 4 - Prestação dos serviços – Lacuna nas comunicações externas.

Conforme já foi dito por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), um componente chave para a determinação das expectativas dos consumidores são as comunicações externas sobre os serviços, as promessas sobre o desempenho dos mesmos, sobre seu preço e o valor capaz de proporcionar. A discrepância entre o serviço atual e o serviço prometido tem um efeito adverso na percepção dos consumidores sobre o mesmo. Nas pesquisas de Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), muitos consumidores que participaram dos grupos de discussão descreveram várias situações de serviços deficientes por causa de promessas não cumpridas. Os executivos das empresas, por sua vez, alegaram que os serviços não eram cumpridos

conforme o prometido, dentre outras causas, pela inadequada coordenação entre os departamentos operacional e de marketing. Quando uma empresa faz uma promoção ou lança um novo produto, o departamento de vendas e marketing comercializa o maior número de produtos ou serviços possíveis, sem tomar o cuidado de olhar com o pessoal de operações se há disponibilidade para entregar no prazo e condições necessárias. Quando a empresa se dá conta, está com uma quantidade muito maior do que esperava de novos clientes aguardando para receber seu produto / serviço, conforme combinado pelo seu pessoal de vendas.

Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) afirmam que outro fator complicador é o desconhecimento, por parte do cliente, de quantas etapas são necessárias para que um determinado serviço seja realizado adequadamente. A não comunicação, por parte da empresa, aos seus clientes, sobre a complexidade envolvida em determinados serviços aos seus clientes, pode ser uma perda de oportunidade para influenciar a percepção de qualidade dos mesmos. Deixar que os consumidores saibam da complexidade e das etapas necessárias para que determinado serviço seja provido, aumenta a consciência e compreensão dos esforços e do comprometimento da empresa, aumentando assim também a percepção da qualidade dos serviços.

A percepção dos consumidores sobre os serviços pode ser aumentada através de um processo de educação dos consumidores para que façam melhor uso dos mesmos, ex.: informando aos consumidores os melhores horários para se utilizar determinado serviço, ou ainda, através da adequada explicação dos motivos de determinadas regras e normas que, muitas vezes, impacientam os consumidores.

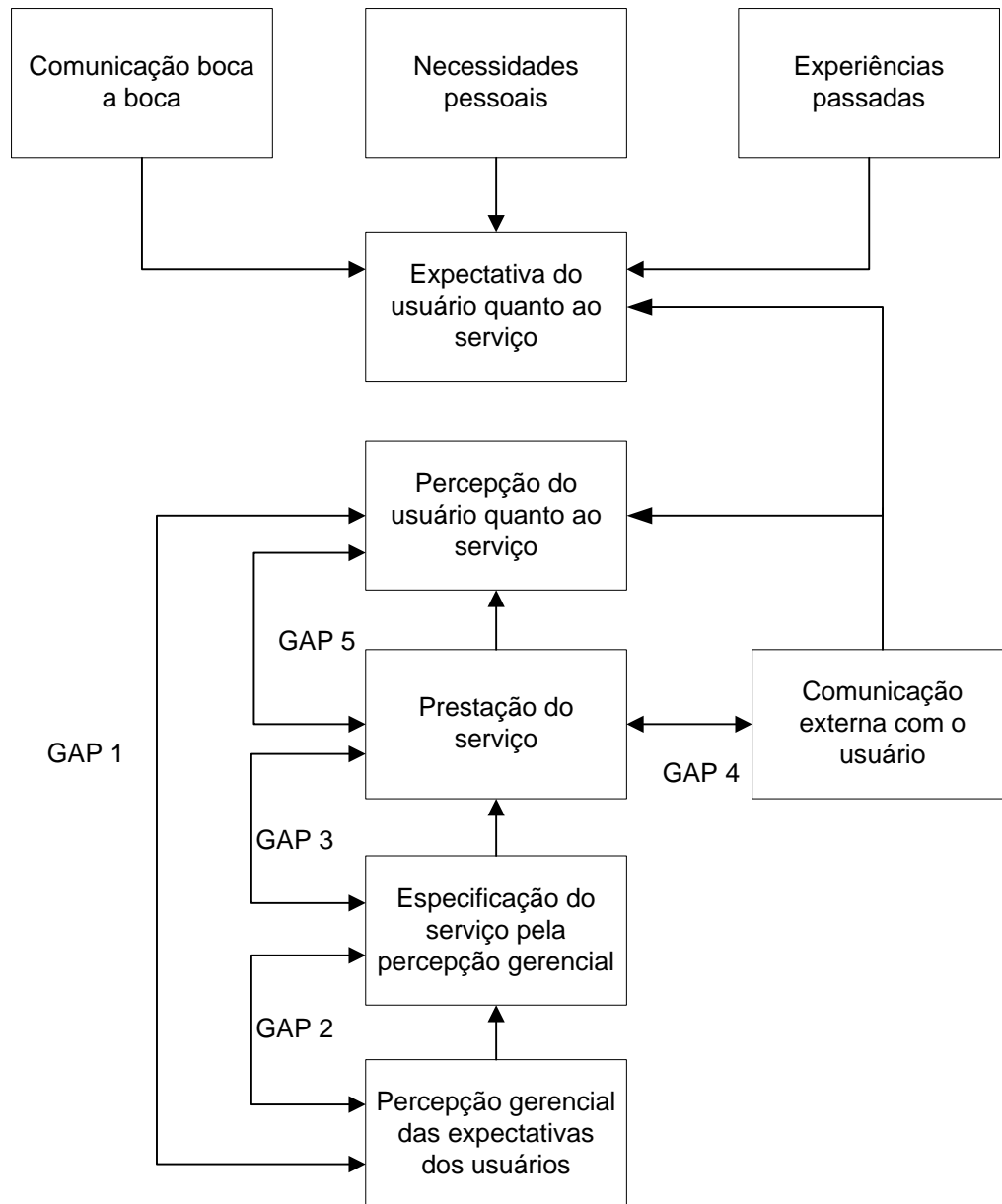
A lacuna 4 reflete o desencontro entre os departamentos de marketing e produção, principalmente quando o pessoal de marketing / vendas não compreende as etapas e processos por trás da prestação do serviço, eles exageram nas promessas e no possível desempenho dos serviços, ou não comunicam aos clientes aspectos criados para servi-los melhor e, com isso,

os serviços podem ser subutilizados ou possuir opções que os clientes nem imaginem existir. Conforme já foi dito, não basta prestar bons serviços, é preciso comunicá-los aos consumidores.

5. Lacuna 5 – Qualidade de serviços percebidos x expectativas – Lacuna das expectativas dos serviços.

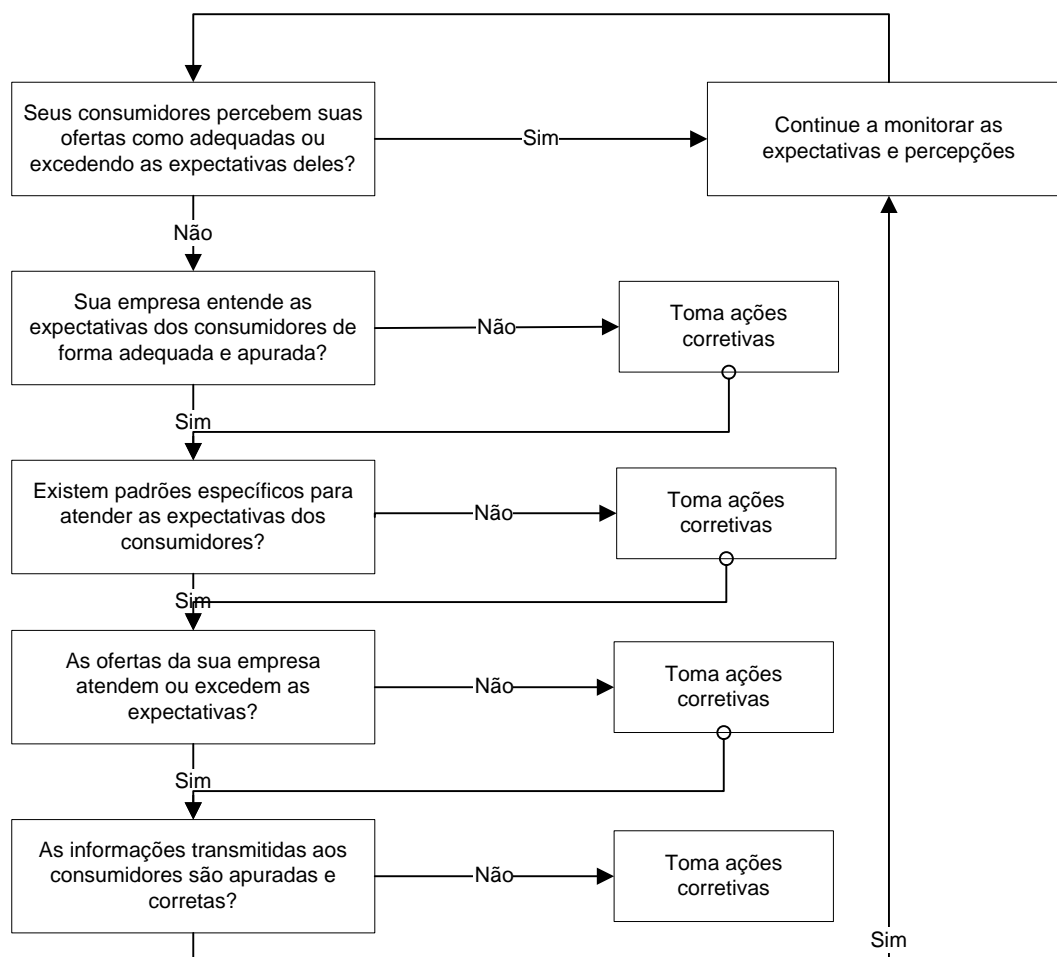
Esta lacuna é a diferença entre a qualidade que os clientes perceberam e suas expectativas com relação aos mesmos serviços. As razões que levam a esta lacuna já foram explicadas acima, ela é apenas a consequência de alguma das 4 lacunas descritas, ou mesmo de mais de uma agindo ao mesmo tempo. A chave para se fechar a lacuna 5 é fechar-se as lacunas de 1 a 4 e mantê-las fechadas. O modelo conceitual desenvolvido por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) implica em um processo lógico, o qual as empresas podem empregar para mensurar e melhorar a qualidade dos serviços. Este processo é exibido em forma de diagrama na figura 06, o qual sugere ações a serem tomadas para cada lacuna do modelo de qualidade descritos por Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990).

Segundo os autores, o processo de melhoria da qualidade começa com a maior e melhor compreensão da natureza e extensão da lacuna 5 e, então, a partir daí, buscam-se as evidências ou os problemas nas lacunas de 1 a 4, adotando-se as medidas de correção. Os autores sugerem algumas questões a serem levantadas: A) Quais são os fatores potenciais causadores das lacunas (lacuna 1 a 4)? B) Quais são as medidas disponíveis a serem implementadas para eliminar as lacunas? C) Como a empresa pode quantificar o tamanho de cada lacuna e como a extensão de cada fator causador está contribuindo para isso?

FIGURA 06: Modelo conceitual de qualidade em serviços.

Fonte: Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990)

FIGURA 07: Modelo processual para mensuração contínua e melhoria na qualidade dos serviços



Fonte: Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990)

2.14 A zona de tolerância do consumidor de serviços

Um desenvolvimento importante nas discussões sobre a qualidade de serviços é a consideração das expectativas dos consumidores como zonas, e não como pontos determinados. Para tentar compreender melhor tais expectativas, Parasuraman, Berry and

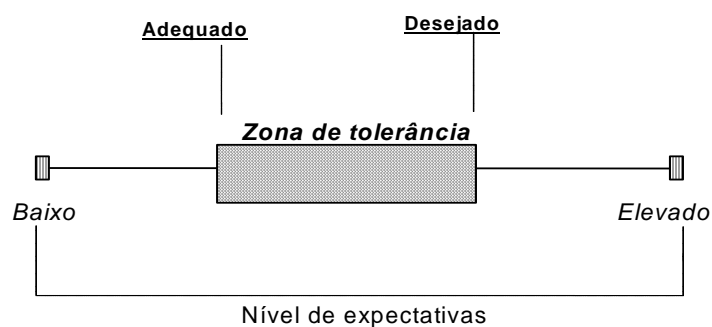
Zeithaml (1991c) desenvolveram o conceito de zona de tolerância, que sugere que essas expectativas podem apresentar dois níveis: um, de serviço desejado; outro, de serviço adequado.

O nível de serviço desejado é o serviço que o consumidor espera receber. Trata-se de uma combinação do que o consumidor crê que “pode ser” e do que “deveria ser” a prestação do serviço. A conceitualização do nível de serviço desejado aproxima-se daquela do nível de serviço julgado ideal pelo consumidor. Por outro lado, o nível de serviço adequado representa o mínimo que o paciente julga aceitável para a prestação de um determinado serviço. Isso é baseado, em parte, pela avaliação do consumidor do que será o serviço, ou seja, o padrão de serviço esperado. Uma prestação considerada abaixo do nível de serviço adequado não seria aceita pelo consumidor ou este tenderia a mudar de empresa.

Entre esses dois níveis de serviço, desejado e adequado, há uma zona de tolerância que “se dilata e se contrai como um acordeão” (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1991c, p. 42). Essa zona, apresentada na FIG. 8, pode variar de um paciente a outro e, potencialmente, de uma situação a outra para o mesmo paciente.

FIGURA 08

Zona de tolerância e os níveis de expectativas do consumidor de serviços



A partir do conceito de zona de tolerância, Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) sugerem a existência de vários elementos que influenciam as expectativas do paciente em relação aos níveis desejado e adequado. Segundo os autores, o consumidor de serviços apresenta um padrão normativo de expectativas que eles chamam de *serviço desejado*. Tal padrão é definido como o nível de serviço que o paciente espera receber. Ainda que anseiem sempre realizar seus desejos, para os quais os serviços prometem solução, os pacientes reconhecem que isso nem sempre é possível. Nesse sentido, eles apresentam um segundo nível de expectativa, inferior ao nível desejado, e que representa o nível mínimo aceitável do serviço, o que Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) definem como o nível do serviço adequado. Esse nível adequado de expectativa é também considerado o nível mínimo tolerável.

A zona de tolerância é uma medida global que traduz a diferença entre o nível adequado e o nível desejado do serviço. Parasuraman, Berry & Zeithaml (1991c) sugerem que o nível adequado do serviço depende muito mais do contexto do que o nível desejado. Esse aspecto, assim como as características de outros tipos de serviços, pode determinar variações na extensão da zona de tolerância.

As expectativas do serviço adequado parecem sofrer grande influência das circunstâncias específicas nas quais os serviços são prestados. Por exemplo, uma influência sobre o nível de serviço adequado é em função do número de alternativas de serviços disponíveis percebidas pelo paciente. A zona de tolerância terá provavelmente uma extensão menor se o paciente perceber que existem prestadores alternativos (concorrência) entre os quais ele pode fazer sua escolha para o serviço.

Parasuraman, Berry & Zeithaml (1991c) sugerem ainda que em situações de emergência, o nível de serviço adequado tende a se elevar, o que determina uma redução da

zona de tolerância. A noção intuitiva expressa por estes autores é aquela que os consumidores, em uma condição de emergência, tenderiam a ser mais exigentes em relação ao nível mínimo aceitável de uma prestação de serviço. A variação na extensão da zona de tolerância parece ser mais dependente das circunstâncias e da situação de compra.

O nível de tolerância de um consumidor que é atendido pelos serviços de um hospital tende a ser muito menor do que o de outro serviço qualquer – em um hotel, por exemplo – dada a gravidade e a necessidade de atendimento por parte do consumidor, nesse caso, paciente. Essa característica peculiar aos hospitais reduz drasticamente a margem de erro aceitável por parte dessas instituições e de seus profissionais. Assim, uma variedade de fatores, incluindo a experiência do consumidor, o número de alternativas percebidas de serviço e as situações de emergência, podem influenciar a extensão da zona entre os níveis desejado e adequado do serviço.

Parasuraman, Berry & Zeithaml (1991c) sugerem que a compreensão dos fatores que influenciam a formação de expectativas e como elas se concretizam na prestação dos serviços poderão ajudar a administração das empresas de serviços a reduzir a diferença entre a percepção e as expectativas dos consumidores.

2.15 Contribuições de autores estrangeiros – críticas e aprofundamento da discussão

O Modelo Servqual vem sendo testada e avaliada por diversos autores e pesquisadores ao longo dos anos e em diversos países do mundo, em diferentes setores e áreas de atuação. Somente na base de dados do EBSCO, foram identificados 210 trabalhos publicados até o mês

de setembro de 2004, em diferentes segmentos de prestação de serviços. Segue abaixo uma tabela com os estudos mais recentes e relevantes sobre Servqual:

TABELA 10

Contribuições de autores estrangeiros.

MÊS / ANO	AUTORES	EMPRESA OU SEGMENTO	OBJETIVO
Novembro de 2004	Van Iwaarden, Jos.; Van der Wiele, Ton; Ball, Leslie; & Millen, Robert.	Internet	Identificar os aspectos mais importantes de qualidade percebida em design e uso de web sites.
Agosto de 2004	Landrum, Hollis; Prybutok, Victor R.	Bibliotecas	Como a escala servqual mensura a qualidade de um sistema de informação aplicado em um sistema de biblioteca.
Julho de 2004	Finn, Adam	Varejo	Utilização de teoria multivariada generalizada para acessar a dimensionalidade da mensuração da performance das lojas de varejo.
Junho de 2004	Jain, Sanjay K.; Gupta, Garima.	Rede de restaurantes de Fast Food em Nova Deli (Índia)	Testar e verificar quais das escalas são superiores na mensuração da qualidade percebida em uma rede de restaurantes de Fast Food em Nova Deli: Servqual x Servperf.
Março de 2004	Baxter, Lesley	Saúde ocupacional	Aspectos mais relevantes da qualidade percebida do Departamento de Saúde Ocupacional de Nottingham (Inglaterra).

Fevereiro de 2004	Hudson, Simon; Hudson, Paul; Miller, Graham A.	Turismo	Pesquisa que avalia a Servqual e Serperf e seus modelos de mensuração no setor de turismo no Reino Unido. Analisa a qualidade de serviços nos bancos dos Emirados Árabes em comparação com os bancos islâmicos de Dubai e Abu Dhabi.
Dezembro de 2003	Hassan Al-Tamimi, Hussein A.; Al- Amiri, Abdullah	Serviço Bancário	Estudo examina o efeito das ordens das questões do modelo Servqual em três serviços: bancos, salão de cabelos e serviços dentais.
Setembro de 2003	DeMoranville, Carol W.; Bienstock, Carol C.	Fundos de pensão	Pesquisa que valida e refina a escala para o uso em websites e comércio eletrônico.
Julho de 2003	Yi-Shun Wang, Tzung-I Tang	Comércio eletrônico	Avaliar a qualidade dos serviços prestados por <i>Websites</i> e discutir a relação entre dimensões de qualidade e qualidade geral de serviços.
Junho de 2003	Kuo, Ying-Feng	Internet	Percepção do usuário sobre a confiabilidade da biblioteca da Universidade do Texas.
Março de 2003	Ho, Jeannette & Crowley, Gwyneth H.	Biblioteca	Identificar os fatores que contribuem para a satisfação do consumidor nos serviços bancários.
Abril de 2003	Prabhakaran, S. & Satya, S.	Bancário	Qualidade de serviços sob a perspectiva dos usuários que utilizam os sistema de triagem de telefone do setor de enfermagem.
Abril de 2003	Cariello, Francesca P.	Serviço de saúde	

Novembro de 2002	Witkowski, Terrence H. & Wolfinger, Mary F.	Prestação de Serviços	Comparar a qualidade de serviços prestados por bancos, lojas de varejo, serviços médicos e restaurantes na Alemanha e nos EUA, através das cinco dimensões do Servqual.
Outubro de 2002	Kang, Helen & Bradley, Graham	Tecnologia da informação	Mensurar a qualidade prestada pelos departamentos de T. I. das empresas prestadoras de serviços..
Setembro de 2002	Devaraj, Sarv; Ming, Fan; Kohli, Rajiv	Comércio eletrônico	Mensurar a satisfação do consumidor com os canais de comércio eletrônico.
Setembro de 2002	Abod All Khatibi; Ismail, Hishamadidin; Thyagarajan, Venu.	Telecomunicações	Analisar os fatores que contribuem para a satisfação do consumidor no maior provedor de serviços de telecomunicações da Malásia.
Setembro de 2002	Snoj, Brois; Mumel, Damijan.	Spas	Avaliar a qualidade dos serviços prestados por dois spas de saúde na Eslovênia e identificar elementos de percepção dos consumidores diferentes dos levantados em estudos realizados nos anos de 1991 e 1999.
Setembro de 2002	Viadin Frederic Marimon; Casadésus Fa, Martin; Saizaboria, Iñakiheras.	Consultoria	Identificar a diferença entre a expectativa dos clientes e os benefícios percebidos na contratação de empresas de consultoria para atuação em processos de certificação ISO na Espanha.
Agosto de 2002	Xie, M.	Comércio	

	Eletrônico	Avaliação dos serviços prestados na Web sob a perspectiva do consumidor.
--	------------	--

Fonte: Pesquisa realizada no banco de dados do EBSCO (<http://search.epnet.com/>).

2.16 Mensuração de qualidade em serviços: Aprofundamento teórico.

2.16.1 Críticas e pesquisas sobre o modelo Servqual

Segundo Cronin e Taylor (1992), a relação entre qualidade de serviços, satisfação do consumidor e comportamento de compra permanece inexplorada – em 1992, quando foi realizada a pesquisa pelos autores. Os autores sugerem que a conceitualização e operacionalização da qualidade de serviços pelo modelo Servqual é inadequada. Ambos desenvolvem e testam uma alternativa baseada na performance para a mensuração do Servqual. Têm também como objetivo examinar o relacionamento entre qualidade de serviços, satisfação do consumidor e intenção de compra. Os autores afirmam que é de grande importância para os gerentes de serviços saber como mensurar a qualidade em serviços, quais aspectos de um serviço particular melhor definem sua qualidade e se os consumidores compram de empresas que têm o maior nível de qualidade percebida ou daquelas com as quais eles estão mais “satisfeitos”.

Bitner, Bolton e Drew citados por Cronin e Taylor (1992, p.56), sugerem que a qualidade em serviços e satisfação são constructos distintos. A mais comum explicação da

diferença entre os dois é que a qualidade percebida é uma forma de atitude, uma avaliação geral de longo prazo, na qual a satisfação é fruto da mensuração de uma transação específica.

Cronin e Taylor (1992) sugerem que a literatura sobre serviços tem feito confusão sobre alguns temas, como o relacionamento entre satisfação do consumidor e qualidade de serviços. Ainda afirmam que é importante que esta distinção seja feita apropriadamente para que os provedores de serviços saibam definir melhor o objetivo organizacional: os consumidores devem ficar “satisfeitos” com a performance do prestador ou deve-se perseguir o mais alto nível de qualidade percebida. Parasuraman, Zeithaml & Berry, apud Cronin e Taylor (1992, p.56), propõem que mais altos níveis de qualidade percebida resultam em aumento da satisfação dos consumidores mas, segundo Cronin e Taylor (1992), outras pesquisas revelam que satisfação é um antecedente da qualidade de serviços. Bolton e Drew, apud Cronin e Taylor (1992, p.56), afirmam que qualidade percebida em serviços (A_t) é uma função da percepção residual da qualidade em serviços de um período anterior (A_{t-1}) e seu nível de satisfação ou insatisfação com o atual nível de serviços. Esta afirmação sugere que satisfação é um constructo distinto que media a percepção anterior da qualidade de serviços para formar a percepção corrente de qualidade em serviços. Segundo Cronin e Taylor (1992) a qualidade de serviços percebida é fortemente afetada pela performance atual e o impacto da desconfirmação das expectativas é relativamente fraco e transitório. Oliver, apud Cronin e Taylor (1992, p.56), sugere que atitude é, inicialmente, função das expectativas e, subsequentemente, das atitudes anteriores e o nível atual de satisfação com um produto ou serviço. Intenção de compra é considerado, inicialmente, função da atitude individual em relação a um produto ou serviço, sujeito a modificação devido ao efeito mediador de atitudes anteriores provenientes da satisfação inerente de utilizações ou contatos subsequentes com um serviço. Oliver, citado por Cronin e Taylor (1992, p.59), afirma que os consumidores adotam uma postura em relação a um provedor de serviços com base em suas expectativas

precedentes sobre a performance da empresa e que estas posturas afetam suas intenções de compra em relação à organização. Esta postura é então modificada pelo nível de (in)satisfação experimentado pelo consumidor durante vários contatos que o mesmo mantém com a empresa. A postura adotada e recorrente sobre o prestador torna-se uma importante fonte na determinação da intenção corrente de compra do consumidor.

Considerando-se qualidade de serviços como sendo atitude, Oliver, apud Cronin e Taylor (1992, p.57), afirma que: a) na falta de uma experiência anterior com o provedor de serviços, as expectativas definem, inicialmente, o nível de qualidade percebida, b) sobre a primeira experiência com o provedor de serviços, o processo de desconfirmação leva a uma revisão, a nível inicial, da qualidade percebida dos serviços, c) subseqüentes experiências com o provedor de serviços irão conduzir a futuras desconfirmações, o que, novamente, modifica o nível de qualidade percebida dos serviços, d) a redefinição do nível de qualidade percebida modifica as intenções de compra dos consumidores com o provedor de serviços. Desta forma, as pesquisas de Oliver, apud Cronin e Taylor (1992, p.57), sugerem que qualidade de serviços e satisfação dos consumidores são constructos distintos, mas relacionados, na medida em que satisfação rapidamente se torna parte da percepção da qualidade de serviços revisada. Ou seja, a satisfação media o período anterior da percepção da qualidade em serviços, causando uma revisão da percepção da qualidade a ser formada. Segundo Cronin e Taylor (1992), o uso da desconfirmação da qualidade percebida como mensuração primária de qualidade de serviços não é adequado, na medida em que a desconfirmação aparece apenas para mediar, não para definir, qualidade percebida em serviços.

Segundo Cronin e Taylor (1992), uma revisão no modelo de atitude alternativa sugere que a forma “adequação-importância” é o mais eficiente modelo a ser usado se o objetivo é prever intenções comportamentais ou comportamento atual. Neste modelo, uma atitude individual é definida pela avaliação da performance do seu peso (importância) de uma

dimensão específica de um produto ou serviço. Segundo estas colocações, a utilização da percepção de performance é o suficiente para a mensuração da qualidade em serviços. Churchill e Surprenant, apud Cronin e Taylor (1992, p. 57), conduziram dois estudos para examinar os efeitos das expectativas, performance e desconfirmação da satisfação dos consumidores. Os resultados sugeriram que a performance sozinha seria capaz de determinar a satisfação dos consumidores. Os autores concluem que a introdução de pesos de importância e expectativas apenas introduzem redundância.

Desta forma, segundo Cronin e Taylor (1992), algumas conclusões sobre satisfação e atitude são: a) qualidade percebida em serviços é melhor conceitualizada como uma atitude, b) o modelo de “adequação-importância” é o mais efetivo para se estudar a base da atitude e sua operacionalização em qualidade de serviços, c) a performance atual retrata adequadamente a percepção dos consumidores quanto à qualidade dos serviços oferecida por um provedor específico. Adicionalmente ao suporte teórico para mensurações de qualidade baseadas na mensuração de performance, pesquisadores e praticantes freqüentemente mensuram os determinantes da qualidade percebida global, através da avaliação dos consumidores da performance dos processos de negócios da empresa, o que implica que o julgamento da qualidade e satisfação em serviços parece acompanhar a avaliação da performance do prestador de serviços.

Segundo Cronin e Taylor (1992), a veracidade das cinco dimensões de qualidade distintas, identificadas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), do modelo Servqual tem sido questionada, ao passo que a validade da escala de 22 itens de performance parece estar bem fundamentada pelos procedimentos utilizados para a sua criação, assim como pelos posteriores testes realizados por Carman, apud Cronin e Taylor (1992, p. 58). Cronin e Taylor (1992) investigaram o constructo de mensuração de qualidade de serviços, especialmente, a superioridade da metodologia da mensuração de performance apenas (Servperf) comparada

com três alternativas: a) Servqual sem escala de importância, b) Servqual com escala de importância, c) Servperf sem escala de importância, d) Servperf com escala de importância. Os autores propõem a seguinte pesquisa: a mensuração baseada na performance apenas e sem escala de importância (Servperf sem escala de importância) é mais apropriada para a mensuração da qualidade de serviços do que o modelo Servqual com escala ou sem. De acordo com Bolton e Drew citados por Cronin e Taylor (1992, p. 59), a mensuração da qualidade de serviços com escala de importância não se mostra superior, além de ser o Servperf mais adequado e eficiente do que o Servqual.

Outra questão estudada por Cronin e Taylor (1992), diz respeito à relação entre qualidade de serviços, satisfação dos consumidores e intenções de compra. Para se estudar estas relações, os autores partiram dos seguintes pressupostos: a) a Satisfação do consumidor é um antecedente da qualidade percebida, b) a Satisfação dos consumidores tem um impacto significativo nas intenções de compra, c) qualidade percebida tem um significativo impacto nas intenções de compra.

A estrutura dos 5 componentes de qualidade sugeridos por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) não foi confirmada nas análises estatísticas empregadas por Cronin e Taylor (1992). Os autores aplicaram análise fatorial para o modelo Servqual e Servperf, na qual ambas apresentaram comportamento unidimensional, diferentemente dos testes conduzidos por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988). As pesquisas também concluíram que a escala Servperf sem escala de importância foi mais apropriada para demonstrar a variação na qualidade de serviços mensurados pelos consumidores pesquisados. Em todas as amostras pesquisadas, houve significativa correlação entre satisfação dos consumidores e intenções de compra. Entretanto, qualidade em serviços não obteve impacto significativo na intenção de compra da mesma amostra.

Uma contundente e importante conclusão dos estudos de Cronin e Taylor (1992) diz respeito ao paradigma sob o qual se apóia a teoria que embasa o modelo Servqual, teoria esta que, segundo os autores, está baseada em um falso paradigma: a) está baseado no paradigma de satisfação e não em um modelo de atitude (para maior aprofundamento, ver Bolton e Drew; Bitner; Parasuraman, Zeithaml e Berry, Woodruff, Cadotte e Jenkins, citados por Cronin e Taylor, 1992, p. 56). Torna-se importante ressaltar que, segundo os autores, é importante para os gerentes e empresários que a empresa dê maior atenção a programas de satisfação global dos consumidores, ao invés de estratégias de serviços unicamente. Talvez os consumidores não comprem produtos ou serviços por sua superioridade, mas pela capacidade da empresa em preencher várias expectativas e necessidades ligadas a: a) preço, b) conveniência, c) localização, d) disponibilidade e acesso, dentre outras. Essas e outras características podem aumentar a satisfação global dos consumidores e criar ou aumentar as intenções de (re)compra dos mesmos.

Carman (1990) faz uma série de considerações ao modelo Servqual que merecem atenção. O autor levanta seis pontos a serem investigados:

1. Quantas dimensões existem e quão genéricas as mesmas são? As empresas de serviços profissionais e organizações de serviços ao consumidor encontrarão a mesma validade de mensuração? (Sasser, Olsen e Wyckoff citados por Carman 1990, p. 34).
2. Em que grau a nomenclatura das questões do modelo Servqual podem ser alteradas para adequarem-se à uma situação de serviços específica?
3. Como tratar grupos de serviços que incluem múltiplas funções de serviços? Até que ponto a qualidade dos produtos vendidos pelas empresas varejistas de serviços contribui para a percepção?
4. Quanto é válido analisar a diferença entre expectativas e percepções?
5. É sempre necessário administrar a bateria de expectativas?

6. Qual a relação entre expectativas e importância?

A pesquisa conduzida por Carman (1990) aplicou algumas variações no modelo original empregado por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) e foi conduzida em quatro diferentes setores. Estes foram escolhidos para testar a escala em situações diferentes daquelas utilizadas no modelo original. Foram escolhidas as seguintes empresas de serviços: a) clínica / escola de tratamento dental, b) centro de colocação de uma escola de administração, c) hospital de cuidados intensos, d) loja de pneus. Em nenhuma das situações descritas pelo autor foi possível utilizar as 22 questões do modelo Servqual exatamente como proposto por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988). Algumas modificações se fizeram necessárias em itens ou palavras, devido ao ambiente ou pelos resultados dos testes com os questionários. Carman (1990), utilizando o modelo original Servqual e os fatores definidos por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1998), afirma que os grupos denominados: Tangíveis, Confiabilidade e Segurança aparecem em todos os casos pesquisados. Responsividade não foi um atributo que obteve consistência nos testes de análise fatorial para a clínica de tratamento dental. Entretanto, conveniência ou acesso apareceram em todas as empresas pesquisadas. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) combinaram os itens entendimento e acesso na dimensão empatia. Já os estudos de Carman (1990) não revelam a mesma correlação, havendo, no lugar de empatia, os fatores atenção pessoal, acesso e conveniência. Segundo o autor, seus estudos revelam que quando uma dimensão de qualidade é particularmente importante para os consumidores, os mesmos, provavelmente, subdividirão essa dimensão em subdimensões. Segundo Carman (1990), alguns itens sempre precisarão ser adicionados às dimensões de qualidade para que possam suplementar e ou complementar o significado específico dos atributos de um determinado setor ou empresa. Ainda assim, Carman (1990) afirma que o número e a identificação dos fatores são muito similares aos originais definidos

por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991). Indicadores de qualidade perceptíveis aos consumidores mostraram-se mais significativos e relevantes do que aqueles imperceptíveis ou invisíveis. Desta forma, o autor recomenda que os varejistas incluam nos instrumentos de mensuração de qualidade itens relacionados com segurança, cortesia e atenção pessoal.

Carman (1990) afirma que os pesquisadores de qualidade em serviços preferem não confundir atributos de qualidade com preços, entretanto, em alguns casos, o preço deve ser considerado nas avaliações sobre qualidade, especialmente quando está associado à alta qualidade. Nas pesquisas realizadas na clínica de tratamento dental, o item preço foi incluído e considerado como um fator específico, pois a clínica, por suas características e público (destinada a treinar estudantes e a atender a um custo muito baixo), tinha, no preço um quesito relevante sob a perspectiva dos consumidores.

Na replicação dos estudos de Parasuraman, Zeithaml & Berry, Carman (1990) conclui que as análises foram consistentes na maioria das dimensões propostas pelos autores, mas que os testes de validação, entretanto, sugeriram que as dimensões não são tão genéricas como propostas por Parasuraman, Zeithaml & Berry e que as pesquisas utilizando Servqual não deveriam se ater às escalas de forma rígida, podendo sofrer alterações ou adições em novos fatores considerados importantes. Carman (1990) sugere ainda que itens relativos à cortesia e ao acesso sejam mantidos e que alguns itens ligados a determinadas dimensões, como por exemplo responsividade e acesso, sejam expandidos onde estas dimensões se mostrarem particularmente importantes.

Carman (1990) afirma que em suas pesquisas o item agendamento ou marcação de horário mostrou-se relevante nos testes conduzidos. Assim, foram introduzidos itens relativos à facilidade de agendar ou marcar horário. Chama a atenção o fato de o mesmo item ter sido classificado como segurança na empresa de pneus e como confiabilidade na clínica de tratamento dental. O autor alerta também para o uso de muitas questões e, conseqüente,

aumento do instrumento original proposto por Parasuraman, Zeithaml & Berry, o que pode causar desvantagens e dificuldades na sua aplicação. Outra observação importante diz respeito à omissão de questões de pouca relevância para situações específicas. O autor utiliza como exemplo a questão relativa à vestimenta adequada dos funcionários. Segundo Carman (1990), suas análises mostraram que quando os empregados se vestiam do modo esperado ou mais do que esperado, este item não era considerado como um indicador de qualidade percebida pelos consumidores. Apenas quando o item vestimenta estivesse abaixo do mínimo esperado é que o mesmo era avaliado na dimensão de tangibilidade. Carman (1990) afirma que enquanto Parasuraman, Zeithaml & Berry provêem instrumentos e ferramentas para o desenvolvimento de itens a serem empregados nas pesquisas, os mesmos precisam ter sua validade e confiabilidade checadas antes de qualquer aplicação comercial.

Carman (1990) afirma que na maioria dos serviços de varejo, o trabalho envolve a prestação de um serviço e a venda de um produto, cuja qualidade será avaliada com o uso. Em situações de serviço puro, como internações em hospitais, os consumidores são envolvidos em um número de encontros ou contatos nos quais a qualidade de cada um será avaliada individualmente. O autor coloca o problema de quanto cada um destes encontros contribuem para uma avaliação geral da qualidade e como estas percepções da qualidade podem ser mensuradas. A literatura sobre serviços, segundo Carman (1990), sugere que tangibilidade e atenção pessoal têm maior peso na percepção do consumidor sobre qualidade e esta percepção, por sua vez, maior peso na lealdade do consumidor do que a qualidade dos produtos em si. Para validar o que foi afirmado acima, Carman (1990) aplicou uma bateria de perguntas aos usuários de serviços de um hospital e afirma que os resultados da análise fatorial foram diferentes dos encontrados em outros setores. Desta forma, foram refeitas algumas das perguntas do questionário original mais de uma vez, com a finalidade de demonstrar que a mesma pergunta, refeita em diferentes circunstâncias, seria alocada em

diferentes dimensões de qualidade, dependendo da função utilizada na empresa em questão. Por exemplo, a pergunta do questionário original P11 (você não recebe pronto atendimento dos funcionários da empresa xyz, alocada no grupo responsividade) foi feita de três formas diferentes: 1- “Minha liberação do hospital foi prontamente executada”, 2- “Enfermeiras respondem prontamente quando eu chamo”, 3- “Minha admissão no hospital foi feita prontamente”. Ao invés de serem alocadas as três no grupo responsividade, as mesmas foram alocadas nos grupos que representavam a função avaliada. Com base nos dados desta pesquisa, Carman (1990) afirma que empresas varejistas em situações de serviços variados (serviços e produtos) precisam medir a qualidade de cada função de forma separada, utilizando os itens similares aos utilizados nas pesquisas de Parasuraman, Zeithaml & Berry. Por exemplo, um banco precisa medir as percepções dos usuários do setor de empréstimos hipotecários separadamente daqueles usuários dos serviços de empréstimos para pessoa física e assim por diante.

Carman (1990) considera como ponto crítico o procedimento adotado quanto à mensuração das expectativas utilizado por Parasuraman, Zeithaml & Berry. Segundo o autor, parece haver sérios problemas com os valores das baterias de expectativas utilizadas por Parasuraman, Zeithaml & Berry, a maneira pela qual a mesma foi mensurada / aplicada e a análise fatorial das diferenças entre percepções e expectativas. Carman (1990) considera inadequada e inapropriada a forma adotada nas pesquisas conduzidas por Parasuraman, Zeithaml & Berry, nas quais os entrevistados foram perguntados sobre suas expectativas e sobre a qualidade dos serviços na mesma bateria de entrevistas.

Segundo Carman (1990), o critério de escolha dos entrevistados, baseado no fato de critério terem utilizado os serviços nos últimos três meses, apresenta problemas metodológicos devido ao fato de que todas as respostas foram baseadas nas experiências passadas, mensurando assim, o que eles esperaram e perceberam no momento em que se deu a

experiência com os serviços. Segundo o autor, este lapso de tempo pode invalidar as respostas devido à dificuldade do entrevistado em conseguir estabelecer, a posteriori, qual foi a expectativa e a percepção no momento da entrevista.

Segundo Brown, Churchill e Peter (1993), o modelo Servqual possui problemas que limitam seu uso e aplicação. Segundo os autores, o Servqual precisa ser adaptada para ser aplicada, ao passo que foi designada para ser uma medida universal de serviços. Os autores sugerem a necessidade de mais do que 5 dimensões de qualidade, conforme proposto no modelo original e que a relação entre fator e item na escala seria instável. Brown, Churchill & Peter (1993) afirmam que a mensuração por diferença de pontos na escala Servqual pode ter vários problemas psicométricos. Os autores também apontam problemas com escalas psicométricas, associados com a mensuração, por diferença de pontos para mensurar qualidade de serviços. Os autores conduziram uma pesquisa para comprovar as possíveis falhas da escala, utilizaram a escala Servqual modificada. A escala modificada foi alterada, substituindo-se dois novos itens com a mudança de orientação das perguntas, alterando a nomenclatura do nível de serviços que *deveria ser provido* para o nível que *seria provido*, e a transformação de todas as afirmações negativas em positivas, conforme orientação de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991b). Na escala Servqual, os autores propõem que as perguntas sejam feitas da seguinte forma: a) Os funcionários deveriam receber suporte adequado da empresa para fazer seu serviço bem feito. Passando a ser: a) os funcionários receberiam suporte adequado da empresa para fazer seu serviço bem feito. Cada item da escala foi alterado para o formato “Como”, por exemplo: “como os funcionários estão desejosos por me ajudar”. As escalas de concordância e discordância foram alteradas para “muito pior do que eu esperava”, “um pouco pior...” e “muito melhor do que eu esperava”. Outra crítica feita pelos autores é que a escala não possui dimensões replicáveis, enquanto Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) identificaram 5 dimensões nos 22 itens da escala,

Brown, Churchill & Peter (1993) afirmam que o fator de análise utilizado na pesquisa conduzida por eles pode representar um constructo unidimensional e não com cinco dimensões, como proposto inicialmente.

2.16.2 Pontos negativos da abordagem expectativa-percepção para a percepção de qualidade de serviços

De acordo com Johnston (2002), se as expectativas do cliente forem particularmente baixas, o mau serviço pode ser percebido como satisfatório porque as expectativas foram excedidas. Neste caso, o serviço está altamente vulnerável à ameaça competitiva de fornecedores de melhor qualidade. É também possível que, caso as expectativas sejam altas, por exemplo, em função de grande promessa, um bom serviço possa ser visto como inadequado. Se um serviço foi percebido como “bom”, as expectativas do cliente podem ser maiores na próxima vez; assim, pode ficar insatisfeito nas ocasiões subseqüentes, não obstante o fato da qualidade permanecer a mesma.

2.16.3 Respostas às críticas sobre o modelo Servqual

Em resposta, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991b) afirmam que a mensuração por diferença de pontos, criticada por Brown, Churchill & Peter (1993), não é tão problemática como os autores afirmaram em sua crítica. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991b) afirmam que a dimensão da escala que mensura as expectativas é uma medida geral e pertence aos

padrões normativos dos consumidores, por exemplo: o nível de serviços prestados aos consumidores que os mesmos acreditam ser excelente para empresas de um setor. A dimensão da escala que mensura as percepções dos consumidores pertence à percepção dos serviços de uma dada empresa em um setor. Desta forma, não há razão conceitual para avaliações genéricas relacionadas com as pontuações da escala de empresas específicas, como afirmado por Brown, Churchill & Peter (1993). Por exemplo: se, em relação a uma loja de departamentos, um consumidor A tem uma expectativa em relação ao design na escala Servqual maior do que um consumidor B, isto não significa, necessariamente, que o consumidor A irá classificar o layout da loja maior do que o consumidor B.

Segundo Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991b), qualquer correlação observada entre expectativas e percepções do Servqual pode ser apenas um artefato de ambas as medidas ao serem utilizadas em um mesmo instrumento. Os autores afirmam ainda que tal correlação não se mostra alta, como demonstrado nas pesquisas realizadas por Brown, Churchill & Peter (1993) e também nas realizadas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), não constituindo assim um problema. Outra questão levantada por Brown, Churchill & Peter (1993) refere-se às cinco dimensões de qualidade em serviços, assunto este amplamente discutido e respondido no artigo de Parasuraman, Berry and Zeithaml (1991b). Ao fim do artigo, Brown, Churchill & Peter (1993) questionam se o modelo Servqual teria aplicação universal. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) afirmam que os itens da escala representam um critério de avaliação central que transcende empresas específicas e indústrias. Segundo Parasuraman, Berry & Zeithaml (1991b), os itens do Servqual são o esqueleto básico da avaliação em qualidade de serviços, e que a mesma pode ser complementada com itens de um contexto específico quando necessário. Boa parte das discussões e questionamentos levantados por Brown, Churchill & Peter (1993) são relativos às metodologias de mensuração estatística aplicadas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), o que não constitui o foco deste trabalho devido

ao nível de especificidade das mesmas. Para maiores detalhes e compreensão deste assunto, sugere-se consultar Peters & Summers (1973).

De acordo com uma das mais recentes pesquisas conduzidas por Parasuraman, Zeithaml & Berry com o objetivo de responder a diversas críticas que o modelo Servqual vem recebendo de vários autores, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) elaboraram novas pesquisas, reformularam e implementaram uma nova estrutura para o modelo. O objetivo desta pesquisa foi o de capturar a discrepância entre qualidade percebida e qualidade desejada, assim como a discrepância entre qualidade percebida e adequação do serviço prestado. Foram elaborados e testados 3 modelos diferentes de questionários, com os seguintes objetivos:

- Comparar diferentes escalas de mensurações de qualidade de serviços baseadas em critérios psicométricos e de diagnóstico, visando solucionar os problemas metodológicos levantados por outros autores;
- Incorporar a conceitualização expandida de expectativas através dos formatos alternativos de escalas (para maiores detalhes, ver Zeithaml, Berry and Parasuraman (1993));

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) afirmam que as discussões sobre expectativas consideram-nas como um padrão normativo como, por exemplo, as crenças dos consumidores sobre o que o provedor de serviços *deveria* oferecer. Segundo os autores, a visão que os mesmos têm sobre expectativas está relacionada ao padrão preditivo, ou seja, o que os consumidores pensam que o provedor *irá* oferecer. Com o objetivo de aprofundar esta discussão e melhor esclarecê-la, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) desenvolveram um modelo integrativo, considerando que as expectativas dos serviços podem existir em dois diferentes níveis, os quais os consumidores utilizam como padrões de comparação ao terem acesso a um determinado provedor de serviços.

De acordo com Carman (1990) e Peter et al (1993) a mensuração direta da lacuna percepções-expectativas é psicometricamente superior àquela que propõe a diferença de escores. Devlin, Dong e Brown, citados por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994, p. 204), afirmam que escalas que mensuram diretamente performance percebida em relação a expectativas têm sido consideradas melhores por apresentarem menores vieses e serem mais úteis do que escalas que apenas mensuram performance. Por outro lado, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) afirmam que as evidências empíricas, comparando-se a escala Servqual com as mensurações diretas de qualidade em serviços, não foram conclusivas no sentido de afirmar que os problemas de mensuração psicométricos estão presentes no Servqual.

Com base na ampliação do conceito de expectativas adotado por Parasuraman, Zeithaml & Berry, o Servqual foi reformulada e testada em três diferentes modelos ou formatos, da seguinte forma:

- Questionário com três colunas: Formado por escalas de mensuração diferentes, qualidade desejada, adequada e percebida com três escalas, idênticas e lado a lado;
- Questionário com duas colunas: Esse formato gera avaliações diretas das lacunas de superioridade e da adequação dos serviços, da mesma forma, com duas escalas idênticas lado a lado;
- Questionário com uma coluna: Esse formato gera avaliações diretas das lacunas de superioridade e adequação dos serviços. Entretanto, esse modelo foi dividido em duas partes, sendo que na primeira parte mensura-se a superioridade dos serviços, na segunda parte mensura-se a adequação dos serviços. Esse formato implica na repetição da aplicação da bateria da escala.

Algumas modificações foram introduzidas neste novo modelo, apesar de conter os 22 atributos da versão mais recente da escala Servqual – para detalhes, ver Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991).

- Três dos atributos das 22 escalas foram revisados para evitar redundâncias e melhorar a clareza da redação;
- Para adotar a conceituação expandida de expectativas e alcançar consistência, as frases das questões foram abreviadas;
- A escala de quantificação foi alterada de 7 para 9 pontos para oferecer aos respondentes uma maior possibilidade de escolhas.

Em um dos testes aos novos tipos de questionários, os próprios autores admitem que, o baixo número de respostas que se obteve no teste específico está, provavelmente, ligado à extensão do próprio questionário, o que vem a corroborar um dos resultados desta pesquisa, um vez que o tamanho e a quantidade de itens a serem respondidos foram um dificultador para a conclusão da mesma, conforme será visto mais adiante.

De acordo com as pesquisas de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), os questionários com uma coluna e três colunas tiveram desempenho consideravelmente superior ao de duas colunas, nos quesitos facilidade de preenchimento e confiabilidade.

Para um determinado número de itens do Servqual, nos questionários de uma e duas colunas, a mensuração de superioridade de serviços (qualidade percebida em comparação com qualidade desejada) foi maior do que a mensuração de adequação dos serviços (qualidade percebida em comparação com qualidade adequada), o que revela inconsistência interna, na medida em que a performance percebida de um serviço não pode exceder a performance desejada. Por outro lado, estes problemas não foram encontrados no questionário de três colunas, o qual não envolve mensurações com base nas metodologias citadas anteriormente.

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) testaram os três questionários em suas pesquisas, além de ter verificado outros atributos criticados pelos autores já citados. A pesquisa conduzida com base nos resultados dos testes de campo teve como objetivo avaliar uma amostra de 7.670 consumidores através de questionários enviados por correio, com uma amostra que envolveu consumidores finais e corporativos. A taxa de respostas obtida na pesquisa foi de 25%, maior do que as taxas de 12% a 16% obtidas nos testes anteriores.

Segundo Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), uma variedade de critérios foi utilizada para avaliar a performance do questionário: a) estrutura fatorial das escalas de qualidade de serviços, b) confiabilidade, c) validade, d) diagnóstico de valor.

Foram feitos testes para verificar a dimensionalidade e agrupamento dos 22 itens da escala nos três diferentes questionários. De acordo com Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), como a escala foi dimensionada para ter cinco dimensões distintas, mas correlacionadas, em cada análise fatorial, as cinco dimensões foram encontradas, assim como nos testes de rotação oblíqua. A análise de confiabilidade resultou em um padrão que sugeriu a eliminação de um item da escala “manutenção de registros livres de erros” e a realocação de outros dois: a) “Manter os consumidores informados sobre quando os serviços serão realizados” foi realocado de responsividade para credibilidade e “horários de atendimento convenientes”, de empatia para tangíveis. As mensurações dos coeficientes alfas dos questionários de uma e duas colunas praticamente não apresentam diferenças (todos são altos), sendo o menor valor para tangibilidade, com 0,83 em uma das empresas utilizadas na pesquisa e no questionário de três colunas, a mesma escala apresentou o menor valor com 0,75. Respondendo às críticas de Peter et al (1993), Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) também apresentaram, para o questionário de três colunas, uma segunda bateria de coeficientes, utilizando uma fórmula recomendada por esses autores. Os valores para os coeficientes alfas, encontrados nos 3 modelos de questionário, foram consistentemente altos,

indicando, segundo os autores, elevada consistência interna entre as dimensões da escala Servqual para os três modelos de questionários. Apesar da pesquisa demonstrar evidências de validade discriminante entre as cinco dimensões da escala, ainda assim os resultados suportam a possibilidade de uma estrutura de três dimensões, na qual garantia / promessa, responsividade e empatia combinaram em um único fator – para detalhes ver Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994, p. 211).

Para testar as validades convergente, preditiva e discriminante, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) fizeram diversos tipos de análises. Primeiramente foi feita a análise de regressão para as notas atribuídas à qualidade geral dos serviços (mensurada numa escala de 1 a 9), para o valor geral atribuído aos serviços e para as notas das cinco dimensões obtidas com os três modelos de questionário. As análises demonstraram que as regressões para valor e qualidade foram altas nos testes de validade convergente e preditiva. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) afirmam que os resultados das pesquisas atestam a capacidade de mensuração do modelo proposto por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) para explicar uma porção significativa da variância no valor percebido, conforme atestam os primeiros estudos que deram origem ao modelo Servqual. Os autores também testaram a validade do constructo das escalas de qualidade, fazendo uma comparação na mensuração da superioridade dos serviços com a adequação do mesmo, segundo as notas dos questionários apurados e através de pequenas amostras de consumidores, com base nos seguintes critérios: a) se os consumidores haviam experimentado algum problema recente com os serviços da empresa; e, caso sim, b) se o problema havia sido resolvido satisfatoriamente. Para os três formatos de questionário, os resultados foram consistentemente mais altos para os consumidores que não haviam experimentado problemas com os serviços das empresas do que para aqueles que haviam experimentado problemas. No grupo dos que experimentaram problemas, as notas foram mais altas entre aqueles que os avaliaram como satisfatoriamente resolvidos. Por último, os autores

examinaram erros nas respostas, teste esse feito através da análise da consistência lógica da mensuração da superioridade e adequação dos serviços para o questionário de duas colunas e, também, a avaliação da adequação dos serviços e serviços desejados para o questionário de três colunas.

Os resultados finais das pesquisas demonstram que os três modelos de questionários possuem validade convergente e preditiva, devido à capacidade de explicar uma significativa proporção da variância nas mensurações de qualidade global. O comportamento dos três modelos de mensuração é condizente com o que prediz a teoria sobre a escala e sua relação com valor global, incidência de problemas em serviços e experiência com solução de problemas. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) concluem que o questionário de três colunas (diferença de escores) é muito menos susceptível a erros de resposta que o de duas colunas (mensuração direta).

Em relação à Zona de Tolerância, dos três modelos de questionários pesquisados por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), apenas o de três colunas é capaz de indicar, especificamente, sua posição e a qualidade percebida em relação a ela. O questionário de uma coluna não contém tais informações, já o de duas colunas consegue indicar se o nível de serviços percebidos está acima ou abaixo dela.

Criada pelo questionário de 3 colunas, a Zona de Tolerância permite que se enquadre a qualidade percebida nas faixas de qualidade mínima aceitável e desejada. Trata-se pois, de um item imprescindível, uma vez que permite à empresa dar diferente ênfase aos itens da escala de importância, com medidas específicas e baseadas no grau de importância de cada atributo.

Segundo Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), os padrões de discrepância entre as mensurações de qualidade por diferença de escores e mensurações diretas e as conflitantes inferências que derivam destas metodologias trazem à tona a discussão sobre qual das metodologias é mais confiável. A qualidade de serviços desejada representa um tipo de

“padrão ideal”, de tal forma que a qualidade percebida será sempre menor do que a desejada. Segundo os autores, a metodologia de mensuração por diferença de escores mostra-se mais plausível e com maior validade de face. Desta forma, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) afirmam que a interpretação da qualidade percebida associada à qualidade adequada e desejada é útil como ferramenta de diagnóstico das deficiências dos serviços prestados, assim como na implementação de medidas corretivas dos problemas levantados. Do questionário de 3 colunas, provêm informações mais detalhadas e mais apuradas para propósitos gerenciais do que os outros dois formatos.

Os autores concluem que a validade psicométrica da mensuração por diferença de escores em comparação com as mensurações diretas são ambas eficientes e possuem a mesma performance em todos os critérios psicométricos avaliados, exceto na capacidade preditiva (habilidade de explicar a variância nas percepções globais de qualidade em serviços, por exemplo). Se o objetivo principal for maximizar a capacidade preditiva, o modelo baseado apenas nas percepções é melhor na medida em que supera todas as demais mensurações nesse critério. Entretanto, se o objetivo for identificar a queda de itens críticos nos serviços prestados, o questionário de três colunas se mostra mais eficiente, já que esse formato fornece mensurações separadas de percepção, o que não ocorre com os outros modelos.

3 METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1 Tipo de pesquisa

Na primeira fase, utilizou-se a pesquisa exploratória, por ser adequada para fornecer subsídios para responder ao problema de pesquisa deste trabalho: qual a satisfação do usuário após o atendimento, comparando-a com suas expectativas?

Segundo Malhotra (2001), a pesquisa exploratória tem por objetivo explorar um problema ou situação para prover critérios e compreensão de determinado problema. Por ser exploratório, o processo de pesquisa adotado inicialmente é flexível e não estruturado. Os objetivos desta pesquisa que a enquadram como sendo exploratória são: a) formular um problema e defini-lo com maior precisão; b) identificar cursos alternativos de ação para o problema encontrado; c) desenvolver hipóteses.

Outra conclusão de Malhotra em relação à pesquisa exploratória é a de que suas constatações são seguidas por pesquisas exploratórias ou conclusivas adicionais.

Na segunda fase, utilizou-se uma pesquisa conclusiva descritiva transversal única quantitativa com método de *survey* e aplicação de questionário estruturado. Além disso, há um enunciado claro do problema, com o objetivo de captar características ou funções do mercado. Houve, ainda, uma formulação prévia de hipóteses específicas e da estrutura, operacionalizada através de estudo pré-planejado. Utilizaram-se fonte de dados secundários, *surveys* e dados de observação (MALHOTRA, 2001).

Segundo Malhotra (2001), a pesquisa conclusiva se baseia em amostras grandes e representativas e os dados obtidos estão sujeitos à análise quantitativa. Ademais, pesquisas conclusivas podem ser descritivas ou causais. Malhotra (2001) caracteriza também o estudo

transversal, dividindo-o em duas modalidades: único ou múltiplo. De acordo com as denominações anteriormente citadas, o presente trabalho é uma pesquisa transversal única por fazer a coleta de informações da amostra somente uma vez. Nos estudos transversais múltiplos, há duas ou mais amostras de entrevistados e as informações de cada uma delas são obtidas somente uma vez.

3.2 Hipótese de pesquisa

O presente trabalho têm como hipótese de pesquisa a existência de lacunas entre as expectativas de qualidade dos serviços e a qualidade efetivamente percebida pelos usuários dos serviços ambulatoriais do Hospital Alpha.

3.3 Caracterização da amostra

Utilizou-se uma amostragem não-probabilística por julgamento. Segundo Malhotra (2001), a amostragem não-probabilística confia no julgamento pessoal do pesquisador, e não na chance de selecionar os elementos amostrais. O pesquisador pode, conscientemente, decidir os elementos a serem incluídos na amostra. A amostragem por julgamento é uma forma de amostragem por conveniência, na qual os elementos da população são selecionados com base no julgamento do pesquisador, quem escolhe os elementos por considerá-los representativos da população de interesse ou apropriados por algum outro motivo.

O universo da pesquisa compreendeu os usuários dos serviços ambulatoriais do Hospital Alpha. Os entrevistados deveriam ter mais de 18 anos de idade, já ter experimentado os serviços do hospital, apesar de ter-se entrevistado usuários de primeira utilização, procurou-se minimizar a participação dos mesmos pelo pequeno número de experiências que haviam tido. Durante o processo de entrevista, os usuários com escolaridade acima do 1º grau completo foram priorizados devido à melhor compreensão das perguntas.

O tamanho da amostra pesquisada foi de 189 entrevistados durante o período de 01/07/2004 a 02/08/2004. A média de pessoas atendidas pelo hospital durante todo o ano de 2003 foi de 6.555 – não incluídas as internações. De acordo com Stevenson (1986), para uma população de 6.555 e um tamanho de amostra de 189 indivíduos tem-se uma margem de erros de 7,2%. Optou-se em aplicar os questionários por todo o mês de julho, evitando qualquer viés decorrente de oscilações no número de atendimentos ao longo do mês.

3.4 Técnicas de pesquisa

3.4.1 Pesquisa bibliográfica

Nos documentos citados no referencial bibliográfico deste trabalho, realizaram-se pesquisas que tratam do emprego do modelo servqual como instrumento de mensuração da qualidade percebida por usuários de serviços. Procurou-se pesquisar quais as ferramentas apropriadas para mensurar a satisfação do consumidor de serviços. Neste caso, considerou-se o modelo Servqual modificado, além de estender a pesquisa à qualidade de serviços, à

composição do sistema de saúde no Brasil e a uma abordagem específica sobre qualidade de serviços hospitalares.

3.4.2 Pesquisa documental

Na presente pesquisa, não foi realizada pesquisa documental. O pesquisador não teve acesso a documentos do hospital.

3.5 Ferramentas de pesquisa utilizadas pelo hospital

Durante a pesquisa, tentou-se identificar, por meio de entrevistas com funcionários e das observações feitas, algum mecanismo formal de pesquisa utilizado pelo hospital. Porém, não se pôde encontrar nenhum tipo adequado para os usuários dos serviços ambulatoriais. Segundo informações dos funcionários, o hospital utiliza caixa de sugestões, todavia sua ausência foi notada no período em que as observações foram feitas, o que evidenciou a falta do uso da mesma pela maioria dos usuários.

Segundo funcionários, o hospital utilizou pesquisas com seus usuários em algumas situações esporádicas, porém estas não são aplicadas para monitorar a satisfação / adequação dos serviços prestados de forma sistemática. Desta forma, pôde-se concluir que o hospital não realiza pesquisa de marketing nem mesmo de forma esporádica e por isso não possui informações sobre satisfação ou adequação dos seus serviços.

3.6 Instrumentos de pesquisa

3.6.1 Questionário

Aplicou-se um questionário semi-estruturado aos usuários a partir de uma amostra intencional não-probabilística, avaliando-se, segundo o modelo Servqual modificado, seu grau de expectativa em relação aos serviços prestados pelo hospital e a qualidade em serviços percebida por eles.

Para mensurar a qualidade dos serviços prestados, o entrevistado respondeu às perguntas do modelo Servqual modificado, construídas em três diferentes grupos: o nível de qualidade percebida (depois que o usuário utiliza o serviço), o nível de qualidade desejada (o que ele deseja com relação ao serviço) e o nível de qualidade mínima aceitável (o mínimo de qualidade que o serviço deve ter para ser aceito pelo usuário como um bom serviço).

O questionário utilizado foi fruto de uma das últimas pesquisas conduzidas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), na qual os autores testaram três modelos com *layouts* diferentes de questionários, sendo: a) formato de três colunas; b) formato de duas colunas e c) formato de uma coluna. No formato de três colunas (adotado nesta pesquisa), geraram-se avaliações separadas de qualidade desejada, adequada e percebida com três baterias de avaliação, idênticas, lado a lado. Todos os três formatos testados contêm os 22 atributos da versão mais recente da escala Servqual com modificações (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1991). Entretanto, os próprios Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) fizeram diversas pequenas modificações à escala, dentre elas: a) três dos 22 atributos foram revisados para eliminar redundâncias; b) para incorporar o conceito expandido de expectativa pesquisado por

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) e atingir consistência na formulação das questões nos três formatos, o enunciado dos atributos foi abreviado; c) a escala de respostas foi alterada de 7 para 9 pontos, com o objetivo de oferecer aos respondentes uma amplitude maior de opções. A opção de não opinar sobre a qualidade percebida foi inserida para quando um respondente não soubesse avaliar o item em questão.

3.6.2 Procedimentos adotados para garantir a fidelidade do instrumento de pesquisa

3.6.2.1. Validação de face do instrumento

O questionário aplicado foi submetido à apreciação de dois professores doutores que trabalham com qualidade de serviços e servqual; a uma professora mestra em administração de qualidade de serviços, cuja dissertação sobre o assunto foi defendida recentemente e à diretoria do Hospital Alpha, que contribuiu para o refinamento e depuração do mesmo.

3.6.2.2. Teste do questionário

Após a confecção de um modelo de questionário, realizaram-se testes ao longo de dois dias para a verificação de sua consistência e de possíveis vieses. Constataram-se problemas de

interpretação e redação que comprometeriam a aplicação do mesmo. O questionário foi ajustado, chegando-se ao modelo definitivo.

3.6.2.3. Procedimentos de aplicação do questionário

Outros procedimentos adotados para evitar vieses foram:

1. Treinamento e acompanhamento, durante todo o processo da entrevista, de uma estagiária que auxiliou na aplicação dos questionários;
2. Aplicação do questionário em duas etapas: a primeira etapa se dava quando o entrevistado estava aguardando para ser atendido, momento em que o mesmo respondia às perguntas sobre as expectativas. Na primeira etapa o entrevistado respondia sobre suas expectativas em relação a um hospital de excelente qualidade, sem avaliar a qualidade dos serviços do Hospital Alpha. Na segunda etapa, após o término completo do atendimento, as perguntas sobre a qualidade percebida eram aplicadas. Este procedimento garantiu que fosse possível aplicar o questionário de forma completa e sem gerar muita ansiedade nos entrevistados, garantindo, com isso, a atenção e colaboração dos mesmos;
3. Explicação de todas as questões do questionário, com preenchimento realizado pelo entrevistador. Esta foi uma preocupação durante todo o processo de pesquisa, sendo que todas as questões eram explicadas e checadas para confirmar o entendimento por parte dos usuários;
4. Aplicação uniforme de questionários durante a parte da manhã, assim como durante a tarde. Tal procedimento visou distribuir os respondentes com igual peso,

evitando utilizar apenas um grupo deles. Para garantir uniformidade, a pesquisa foi aplicada de segunda a sábado, durante todo o mês de julho de 2004.

5. A pesquisa seguiu um protocolo de aplicação, visando garantir a boa vontade do respondente: primeiramente o entrevistador se apresentava, explicava o motivo da pesquisa, a quem se destinava, explicava sobre imparcialidade do processo e sigilo dos dados coletados, avisava sobre o processo de aplicação e o tempo estimado para completá-lo.

4 DESCRIÇÃO DA PESQUISA

O instrumento de pesquisa foi dividido em quatro partes com diferentes objetivos: a) na primeira parte, as informações coletadas dizem respeito à caracterização do entrevistado - cidade onde reside, grau de escolaridade, estado civil, sexo, faixa etária, dentre outras (ver Anexo I) -; b) na segunda parte, há o questionário referente ao modelo Servqual modificado; c) na terceira parte, há uma bateria de afirmações para que o entrevistado expresse seu grau de concordância ou discordância, no qual mensurou-se a satisfação dos usuários com os serviços, a adequação dos serviços prestados, disposição em mudar de prestador de serviços, dentre outras questões ligadas à satisfação; d) na quarta parte, mensurou-se a qualidade geral atribuída aos serviços, o valor percebido e o nível de satisfação geral.

Desta forma, procurou-se associar diferentes tipos de mensurações para averiguar as diferenças entre as avaliações.

5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.1 Perfil do entrevistado

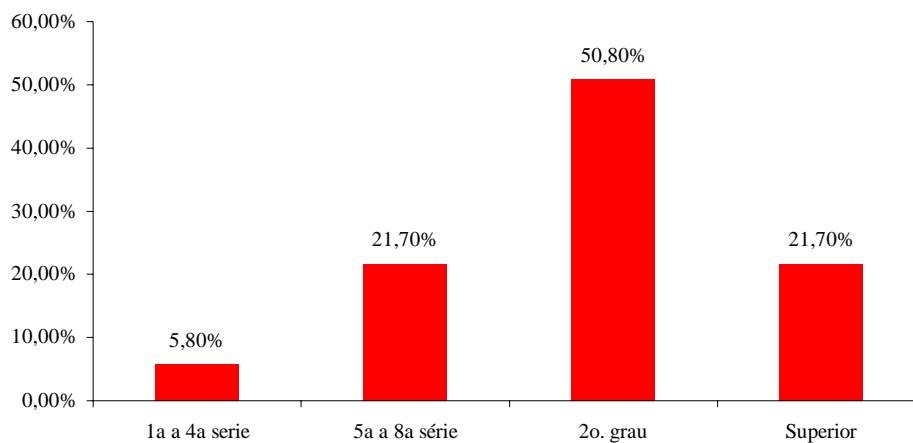
TABELA 11
Nível de escolaridade

Escolaridade	Nº	%
1a a 4ª série	11	5,8%
5a a 8ª série	41	21,7%
2o. grau	96	50,8%
Superior	41	21,7%
Base	189	
Total		100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Como se pode observar, a maioria dos respondentes possui escolaridade superior ao segundo grau (72,5%), enquanto apenas 5,8% dos entrevistados concluíram o ensino fundamental. O número de pessoas com nível superior também é expressivo (21,7%).

Gráfico 2: Nível de escolaridade.



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

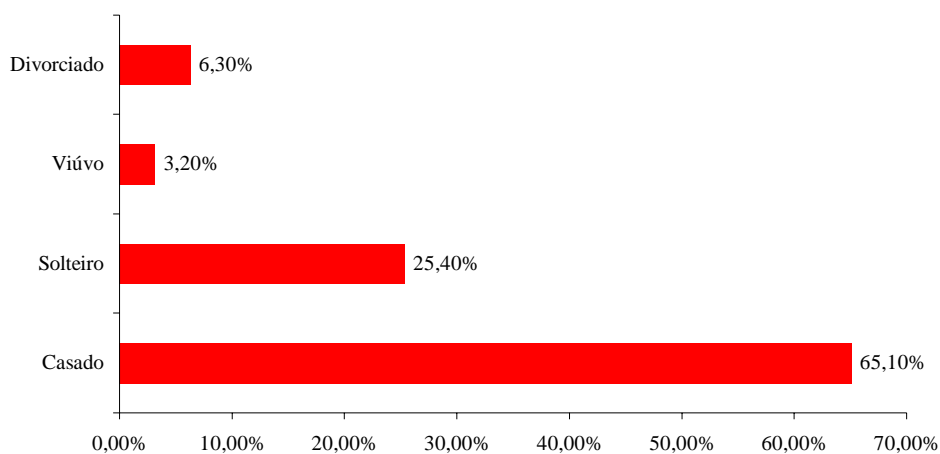
TABELA 12

Estado civil

Estado Civil	Nº	%
Casado	123	65,1%
Solteiro	48	25,4%
Viúvo	6	3,2%
Divorciado	12	6,3%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Gráfico 3: Estado civil.



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

A maior parte dos entrevistados é casada (65,1%), seguidos pelos solteiros (25,4%).

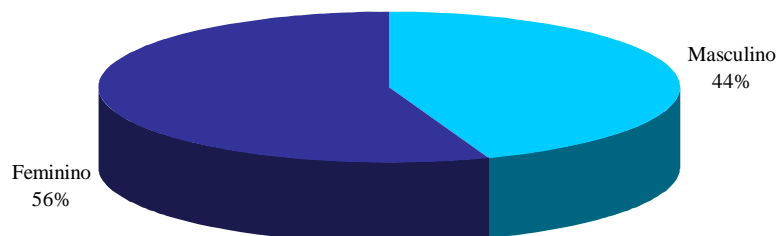
TABELA 13

Sexo

Sexo	Nº	%
Masculino	84	44,4%
Feminino	105	55,6%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Tem-se um maior número de pessoas do sexo feminino (55,6%).

Gráfico 4: Sexo

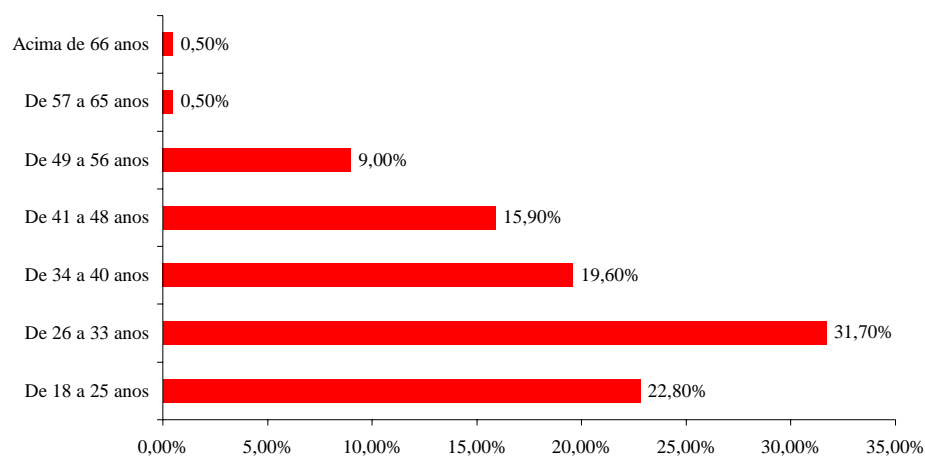
Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 14**Faixa Etária**

Faixa Etária	Nº	%
De 18 a 25 anos	43	22,8%
De 26 a 33 anos	60	31,7%
De 34 a 40 anos	37	19,6%
De 41 a 48 anos	30	15,9%
De 49 a 56 anos	17	9,0%
De 57 a 65 anos	1	0,5%
Acima de 66 anos	1	0,5%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Existe uma maior prevalência de indivíduos com idade entre 18 e 33 anos, o que corresponde a 54,5% dos entrevistados, sendo que, no intervalo entre 26 e 33 anos, o percentual é de 31,7% do total.

Gráfico 5: Faixa etária.

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 15**Forma de Pagamento**

Forma de pagamento	Nº	%
Particular	10	5,3%
Convênio	179	94,7%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

A forma de pagamento adotada é, em quase sua totalidade (94,7%), a de convênio.

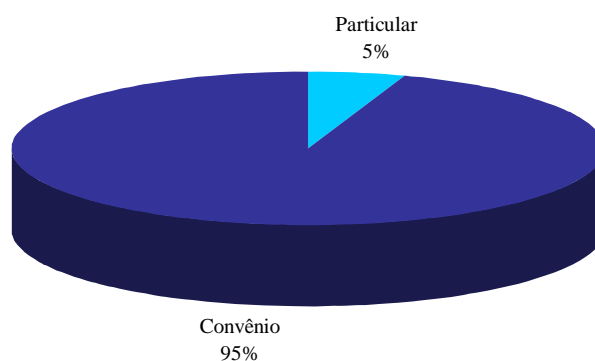
Gráfico 6: Forma de pagamento

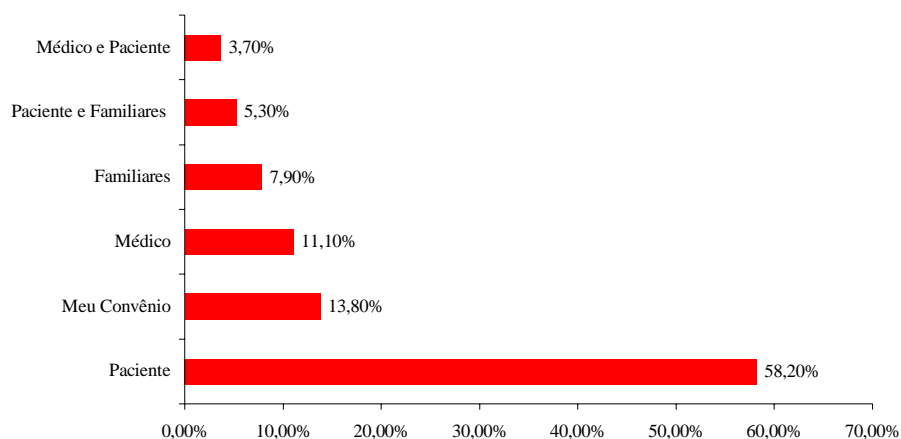
TABELA 16
Decisão de utilizar o hospital

De quem foi a decisão de utilizar o hospital?	Nº	%
Paciente	110	58,2%
Meu Convênio	26	13,8%
Médico	21	11,1%
Familiars	15	7,9%
Paciente e Familiares	10	5,3%
Médico e Paciente	7	3,7%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

A decisão de utilizar o hospital partiu, na maior parte das vezes (58,2%), partiu do próprio paciente, seguida pela decisão com base no convênio que o usuário ou um dos familiares possui com a Unimed (13,8%).

Gráfico 7: Decisão de utilizar o hospital



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 17
Internações anteriores

Já foi internado antes?	Nº	%
Não	80	42,3%
Sim - Neste hospital	41	21,7%
Sim - Em outro hospital	45	23,8%
Sim - Neste e em outro	23	12,2%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Grande parte dos entrevistados não havia sido internada antes (42,3%), 21,7% dos usuários já haviam utilizado os serviços do hospital e 23,8% já haviam utilizado os serviços de outro hospital. Assim sendo, a maioria dos usuários (45,5%) possui algum tipo de experiência com serviços hospitalares.

TABELA 18
Fonte de informação sobre o hospital

Qual a fonte de informação sobre o hospital?	Nº	%
Convênio empresa	93	49,2%
Amigos e parentes	37	19,6%
Utilização anterior	35	18,5%
Informações fornecidas pelo médico	12	6,3%
Propagandas	12	6,3%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

A principal fonte de informação sobre o hospital para os pacientes é o convênio da empresa (49,2%), seguida da propaganda boca-a-boca (19,6%). As fontes menos citadas são as propagandas em mídia e informações fornecidas por médicos, ambos com 6,3%.

TABELA 19

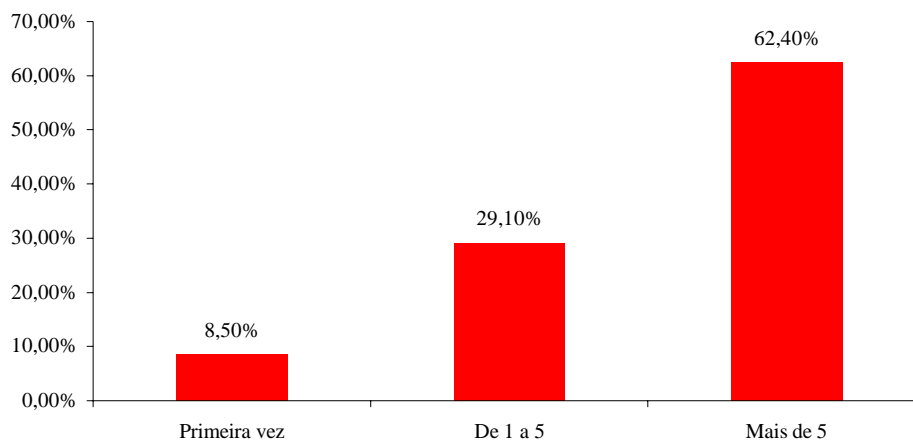
Número de vezes que utilizou o hospital

Número de vezes que utilizou os serviços do hospital	Nº	%
Primeira vez	16	8,5%
De 1 a 5	54	29,1%
Mais de 5	118	62,4%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Com relação ao quesito “número de vezes que utilizou os serviços do hospital”, como se pode observar, a maioria das pessoas entrevistadas possui experiência com os serviços do hospital, 62,4% dos usuários utilizaram seus serviços do hospital mais de 5 vezes nos últimos 6 meses, ao passo que 29,1% das pessoas utilizaram os mesmos de 1 a 5 vezes nos últimos 6 meses.

Gráfico 8: Número de vezes que utilizou o hospital



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 20

Problemas com o hospital

Já teve problemas com o hospital?	Nº	%
Não	153	81,0%
Sim	36	19,0%
Base	189	
Total	189	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Existe uma alta taxa (19%) de pessoas que tiveram problemas com os serviços do hospital. Destas pessoas, 63,9% disseram que a solução dos problemas não foi satisfatória.

Gráfico 9: Já teve problemas com o hospital

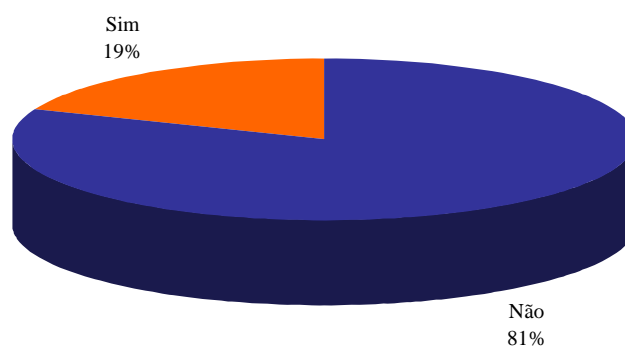


TABELA 21

Satisfação quanto à resolução dos problemas

Os problemas foram resolvidos satisfatoriamente?	Nº	%
Sim	13	36,1%
Não	23	63,9%
Base	36	
Total	36	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 22

Faixa de renda

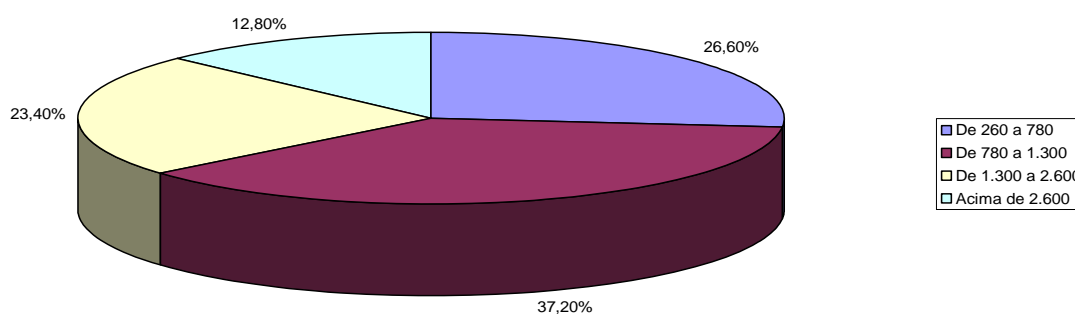
Faixa de renda	Nº	%
De 260 a 780	50	26,6%
De 780 a 1.300	70	37,2%
De 1.300 a 2.600	44	23,4%
Acima de 2.600	24	12,8%
Base	188	
Total	188	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Como pode ser observado, a grande maioria dos entrevistados - 63,8% possuem faixa de renda de até 1.300 reais mensais. O que indica um baixo poder aquisitivo dos usuários dos serviços do hospital, haja vista que 65,1% dos respondentes são casados e esta faixa de renda diz respeito aos ganhos do casal.

Gráfico 10: Distribuição por renda

Distribuição por renda



5.2 Validação da Amostra e do Instrumento de Coleta de Dados

Para avaliar a precisão de uma escala, é necessário verificar a confiabilidade, validade e possibilidade de generalização da mesma (MALHOTRA, 2001). Além disto, é necessário verificar a unidimensionalidade da escala. Para tanto, são adotados os procedimentos a seguir.

5.3 Análise de Dados Ausentes

Existem alguns procedimentos adotados na literatura para tratamento de dados ausentes (missing values). Dados ausentes são provenientes de não resposta, não aplicação da questão, dentre outros.

Os procedimentos existentes são: excluir os casos que possuem os dados ausentes, utilizar valores pesquisados na literatura, substituir pela média dos outros valores ou realizar uma regressão para prever os dados ausentes (MALHOTRA, 2001). Para a presente situação, não houve a necessidade de utilização de nenhum método, haja vista que foram utilizados apenas questionários completamente respondidos.

5.4 Análise de Dados Extremos (outliers)

Dados extremos são dados que se mostram fora do padrão, ou seja, discrepantes em relação ao conjunto de dados. Para a análise de dados extremos univariados (avaliação variável por variável), pode ser utilizado o critério de se observar se os valores ultrapassam o limite de 3 desvios padrões. Foram utilizadas variáveis padronizadas, portanto, valores além do limite de mais ou menos 3 são considerados fora do padrão (outliers). Para as variáveis de avaliação da qualidade, foram encontrados 9 pontos extremos (-3,65; -3,11; -3,11; 3,02; -4,08; -3,53; -3,53; -3,07; -3,07) e no caso de satisfação, 2 casos (ambos 3,29). Optou-se por conservá-los na análise, já que estes não ocorreram na mesma variável, bem como se deram em casos diferentes.

5.5 Linearidade

Um coeficiente indicado para verificar a linearidade entre pares de variáveis de cada constructo é o de correlação de Pearson. Este coeficiente varia de -1 a 1 , sendo que quanto mais próximo de -1 ou de 1 , maior a correlação entre as duas variáveis em questão, ou seja, maior a relação linear entre as variáveis.

Deve-se destacar que, como qualquer estimativa criada a partir dos dados, existe um erro amostral inerente. Diante disso, um teste de significância da estimativa se mostra necessário. Quando o valor p do teste for menor que $0,05$ (valor comumente utilizado), existe correlação entre as variáveis (MALHOTRA, 2001). Praticamente todas as correlações apresentaram um valor $p < 0,05$, sendo portanto significativas e indicando a existência de

linearidade entre os pares de variáveis em cada constructo. Apenas os pares I15 e I13 não apresentaram correlação significativa. Os resultados das correlações são apresentados nas TAB. 23 a 27.

TABELA 23

Confiabilidade

	I18
I25	0,437

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 24

Responsividade/Presteza

	I5	I6	I8	I12	I13
I6	0,339				
I8	0,295	0,362			
I12	0,252	0,491	0,449		
I13	0,388	0,515	0,605	0,572	
I23	0,337	0,560	0,411	0,394	0,442

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 25

Garantia/Confiabilidade

	I14	I19	I21	I22
I14	1,000			
I19	0,650	1,000		
I21	0,662	0,599	1,000	
I22	0,468	0,531	0,602	1,000

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 26

Empatia

	I7	I9	I10	I17	I20	I23
I9	0,583					
I10	0,457	0,546				
I17	0,440	0,564	0,575			
I20	0,523	0,454	0,559	0,596		
I23	0,419	0,384	0,661	0,606	0,646	
I24	0,434	0,586	0,532	0,626	0,493	0,615

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

TABELA 27

Tangibilidade

	I1	I2	I3	I4	I11	I15
I2	0,516					
I3	0,235	0,312				
I4	0,448	0,591	0,201			
I11	0,237	0,313	0,178	0,326		
I15	0,305	0,433	**0,119	0,495	0,246	
I16	0,381	0,457	0,168	0,473	0,466	0,496

**** O valor p encontrado é de 0,104 não sendo, portanto, significativa a correlação.**

5.6 Normalidade

A normalidade é um dos principais pré-requisitos para utilização de análises multivariadas. Graficamente, uma distribuição normal se apresenta em forma de sino.

Para verificação deste pressuposto foi aplicado, inicialmente, o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (CONOVER, 1980). Esse teste mede a distância máxima entre os resultados de uma distribuição empírica a ser testada (ou seja, a distribuição real) e os resultados associados à distribuição hipoteticamente verdadeira (neste caso, a Normal). As hipóteses associadas a esse teste são:

H_0 : não há diferença significativa entre as distribuições;

H_1 : há diferença significativa entre as distribuições;

Os valores calculados para este conjunto de dados encontram-se dentro da área de rejeição da hipótese nula (valor $p < 0,05$) a um nível de significância de 5%. Portanto, para ambas as distribuições, pode-se rejeitar a hipótese de normalidade da distribuição. Por outro lado, autores como Johnson e Wichern (1998) reconhecem a dificuldade de se obter, no *mundo real*, dados que se comportem exatamente seguindo uma distribuição normal. Além de tal fato, pode-se observar que existe um nível de não normalidade moderado como pode ser observado pelo nível de assimetria (menor que 2) e curtose (menor que 7).

Diante disso, optou-se por seguir utilizando métodos paramétricos baseados na distribuição normal. Os resultados do teste de normalidade são apresentados na TAB. 28.

TABELA 28:
Teste de Normalidade

Enunciado	N	Kolmogorov-Smirnov Z	Valor P	Assimetria	Curtose
1 - As instalações são visualmente atraentes (prédio bonito, bem cuidado, pintura conservada, mobília nova)	189	1,819	0,003	-0,232	-0,076
2 - As instalações físicas do hospital são confortáveis (recepção, sala de espera, etc.)	189	1,395	0,041	-0,069	-0,396
3 - Os equipamentos e as instalações são modernos	189	2,214	0,000	-0,255	-1,331
4 - O ambiente é silencioso, tranquilo e calmo	189	1,632	0,010	-0,366	-0,537
5 - Os serviços complementares são feitos de forma rápida e eficiente. (exames complementares – urina, fezes, sangue -, raio X e outros)	189	2,276	0,000	-0,594	-0,680
6 - Os serviços dos enfermeiros e funcionários são prestados de forma rápida e eficiente	189	2,003	0,001	-0,747	0,046
7 - Os médicos são educados e corteses	189	2,379	0,000	-0,828	0,104
8 - Enfermeiros e funcionários informam ao paciente sobre o tempo previsto para seu atendimento	189	1,616	0,011	0,407	-0,947
9 - Os médicos dispensam tratamento individual e personalizado ao paciente (tratam pelo nome, sabem do seu problema, acompanham ou perguntam sobre seu caso)	189	2,474	0,000	-0,559	-0,456
10 - Funcionários e enfermeiros estão dispostos a auxiliar o paciente, com real interesse pelo seu problema	189	1,916	0,001	-0,394	-0,615
11 - O Hospital dispõe de acesso adequado (Parada de veículos)	189	2,351	0,000	0,792	-0,380
12 - O serviço de admissão (entrada e registro) é rápido e sem burocracia	189	2,364	0,000	-0,590	-0,602
13 - O atendimento ao paciente se dá de forma rápida, com pequeno tempo de espera	189	1,653	0,008	0,092	-1,145
14 - Os procedimentos referentes ao tratamento médico e os procedimentos a serem seguidos após o atendimento são explicados ao paciente	189	2,317	0,000	-0,687	-0,319
15 - Médicos e funcionários tem aparência limpa e profissional	189	3,074	0,000	-1,383	2,096
16 - O hospital possui facilidades que tornam meu tempo aqui mais agradável (revistas para ler enquanto espero, banheiro disponível quando preciso. Coisas que tornam minha experiência mais agradável)	189	1,890	0,002	0,211	-1,159
17 - O hospital possui funcionários que dão atenção pessoal e individual ao paciente (Tratam pelo nome, se preocupam com seu caso, perguntam se tudo está bem)	189	1,367	0,048	-0,049	-0,864
18 - Os serviços prestados são feitos corretamente da primeira vez (ex. Solução do problema do paciente, ausência de erros percebidos pelo paciente)	189	2,359	0,000	-0,359	-0,817
19 - As etapas do tratamento são explicadas ao paciente, recebendo a atenção necessária para esclarecer quaisquer dúvidas	189	2,223	0,000	-0,685	-0,277
20 - Os enfermeiros e funcionários são educados e corteses	189	2,376	0,000	-0,752	0,005
21 - Os pacientes sentem-se seguros ao utilizar os serviços do hospital	189	2,323	0,000	-0,668	-0,466
22 - Os Médicos e enfermeiros possuem o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar suas funções	189	2,790	0,000	-1,132	0,654
23 - Os enfermeiros e funcionários tiram dúvidas e respondem as perguntas dos pacientes de forma clara e atenciosa	189	2,259	0,000	-0,584	-0,506
24 - O médico conhece as necessidades individuais dos pacientes	189	1,649	0,009	-0,343	-0,716
25 - Médicos e enfermeiros não cometem erros quando atendem o paciente	189	1,536	0,018	-0,118	-1,255
26 - Os serviços prestados pelo hospital, avaliando-os como um todo, são de qualidade	189	2,101	0,000	-0,185	0,352

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

5.7 Análise da Dimensionalidade

Para verificar a existência da penta dimensionalidade proposta pelo modelo SERVQUAL, foi utilizada a técnica de análise fatorial. A seguir é apresentado o conceito de análise fatorial segundo MALHOTRA (2001):

A análise fatorial é um nome genérico que denota uma classe de processos utilizados essencialmente para redução e sumarização dos dados. Na pesquisa de marketing pode haver um grande número de variáveis, a maioria delas correlacionadas e que devem ser reduzidas a um nível gerenciável. Estudam-se as relações entre conjuntos de muitas variáveis inter-relacionadas representando-as em termos de alguns fatores fundamentais. MALHOTRA (2001, p.504)

TABELA 29:
Medidas de KMO

VALORES DE KMO	CLASSIFICAÇÃO
$KMO \geq 0,90$	Marvelous
$0,80 \leq KMO < 0,90$	Meritorius
$0,70 \leq KMO < 0,80$	Middling
$0,60 \leq KMO < 0,70$	Mediocre
$0,50 \leq KMO < 0,60$	Miserable
$KMO < 0,50$	Inacceptable

Fonte: HAIR et al (1995).

Tabela 30:
KMO e o teste de Bartlett

MEDIDAS	RESULTADO
Medida de adequacidade da amostra (KMO)	0,940
Teste de esfericidade de Bartlett	0,000

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

É importante salientar que a utilização da análise fatorial requer a realização de um teste de adequação da amostra (KMO) bem como o teste de esfericidade de Bartlett. Para o teste de Bartlett, como o valor p encontrado é inferior a 0.05, existe uma correlação significativa entre as variáveis.

A medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é uma medida de Adequação da Amostra. Valores baixos da estatística KMO indicam que a correlação entre os pares de variáveis não pode ser explicada por outras variáveis e que o emprego da análise fatorial não é recomendável. Um valor do KMO superior a 0,5 é suficiente para afirmar que a correlação entre os pares de variáveis pode ser explicado por outras variáveis (MALHOTRA, 2001). Para MORGAN e GRIEGO (1998), o KMO ideal deveria ser maior que 0,70 para justificar o emprego da análise multivariada. HAIR et al (1995) especificam os valores para interpretar os resultados do KMO (TAB. 29).

O valor do KMO encontrado (0,940) em conjunto com o resultado do teste de Bartlett (0,000<0,05) indica a possibilidade de uso da análise fatorial. Nessa situação, o método de extração dos fatores utilizado foi o da *Fatoração pelo Eixo Principal*. Esse método é indicado quando se deseja identificar dimensões subjacentes (MALHOTRA, 2001). O número de fatores a serem obtidos foi fixado através da determinação a priori. HAIR et al apud URDAN (1995), indicam que tal critério deve ser utilizado quando o interesse está centrado na

replicação de um trabalho já realizado e portanto o pesquisador extrai o mesmo número de fatores previamente encontrados.

No presente estudo, a escala SERVQUAL indica a existência de cinco dimensões e por esse motivo, tal número de fatores foi extraído (URDAN, 1995). Como os fatores iniciais (sem rotação) não apresentaram interpretação clara, foi realizada a rotação não ortogonal oblíqua (método Oblimin do SPSS) utilizando delta igual a zero, com o intuito de se obter as dimensões *tangível*, *confiabilidade*, *presteza*, *garantia*, *empatia*. Tal rotação é proposta Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) já que as cinco dimensões são inter-correlacionadas. Uma rotação ortogonal não permitiria que a interdependência entre os fatores se manifestasse (URDAN, 1995).

Para cômputo dos fatores, foram utilizadas apenas as cargas superiores a 0,3 conforme proposto por MALHOTRA (2001). A variância acumulada dos cinco fatores é 45,8%.

Tabela 31
Fatores encontrados

	Fatores				
	1	2	3	4	5
q1a Tangibilidade		0,548			
q2a Tangibilidade		0,659			
q3a Tangibilidade					0,549
q4a Tangibilidade		0,472			
q5a Responsividade/ Presteza					0,397
q6a Responsividade/ Presteza		0,695			
q7a Empatia	0,577				
q8a Responsividade/ Presteza			0,821		
q9a Empatia	0,638				
Q10a Empatia		0,329		0,341	
Q11a Tangibilidade			0,587		
Q12a Responsividade/ Presteza	0,522				
Q13a Responsividade/ Presteza	0,374		0,521		
Q14a Garantia/ Confiabilidade	0,554				
Q15a Tangibilidade	0,584				
Q16a Tangibilidade			0,585		
Q17a Empatia	0,330		0,397		
Q18a Confiabilidade	0,659				
Q19a Garantia/ Confiabilidade	0,707				
Q20a Empatia		0,414		0,387	
Q21a Garantia/ Confiabilidade	0,692				
Q22a Garantia/ Confiabilidade	0,667				
Q23a Responsividade/ Presteza				0,571	
Q24a Empatia	0,752				

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

** Extração utilizando a fatoração pelo eixo principal. Rotação utilizando o método Oblimin

Como pode ser observado, os fatores encontrados não refletem as dimensões propostas pelo modelo SERVQUAL. Diante de tal fato, a análise da consistência interna dos fatores encontrados não se mostra necessária já que não existe uma clara interpretação dos mesmos sob a luz da teoria proposta pelos autores do modelo.

O tamanho da amostra é um aspecto que pode influenciar significativamente a determinação dos fatores intrínsecos aos dados. Diante dessa possibilidade de insuficiência do tamanho da amostra para determinação das cinco dimensões propostas pelo modelo SERVQUAL, uma nova análise foi realizada partindo do pressuposto que as cinco dimensões são válidas para a presente situação.

Os indicadores foram agrupados nas respectivas dimensões, sendo a análise que se sucede de carácter confirmatório.

5.8 Consistência Interna

Uma maneira de se medir a confiabilidade de uma escala é avaliar sua consistência interna. Esta é uma forma de avaliar se os diferentes aspectos do constructo são consistentes na indicação da característica de interesse (MALHOTRA, 2001).

Pode-se observar que todos os constructos apresentaram valores de Alfa de Cronbach dentro da faixa de aceitação (acima de 0,60) segundo Malhotra (2001). Os valores confirmam a confiabilidade da escala utilizada em relação ao nível de consistência interna (TAB. 32).

Tabela 32

Consistência Interna das Sub escalas para as supostas dimensões da Qualidade de serviço.

Sub escalas	Alpha da sub Scala	Item da escala	Alfa sendo item deletado
Confiabilidade	0,5963	18	-
		25	-
Responsividade/ Presteza	0,8144	5	0,8220
		6	0,7761
		8	0,7854
		12	0,7840
		13	0,7564
		23	0,7841
Garantia/ Confiabilidade	0,8480	14	0,8030
		19	0,8020
		21	0,7826
		22	0,8402
Empatia	0,8905	7	0,8852
		9	0,8782
		10	0,8713
		17	0,8686
		20	0,8740
		23	0,8709
Tangibilidade	0,7631	24	0,8724
		1	0,7345
		2	0,7044
		3	0,8035
		4	0,7064
		11	0,7448
		15	0,7332
		16	0,7087
Alpha de Cronbach relativo a toda a escala = 0,9504 (sem retirada dos itens)			

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

5.9 Unidimensionalidade

A unidimensionalidade significa dizer que as questões se agrupam em um único fator com autovalor superior a 1. Para verificar a dimensionalidade da escala foi usada uma técnica estatística denominada análise fatorial:

Para que tal técnica seja utilizada é necessário verificar a adequação da amostra. Para isso foram utilizados os testes de esfericidade de Bartlett, que requer um valor p inferior a 0,05, bem como o de adequação da amostra (KMO), em que um valor desta medida estatística superior a 0,5 é suficiente para afirmar que a correlação entre os pares de variáveis pode ser explicada por outras variáveis (MALHOTRA, 2001).

A TAB. 33 apresenta os valores que atestam o uso da análise fatorial.

Tabela 33: Medidas de adequação da amostra

Construto	Kmo	Bartlett
Confiabilidade	0,500	0,000
Responsividade/ Presteza	0,823	0,000
Garantia/ Confiabilidade	0,785	0,000
Empatia	0,858	0,000
Tangibilidade	0,830	0,000

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Após o teste de adequação da amostra, a análise fatorial foi aplicada utilizando como método de extração a *Fatoração pelo Eixo Principal* e a rotação *oblimin*. Nenhum dos construtos apresentou mais de um fator com autovalor superior a 1, confirmando a unidimensionalidade da escala. Deve-se destacar que, conforme proposto por Malhotra (2001), cargas fatoriais superiores a 0,3 são significativas. Os resultados são apresentados na TAB. 34.

Tabela 34

Análise da unidimensionalidade das dimensões da qualidade de serviço.

Dimensões	Item da escala	Carga Fatorial
Confiabilidade	18	0,660
	25	0,660
Variância explicada		71,85%
Responsividade/ Presteza	5	0,465
	6	0,696
	8	0,652
	12	0,669
	13	0,804
	23	0,646
Variância explicada		52,78%
Garantia/ Confiabilidade	14	0,785
	19	0,776
	21	0,832
	22	0,670
Variância explicada		69,00%
Empatia	7	0,631
	9	0,697
	10	0,762
	17	0,784
	20	0,745
	23	0,768
	24	0,75
Variância explicada		60,53%
Tangibilidade	1	0,592
	2	0,758
	3	0,313
	4	0,744
	11	0,474
	15	0,602
	16	0,691
Variância explicada		45,76%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Atestada a consistência interna e a unidimensionalidade e, com o intuito de operacionalizar as dimensões, foi utilizado o escore de cada fator encontrado. A seguir são apresentadas as correlações entre as dimensões. Deve-se destacar que, para todas elas, o valor p correspondente é igual a 0.000. Com isso, todas as correlações são significativas ao nível de 5%.

Tabela 35
Correlação entre as dimensões

	Confiabilidade	Responsividade / Presteza	Garantia/ Confiabilidade	Empatia	Tangibilidade
Confiabilidade	1				
Responsividade/Presteza	0,636(**)	1			
Garantia/Confiabilidade	0,691(**)	0,780(**)	1		
Empatia	0,667(**)	0,838(**)	0,839(**)	1	
Tangibilidade	0,558(**)	0,790(**)	0,677(**)	0,734(**)	1

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

** Correlações significativas ao nível de 5% de significância

Para o teste de validade convergente da escala, utilizou-se a técnica de análise de regressão linear múltipla. De acordo com Triola (2001), a regressão linear é basicamente um modelo que relaciona matematicamente uma ou mais variáveis ditas independentes a uma variável dependente. Isso significa que se procura utilizar as variáveis independentes como forma de estimar valores da dependente.

No presente estudo, utilizou-se a variável *Qualidade geral dos serviços prestados*, medida de forma direta no questionário, em uma escala que varia de 1 a 9, na qual 1 é a pior avaliação e 9, a melhor, como variável dependente. Os escores iniciais das 5 supostas dimensões (Confiabilidade, Responsividade/Presteza, Garantia/Confiabilidade, Empatia e Tangibilidade) foram utilizados como variáveis independentes e ainda uma segunda regressão foi feita utilizando a composição das cinco dimensões em um índice de qualidade geral e a variável resultante utilizada com independente. Os escores iniciais para as dimensões são basicamente a média aritmética simples da diferença entre qualidade percebida e qualidade adequada das questões que as compõem.

Na análise de regressão, o coeficiente R^2 é chamado de coeficiente de explicação ou determinação. Ele mede a proporção da variabilidade total da variável dependente, que é

explicada pelo modelo adotado, sendo um número pertencente ao intervalo de 0 a 1, sendo que $R^2 = 1$ indica um ajuste perfeito. Para a regressão múltipla, utilizou-se o coeficiente de determinação R^2 ajustado, que minimiza a influência do tamanho da amostra sobre essa medida.

O teste estatístico Durbin Watson é utilizado para a verificação de autocorrelação dos resíduos. Resíduos são as diferenças entre os valores estimados pela reta de regressão estimada e os valores reais. Os resíduos são a quantidade que a equação de regressão não consegue explicar devido ao efeito de variáveis externas, ou seja, variáveis explicativas omitidas e a variabilidade natural entre os indivíduos, que é medida pelo erro puro.

A falta de autocorrelação dos resíduos é uma das suposições básicas da análise de regressão. Caso isso seja verdade, o valor esperado para o teste estatístico Durbin Watson é 2, caso o valor seja menor que 2, existe a indicação de autocorrelação positiva, caso o valor do teste seja maior, existe a indicação de autocorrelação negativa. Como o valor encontrado (1,720) é próximo de 2, pode-se considerar que existe falta de autocorrelação entre os resíduos.

O valor 0.545 foi o maior encontrado dentre todos os R^2 ajustados (na regressão múltipla) e determinou o modelo 3 como mais adequado a ser utilizado. Os valores p encontrados para os coeficientes betas das dimensões indicam que três das cinco dimensões são significativas, sendo elas: Responsividade/ Presteza, Garantia /Confiabilidade, Tangibilidade (GONÇALVES, 2000).

Tabela 36
Modelos de Regressão ajustados

Modelo	R quadrado ajustado	Durbin-Watson
1	0,486	1,720
2	0,537	
3	0,545	

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Tabela 37
Modelo de Regressão escolhido (modelo 3)

Constante	Coefficientes Padronizados	Sig.
Responsividade/Presteza	0,376	0,000
Garantia/Confiabilidade	0,268	0,006
Tangibilidade	0,163	0,046

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Pode-se observar que Responsividade/Presteza possui um peso maior na qualidade do serviço (0,376), seguido por Garantia/Confiabilidade (0,268) e Tangibilidade (0,163).

A regressão linear simples entre o índice de qualidade geral (obtido através da composição das cinco dimensões) e a qualidade avaliada de forma direta indica a validade convergente (coeficiente significativo e R^2 igual a 68,3%) e seu resultado é apresentado a seguir:

Tabela 38
Modelo de Regressão escolhido (modelo 3)

Constante	Coefficientes Padronizados	Sig.
Tangibilidade	0,827	0,000

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

O valor de R^2 encontrado foi de 0,683

A dimensão Confiabilidade foi a que obteve maior importância por parte dos usuários com média de 24,2 pontos, seguida por Garantia / Confiança, Presteza, Empatia e Tangíveis com 19,1, 18,1 e 17,8 respectivamente.

Tabela 39
Ranking das Dimensões

Item	Mínimo valor encontrado	Média	Máximo valor encontrado	Desvio-padrão
A capacidade do hospital em desempenhar os serviços prometidos de maneira confiável e precisa. (CONFIABILIDADE)	10,0	24,2	50,0	7,3
O conhecimento, a cortesia dos empregados do hospital e sua capacidade de inspirar confiança e segurança. (GARANTIA / CONFIANÇA)	10,0	20,9	40,0	6,2
A boa vontade do hospital em ajudar os pacientes e providenciar um serviço rápido. (PRESTEZA)	5,0	19,1	50,0	6,6
O tratamento e a atenção individualizada que o hospital oferece aos pacientes. (EMPATIA)	7,5	18,1	50,0	6,5
A aparência das instalações físicas do hospital, equipamentos e materiais de comunicação. (TANGÍVEIS)	5,0	17,8	40,0	6,1

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

5.10 Intervalo de confiança para as dimensões

Segundo Triola (1999), uma estimação pontual não leva em consideração o erro amostral nem o desvio padrão associado à distribuição de probabilidade, por esse motivo, trabalha-se com um intervalo de confiança que forneça um intervalo de valores plausíveis para o parâmetro de interesse baseado nos dados amostrais. Esse intervalo nada mais é do que adicionar e subtrair o erro amostral do parâmetro estimado.

Deve-se observar que foi feita uma subtração da escala percebida pela adequada, e então, após serem agrupadas as variáveis que compõem cada construto, calculou-se a média destas questões para então ser feito o intervalo de confiança, mostrado na TAB. 40. Neste caso, os limites teóricos máximos são de -8 para o limite inferior e 8 para o limite superior. A interpretação, visto que todos os intervalos dos construtos se localizam abaixo do valor médio

esperado, é que a qualidade do hospital é vista como negativa pelos entrevistados (existe um *gap* em todos os componentes da qualidade).

O intervalo de confiança para a média pode ser interpretado como mostra a FIG. 9.

FIGURA 09 - Interpretação do intervalo de confiança

Limite Superior inferior a 0	↓	Qualidade negativa
O valor 0 está contido no intervalo	↓	Qualidade mediana
Limite Inferior superior a 0	↓	Qualidade positiva

TAB 40
Intervalo de Confiança para as dimensões

Dimensões	Intervalo de Confiança de 95% para a média			Desvio padrão
	Limite inferior	Média	Limite Superior	
Confiabilidade	-4,19	-3,87	-3,54	2,26
Tangíveis	-3,73	-3,52	-3,31	1,45
Presteza	-3,75	-3,50	-3,24	1,79
Empatia	-3,37	-3,11	-2,84	1,83
Garantia	-2,97	-2,69	-2,41	1,95

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

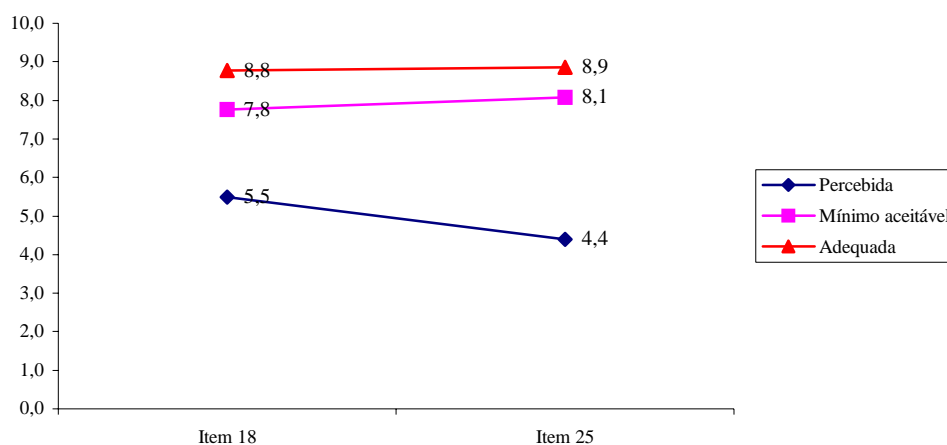
5.11 Desempenho dos atributos das dimensões

5.11.1 Confiabilidade:

Após a avaliação de cada item da dimensão confiabilidade, pode-se observar que houve um distanciamento maior do item 25 por parte da escala percebida, comparada à avaliação da adequada e a mínima aceitável. Através do gráfico abaixo, percebe-se a importância de se melhorar os itens 18 (os serviços prestados são feitos corretamente da primeira vez) e 25 (médicos e enfermeiros não cometem erros quando atendem o paciente),

pois estes não atingiram o mínimo aceitável.

Gráfico 11: Desempenho dos atributos da dimensão Confiabilidade



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Enunciado:

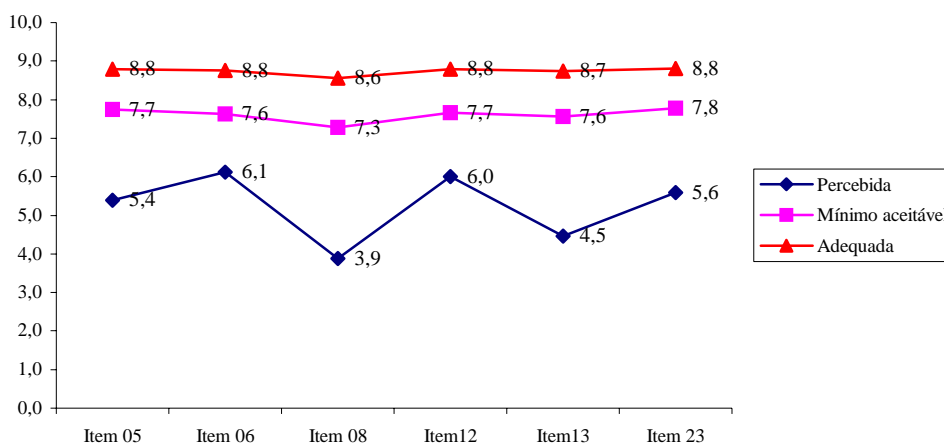
18- Os serviços prestados são feitos corretamente da primeira vez (ex. Solução do problema do paciente, ausência de erros percebidos pelo paciente).

25- Médicos e enfermeiros não cometem erros quando atendem o paciente.

5.11.2 Responsividade/Presteza

Em relação a esta dimensão, os itens 08 e 13 foram os que mais se afastaram das avaliações adequada e mínima aceitável, porém todos os itens devem ser melhorados quanto à qualidade do serviço.

Gráfico 12: Desempenho dos atributos da dimensão Responsividade/Presteza



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Enunciado:

5- Os serviços complementares são feitos de forma rápida e eficiente. (exames complementares – urina, fezes, sangue -, raio X e outros).

6- Os serviços dos enfermeiros e funcionários são prestados de forma rápida e eficiente.

8- Enfermeiros e funcionários informam ao paciente sobre o tempo previsto para seu atendimento.

12- O serviço de admissão (entrada e registro) é rápido e sem burocracia.

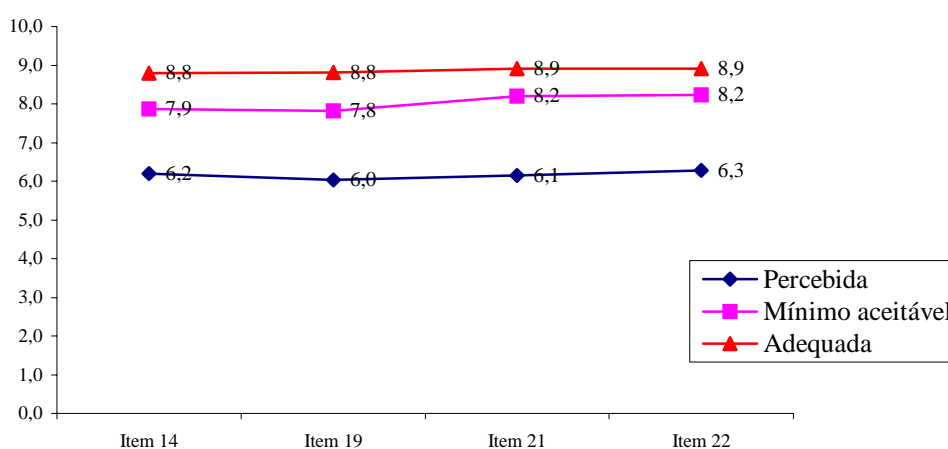
13. O atendimento ao paciente se dá de forma rápida, com pequeno tempo de espera.

23- Os enfermeiros e funcionários tiram dúvidas e respondem as perguntas dos pacientes de forma clara e atenciosa.

5.11.3 Garantia/Confiabilidade

Nesta dimensão, todos os itens estão num mesmo patamar no que tange a percepção do entrevistado. Nenhum dos itens atingiu o mínimo aceitável.

Gráfico 13: Desempenho dos atributos da dimensão Garantia/Confiabilidade



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

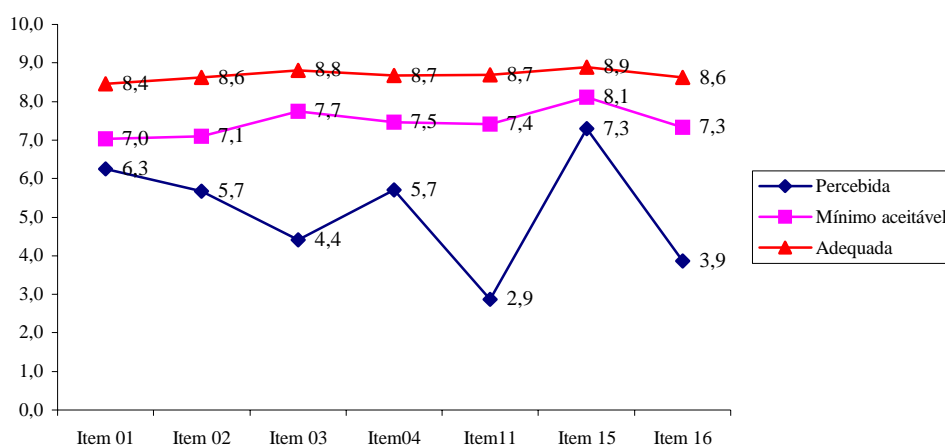
Enunciado:

- 14- Os procedimentos referentes ao tratamento médico e os procedimentos a serem seguidos após o atendimento são explicados ao paciente.
- 19- As etapas do tratamento são explicadas ao paciente, recebendo a atenção necessária para esclarecer quaisquer dúvidas.
- 21- Os pacientes sentem-se seguros ao utilizar os serviços do hospital.
- 22- Os Médicos e enfermeiros possuem o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar suas funções.

5.11.4 Empatia

Na dimensão empatia, o item 11 se afastou mais, enquanto o item 15 foi o que mais se aproximou da escala mínima aceitável, entretanto todos os itens ficaram abaixo da mesma.

Gráfico 14: Desempenho dos atributos da dimensão Empatia



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

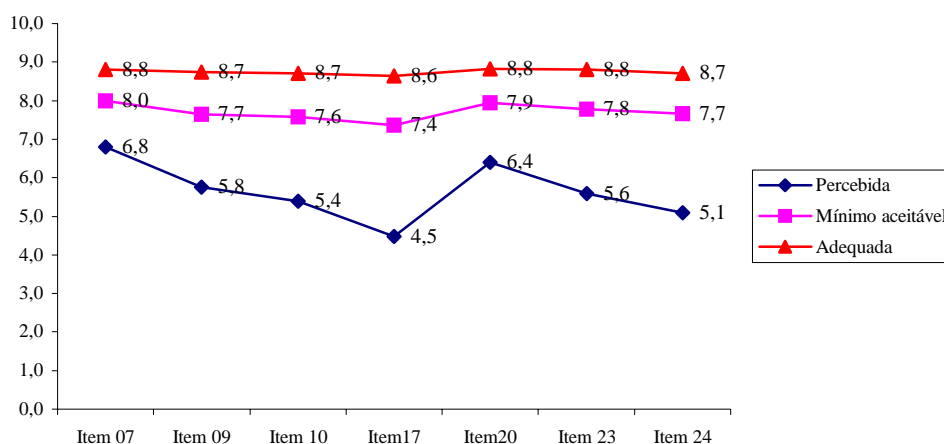
Enunciado:

- 1- As instalações são visualmente atraentes (Prédio bonito, bem cuidado, pintura conservada, mobília nova).
- 2- As instalações físicas do hospital são confortáveis (recepção, sala de espera, etc.).
- 3- Os equipamentos e as instalações são modernos.
- 4- O ambiente é silencioso, tranqüilo e calmo.
- 11- O Hospital dispõe de acesso adequado (Parada de veículos)
- 15- Médicos e funcionários têm aparência limpa e profissional.
- 16- O hospital possui facilidades que tornam meu tempo aqui mais agradável (revistas para ler enquanto espero, banheiro disponível quando preciso. Coisas que tornam minha experiência mais agradável).

5.11.5 Tangibilidade

O item 17 se destaca como o mais afastado e também para esta dimensão todos os itens precisam ser revistos e melhorados, todos ficaram abaixo do mínimo aceitável.

Gráfico 15: Desempenho dos atributos da dimensão Tangibilidade



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Enunciado:

7- Os médicos são educados e corteses.

9- Os médicos dispensam tratamento individual e personalizado ao paciente (tratam pelo nome, sabem do seu problema, acompanham ou perguntam sobre seu caso).

10- Funcionários e enfermeiros estão dispostos a auxiliar o paciente, com real interesse pelo seu problema.

17- O hospital possui funcionários que dão atenção pessoal e individual ao paciente (Tratam pelo nome, se preocupam com seu caso, perguntam se tudo está bem).

20- Os enfermeiros e funcionários são educados e corteses.

23- Os enfermeiros e funcionários tiram dúvidas e respondem as perguntas dos pacientes de forma clara e atenciosa.

24- O médico conhece as necessidades individuais dos pacientes.

5.12 Resultados com a aplicação do Modelo Servqual Modificado

Conforme pode ser visto na tabela do ranking das dimensões (TAB 39), os itens mais importantes para os usuários são: a) confiabilidade, com média de 24,2 pontos; b) garantia / confiança com 20,9 pontos; c) presteza com 19,10 pontos; d) empatia com 18,10 pontos; e) tangíveis com 17,8 pontos.

A avaliação que os usuários fizeram da dimensão “Confiabilidade” foi consideravelmente abaixo do mínimo aceitável. A nota atribuída para a questão que mensurou a assertividade do hospital em realizar os serviços corretamente da primeira vez foi 5,5, em uma escala de 1 a 9, sendo que o mínimo aceitável foi 7,8 e o adequado 8,8. Desta forma, a Zona de Tolerância dos usuários ficou entre 7,8 e 8,8; para um hospital de boa qualidade. Para a avaliação dos serviços dos médicos e assertividade dos seus procedimentos, a avaliação foi ainda mais preocupante: mínimo aceitável: 8,1; adequado: 8,9 e percebido: 4,4.

Percebe-se, desta forma, que a Zona de Tolerância dos usuários é bastante alta se comparada aos escores apurados. Esta situação revela grande fragilidade competitiva do hospital, baixa capacidade, tanto do hospital como dos médicos, de inspirar confiança nos usuários. Esta situação se mostra mais delicada quando se considera que o hospital não possui concorrente direto, sendo a única opção de convênio de saúde na cidade, quadro este que pode mudar rapidamente e gerar grandes problemas ao hospital, com evasão dos atuais usuários, perda de mercado e outras dificuldades decorrentes.

Na dimensão Garantia/Confiança, o hospital não atingiu, em nenhum dos itens avaliados, a qualidade mínima aceitável. De acordo com a pesquisa, os procedimentos a serem seguidos não são adequadamente explicados aos pacientes (avaliado: 6,2, mínimo: 7,9 e

adequado: 8,8), suas dúvidas não são esclarecidas a contento (avaliado: 6,0, mínimo: 7,8 e adequado: 8,8), os pacientes não se sentem seguros ao utilizar os serviços do hospital (avaliado: 6,1, mínimo: 8,2 e adequado: 8,9) e não confiam nos conhecimentos e habilidades dos médicos e enfermeiros para desempenharem suas funções (avaliado: 6,3, mínimo: 8,2 e adequado: 8,9). Considerando-se que esta é a segunda e mais importante dimensão, tem-se novamente uma situação delicada, haja vista que os pacientes valorizam, mas não percebem tais atributos presentes no hospital.

Para a dimensão Presteza a situação não foi diferente. Todos os itens avaliados foram pontuados abaixo da qualidade mínima aceitável, com especial atenção para algumas questões. Os itens mais bem avaliados dizem respeito aos serviços prestados pelos enfermeiros e funcionários e o serviço de admissão (entrada e registro), (avaliado: 6,0, mínimo aceitável: 7,3 e adequado: 8,8)

A pesquisa revelou considerável insatisfação com o tempo de espera para atendimento, assim como a falta de informação e previsibilidade sobre a duração da espera (avaliado: 3,9, mínimo: 7,3 e adequado: 8,6). Os serviços complementares realizados dentro do hospital – serviços realizados por terceiros, laboratórios e empresas terceirizadas – tiveram pontuação de 5,4, ao passo que a Zona de Tolerância ficou entre 7,7 e 8,8.

A dimensão Empatia, assim como as demais, não obteve pontuação mínima em nenhum dos itens avaliados. Dos itens avaliados, as instalações físicas foram mais bem avaliadas (avaliado: 6,3, mínimo: 7,0 e adequado: 8,4), ficando atrás apenas da aparência limpa e profissional dos médicos e enfermeiros (avaliado: 7,3, mínimo: 8,1 e adequado: 8,9). O item pior avaliado foi o acesso para veículos (avaliado: 2,9, mínimo: 7,4 e adequado: 8,7). O desempenho deste item é explicável pelo fato de o hospital não possuir acesso ou estacionamento para veículos, sendo necessário parar o carro na rua, o que muitas vezes dificulta o acesso devido à falta de vagas. O tempo de espera, conforme já foi dito, foi

considerado excessivo, o que contribui para a insatisfação dos usuários com a falta de facilidades / entretenimento que tornem a espera menos desagradável. Insatisfação essa refletida na avaliação das facilidades que tornam o tempo do usuário mais agradável (avaliado: 3,9, mínimo: 7,3 e adequado: 8,6). Quanto às instalações e equipamentos, os usuários percebem que os mesmos não são modernos como deveriam (avaliado: 4,4, mínimo: 7,7 e adequado: 8,8).

E por último, mas não menos importante, a dimensão Tangíveis. Assim como todos os demais, nenhum item atingiu a qualidade mínima aceitável, sendo que: a) os usuários avaliaram que a atenção dispensada pelos funcionários é o pior item desta categoria (avaliado: 4,5, mínimo: 7,4 e adequado: 8,6), seguido pelos itens: b) conhecimento das necessidades individuais dos pacientes por parte dos médicos (avaliado: 5,1, mínimo: 7,7 e adequado: 8,7); c) funcionários e enfermeiros estão dispostos a auxiliar o paciente, com real interesse pelo seu problema (avaliado: 5,4, mínimo: 7,6 e adequado: 8,7); d) enfermeiros e funcionários tiram dúvidas e respondem as perguntas dos pacientes de forma clara e atenciosa (avaliado: 5,6, mínimo: 7,8 e adequado: 8,8); e) enfermeiros e funcionários são corteses e educados (avaliado: 6,4, mínimo: 7,9 e adequado: 8,8).

Com base nos resultados da presente pesquisa e na tabela 41 de casos críticos da escala servqual, observa-se que, apesar de os problemas detectados no hospital estarem classificados em diferentes dimensões, os mesmos possuem traços em comum. Mesmo os itens que não estão relacionados diretamente com a interação pessoal interno versus usuário possuem relação indireta ou refletem a cultura da diretoria do hospital e a importância que dão (ou deveriam dar) aos usuários dos serviços. Das questões críticas relacionadas no quadro abaixo, 12 dos 15 itens estão ligados direta ou indiretamente com a cultura organizacional, treinamento de pessoal interno, missão e foco no bem estar e satisfação do cliente. A tabela 41

mostra o percentual e número de pessoas que avaliaram mal cada item e em qual dimensão o mesmo se encaixa.

Durante o período da pesquisa foram registrados eventos que, aos olhos do pesquisador, revelaram claramente a pouca importância que se dá ao usuário final. Além disso, destina-se pouca prioridade, pouca atenção e preocupação com o mesmo. Abaixo segue a tabela dos itens mais críticos avaliados pelos usuários do hospital, com base na escala Servqual.

Tabela 41

Casos Críticos da escala Servqual com nota abaixo ou igual a 6.

Nº	Questões	%	Nº	Dimensões
1	11-Hospital dispõe de acesso adequado (Parada de veículos)	89,42%	169	Tangíveis
2	16- O hospital possui facilidades que tornam meu tempo aqui mais agradável	83,6%	158	Tangíveis
3	8- Enfermeiros e funcionários informam ao paciente sobre o tempo previsto para seu atendimento.	81,48%	154	Responsividade/ Presteza
4	17- O hospital possui funcionários que dão atenção pessoal e individual ao paciente.	76,19%	144	Empatia
5	13- O atendimento ao paciente se dá de forma rápida, com pequeno tempo de espera.	73,5%	139	Responsividade/ Presteza
6	2- As instalações físicas são confortáveis.	64,5%	122	Tangíveis
7	24- O médico conhece as necessidades individuais dos pacientes.	62,9%	119	Empatia
8	4- O ambiente é silencioso, tranquilo e calmo.	60,8%	115	Tangíveis
9	10- Funcionários e enfermeiros estão dispostos a auxiliar o paciente, com real interesse pelo seu problema.	59,26%	112	Empatia
10	18- Os serviços prestados são feitos corretamente da primeira vez.	58,7%	111	Confiabilidade/ Credibilidade
11	23- Os enfermeiros e funcionários tiram dúvidas e respondem as perguntas dos pacientes de forma clara e atenciosa.	56,1%	106	Responsividade/ Presteza
12	1- As instalações são visualmente atraentes.	54,5%	103	Confiabilidade/ Credibilidade
13	25- Médicos e enfermeiros não cometem erros quando atendem o paciente.	53,97%	102	Confiabilidade/ Credibilidade

14	9- Os médicos dispensam tratamento individual e personalizado ao paciente.	53,4%	101	Empatia
15	6- Os serviços dos enfermeiros e funcionários são prestados de forma rápida e eficiente.	48,1%	91	Responsividade/ Presteza

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

5.13 Construto Satisfação

5.13.1 Análise de Dados Ausentes

Para o conjunto de questões relativas à satisfação não foi necessário o tratamento de dados ausentes.

5.13.2 Normalidade

Tabela 42

Teste de Normalidade do Construto Satisfação

Itens	N	Kolmogorov-Smirnov Z	Valor P
Os serviços desse hospital são um dos melhores que eu poderia utilizar.	189	5,054	0,000
Os serviços desse hospital são exatamente o que eu necessito.	189	4,607	0,000
Os serviços oferecidos por este hospital não foram tão bons quanto eu pensei que seriam.	189	4,421	0,000
Estou satisfeito com a decisão de utilizar os serviços deste hospital.	189	3,809	0,000
Tenho dúvidas se devo continuar a utilizar os serviços deste hospital.	189	3,888	0,000
A opção de utilizar os serviços deste hospital foi uma boa opção, foi sensata.	189	4,442	0,000
Se eu pudesse voltar atrás, utilizaria os serviços de outro hospital.	189	4,183	0,000
Eu realmente gosto dos serviços deste hospital.	189	3,794	0,000
Sinto-me arrependido da decisão de utilizar os serviços deste hospital.	189	5,096	0,000
Sinto-me insatisfeito por ter utilizado os serviços deste hospital.	189	3,692	0,000
Utilizar os serviços deste hospital foi / tem sido uma boa experiência.	189	5,201	0,000
Estou seguro por ter feito uma boa opção ao utilizar os serviços desse hospital.	189	4,137	0,000

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

A condição de normalidade das variáveis não foi satisfeita (valor $p = 0.000$), entretanto procedeu-se a análise como já mencionado anteriormente no caso da avaliação da qualidade e expectativas sobre o serviço.

5.13.3 Consistência Interna

O construto satisfação apresenta um Alfa de Cronbach de 0,9532. Tal valor se mostra acima do limite de 0,60 proposto por Hair et. al (1995), confirmando a confiabilidade da escala utilizada.

5.13.4 Unidimensionalidade

Como o teste de esfericidade de Bartlett apresenta valor p inferior a 0,05, e o de adequação da amostra (KMO) mostra um valor superior a 0,5, pode-se proceder ao uso da análise fatorial.

O método de extração dos fatores foi o mesmo utilizado para a avaliação da percepção e expectativas sobre o serviço. A unidimensionalidade da escala foi confirmada, foi obtido apenas um fator com alto valor superior a 1, possuindo este variância explicada igual a 66,24%.

Tabela 43: Cargas Fatoriais para o construto Satisfação

Itens	Cargas Fatoriais
Os serviços desse hospital são um dos melhores que eu poderia utilizar.	0,686
Os serviços desse hospital são exatamente o que eu necessito.	0,769
Os serviços oferecidos por este hospital não foram tão bons quanto eu pensei que seriam.	0,809
Estou satisfeito com a decisão de utilizar os serviços deste hospital.	0,816
Tenho dúvidas se devo continuar a utilizar os serviços deste hospital.	0,827
A opção de utilizar os serviços deste hospital foi uma boa opção, foi sensata.	0,771
Se eu pudesse voltar atrás, utilizaria os serviços de outro hospital.	0,872
Eu realmente gosto dos serviços deste hospital.	0,867
Sinto-me arrependido da decisão de utilizar os serviços deste hospital.	0,654
Sinto-me insatisfeito por ter utilizado os serviços deste hospital.	0,795
Utilizar os serviços deste hospital foi / tem sido uma boa experiência.	0,751
Estou seguro por ter feito uma boa opção ao utilizar os serviços desse hospital.	0,897
Variância Explicada	66,24%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

5.13.5 Análise de Regressão

Para avaliar o relacionamento entre a avaliação geral da qualidade (item 4.1 do questionário) e algumas variáveis que compõem o construto de satisfação, foi utilizada a técnica de regressão linear múltipla.

A TAB. 44 apresenta o modelo ajustado com as variáveis significativas e o poder de explicação do mesmo.

Tabela 44
Regressão Ajustada

Item	Coefficiente Padronizados	Valor p
Eu realmente gosto dos serviços deste hospital.	0,460	0,000
Utilizar os serviços deste hospital foi / tem sido uma boa experiência.	0,191	0,002
Sinto-me arrependido da decisão de utilizar os serviços deste hospital.	-0,160	0,004
Tenho dúvidas se devo continuar a utilizar os serviços deste hospital.	-0,160	0,006

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

$$R^2 = 0,703 \text{ e Durbin Watson} = 1,562$$

O poder de explicação do modelo estimado é de 0,703, ou seja, 70,3% da variabilidade da avaliação geral da qualidade é explicada pelas variáveis no modelo. Os coeficientes

padronizados indicam a participação de cada variável na estimação da variável resposta, ou seja, quanto maior o coeficiente padronizado, maior o peso que a variável irá possuir. Nessa situação então, *gostar dos serviços do hospital* é o item que possui maior peso. O sinal negativo das variáveis relacionadas ao *arrependimento da decisão de utilizar os serviços do hospital* e *ter dúvidas se continua a utilizar o hospital* se justificam pelo sentido contrário que tais frases possuem.

Tabela 45

Distribuição de frequência para as questões que compõem o construto satisfação

Questões/Escala	Discordo totalmente	Discordo mais que concordo	Para mim não faz diferença	Concordo mais que discordo	Concordo totalmente	Total
Os serviços desse hospital são um dos melhores que eu poderia utilizar.	21,7%	54,5%	0,5%	17,5%	5,8%	100,0%
Os serviços desse hospital são exatamente o que eu necessito.	9,5%	49,2%		27,5%	13,8%	100,0%
Os serviços oferecidos por este hospital não foram tão bons quanto eu pensei que seriam.	14,3%	27,5%		46,0%	12,2%	100,0%
Estou satisfeito com a decisão de utilizar os serviços deste hospital.	5,8%	38,6%		37,0%	18,5%	100,0%
Tenho dúvidas se devo continuar a utilizar os serviços deste hospital.	19,6%	31,2%		39,2%	10,1%	100,0%
A opção de utilizar os serviços deste hospital foi uma boa opção, foi sensata.	2,1%	29,1%		45,5%	23,3%	100,0%
Se eu pudesse voltar atrás, utilizaria os serviços de outro hospital.	16,9%	22,2%	0,5%	40,2%	20,1%	100,0%
Eu realmente gosto dos serviços deste hospital.	7,4%	38,6%		36,5%	17,5%	100,0%
Sinto-me arrependido da decisão de utilizar os serviços deste hospital.	27,0%	60,3%		11,6%	1,1%	100,0%
Sinto-me insatisfeito por ter utilizado os serviços deste hospital.	23,3%	31,2%	0,5%	37,0%	7,9%	100,0%
Utilizar os serviços deste hospital foi / tem sido uma boa experiência.	3,7%	21,7%		57,7%	16,9%	100,0%
Estou seguro por ter feito uma boa opção ao utilizar os serviços desse hospital.	6,3%	43,4%	0,5%	28,0%	21,7%	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

5.14 Intervalo de confiança para Avaliação Global

Para a avaliação global adotou-se o critério apresentado a seguir:

FIGURA 10 - Interpretação do intervalo de confiança para avaliação global

Limite Superior inferior a 5	⇓	Avaliação negativa
O valor 5 está contido no intervalo	⇓	Avaliação mediana
Limite Inferior superior a 5	⇓	Avaliação positiva

Tabela 46

Intervalo de Confiança para avaliação global

Itens	Intervalo de Confiança de 95% para a média			Desvio padrão
	Limite inferior	Média	Limite Superior	
Como você classifica a QUALIDADE GERAL dos serviços prestados pelo hospital?	5,97	6,20	6,43	1,61
Pensando nos serviços oferecidos pelo hospital, avalie o VALOR (conjunto de benefícios) que você obtém em relação aos seus gastos (conjunto de esforços.)	5,57	5,85	6,14	1,99
Qual o seu nível de satisfação geral com os serviços do hospital?	5,68	5,96	6,24	1,96

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Com respeito à qualidade, valor e satisfação, a avaliação global do hospital é positiva, pois, como pode ser observado, o valor do intervalo está acima de cinco, que é o valor central da escala utilizada.

5.15 Mensuração da satisfação: Terceira parte do questionário

A presente pesquisa avaliou a satisfação dos usuários dos serviços através da 3ª parte do questionário, na qual os usuários deveriam expressar seu grau de concordância ou

discordância com afirmativas sobre os serviços do hospital. Conforme pode ser visto na tabela 45: distribuição de frequência para as questões que compõem o construto satisfação. De acordo com a tabela, os usuários discordam totalmente ou parcialmente das seguintes afirmativas:

1. O hospital é uma das melhores opções que se poderia utilizar: 76,20% dos entrevistados discordam totalmente ou parcialmente;
2. Os serviços do hospital são exatamente o que necessito: 58,70% discordam totalmente ou parcialmente;
3. Os serviços do hospital não foram tão bons quanto pensei: 58,20% concordam totalmente ou parcialmente;
4. Estou satisfeito com a decisão de utilizar os serviços deste hospital: 44,40% discordam parcialmente ou completamente;
5. Tenho dúvidas se devo continuar a utilizar os serviços deste hospital: 49,30% concordam totalmente ou parcialmente com esta afirmativa;
6. Se eu pudesse voltar atrás, utilizaria os serviços de outro hospital: 60,30% dos usuários expressaram algum tipo de arrependimento quanto à escolha;

Com base nestes dados, fica evidente a fragilidade do hospital em atender ou satisfazer as expectativas dos usuários.

5.16 Avaliação global da qualidade: Quarta parte do questionário

Foram utilizadas 3 questões para avaliar qualidade, valor e satisfação, a fim de se ter uma idéia da avaliação global que os usuários faziam do hospital. As questões foram:

- 1- “Como você classifica a QUALIDADE GERAL dos serviços prestados pelo hospital?”
- 2- “Pensando nos serviços oferecidos pelo hospital, avalie o VALOR (conjunto de benefícios) que você obtém em relação aos seus gastos (conjunto de esforços.)”.
- 3- “Qual o seu nível de satisfação geral com os serviços do hospital?”.

Conforme pode ser observado na tabela 41, a avaliação da qualidade dos serviços ficou aquém da qualidade mínima aceitável em todos os itens avaliados pelos usuários. Tal insatisfação ou percepção também pode ser observada na distribuição de frequência da qualidade geral, valor percebido e satisfação, avaliados pelos usuários na quarta parte do questionário. A avaliação de qualidade geral dos serviços concentrou 50,5% das avaliações num intervalo de 1 a 6, incluindo o 6, ou seja, 50,5% dos usuários avaliam a qualidade geral dos serviços do hospital numa faixa de oscila de 1 a 6, de muito baixa a média – adotou-se que avaliações com escore acima de 6 seriam consideradas altas. Por outro lado, apenas 48,9% dos usuários avaliaram a qualidade geral em um intervalo de 6 a 9, ou seja, de médio a alto. Desta forma, as avaliações feitas anteriormente pelos usuários não é desconfirmada nesta etapa da pesquisa. Novamente, mais da metade dos usuários se mostraram insatisfeitos com a qualidade geral apresentada pelo hospital.

A avaliação de valor foi coerente com a avaliação Servqual. Do total de entrevistados, 54% dos mesmos avaliam o valor oferecido pelos serviços do hospital em uma faixa de 1 a 6,

considerada baixa pelo autor. Nota-se, então, que mais da metade dos usuários pesquisados consideram que a relação custo / benefício para a utilização dos serviços é alta, as despesas, esforço e outras dificuldades oferecidas para se utilizar os serviços do hospital são maiores do que as vantagens ou benefícios recebidos. Desta forma, menos da metade dos entrevistados (46,1%) consideraram que os serviços são de alto valor, oferecem mais benefícios do que custos – monetários e outros - para sua utilização.

Com a avaliação de satisfação geral, as coisas não mudaram muito. O número de pessoas com baixa satisfação é expressivo: 53,4% dos entrevistados avaliaram seu nível de satisfação com escore até 6, sendo que, 46,5% dos usuários avaliaram acima de 6. Mais da metade de todos os entrevistados se mostraram insatisfeitos ou medianamente satisfeitos.

De forma condensada, os números são bastante coerentes:

1. Pessoas que avaliaram mal a qualidade geral: 50,5% ou 95 usuários;
2. Pessoas que consideraram a relação de troca de baixo valor: 54% ou 102 pessoas;
3. Pessoas que avaliaram mal sua satisfação geral com o provedor de serviços: 53,4% ou 101 pessoas;

Desta forma, conclui-se, com base na presente pesquisa, que é necessário repensar os valores que norteiam o Hospital Alpha, especialmente os valores e crenças que direcionam as ações da diretoria e dos associados desta empresa. A presente pesquisa mostra também a necessidade de adotarem-se medidas mais científicas de administração, especificamente de pesquisa de mercado, visando conhecer melhor seus usuários e suas necessidades, anseios e opiniões.

TABELA 47

Distribuição de frequência Qualidade Geral, Valor e Satisfação Geral

Qualidade Geral				Valor				Satisf. Geral			
Val.	Freq	Percent	Distrib.	Valid	Freq.	Percent	Distrib.	Val	Freq	Percent	Distrib
1	1	0,5%		1	4	2,1%		1	1	0,5%	
2	1	0,5%		2	6	3,2%		2	9	4,8%	
3	8	4,2%		3	16	8,5%		3	16	8,5%	
4	22	11,6%		4	23	12,2%		4	22	11,6%	
5	30	15,8%		5	36	19,0%		5	25	13,2%	
6	34	17,9%	50,5%	6	17	9,0%	54,0%	6	28	14,8%	53,4%
7	50	26,3%		7	37	19,6%		7	36	19,0%	
8	35	18,4%		8	41	21,7%		8	41	21,7%	
9	8	4,2%	48,9%	9	9	4,8%	46,1%	9	11	5,8%	46,5%
	189	99,4%	99,4%			100,1%	100,1%		189	99,9%	

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

6 RESULTADOS ADICIONAIS DA PESQUISA

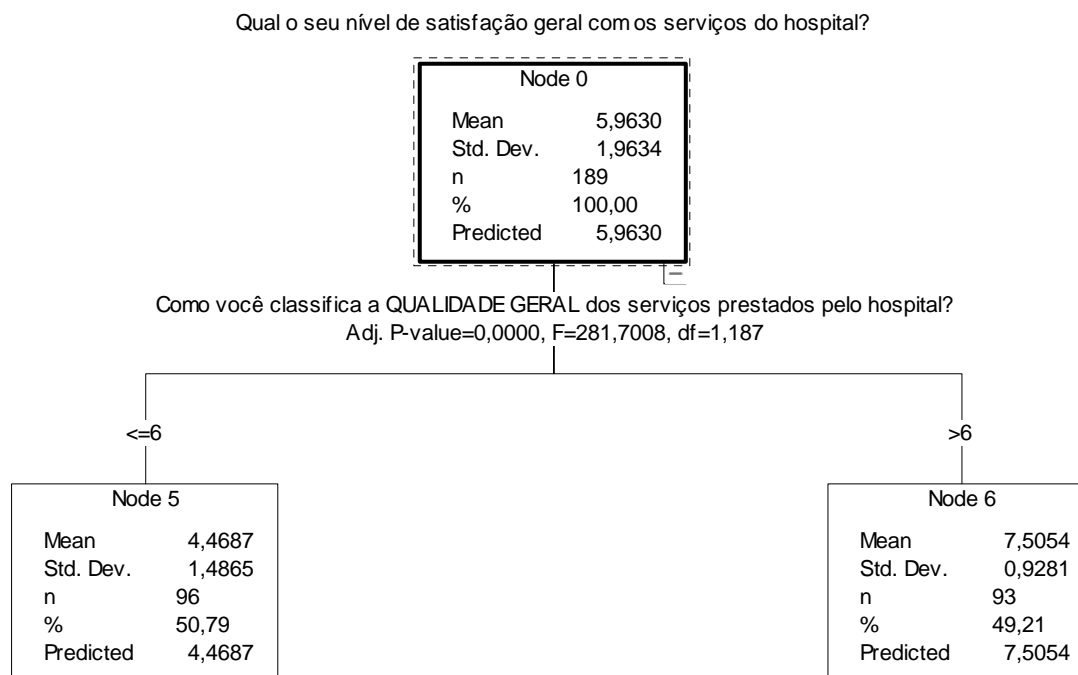
Complementando os resultados apresentados, serão relatadas, a seguir, outras informações adicionais extraídas dos dados coletados na pesquisa efetuada no Hospital Alpha.

A presente pesquisa revelou a relação existente entre algumas variáveis examinadas e suas capacidades preditivas, ou seja, o quanto algumas variáveis estão relacionadas e suas capacidades de prever o comportamento de outras e em que medida.

Para avaliar o efeito dessas variáveis, foi utilizada uma técnica intitulada CHAID (Chi-square Automatic Interaction Detection), proposta por Kaas (1980). Nessa técnica, existe, em cada etapa, uma divisão dos dados em cada etapa, em grupos otimizados pela maximização da significância da estatística qui-quadrado.

As categorias das variáveis preditoras são agregadas caso apresentem um comportamento similar em relação à variável dependente. Dessa forma, o resultado final apresenta um diagrama em forma de árvore, contendo os grupos que apresentam diferenças significativas em relação aos tipos de comprometimento estudados. Para avaliar as possíveis diferenças, optou-se por utilizar o nível de 5% de significância, ou seja, caso o valor p seja inferior a esse valor, são apresentadas as diferenças detectadas.

Figura 11: Relação entre Satisfação e Qualidade Geral.



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

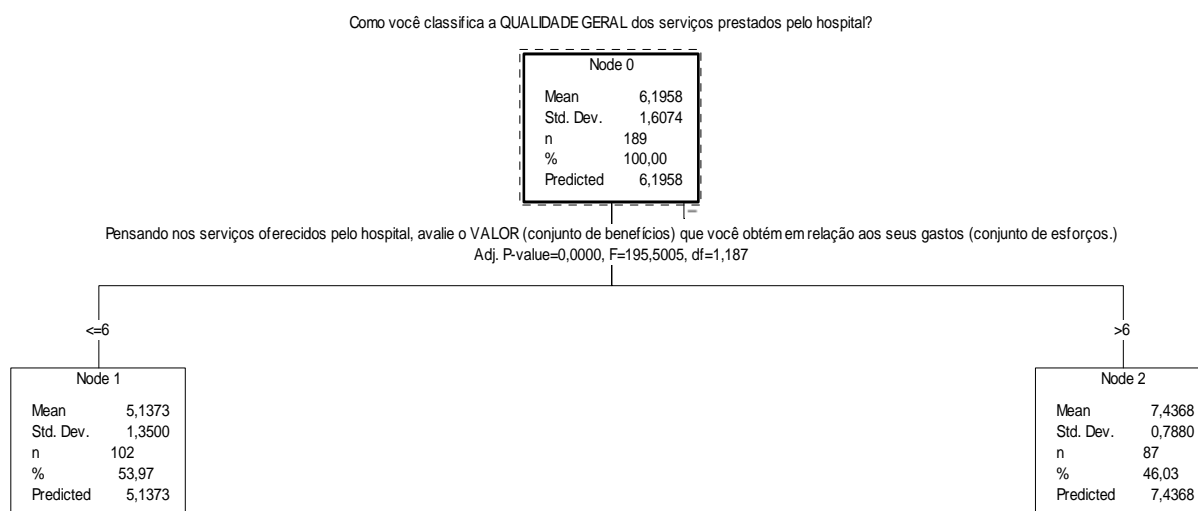
Os 46,56% dos usuários que tiveram elevado nível de satisfação geral com os serviços do hospital - 88 usuários – também consideraram a qualidade geral dos serviços como sendo alta. Desta forma, pode-se dizer que, na presente pesquisa, existe relação significativa entre satisfação geral com os serviços e qualidade geral percebida pelo usuário, na medida em que, o número de usuários que se disseram satisfeitos, também avaliaram positivamente a qualidade geral do hospital.

É importante diferenciar a avaliação que os usuários fizeram do hospital com a correlação entre as variáveis. As variáveis estão correlacionadas na medida em que o percentual de usuários que se disseram satisfeitos com os serviços do hospital também avaliaram bem os serviços geral. É importante ressaltar que, apesar da correlação positiva o hospital foi mal avaliado por mais da metade dos usuários, tanto no quesito satisfação geral – 53,4% consideraram-se insatisfeitos com os serviços do hospital - como na avaliação global

dos serviços prestados - 50,8% consideraram os serviços prestados como um todo como de baixa qualidade.

Satisfação geral está associada à comparação estabelecida pelo consumidor entre um conjunto de benefícios recebidos e o custo para se obtê-los. Para que se consiga aumentar o nível de satisfação é necessário aumentar a percepção dos benefícios ou a redução dos custos envolvidos na compra do serviço. Desta forma, torna-se necessário que o hospital conheça a cadeia de valores dos seus usuários, quais são os requisitos da cadeia de serviços prestados considerados de grande, média e baixa importância. De posse destas informações, poderá o hospital direcionar melhor seus esforços e investimentos, reduzindo as lacunas entre as expectativas dos usuários e a qualidade percebida dos serviços. Pode-se dizer, com base nos dados da presente pesquisa, que, aumentando-se a qualidade geral do serviço percebido pelo usuário, haverá aumento na satisfação.

Figura 12: Relação entre Qualidade Geral e Valor.

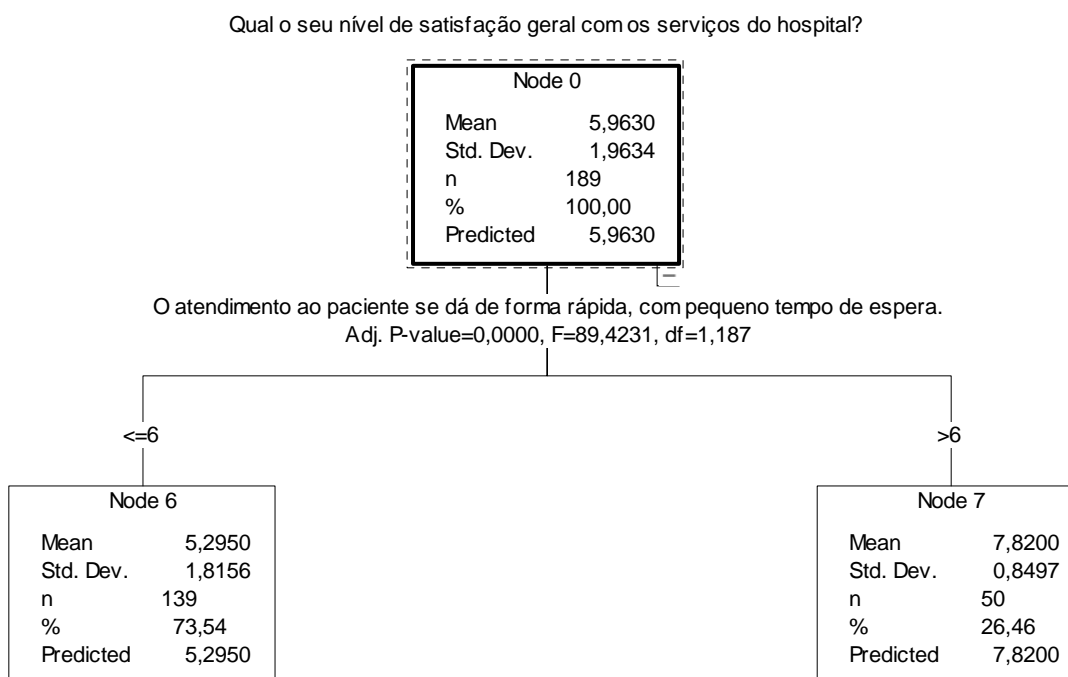


A satisfação geral do usuário está relacionada com a percepção de qualidade geral, assim como há relação entre qualidade geral e valor. Houve 93 usuários que consideraram a qualidade geral alta (maior ou igual a 6) e 87 usuários atribuíram nota 6 ou mais para valor, ou seja, consideraram como sendo de alto valor a relação estabelecida com o hospital e 102 usuários consideraram a transação como de baixo valor – 53,97%. Desta forma, percebe-se que a relação entre qualidade geral e valor é significativa, ou seja, para 93 usuários que consideraram a qualidade alta, 87 consideraram de alto valor os serviços. Isso não implica que a avaliação do hospital quanto a esses itens tenha sido positiva, indica apenas que há correlação entre as referidas variáveis. Demonstra também que, caso o hospital invista na percepção global da qualidade, a percepção de valor também será afetada positivamente.

Valor, conforme foi explicado durante a pesquisa aos respondentes, é uma equação na qual de um lado são avaliados todos os benefícios e do outro todos os custos, inclusive os financeiros. Desta forma, se a percepção de qualidade geral afeta a percepção de valor, pode-se deduzir que, aumentando-se a qualidade geral, pode-se aumentar a percepção de valor e

satisfação dos usuários. Assim sendo, temos que: Valor = Benefícios – Custos (monetários e não-monetários). A manutenção de altos níveis de serviços prestados possibilita, segundo os dados apresentados no presente trabalho, um aumento do valor percebido pelo cliente.

Figura 13: Nível de satisfação e Tempo de espera



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

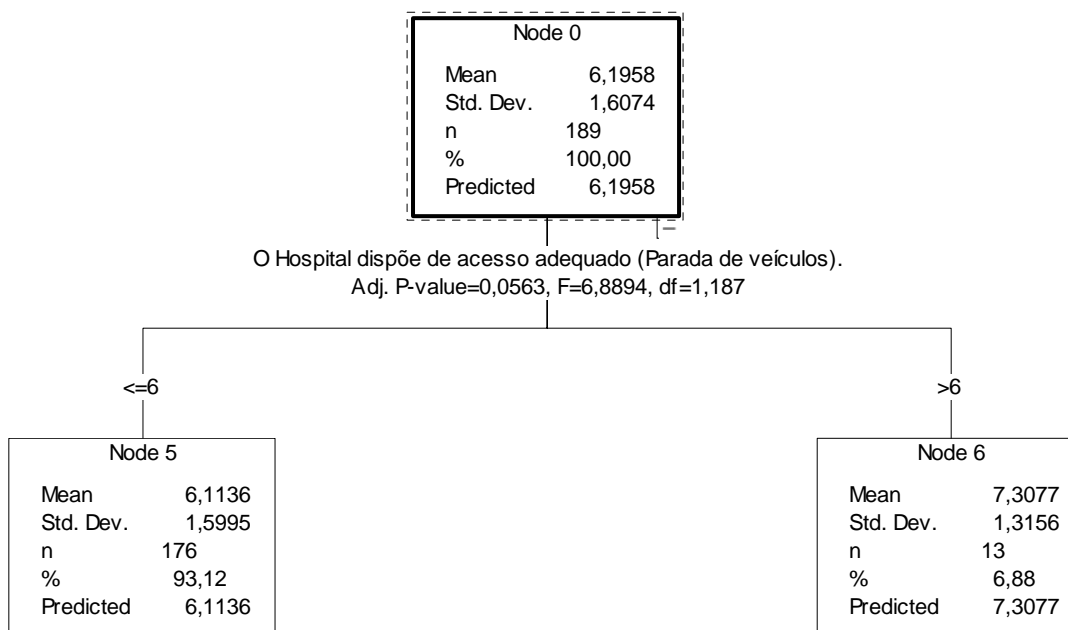
O segundo item pior avaliado pela escala Servqual foi o tempo de espera no hospital – 139 pessoas ou 73,5% dos entrevistados avaliaram mal (pontuação abaixo de 6). Pode-se perceber as conseqüências da avaliação na figura 13, a qual relaciona o nível de satisfação com os serviços do hospital com o pequeno tempo de espera. De acordo com a figura 13, 139 entrevistados (73,54%) não consideraram que o hospital atenda de forma rápida, com pequeno tempo de espera, ao passo que apenas 50 entrevistados (26,46%) responderam afirmativamente. A associação entre percepção de qualidade nos serviços prestados e tempo de espera é lógica e intuitiva na medida em que o usuário passa muito tempo aguardando para

ser atendido e, conforme pôde ser observado pelo pesquisador, não há nada que torne o tempo de espera agradável, a não ser uma televisão pequena e muito limitada para entreter o usuário do hospital.

De acordo com o observado durante o tempo da entrevista, pôde-se perceber que os assentos são desconfortáveis, não há uma revista ou qualquer outra coisa para entreter o usuário. O tempo de espera realmente é longo, conforme observado em grande parte das situações durante o período da pesquisa. Em alguns casos, chegou-se a iniciar uma entrevista na parte da manhã e terminá-la na parte da tarde. Deve-se ressaltar que, em muitos casos, o usuário ficou em estado de observação (aguardando no próprio corredor ou em um quarto separado), mas, ainda assim, o tempo de espera mostrou-se um redutor da qualidade dos serviços, além de não haver infra-estrutura adequada para minimizar ou aliviar o tempo de espera. Não há uma lanchonete no hospital ou nenhum outro lugar para se esperar por um período longo de forma minimamente confortável. Com bastante frequência os usuários aguardaram no próprio corredor, podendo-se concluir que o quarto de espera não tem a finalidade de minimizar o desconforto de quem aguarda atendimento.

Figura 14: Qualidade geral x Acesso adequado

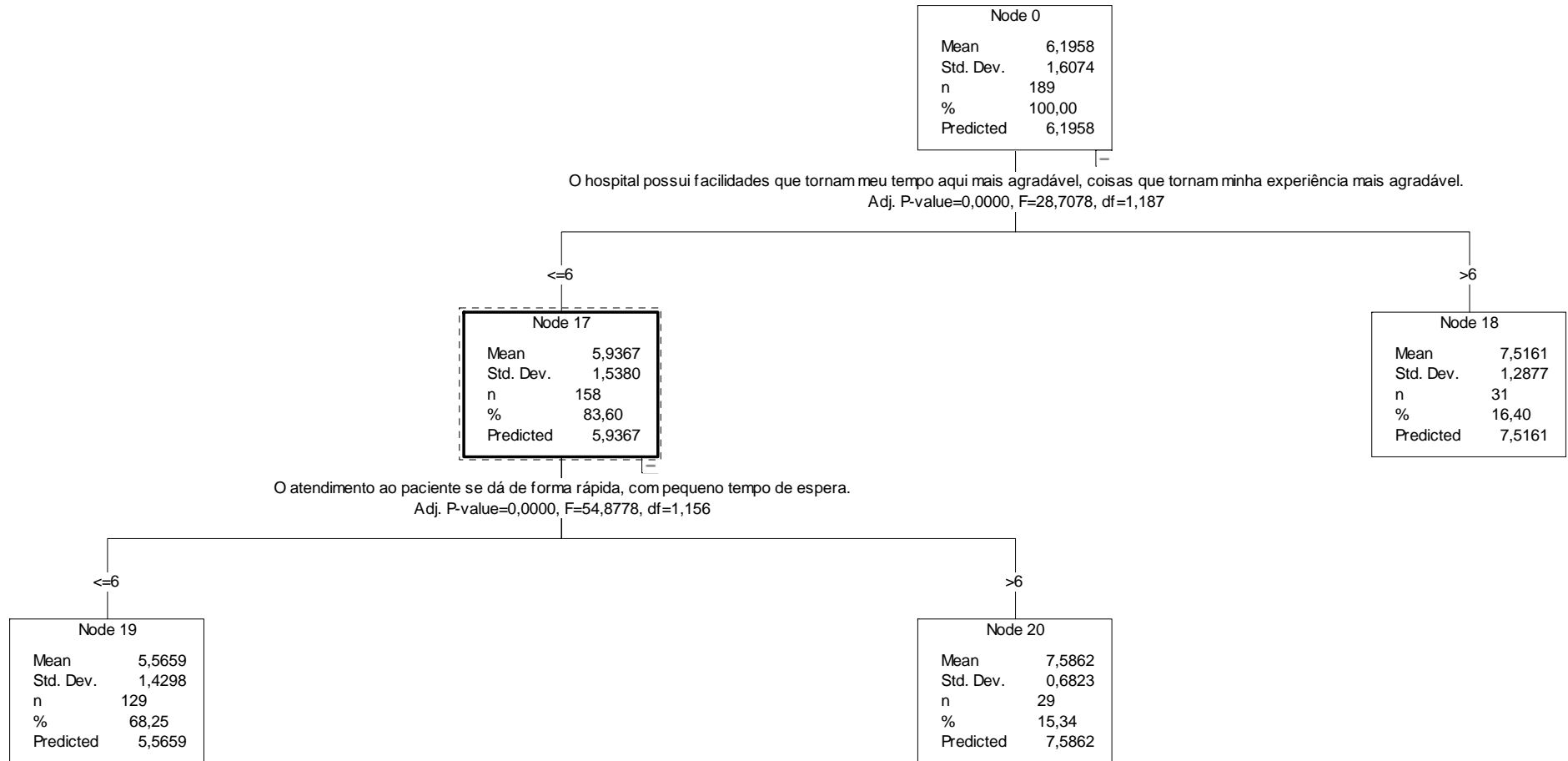
Como você classifica a QUALIDADE GERAL dos serviços prestados pelo hospital?



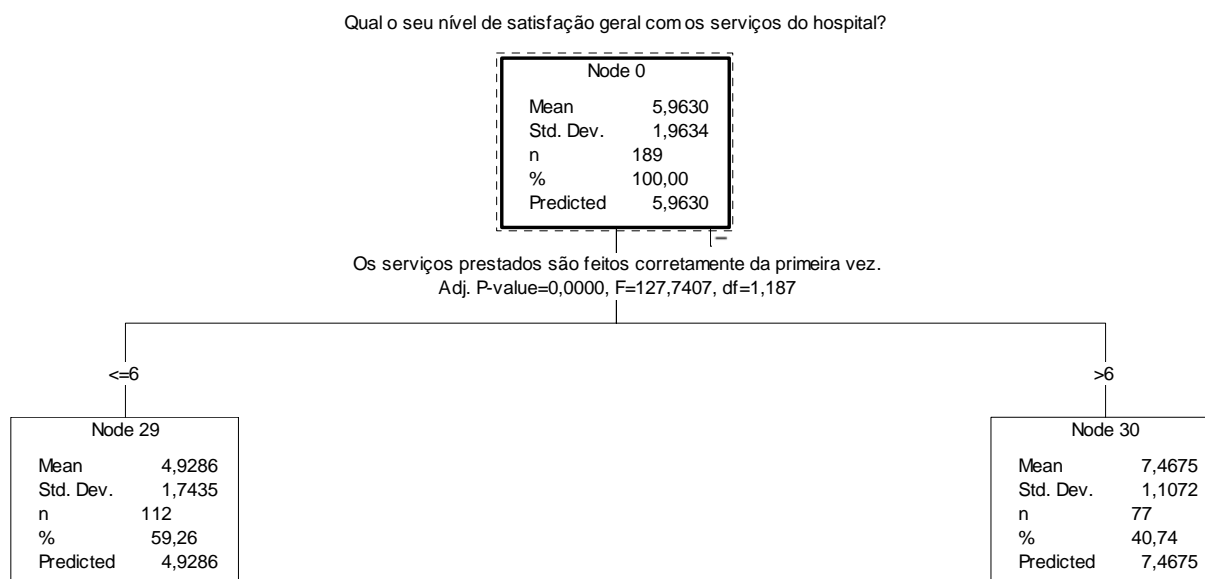
O item pior avaliado durante a pesquisa foi a falta de lugar adequado para os veículos estacionarem. O quesito parada de veículos faz parte da dimensão Tangíveis, a de menor importância atribuída pelos usuários (média 17,8). Desta forma, por estar relacionada com a percepção de qualidade geral e a grande maioria dos entrevistados terem classificado o hospital negativamente (176 entrevistados, conforme figura 14), pode-se concluir que a mesma deve ser considerada como prioritária, juntamente com as demais questões associadas à Confiabilidade, Garantia/Confiança, Presteza, as três mais importantes dimensões na visão dos usuários, respectivamente, com os escores médios de 24,2, 20,9, 19,1.

Figura 15: Qualidade Geral x Experiência Agradável x Atendimento Rápido

Como você classifica a QUALIDADE GERAL dos serviços prestados pelo hospital?



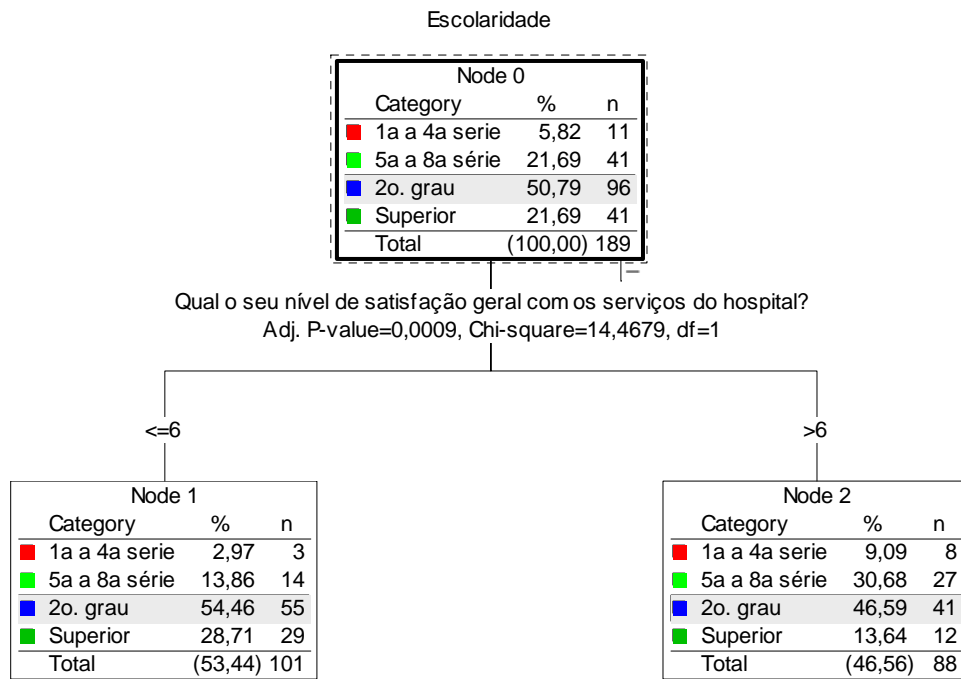
Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Figura 16: Satisfação Geral x Assertividade nos serviços

Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

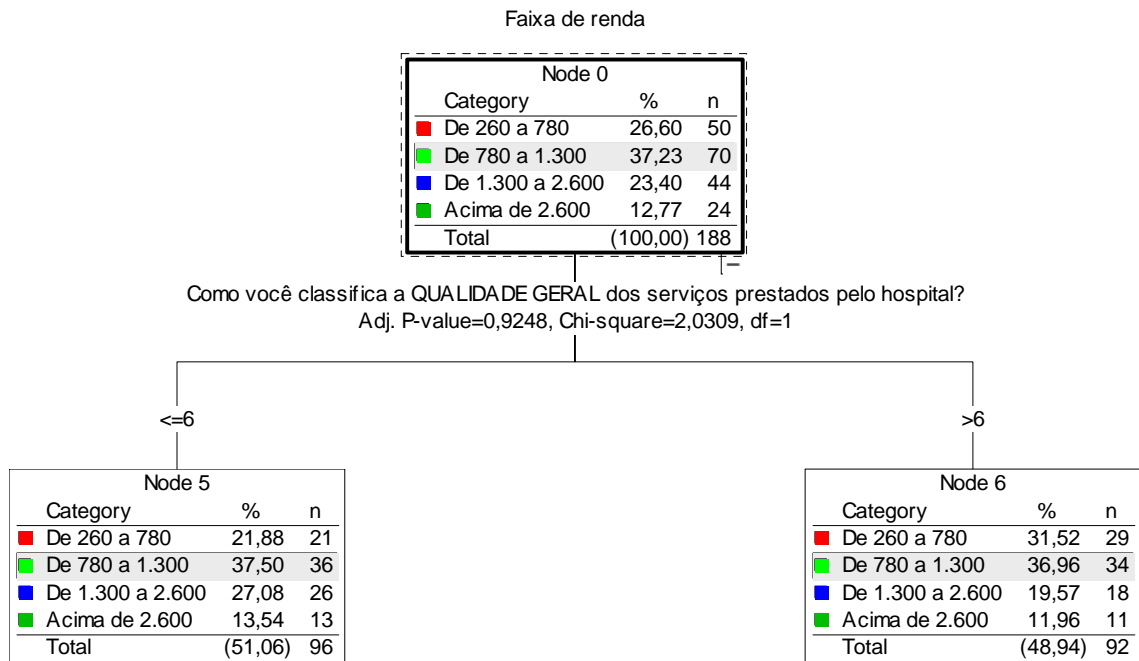
De acordo com dados da pesquisa, a capacidade do hospital em desempenhar os serviços prometidos de maneira confiável e precisa (Confiabilidade) é a dimensão que merece maior atenção da administração do hospital. Porém, de acordo com a figura 16, apenas 40,74% dos entrevistados (77 usuários) afirmaram que os serviços são feitos corretamente da primeira vez – atribuíram nota acima de 6 – e 59,26% dos entrevistados (112 usuários) consideraram que o hospital não desempenha bem os serviços da primeira vez, ou seja, o grau de assertividade ou capacidade de desempenhar os serviços de maneira confiável não é percebido pela maioria dos usuários como adequado.

Figura 17: Escolaridade x Nível de Satisfação Geral



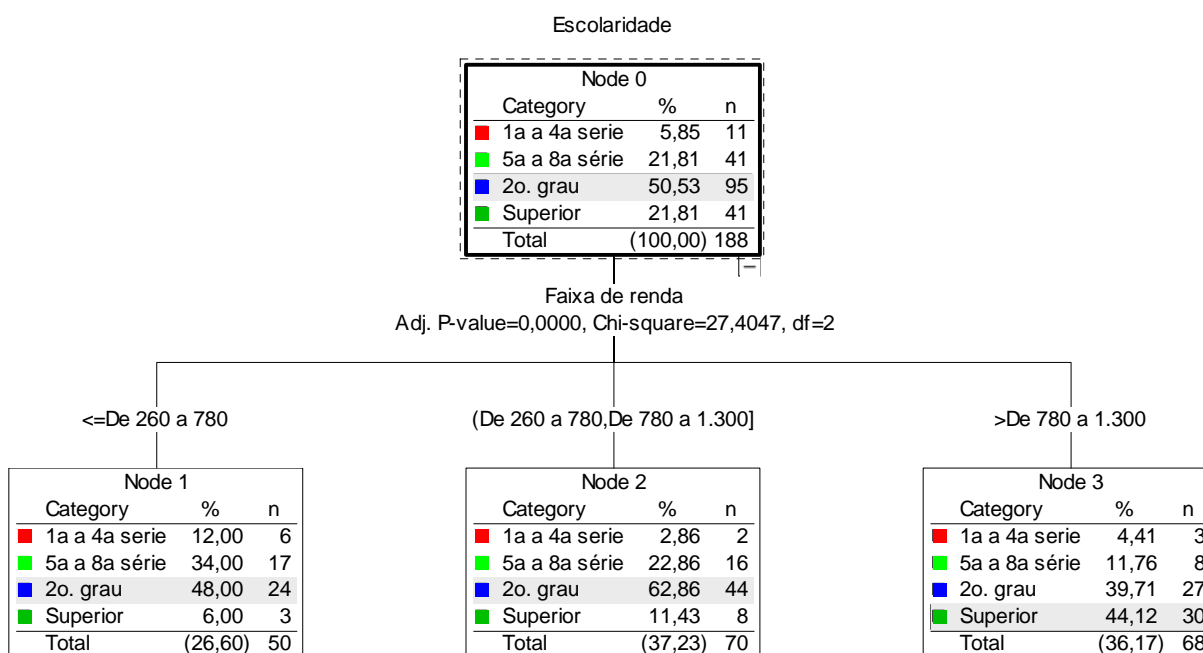
Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Figura 18: Faixa de renda x Qualidade Geral



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Figura 19: Escolaridade x Faixa de Renda



Fonte: Dados da pesquisa aplicada pelo autor.

Conforme pode ser visto nas figuras 17 e 18 e 19, há relação entre o nível de escolaridade do entrevistado e seu nível de satisfação geral, assim como entre a renda e o nível de insatisfação. Isto se dá devido ao fato de que os usuários com maior escolaridade e maior renda têm maior experiência com outros serviços de saúde, inclusive de melhor qualidade, elevando sua expectativa e diminuindo a avaliação dos serviços. Os usuários que têm renda menor do que R\$ 1.300,00 mensais avaliaram melhor a qualidade geral dos serviços, ao passo que os usuários com 2º grau e nível superior mostraram-se mais insatisfeitos com os serviços prestados. Dos usuários com escolaridade entre a 1ª e 4ª série, 6 possuem renda entre 260,00 a 780,00 reais, 2 possuem renda entre 780,00 a 1.300,00 e 3 com renda acima de 1.300,00 reais mensais. Para os usuários com 5ª a 8ª série, 17 possuem renda entre 260,00 a 780,00, 16 com renda entre 780,00 a 1.300 e 8 com renda acima de 1.300,00. Dos usuários com segundo grau completo, 24 possuem renda entre 260,00 a 780,00, 44 com renda entre 780,00 a 1.300 e 27 com renda acima de 1.300,00. E, finalmente, dos usuários que

têm curso superior completo, apenas 3 possuem renda entre 260,00 a 780,00, 8 com renda entre 780,00 a 1.300 e 30 com renda acima de 1.300,00. Pode-se perceber a maior concentração de renda entre os entrevistados com maior nível de escolaridade. Quanto à avaliação da qualidade geral, pode-se observar pela figura 17 que dos usuários que avaliaram mal os serviços do hospital, 3 possuem de 1ª a 4ª série, 14 de 5ª a 8ª série, 55 o 2º grau completo e 29 o curso superior. Já entre os usuários que avaliaram bem a qualidade geral dos serviços, 8 cursaram da 1ª a 4ª série, 27 da 5ª a 8ª série, 41 o 2º grau completo e apenas 12 o curso superior. Assim, fica claro que há maior nível de exigência entre as pessoas com maior nível de escolaridade e renda, sinalizando algumas possíveis causas, dentre elas: a) As pessoas com maior escolaridade e renda possuem experiências com outros serviços hospitalares e de saúde, o que eleva seu nível de expectativas, reduzindo a avaliação dos serviços prestados pelo hospital em estudo; b) as pessoas com maior escolaridade e renda possuem maior acesso aos hospitais de Belo Horizonte, o que facilita a comparação com bons hospitais sediados na capital mineira, comprometendo a avaliação do hospital. De uma forma ou de outra, os dados acima sinalizam uma situação que merece atenção do hospital, haja vista que o mesmo atua em um mercado sem nenhuma concorrência direta na cidade, o que torna sua posição cômoda e privilegiada, mas pouco sustentável e perigosa a médio e longo prazo.

6.1 Considerações sobre a aplicação do Modelo Servqual Modificado

Com base no presente trabalho, observou-se que, nas questões de número 1, 9, 10, 11, 16, 17, 18, a utilização de algum tipo de exemplo ou explicação complementar na questão

facilitava a compreensão das mesmas. Desta forma, foram inseridos exemplos nos enunciados para se evitar variabilidade nas explicações.

No modelo proposto por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), a avaliação deveria ser feita com base nos seguintes conceitos: a) qualidade desejada: o nível de serviços, representando uma mistura do que o consumidor acredita que “pode ser” e o que “deveria ser” provido; b) serviço adequado: o nível mínimo de serviços que os consumidores estão desejosos por receber. Com base na mensuração dos escores dos dois itens, os autores sugerem a utilização da zona de tolerância, que, conforme discussão anterior, seria o nível de serviços que os consumidores considerariam satisfatório.

O questionário elaborado por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) sugere a avaliação de três baterias diferentes: a) qualidade percebida, b) qualidade de serviços adequada, c) qualidade de serviços desejada. Com base na pesquisa realizada, o enunciado “qualidade de serviços desejada” criou viés no instrumento de pesquisa. Em todas as questões de uma bateria de questionários de teste aplicados, todos os respondentes disseram que a qualidade desejada deveria ser 9 (a maior da escala), em todas as questões do questionário. Depois desta constatação, alterou-se “qualidade de serviços desejada” para “qualidade de serviços adequada” e “qualidade de serviços adequada” foi alterada para “qualidade de serviços mínima aceitável”, eliminando-se, assim, o viés.

A conclusão dos questionários foi possível tão somente devido à disponibilidade dos entrevistados (tempo de espera), não fosse assim, seria difícil conseguir a atenção dos entrevistados para que completassem o questionário com a devida precisão e acuidade.

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991) recomendam o uso de sentenças negativas, especialmente na primeira versão da escala Servqual, alegando que estas despertam a atenção do entrevistado. Porém, nesta pesquisa, observou-se que tal uso criou confusão e dificuldade de compreensão por parte dos entrevistados, o que confirma a citação de outros autores (ver

Carman 1990). Pode-se concluir, com base na presente pesquisa, que o uso de questões negativas mostrou-se desnecessário e até mesmo um dificultador. Não há evidências para se afirmar que o uso de questões afirmativas seja adequado para outros casos que não o experimentado no presente trabalho, mas, no caso em questão, não se percebeu nenhum ganho com questões negativas, pelo contrário. As questões podem ser afirmativas, sem perda de conteúdo ou de sentido, facilitando o preenchimento e evitando a dificuldade de compreensão por parte dos entrevistados.

Levanta-se, aqui, um questionamento com base na experiência desta pesquisa: aplicando-se, um a um, os questionários, e acompanhando os entrevistados para garantir sua compreensão e evitar vieses, houve, poucas vezes, casos nos quais os entrevistados precisaram de explicações adicionais para garantir a correta compreensão das questões. Grande parte da literatura a que se teve acesso sobre Servqual utilizou questionários ministrados por mala direta, ou seja, não houve contato do entrevistador com o entrevistado, e, conseqüentemente, as respostas foram fundamentadas somente na compreensão do questionário enviado. Acredita-se, com base nesta experiência, que a utilização de mala direta neste tipo de pesquisa deve cercar-se de todo tipo de prevenção e conferência para evitar problemas com interpretação e compreensão.

Cogitou-se, inicialmente, que os questionários fossem entregues aos entrevistados e recolhidos no momento em que estes deixassem o hospital, mas esta hipótese não se mostrou viável, por algumas razões: para se conseguir um questionário com a devida clareza e com as devidas instruções, há que se fazer explicações, o que deixaria muito extenso e, conseqüentemente, desencorajaria a leitura e a participação na pesquisa. Por outro lado, um questionário simplificado e de fácil leitura implicaria o risco da incompreensão de algumas questões ou de partes do mesmo. Desta forma, optou-se por aplicar todos os questionários e assegurar-se de que os mesmos seriam adequadamente compreendidos e respondidos.

7 CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como objetivo geral desenvolver e verificar a validade da aplicação de uma versão modificada da escala SERVQUAL como instrumento de medida da qualidade de serviços percebida pelos clientes de um hospital (GAP 5 do modelo SERVQUAL).

Para tanto, efetuou-se uma pesquisa no Hospital Alpha, especificamente nos usuários dos serviços ambulatoriais do hospital. O objetivo não foi plenamente atingido na medida em que o questionário aplicado no presente trabalho não apresentou as cinco dimensões de qualidade descritas na literatura. O tamanho da amostra é um aspecto que pode influenciar significativamente a determinação dos fatores intrínsecos aos dados. Diante dessa possibilidade de insuficiência do tamanho da amostra para determinação das cinco dimensões propostas pelo modelo SERVQUAL, uma nova análise foi realizada partindo do pressuposto que as cinco dimensões são válidas para a presente situação. Os indicadores foram agrupados nas respectivas dimensões, sendo a análise que foi de caráter confirmatório.

Foram mensuradas a qualidade percebida, assim como a qualidade mínima aceitável e desejada pelos usuários dos serviços ambulatoriais do hospital.

De acordo com Grönroos (1995), empresas de serviços têm características peculiares e específicas que as diferenciam das empresas que comercializam produtos tangíveis. Estas diferenças exigem organização específica, treinamento intensivo, comunicação clara e objetiva, foco nas necessidades dos clientes de forma especial, entre outras. Os serviços hospitalares são, dentre as empresas de serviços, um dos mais complexos e difíceis de serem prestados, seja pelas peculiaridades que estão envolvidas no tratamento de saúde, seja pela delicadeza e fragilidade em que se encontra o paciente. As empresas de serviços são avaliadas

pela sua capacidade de fazer “a coisa certa” pelo maior período de tempo possível. Porém, quando ocorre um erro, o fato de se retratar imediatamente e prontamente ajuda na avaliação. As empresas de serviços não são avaliadas como excelentes quando fazem o que é esperado pelo cliente, isso já está incorporado nas expectativas dos clientes de excelentes empresas de serviços. Assim, continuar fazendo todo o trabalho da forma correta – entenda-se aqui com elevados padrões de excelência -, de acordo com o prometido e por um longo período de tempo se constitui um desafio a ser perseguido pelas empresas que trabalham com excelência em serviços.

Segundo Deming (1990), a tolerância do cliente a erros e problemas tem se tornado cada vez menor e as empresas estão se mostrando cada vez mais preparadas para não decepcionar seus clientes, para não cometerem erros e prestarem os serviços prometidos corretamente da primeira vez.

O hospital talvez seja a organização de serviços que mereça maior atenção por parte dos seus dirigentes devido à sua singularidade e especificidade. Da mesma forma, os clientes têm graus de exigência maiores quando o que os serviços prestados dizem respeito à sua reabilitação física ou psíquica, à recuperação de um estado de enfermidade ou mesmo a preservação de sua condição saudável. Conforme foi observado na presente pesquisa, a tolerância dos usuários dos serviços ambulatoriais do Hospital Alpha à má prestação de serviços ou erros é muito pequena, haja vista que na fase de pré-teste do questionário, os usuários atribuíram a nota máxima em todos os itens avaliados quando se perguntou sobre a qualidade desejada. A resposta mais comum foi: “a qualidade desejada é a maior possível. Ainda mais em um hospital”.

Apesar do Hospital Alpha trabalhar com prestação de serviços em larga escala, ou seja, com foco no volume de serviços prestados, empresas de serviços profissionais se diferenciarão na medida em que conseguirem migrar para prestação de serviços

especializados e com alto valor, personalizados e com alto nível de profissionalização. Serviços de saúde são provavelmente os mais intangíveis, o usuário não pode avaliá-los mesmo após sua utilização, além de alguns serviços médicos poderem representar uma experiência única ao longo da vida do indivíduo, ao contrário de outras experiências com serviços. Desta forma, a dimensão confiabilidade, em serviços hospitalares, mostra-se, se não a mais importante, uma das mais.

Na presente pesquisa, a confiabilidade foi considerada a dimensão mais relevante e ao mesmo tempo a que obteve pior avaliação. Os usuários não confiam nos serviços prestados pelo hospital assim como na habilidade dos médicos em não cometerem erros, conforme pode ser visto no gráfico 11. Esta e outras questões colocam a competitividade do hospital em situação muito delicada, haja vista que 54,50% dos usuários disseram-se totalmente ou parcialmente insatisfeitos com os serviços do hospital; 39,10% disseram que, caso pudessem voltar atrás, utilizariam os serviços de outro hospital e 87,30% disseram que, totalmente ou parcialmente, sentem-se arrependidos pela decisão de utilizar os serviços do hospital. Como a maioria dos usuários possui convênio – 94,70% - e não há outro hospital que faça concorrência com o hospital Alpha, a situação do hospital é relativamente confortável na medida em que o deslocamento para Belo Horizonte é incômodo e gera algumas dificuldades, o que faz com que muitas pessoas optem, ainda que insatisfeitas, por permanecerem na cidade e utilizarem os serviços prestados pelo hospital. Ainda assim, como foi averiguado por entrevista na justificativa deste trabalho, aproximadamente 40% dos usuários buscam utilizar serviços médico-hospitalares de melhor qualidade em Belo Horizonte. No caso dos serviços ambulatoriais, tal fenômeno não ocorre com a mesma intensidade na medida em que o atendimento é de urgência. Deve-se ressaltar que, como não se teve acesso a registros do hospital sobre o número de evasões para hospitais de Belo Horizonte, os dados apóiam-se na entrevista realizada a Couto (2002).

De acordo com os dados da pesquisa, o grau de resolutividade do hospital mostrou-se outro ponto importante a ser observado atentamente pela administração. O número de problemas com o hospital é expressivo – 19% dos entrevistados afirmaram terem tido problemas -, e o grau de resolutividade é mais preocupante ainda, 63,9% dos entrevistados consideraram que os problemas não foram resolvidos satisfatoriamente. Baixo índice de resolutividade de problemas em um hospital é um indicador considerado grave na medida em que os problemas, neste tipo de serviço, devem ser reduzidos a níveis próximos de zero, haja vista as conseqüências dos erros ou falhas estarem ligadas à saúde dos usuários.

De acordo com Goodman (1999), um conjunto de estudos sobre as principais queixas dos consumidores norte-americanos pesquisados pela *Office of Consumer Affairs* revela informações que sustentam a necessidade de pesquisas sistemáticas e acompanhamento do desempenho da empresa sob a ótica do cliente:

De acordo com a pesquisa, em média, as empresas pesquisadas não tomam conhecimento das insatisfações de 96% dos seus clientes. Para toda queixa recebida, existem outros vinte e quatro clientes com problemas, dos quais seis são sérios;

1. Dentre os clientes que registraram queixas, de 54% a 70% voltam a fazer negócio com a empresa se a queixa for resolvida. O número sobe para 95% se o cliente sentir que a queixa foi solucionada de forma satisfatória;
2. Em média, os clientes que tiveram problemas com uma empresa relatam o fato a outras nove ou dez pessoas; dentre esses mesmos clientes, 13% expõem o incidente a mais de vinte pessoas;
3. Os clientes queixosos cujos problemas foram resolvidos de maneira satisfatória comentam o bom tratamento recebido com um número de pessoas que vai de cinco a oito, dependendo do setor de atividade;

4. Os clientes que tiveram alguma experiência insatisfatória numa tentativa de resolver algum problema relatam a situação para oito a dezesseis pessoas;

Conforme pode ser observado, baixos índices de resolutividade e baixos níveis de satisfação terão forte impacto na comunicação boca-a-boca e na imagem que os usuários terão do hospital. Vale ressaltar que o hospital não possui nenhum mecanismo formal de pesquisa, não realiza processos sistemáticos de investigação sobre as preferências e satisfação dos seus usuários, o que faz com que suas ações de marketing sejam muito frágeis e pouco consistentes.

Outras dimensões de qualidade que receberam pontuação muito próxima foram: Garantia / Confiança, Presteza e Empatia, respectivamente.

Na dimensão Garantia / Confiança não se obteve nenhuma avaliação acima do mínimo aceitável, o que é preocupante para um hospital, na medida em que os usuários atestaram com estes resultados que o conhecimento, a cortesia dos empregados do hospital e sua capacidade de inspirar confiança e segurança estão abaixo do que os mesmos consideram aceitável para um excelente hospital.

Na dimensão Presteza, a avaliação da agilidade do atendimento, do tempo de espera, da velocidade com a qual os serviços complementares são executados e, por fim, a atenção dispensada pelos enfermeiros aos pacientes para esclarecimentos de dúvidas ficou aquém do mínimo aceitável.

Com base na presente pesquisa, pôde-se observar que o hospital não consegue, de forma eficiente, gerenciar os picos de demanda, havendo certas horas do dia em que não há pacientes, ao passo que, algumas horas mais tarde, o saguão de atendimento fica totalmente ocupado e o tempo de espera se torna muito longo para a maioria dos usuários. O corpo médico disponível para atendimento não sofre variações com a variação da demanda, havendo

momentos de ociosidade e pico. Não foi possível observar por parte do hospital qualquer planejamento ou estudo com vistas a prever ou analisar as razões para a sazonalidade do atendimento.

Quanto à dimensão Empatia, que mensurou o tratamento e a atenção individualizada que o hospital oferece aos pacientes, observou-se que os usuários consideraram as instalações físicas desconfortáveis, perceberam os equipamentos e as instalações como não sendo modernos, não consideraram o ambiente silencioso e calmo e não perceberam nenhum tipo de facilidade ou recurso no hospital que façam com que o tempo de espera seja mais agradável.

A Tabela 41 - Casos críticos da escala Servqual – apresenta itens avaliados com nota abaixo ou igual a 6 e os ordenou de acordo com sua frequência. De acordo com esta tabela, têm-se as respostas que obtiveram maior consenso por parte dos usuários em uma avaliação considerada inadequada. As respostas que foram avaliadas com nota abaixo de 6 foram ordenadas por frequência e podem ser divididas em algumas categorias:

1. Tempo de espera: das 15 questões apuradas, 3 foram sobre o tempo de espera, que foi avaliado como insatisfatório por mais de 70% dos usuários. O tempo de espera envolve os serviços prestados pelo hospital, bem como os serviços complementares prestados dentro do hospital. Este item criou insatisfação na maior parte dos usuários e precisa ser solucionado pelo hospital para melhoria da qualidade percebida dos serviços.
2. Comportamento: agruparam-se as questões que associaram a baixa qualidade dos serviços com o comportamento dos médicos, enfermeiros e funcionários. Desta forma, 6 questões avaliadas apontaram que o hospital possui problemas ou dificuldades quanto ao comportamento do seu corpo funcional, treinamento inadequado para tratar o paciente, falta de atenção e preocupação com o problema do paciente, especialmente

por parte dos médicos e enfermeiros; falta de interesse em solucionar o problema e as dificuldades do paciente, dentre outras.

3. Estrutura / Ambiente: Quatro questões relativas à estrutura e ambiente do hospital foram avaliadas negativamente por mais da metade de todos os entrevistados. Dentre as questões, consta a falta de parada de veículos ou estacionamento adequado; as instalações físicas desconfortáveis, haja vista o tempo excessivo que os usuários passam aguardando atendimento; ambiente considerado intranquilo e as instalações avaliadas como pouco atraentes. Boa parte destas questões foi observada pelo pesquisador durante o tempo que passou no hospital.
4. Confiabilidade: Apesar de possuir menor número de questões ligadas a confiabilidade - apenas duas - o hospital apresentou avaliação abaixo de 6 em ambas, demonstrando a fragilidade da imagem do mesmo junto aos seus usuários. Considerando-se que a dimensão confiabilidade foi a mais valorizada pelos usuários, é preocupante a má avaliação que atribuíram ao hospital. A imagem negativa do hospital quanto a este quesito exige providências por parte da administração para que se consiga resgatar a confiança dos usuários nos serviços prestados e, conseqüentemente, melhorar a imagem do mesmo. De acordo com os dados coletados, mais de 50% do universo entrevistado não acredita que os serviços prestados são feitos corretamente da primeira vez e, ademais, julgam que os médicos e enfermeiros cometem erros quando atendem os pacientes.

De acordo com os dados da pesquisa, a satisfação geral dos usuários é influenciada pelo tempo de espera - ver figura 13. Houve relação entre satisfação e tempo de espera, de forma que os usuários que consideraram baixa sua satisfação com os serviços também consideraram alto o tempo de espera - 73,54% dos entrevistados se mostraram insatisfeitos.

Ademais, 83,60% dos usuários não consideraram que o hospital possua facilidades que tornem o tempo de espera mais agradável, o que não é bom para a imagem do hospital na medida em que houve associação entre a qualidade geral e as facilidades que tornam o tempo de espera mais agradável.

Os itens que foram mais criticados pelos usuários – de acordo com a tabela 41 - estão, direta ou indiretamente, ligados ao comportamento dos médicos e enfermeiros. A pesquisa demonstrou relação entre satisfação, qualidade geral e comportamentos que demonstrem cuidado, interesse e preocupação com os problemas dos usuários. Os entrevistados consideraram a atenção dispensada, o real interesse em resolver os problemas dos usuários, a personalização da relação entre médico e paciente, o conhecimento das necessidades individuais, a boa disposição dos funcionários e enfermeiros em auxiliar e tirar dúvidas de forma clara e atenciosa como fatores relacionados à qualidade geral dos serviços prestados e à satisfação com os serviços. Desta forma, caso o hospital consiga melhorar o desempenho destes itens, a qualidade geral dos serviços e a satisfação serão melhor avaliados.

A relação entre satisfação geral e a capacidade de executar os serviços corretamente da primeira vez foi demonstrada e, 53,20% dos usuários se disseram pouco satisfeitos, ao passo que 59,26% avaliaram mal a capacidade do hospital em prestar corretamente os serviços da primeira vez. Desta forma, fica claro que é necessário repensar as políticas adotadas e a maneira pela qual o hospital transmite segurança e confiabilidade aos seus usuários. Talvez seja mais relevante pesquisar de que forma os usuários percebem a credibilidade dos serviços.

E por último, mas não menos importante, a presente pesquisa demonstrou que há relação entre as variáveis “qualidade geral” e “satisfação”: 48,9% dos usuários perceberam a qualidade geral acima de 6, ao passo que 46,56% dos mesmos atribuíram satisfação geral também acima de 6. Percebe-se que, caso se consiga aumentar a percepção de qualidade geral, deverá haver um aumento da satisfação dos usuários dos serviços, quase na mesma proporção.

Para que se consiga aumentar o nível de satisfação é necessário aumentar a percepção dos benefícios ou a redução dos custos envolvidos na compra do serviço. Desta forma, torna-se necessário que o hospital conheça a cadeia de valores dos seus usuários, quais são os requisitos da cadeia de serviços prestados considerados de grande, média e baixa importância. De posse destas informações, poderá o hospital direcionar melhor seus esforços e investimentos, reduzindo as lacunas entre as expectativas dos usuários e a qualidade percebida dos serviços.

Um obstáculo que talvez se mostre presente para que ocorram as mudanças necessárias é a transformação cultural exigida para que se trabalhe com excelência em qualidade de serviços. Muito mais difícil do que identificar o que precisa ser feito é transformar as crenças e atitudes das pessoas envolvidas diretamente, ou não, com as mudanças. É necessário, antes de tudo, mudar a forma através da qual os envolvidos com os serviços percebem o propósito do negócio em que estão inseridos e seu papel social nesta complexa engrenagem que são os serviços hospitalares.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação diz respeito ao escopo da pesquisa de campo, que foi feita com os usuários dos serviços ambulatoriais, não se estendendo aos serviços de internação. Isto se deu por opção da diretoria do hospital, o que limitou a ampliação dos resultados e abrangência das conclusões, haja vista que nos serviços de internação o usuário passa mais tempo do que nos serviços ambulatoriais e tem maior contato com os diversos serviços prestados pelo hospital.

A pesquisa foi não-probabilística por julgamento, além de ter sido aplicada em um mês atípico (férias). Desta forma, os elementos da população foram selecionados com base no julgamento do pesquisador, por considerá-los representativos da população de interesse ou apropriados. Vale ressaltar que procurou-se manter o universo bastante diverso, ainda assim os resultados não podem ser ampliados para todo o universo da pesquisa. Para tal, a mesma deveria ser não-intencional e probabilística.

A necessidade de adaptação da escala Servqual mostrou-se tarefa bastante delicada e, caso não seja feita com muito critério e cuidado, corre-se o risco de incorrer em erros e imprecisões que serão percebidas somente durante a análise estatística.

A avaliação da qualidade percebida somente através de questões pontuais e específicas pode não ser bastante esclarecedora. Mostrou-se muito útil a inserção de questões para mensurar a qualidade total percebida e a satisfação dos entrevistados. Não se pode afirmar que a qualidade dos serviços, de maneira global, irá gerar satisfação, até porque os fatores ligados à satisfação podem não estar relacionados a serviços e sim a outras questões. Por exemplo, em empresas que trabalham com serviços de baixo custo, pode o preço ser mais determinante sobre a satisfação do que a excelência dos serviços prestados.

A utilização da escala Servqual proposta por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), na qual emprega-se o modelo de três colunas, associada ao questionário de satisfação aplicado na presente pesquisa, exigiu considerável tempo do entrevistado e somente foi concluído de forma satisfatória pelas circunstâncias em que o entrevistado se encontrava, esperando atendimento e com razoável disponibilidade de tempo. De outra forma, apesar da relevância das informações e enriquecimento da pesquisa, um modelo de questionário mais extenso como o aplicado não seria viável.

9 SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

A partir da experiência adquirida com o presente trabalho, seguem algumas sugestões para futuros trabalhos acadêmicos e até mesmo para o próprio hospital pesquisado, visando à ampliação das respostas e esclarecimentos de questões não respondidas no presente trabalho.

A primeira sugestão diz respeito à inserção de uma pergunta aberta abordando as razões que justificam a nota atribuída à avaliação global e à satisfação. Por algumas vezes observou-se junto aos entrevistados discrepância entre as avaliações da escala servqual e a avaliação global. O usuário, ao avaliar os serviços item a item, adotou um comportamento mais rígido do que quando avaliando os serviços de maneira global. Tal comportamento não pôde ser explicado devido à falta de uma questão aberta.

A segunda questão está associada à redação das perguntas, pois as questões com enunciado negativo criaram certa confusão nos entrevistados. Portanto, sugere-se que não sejam utilizadas questões com enunciado negativo. Ademais, a aplicação do questionário deve ser feita com cuidado, garantindo a plena compreensão das questões e atenção do entrevistado. Acredita-se que, por se tratar de um ambiente hospitalar, onde as pessoas não estão na sua melhor condição física e psicológica, deve-se aplicar os questionários com maior atenção e paciência do que em condições normais de pesquisa, certificando-se do seu adequado preenchimento.

Deve-se tomar especial cuidado quanto aos procedimentos na aplicação da pesquisa que visem garantir fidelidade das informações, especialmente em pesquisas enviadas por mala direta ou outros meios de pesquisa à distância.

O modelo adotado na presente pesquisa mostrou-se complexo e longo, o que pode ser simplificado caso os objetivos sejam gerenciais, sem perda de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil:** panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA, 1998. Disponível em < http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_599.pdf > Acesso em: 10 fev. 2003

ABRANCHES, Sérgio Henrique H. de. A reforma do Estado: premissas, princípios, propostas. In: VELOSO, João Paulo dos Reis (Org.). **O leviatã ferido:** a reforma do Estado brasileiro. Rio de Janeiro: José Olympio, 1991.

ASHFORD, Douglas E. **La apreciación de los estados de bienestar.** Madri: Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, 1986. 165p.

BITTAR, O. J. N. V. O mercado médico no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.1, p. 55-66, jan./fev. 1999.

BAHIA, Lúgia. **Planos e seguros de saúde:** padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. 1999. 333f. Tese (Doutorado em Ciências na área de saúde) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1999.

BENEVIDES, Raul. **O pensamento cooperativo e o cooperativismo brasileiro.** Brasília: Ed. BRASCOOP, 1998. 350p.

BERTOSSI, Roberto F. **Cooperativas:** propostas novas. São Paulo: Ed. Atlas: São Paulo, 1996. 233p.

BITNER, M. Jo; BOOMS, B. H.; MOHR, L. A. Critical service encounters: the employee's viewpoint. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 58, n. 4, p. 95-106, Oct. 1994.

BITRAN, G. R.; HOECH, J. The humanization of service: respect at the moment of truth. **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 31, n. 2, p. 89-96, Winter 1990.

BORBA, Valdir Ribeiro. **Marketing hospitalar.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989. 285p.

BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988. 485p.

BROWN, S. W.; SWARTZ, T.A. A gap analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 53, n. 2, p. 92-98, Apr. 1989.

BROWN, T. J., CHURCHILL & Jr., G.A. PETER, J. P. **Research note**: improving the measurement of service quality. *Journal of retailing*, 69, 127-139, Spring, 1993.

CALMON, Kátia. A avaliação de programas e a dinâmica da aprendizagem organizacional. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro: IPEA, n. 19, jun. 1999.

CARMAN, M. James. Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. **Journal of Retailing**, vol. 66, n. 1, p.33-55, Spring, 1990.

CHASE, R. B. Where does the customer fit in service operation? **Harvard Business Review**, Boston, v. 56, n. 6, p. 137-142, Nov./Dec. 1978.

CHASE, R. B.; ERIKSON, W. J. The service factory. **The Academy of Management Executive**, Mississippi, v. 2, n. 3, p. 191-196, Aug. 1998.

COLTRO, A. **A busca da compreensão da racionalidade e da ética da ação administrativa na gestão de uma organização hospitalar pública**. São Paulo, 1998. 210f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

CONOVER, W. J. **Practical nonparametric statistics**. 2º Ed. New York: John Willey and Sons, 1980. 584p.

CORDEIRO, Hésio. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 375p.

CRONIN, Jr, J. Joseph; TAYLOR, Steven A. Measuring Service Quality. A Reexamination and Extension. **Journal of Marketing**, v.56, p.55-68, July, 1992.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990. 367p.

FERREIRA, Aurélio B. H. **Novo Aurélio Século XXI – Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. 2128p.

FORD, R. C.; FOTTLER, M.D. Creating customer-focused health care organizations. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v. 25, n. 4, p. 18-33, Fall 2000.

FRANCE, K. R.; GROVER, R. What is the health care product? **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 12, n. 2, p. 31-38, June 1992.

GARVIN, G. A. What does “product quality” really mean? **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 26, n. 1, p. 25-43, Fall 1984.

GOODMAN, John. Basic Facts on Customer Complaint Behavior and the Impact of Service in the Bottom Line. **Competitive Advantage**, Junho 1999, pp. 1-5. Disponível em: <<http://www.tarp.com/pdf/basicfacts.pdf>> Acesso em: 05 fev. 2005.

GRÖNROOS, C.A. **Marketing - gerenciamento e serviços**: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1995. 377p.

GIANESI, I.G.N. & CORRÊA, H.L. **Administração estratégica de serviços**: operações para satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1996. 233p.

GONÇALVES, C. A., VEIGA, R. T., MINGOTI, S. A., MOURA, A.I. The impact of reliability on delivering service quality in the study in vehicle repair and maintenance companies through the SERVQUAL model. **Anais da XXXV ASAMBLEA ANUAL CLADEA**, Barcelona, Espanha, 2000.

HAIR, Joseph F. et alli. **Multivariate Data Analysis**. 4th ed., New York: Prentice-Hall, 1995. 730p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, v. 60, 2000.

IRION, João Eduardo. **Cooperativismo e economia social**. São Paulo: STC,1998.

JOHNSTON, Robert; CLARCK, Graham. **Administração de Operações de Serviços**. São Paulo: Atlas, 2002. 562p.

KASS, G.V., *An Exploratory Technique for Investigating Large Quantities of Categorical Data*. Applied Statistics, 1980. 29: p. 119-127.

KOTLER, P., ARMASTRONG, G. **Princípios de Marketing**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1998. 593p.

LIDLAW, A. F. **As cooperativas do ano 2000**. São Paulo: Ed. UNIMED, 1996. 290p.

LEVITT, Theodore. **A imaginação de marketing**. São Paulo: Atlas, 1985. 261p.

LYNCH, J.; SCHULER, D. Consumer evaluation of the quality of hospital services from an economics of information perspective. **Journal of Health Care Marketing**. Boone, v. 10, n. 2, p. 16-22, June 1990.

LYTLE, R. S.; MOKWA, M. P. Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 12, n. 1, p. 4-14, Mar. 1992.

MACHADO, Marco Antônio. **Avaliação da qualidade de serviços segundo o modelo Servqual modificado**: Uma aplicação em uma concessionária de veículos. 1999. 104f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) Universidade Federal de Minas Gerais.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing**: Uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2001. 719p.

MÉDICE, André C. **Incentivos governamentais ao setor privado em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: ENCE/IBGE, 1991.

MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: fui bem atendido!!! A vez do Brasil**. São Paulo: McGraw-Hill, 1994. 422p.

MORGAN, George A., GRIEGO, Orlando V. *Ease Use and Interpretation of SPSS or Windows: answering research questions with statistics*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998.

OCB. 2003. Disponível em <<http://www.ocb.org.br>> Acesso em: 2 Jul 2003

PARASURAMAN, A. Customer-Orientated corporate cultures are crucial to service marketing success. **Journal of Services Marketing**, vol. 1, n. 1, p.39-46, Summer, 1987.

PARASURAMAN, A., BERRY, L., ZEITHAML, V. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of Retailing**, vol. 67, number 4, 420-450, New York University, Winter, 1991a.

PARASURAMAN, A., BERRY, L., ZEITHAML, V. Research Note: More on Improving Service Quality Measurement. **Journal of Retailing**, vol. 69, number 1, 140-147, New York University, Winter, 1991b.

PARASURAMAN, A., BERRY, L., ZEITHAML, V. Understanding customer expectations of service. **Sloan Management Review**, p. 39-48. Spring, 1991c.

PARASURAMAN, A. ZEITHAML, V., BERRY, L. Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. **Journal of Retailing**, p. 12-40. Spring, 1988.

PARASURAMAN, A. ZEITHAML, V. & BERRY, L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of marketing**, vol.49, p.41-50, Fall, 1985.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. & BERRY, L. Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria. **Journal of retailing**, vol.70, n. 3, p.201-230, 1994.

PETERS S. William & SUMMERS W. George. **Análise Estatística e Processo Decisório**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1973. 683p.

POSSAS, Cristina. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

RUST, Roland T., ZAHORIK, Anthony J. & KEININGHAM, Thimoty L. **Mensurando o impacto financeiro da sua empresa: questões para qualidade**. São Paulo: Qualitymark, 1993.

REGAN, W. J. The service revolution. **Journal of Marketing**, Chicago, v.27, n.3, p.57-62, July 1963.

REIS, Isabel C. da Silva. **A escala Servqual modificada: Avaliação da qualidade percebida do serviço de lazer oferecido por um complexo poliesportivo num parque florestal**. 2001. 141f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina.

REICH, Robert, B. **O trabalho das nações: preparando-nos para o capitalismo do século 21**. São Paulo: Educator, 1994. 318p.

COUTO, S., Roberto. O hospital Alpha, sua história, dificuldades e evolução. Entrevista concedida a Alexandre Aquino. nov. 2002.

SEMENIK, R., BAMOSSY, G. **Princípios de marketing: uma perspectiva global**. São Paulo: Makron Books, 1995. 867p.

STEVENSON, J. W., **Estatística aplicada à Administração**. São Paulo: Ed. Habra, 1986. 495p.

TAYLOR, A. S. & CRONIN, J. J. **Measuring Service Quality**: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, v. 56, p. 55-67, July 1992.

TRIOLA, Mario F., **Introdução à Estatística** –; Rio de Janeiro: Editora LTC, 2001. 410p.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

URDAN, André T. **Avaliação Empírica da Escala SERVQUAL em Serviços Hospitalares**: uma crítica e réplica ao estudo de Vinicius Sittoni Brasil. In: Anais do XIX ENANPAD- Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração. vol. 3, p.293-314, set.1995

URDAN, André. T. **Qualidade de serviço**: proposição de um modelo integrativo. São Paulo, 1993. 355f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

VAVRA, Terry G. **Marketing de relacionamento**: after marketing. São Paulo: Atlas, 1993. 323p.

VEIGA, Ricardo Teixeira. **Um exame empírico do modelo de conseqüências comportamentais da qualidade de serviços**. 2000. 419f. Dissertação (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais.

WOODSIDE, A. G.; FREY, L. L.; DALY, R. T. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 9, n. 4, p. 5/17, Dec. 1989.

WORLD BANK. **World Economic Statistics**. Disponível em <<http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>>. Acesso em: 20 out. 2003.

ZEITHAML, V. A. PARASURAMAN, A., BERRY, L. L. **Delivering service quality**: balancing customers perceptions and expectations. New York: Free Press, 1990.

ZEITHAML, V., A., BERRY, L. L., A. PARASURAMAN. The Nature and Determinants of Customer Expectations os Service. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 21, n. 1, p.1-12, 1993.

ANEXOS

Avaliação da qualidade dos serviços hospitalares prestado pelo Hospital Alpha.

Prezado Cliente,

O presente questionário pretende mensurar a percepção da qualidade dos serviços prestados pelo Hospital Alpha e expectativas de qualidade mínima e Adequada. Ainda que você não saiba avaliar a **qualidade percebida** em algum item, **NÃO DEIXE de avaliar a qualidade MÍNIMA ACEITÁVEL e a qualidade Adequada**. Essas notas se referem às suas expectativa, as quais desejamos conhecer mais de perto para prestar-lhe serviços cada vez melhores.

Esta entrevista está dividida em 4 etapas, às quais precisamos da sua atenção e colaboração. Esta pesquisa foi elaborada pela PUC-MINAS que, com a colaboração do Hospital Alpha, gostaria de conhecer suas opiniões sobre os serviços hospitalares.

TODOS os dados desta pesquisa são completamente confidenciais, podendo sentir-se completamente à vontade para responder o que pensar / desejar sobre os serviços do hospital.

O tempo estimado para a conclusão da pesquisa é de, aproximadamente, 20 minutos.

Atenciosamente,

Alexandre Aquino F. de Freitas

Formulário Número |__|__|__|

1ª PARTE: CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

Aplicado dia: ____/____/____ () Manhã () Tarde () Noite.

Residência: Cidade _____ Bairro: _____

1 Escolaridade:

1.1 () Sem instrução 1.2 () 1º a 4º Série 1.3 () 5º a 8º 1.4 () 2º Grau.

1.5 () Superior.

2 Estado Civil:

2.1 () Casado. 2.2. () Solteiro. 2.3 () Viúvo. 2.4 () Divorciado.

3 Sexo do entrevistado:

3.1 () Masculino 3.2 () Feminino

4 Faixa etária do entrevistado:

4.1 () De 18 a 25 anos 4.2 () De 26 a 33 anos 4.3 () De 34 a 40 anos

4.4 () De 41 a 48 anos 4.5 () De 49 a 56 anos. 4.6 () De 57 a 65 anos.

4.7 () Acima de 66 anos.

5 Forma de pagamento utilizada:5.1. () Particular 5.2. () Convênios 5.3. () Outros
_____**6 A quem pode-se atribuir a decisão de utilizar este Hospital?**

6.1. () Paciente 6.2. () Médico 6.3. () Médico e paciente

6.4. () Familiares 6.5 () Paciente e familiares 6.6 () Meu convênio

6.7 () Outros _____

7 Já foi internado em algum Hospital anteriormente?

7.1 () Não 7.2 () Sim - Neste Hospital 7.3 () Sim - Em outro Hospital

7.4 () Sim – Neste e em outro.

8 Quais dos itens abaixo você utilizou como fonte de informações sobre este Hospital?

- 8.1 () Amigos e parentes
8.2 () Utilização anterior dos serviços deste Hospital
8.3. () Informações fornecidas pelo médico
8.4 () Propagandas (material de divulgação, anúncios)
8.5 () Outros _____

9 Número de vezes que utilizou os serviços do Hospital Alpha.

- 9.1 () Primeira vez. 9.2 () de 1a 5 vezes. 9.3 () mais de 5 vezes.

10 Já teve problemas com os serviços do Hospital Alpha?

- 10.1 () Não.
10.2 () Sim. Neste caso, os problemas foram resolvidos satisfatoriamente?
 10.2.1 () Sim 10.2.2 () Não.

11 Faixa de renda:

- 11.1 () De 260 a 780 11.2. () de 780 a 1.300 11.3 () de 1.300 a 2.600
11.4 () + de 2600

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS HOSPITALARES DIFERENCIADOS – HOSPITAL ALPHA.

Formulário Número |_|_|_|_|

2ª PARTE – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E EXPECTATIVAS SOBRE O SERVIÇO.

**Qualidade
Percebida**



**Qualidade
Mínima Aceitável**



**Qualidade
Adequada**



1- As instalações são visualmente atraentes (Prédio bonito, bem cuidado, pintura conservada, mobília nova).

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

2- As instalações físicas do hospital são confortáveis (recepção, sala de espera, etc.).

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

3- Os equipamentos e as instalações são modernos.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

4- O ambiente é silencioso, tranquilo e calmo.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

5- Os serviços complementares são feitos de forma rápida e eficiente. (exames complementares – urina, fezes, sangue -, raio X e outros).

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

6- Os serviços dos enfermeiros e funcionários são prestados de forma rápida e eficiente.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

7- Os médicos são educados e corteses.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

8- Enfermeiros e funcionários informam ao paciente sobre o tempo previsto para seu atendimento.

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

9- Os médicos dispensam tratamento individual e personalizado ao paciente (tratam pelo nome, sabem do seu problema, acompanham ou perguntam sobre seu caso).

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

10- Funcionários e enfermeiros estão dispostos a auxiliar o paciente, com real interesse pelo seu problema.

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

11- O Hospital dispõe de acesso adequado (Parada de veículos)

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

12- O serviço de admissão (entrada e registro) é rápido e sem burocracia.

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

13- O atendimento ao paciente se dá de forma rápida, com pequeno tempo de espera.

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

14- Os procedimentos referentes ao tratamento médico e os procedimentos a serem seguidos após o atendimento são explicados ao paciente.

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

15- Médicos e funcionários tem aparência limpa e profissional.

PERCEBIDA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹	Muito Baixa				☺	Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

16- O hospital possui facilidades que tornam meu tempo aqui mais agradável (revistas para ler enquanto espero, banheiro disponível quando preciso. Coisas que tornam minha experiência mais agradável).

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ADEQUADA								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

17- O hospital possui funcionários que dão atenção pessoal e individual ao paciente (Tratam pelo nome, se preocupam com seu caso, perguntam se tudo está bem).

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ADEQUADA								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

18- Os serviços prestados são feitos corretamente da primeira vez (ex. Solução do problema do paciente, ausência de erros percebidos pelo paciente).

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ADEQUADA								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

19- As etapas do tratamento são explicadas ao paciente, recebendo a atenção necessária para esclarecer quaisquer dúvidas.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ADEQUADA								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

20- Os enfermeiros e funcionários são educados e corteses.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ADEQUADA								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

21- Os pacientes sentem-se seguros ao utilizar os serviços do hospital.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ADEQUADA								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

22- Os Médicos e enfermeiros possuem o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar suas funções.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

ADEQUADA								
☹ Muito Baixa				☺ Muito Alta				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

23- Os enfermeiros e funcionários tiram dúvidas e respondem as perguntas dos pacientes de forma clara e atenciosa.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

24- O médico conhece as necessidades individuais dos pacientes.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

25- Médicos e enfermeiros não cometem erros quando atendem o paciente.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

26- Os serviços prestados pelo hospital, avaliando-os como um todo, são de qualidade.

PERCEBIDA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	NS	

MÍNIMA ACEITÁVEL										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

ADEQUADA										
☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta					
1	2	3	4	5	6	7	8	9		

Distribua um total de **100 pontos** entre as cinco características de acordo com a importância que você dá a cada uma delas, atribuindo mais pontos para a(s) característica(s) que você acha mais importante(s).

Por favor, certifique-se de que os pontos que você atribuiu somam 100.

ITEM	PONTOS
1. A aparência das instalações físicas do hospital, equipamentos e materiais de comunicação.	
2. A capacidade do hospital em desempenhar os serviços prometidos de maneira confiável e precisa.	
3. A boa vontade do hospital em ajudar os pacientes e providenciar um serviço rápido.	
4. O conhecimento, a cortesia dos empregados do hospital e sua capacidade de inspirar confiança e segurança.	
5. O tratamento e a atenção individualizada que o hospital oferece aos pacientes.	
TOTAL =====>	

3ª PARTE: SATISFAÇÃO:

Todas as afirmativas dessa seção referem-se à prestação de serviços do Hospital de um modo geral. Em cada uma delas, marque um X diante do número de 1 a 5 o que melhor expresse seu grau de concordância ou discordância com a afirmativa.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente (DT)	Discordo mais que concordo (D)	Para mim não faz diferença (I)	Concordo mais que discordo (C)	Concordo totalmente (CT)

1. Os serviços desse hospital são um dos melhores que eu poderia utilizar (Comparado com bons hospitais).

DT	D	I	C	CT
1	2	3	4	5

2. Os serviços desse hospital são exatamente o que eu necessito.

DT	D	I	C	CT
1	2	3	4	5

3. Os serviços oferecidos por este hospital não foram tão bons quanto eu pensei que seriam.

DT	D	I	C	CT
1	2	3	4	5

4. Estou satisfeito com a decisão de utilizar os serviços deste hospital.

DT	D	I	C	CT
1	2	3	4	5

5. Tenho dúvidas se devo continuar a utilizar os serviços deste hospital.

DT	D	I	C	CT
1	2	3	4	5

6. A opção de utilizar os serviços deste hospital foi uma boa opção, foi sensata.

DT	D	I	C	CT
1	2	3	4	5

7. Se eu pudesse voltar atrás, utilizaria os serviços de outro hospital (Caso houvesse outro).

DT	D	I	C	CT
1	2	3	4	5

8. Eu realmente gosto dos serviços deste hospital.

	DT		D		I		C		CT
1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>

9. Sinto-me arrependido da decisão de utilizar os serviços deste hospital.

	DT		D		I		C		CT
1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>

10. Sinto-me insatisfeito por ter utilizado os serviços deste hospital.

	DT		D		I		C		CT
1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>

11. Utilizar os serviços deste hospital foi/tem sido uma boa experiência.

	DT		D		I		C		CT
1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>

12. Estou seguro por ter feito uma boa opção ao utilizar os serviços desse hospital.

	DT		D		I		C		CT
1	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>

4ª PARTE: AVALIAÇÃO GLOBAL.

1. Como você classifica a **QUALIDADE GERAL** dos serviços prestados pelo hospital? Marque um X na escala abaixo:

☹ Muito Baixa					☺ Muito Alta			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. Pensando nos serviços oferecidos pelo hospital, avalie o **VALOR** (conjunto de benefícios da qualidade do serviço) que você obtém em relação aos seus gastos (dinheiro, tempo, esforço, etc.)

☹ Pouco valor					☺ Muito Valor			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. Qual o seu nível de satisfação geral com os serviços do hospital?

☹ Baixa Satisfação					☺ Alta Satisfação			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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](#)