

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**ANÁLISE DA QUALIDADE PERCEBIDA EM
SERVIÇOS HOSPITALARES DIFERENCIADOS**

Vinicius Sittoni Brasil

Porto Alegre, agosto de 1994

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS POLÍTICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**ANÁLISE DA QUALIDADE PERCEBIDA EM
SERVIÇOS HOSPITALARES DIFERENCIADOS**

Vinicius Sittoni Brasil

**Dissertação apresentada como
requisito parcial para a obtenção do
título de Mestre em Administração -
ênfase em Marketing -, no Programa de
Pós-Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul.**

Orientação: Dr. Carlos Alberto Callegaro

Porto Alegre, agosto de 1994.

Em memória de meu pai

*"Another chance hello, another goodbye
and so many things we'll never see again
days of life that seemed so unimportant
seem to matter and to count much later on"*

- Philip Collins -

AGRADECIMENTOS

Foram inúmeros os colaboradores que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho. Agradecer a todos eles pode tornar-se uma tarefa constrangedora, caso a memória resolva ser acometida de um de seus eventuais lapsos. Ainda assim, sinto-me na obrigação de agradecer àqueles que tornaram possível não somente este trabalho, mas também o próprio curso de Mestrado. Meu sincero muito obrigado...

- À URCAMP-Bagé e CAPES pelo suporte financeiro;
- A todos os funcionários do PPGA/UFRGS, sempre dispostos a auxiliar;
- Aos meus colegas e amigos do Mestrado que contribuíram não só para o desenvolvimento de meus conhecimentos mas também para meu enriquecimento como ser humano;
- Às organizações que permitiram a aplicação desta pesquisa junto a seus clientes, demonstrando uma preocupação de elevar cada vez mais a qualidade de seus serviços: Hospital Moinhos de Vento, Santa Casa de Misericórdia e Hospital das Clínicas;
- A todos os professores do PPGA/UFRGS com especial distinção para:
 - Prof. Dr. João Luiz Becker por sua orientação clara e precisa quanto aos procedimentos estatísticos utilizados;
 - Prof. Dr. Carlos Alberto Vargas Rossi por seu incentivo, seu exemplo como profissional e sua amizade;

- Prof. Dr. Fernando Bins Luce por dividir com seus alunos seus conhecimentos no decorrer de todo o curso, pela constante motivação para a realização de meu trabalho e pela agradável convivência fora do "ambiente acadêmico";

- Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Callegaro por sua orientação franca e aberta ao debate e por sua amizade;

- Prof. Me. Luiz Antonio Slongo por todas as oportunidades colocadas a minha disposição, por seu indispensável auxílio no desenvolvimento de todo o trabalho e, acima de tudo, por sua amizade.

- À minha família, cuja colaboração para este trabalho iniciou há mais de vinte e sete anos atrás e permitiu que eu chegasse neste momento em que mais um desafio é superado;

- À Valéria por lançar a idéia de participação neste curso e cujas mais sinceras palavras de agradecimento poderiam tornar esta página mais apropriada para um romance do que para uma dissertação.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	7
LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE QUADROS	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO.....	12
1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	14
2. OBJETIVOS.....	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos Específicos	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
3.1. Definição e Características Básicas dos Serviços	19
3.2. Modelo Estratégico de Serviços	23
3.3. Qualidade de um Produto	29
3.3.1. Evolução do Pensamento em Qualidade	29
3.3.2. Definição de Qualidade	31
3.4. Qualidade em Serviços	36
3.4.1. Modelo de Qualidade de Serviços	38
3.4.2. Determinantes da Qualidade dos Serviços	40
3.4.3. O Significado de Expectativas.....	43
3.4.4. O Significado de Percepções	46
3.4.5. Qualidade e Algumas Correlações	47
3.5. Serviços de Saúde Hospitalares	57
4. MÉTODO.....	60
4.1. Plano Amostral	60
4.1.1. Tipo de Amostragem	60
4.1.2. Tamanho da Amostra	62
4.2. Estruturação do Instrumento de Coleta dos Dados.....	62
4.2.1. Definição e Operacionalização das Variáveis	65
4.2.2. Escalas Utilizadas	72
4.3. Procedimentos de Coleta dos Dados.....	74
4.4. Análise Estatística dos Dados	77
5. RESULTADOS	81
5.1. Características da Amostra	81
5.2. Qualidade Percebida.....	84
5.2.1. Grau de Importância.....	85
5.2.2. Nível de Expectativas	88
5.2.3. Serviço Percebido.....	92
5.2.4. Qualidade Percebida.....	92
5.2.5. Dimensões da Qualidade Percebida	94
6. CONCLUSÕES	103
6.1. Operacionalização do Instrumento SERVQUAL	104
6.2. Avaliação da Qualidade Percebida	107
6.3. Dimensões da Qualidade Percebida.....	107
6.4. Implicações Gerenciais e para Futuras Pesquisas	109
ANEXO 1 - Instrumento de Coleta de Dados "SERVQUAL"	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Contínuo de Empresas de Serviços.....	21
FIGURA 2 - Modelo de Estratégia de Serviços.....	24
FIGURA 3 - Modelo de Qualidade de Serviços.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução das Estratégias de Qualidade:.....	30
Tabela 2 - Dimensões de Qualidade dos Serviços.....	41
Tabela 3 - Ferramentas Motivacionais.....	56
Tabela 4 - Análise de Variância: Item E21.....	91
Tabela 5 - Matriz Fatorial (Rotação Ortogonal).....	97
Tabela 6 - Dimensões Originais vs Dimensões do Serviço Hospitalar.....	99
Tabela 7 - Análise de Variância: Item Faixa Etária x Atendimento Pessoal.....	100
Tabela 8 - Análise de Variância: Item Local da Entrevista x Hotelaria.....	100
Tabela 9 - Análise de Variância: Item Forma de Pagamento x Hotelaria.....	100
Tabela 10 - Análise de Variância: Item Experiência x Hotelaria.....	101
Tabela 11 - Análise de Variância: Item Local da Entrevista x Responsabilidades.....	101
Tabela 12 - Análise de Variância: Item Forma de Pagamento x Responsabilidades.....	101
Tabela 13 - Análise de Variância: Item Local da Entrevista x Instalações.....	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Local da Entrevista.....	82
Quadro 2 - Sexo do Entrevistado.....	82
Quadro 3 - Faixa Etária do Entrevistado.	82
Quadro 4 - Forma de Pagamento dos Serviços.....	83
Quadro 5 - Decisão de Escolha do Hospital.	83
Quadro 6 - Fonte de Informações sobre o Hospital.....	84
Quadro 7 - Utilização Anterior de Serviços de Hospitais.....	84
Quadro 8 - Definição dos Ítems de Importância.....	86
Quadro 9 - Grau de Importância.....	87
Quadro 10 - Nível de Expectativa.	89
Quadro 11 - Serviço Percebido.....	93
Quadro 12 - Qualidade Percebida.....	94

RESUMO

O estudo da indústria de serviços intensificou-se em anos recentes, principalmente, devido à importância assumida por este setor na Economia em escala mundial. Além disso, as características inerentes à prestação de serviços determinam uma abordagem de marketing diferente daquela utilizada para produtos tangíveis.

Um dos temas mais profundamente debatidos refere-se à conceituação e mensuração da qualidade percebida pelo cliente. Este debate ampliou-se, sobremaneira, a partir dos estudos realizados pelos professores A. Parasuraman, V. Zeithaml e L. Berry, os quais propuseram um Modelo de Qualidade de Serviços e um instrumento para mensuração da qualidade percebida - SERVQUAL -. A premissa básica é que a qualidade percebida é resultante da comparação feita pelo cliente entre suas expectativas e suas percepções a partir da efetiva prestação do serviço.

Com base nesses estudos, este trabalho procurou analisar a qualidade percebida junto a clientes diferenciados de três diferentes hospitais na cidade de Porto Alegre. Mais especificamente, procurou-se mensurar expectativas e percepções dos clientes, identificar dimensões específicas de qualidade do serviço e avaliar a aplicação do instrumento junto a estas organizações.

A partir de um estudo quantitativo, envolvendo um total de 211 entrevistas, obteve-se resultados que permitem às organizações adequar melhor suas atividades de marketing às expectativas dos clientes. Foram identificadas cinco dimensões da qualidade percebida - atendimento pessoal, hotelaria, responsabilidades, instalações e consideração -. Destaque especial é dado à importância fundamental do fator humano em hospitais, no que se refere à qualidade sob a ótica do cliente.

ABSTRACT

The study of the services industry has been intensified in recent years, mainly due to the importance this field has acquired in the world's economy. Furthermore, the characteristics inherent in the providing of services determine a marketing approach different from that used for tangible products.

One of the topics which have been more deeply discussed concerns the conceptualization and the measurement of the quality perceived by the customer. This discussion became broader after the studies carried out by A. Parasuraman, V. Zeithaml, and L. Berry, who have proposed a Model of Service Quality and an instrument to measure the perceived quality - SERVQUAL . The basic premise is that the perceived quality results from the comparison made by the customer between his expectations and his perceptions from the effective provision of service.

Based on these studies, this study aimed at analyzing the quality perceived by differentiated customers in three different hospitals in Porto Alegre. More precisely, it aimed at measuring customers' expectations and perceptions, identifying specific dimensions of the quality of the service, and evaluating the use of the instrument in these organizations.

From a quantitative study, involving a total of 211 interviews, results which permit that these organizations adapt their marketing activities to the customers' needs were obtained. Five dimensions of the perceived quality have been identified - personal service, hotel features, responsibilities, physical facilities, and consideration. Special attention is given to the human factor in hospitals, as concerning the quality in the customers' point of view.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento dos estudos na área de serviços vem evoluindo significativamente em anos recentes. O antigo debate a respeito das diferenças existentes entre os setores de manufatura e de serviços e da real necessidade de um "marketing de serviços" cedeu espaço às discussões envolvendo as consequências estratégicas e operacionais decorrentes dos aspectos diferenciadores da indústria de serviços.

Por sua vez, as pressões oriundas de mercados mais exigentes, mais competitivos e de bases tecnológicas cada vez mais avançadas levaram as organizações em geral a uma redefinição de suas estruturas, seus processos e suas ofertas. Neste contexto, uma das palavras de ordem a emergir foi a qualidade do produto. Muito embora não seja algo novo, a maioria das empresas deparou-se com a incapacidade de assimilar e implementar os conceitos de qualidade. Além disso, desenvolveu-se uma nova concepção do que seja qualidade, diferente daquela que se restringia somente à visão do produtor. A palavra final acerca da qualidade de um produto passou a ser prerrogativa do usuário, do cliente.

Da convergência destes dois temas surgiu o presente trabalho, enfocando um modelo específico para a compreensão e mensuração da qualidade de um serviço. Este modelo, proposto por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985), é indiscutivelmente uma das maiores contribuições ao debate acerca da conceituação e mensuração da qualidade percebida em serviços.

Conforme posto anteriormente, a busca de elevados padrões de qualidade foi uma verdadeira imposição às organizações de todos os tipos, inclusive em setores até então alheios às pressões competitivas. Nestes, incluem-se os hospitais.

Com os objetivos básicos de redução de custos e prestação de um serviço diferenciado de alto nível, os serviços hospitalares foram repensados. O paciente ou "doente" passou a ser chamado de cliente e, como tal, possuidor de necessidades e expectativas a serem satisfeitas. Conhecer quais são estas necessidades e expectativas passou a ser o ponto de partida para o desenvolvimento da qualidade dos serviços. Este estudo buscou aplicar o Modelo PZB, bem como o instrumento para mensuração da qualidade percebida pelo cliente SERVQUAL no âmbito dos serviços hospitalares diferenciados.

Estruturalmente, o presente relatório está assim dividido:

1 - Delimitação do Problema: delimita a questão específica a qual o estudo buscou responder;

2 - Definição dos Objetivos: apresenta o objetivo geral e seus desdobramentos, sob a forma de objetivos específicos;

3 - Fundamentação Teórica: a partir da definição e caracterização dos serviços, contempla os principais elementos que compõem o estudo da qualidade em serviços;

4 - Método: descreve em detalhes os procedimentos metodológicos empregados na realização da pesquisa de campo;

5 - Resultados: apresenta de maneira objetiva os resultados encontrados a partir da análise estatística dos dados coletados;

6 - Conclusões: discute em maiores detalhes os principais resultados da pesquisas e suas implicações tanto a nível prático quanto acadêmico, sugerindo abordagens para novas pesquisas.

Finalmente, são apresentados o instrumento de coleta de dados SERVQUAL modificado e o conjunto de referências bibliográficas que serviram como base para o estudo.

1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

*"Se realmente entendemos o problema, a resposta virá dele...
porque a resposta não está separada do problema"*

- Krishnamurti -

A busca da satisfação de seus clientes, leva as empresas a oferecer bens e serviços diferentes para atender diferentes necessidades e expectativas do mercado. A qualidade do produto oferecido está relacionada diretamente à capacidade deste produto de satisfazer necessidades, desejos e expectativas de um cliente. Há, todavia, fatores que determinam abordagens distintas da qualidade de bens e de serviços.

/ As características básicas dos serviços - intangibilidade, inseparabilidade entre produção e consumo, impossibilidade de estocagem e variabilidade - implicam em diferentes abordagens de Marketing, quando comparados a produtos tangíveis (Conserve, Huegy & Mitchell, 1958; Stanton, 1971; Berry, 1980; Lovelock, 1981 e Kotler, 1988). Existem maiores dificuldades no estabelecimento de padrões de qualidade e na mensuração e manutenção desses padrões. Tais obstáculos são ampliados pelo fator de haver um maior grau de dependência do fator humano por parte das empresas de serviços, uma vez que, via de regra, a implementação de um serviço exige um contato pessoal entre o prestador do serviço e o cliente.

Prestar um atendimento de acordo com as necessidades e expectativas dos clientes representa, de fato, um sinônimo de qualidade. Surge, portanto, a necessidade das empresas definirem padrões de qualidade coerentes com aquilo que o cliente espera, bem como dentro das capacidades e limitações da própria empresa. Atingir o nível de qualidade esperado pelo cliente depende de uma série de aspectos internos e externos à organização.

O trabalho apresentado por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) é indicativo de quais são os pontos mais sensíveis ao surgimento de discrepâncias na oferta de serviços. Essas lacunas são as seguintes:

- 1) Expectativas do cliente vs. percepção da empresa destas expectativas;
- 2) Percepções da empresa vs. especificações de qualidade do serviço;
- 3) Especificações de qualidade do serviço vs. serviço prestado de fato;
- 4) Serviço prestado de fato vs. comunicações externas;
- 5) Serviço percebido pelo cliente vs. expectativas do cliente.

O sucesso de uma empresa dependerá do estreitamento ou eliminação dessas lacunas. Isto somente será possível através do monitoramento do mercado, ponto de partida para a determinação do nível de expectativa dos clientes e da definição dos padrões de qualidade do serviço ofertado.

No setor da saúde, à semelhança dos demais segmentos da indústria de serviços, as organizações e prestadores de serviço individuais passam pela necessária adequação de sua oferta à realidade atual do mercado. Alterações a nível tecnológico provocaram um incremento na competitividade do setor; competição esta acirrada ainda mais por dois fatores fundamentais. Primeiro, os avanços tecnológicos e de gestão do trabalho tornaram inviáveis aquelas empresas onde desperdícios e falhas na produção dos serviços sejam aceitáveis. Os custos provenientes destas imperfeições representam uma perda de competitividade bastante significativa.

Em segundo lugar, a conscientização cada vez maior por parte dos consumidores quanto a seus direitos, gerou níveis de exigência mais elevados. Adequar a oferta a estes níveis torna-se, portanto, fundamental à sobrevivência da organização.

No contexto brasileiro, dada a situação caótica do setor de saúde pública, essas alterações atingem mais diretamente as organizações de cunho privado, ou mesmo

organizações públicas que ofereçam serviços diferenciados¹. Isto ocorre devido, principalmente, à defasagem dos valores transferidos pelo governo às organizações como pagamento dos serviços públicos prestados. Na tentativa de evitar a inviabilização e até mesmo o encerramento de suas atividades, estas organizações lançam-se na busca de melhores níveis de qualidade e produtividade.

Muitos hospitais privados optam pelo desligamento do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido por recursos públicos. Em outras organizações, cujo maior percentual ou a totalidade dos atendimentos provêm do SUS, há uma ampliação dos setores destinados a pacientes diferenciados.

Cabe, por parte dessas organizações, intensificar a pesquisa junto a seus clientes, identificando suas necessidades e expectativas com vistas a subsidiar decisões em áreas como investimentos em instalações e equipamentos, desenvolvimento de recursos humanos e melhoria de suas comunicações de marketing junto aos públicos-alvo.

Um dos fatores mais relevantes na busca da qualidade em serviços é identificar quais são os principais aspectos que o cliente considera no momento de formar suas expectativas e de avaliar a qualidade de um serviço. Este se traduz no enfoque do presente trabalho. A questão básica a ser respondida é: "quais são as dimensões determinantes de qualidade, sob a ótica do cliente, nos Serviços de Saúde particular oferecidos por hospitais da cidade de Porto Alegre?" Este questionamento implica na análise de expectativas e percepções dos clientes quanto à qualidade do serviço prestado, utilizando como ferramental básico os estudos de A. Parasuraman, V. Zeithaml e L. Berry.

¹ Serviços diferenciados devem ser entendidos como serviços oferecidos a segmentos específicos de consumidores. Tais serviços são normalmente chamados de serviços "particulares", onde o paciente paga por um atendimento de mais alto nível (p. ex. quarto individual, telefone, televisor, entre outros elementos diferenciadores).

2. OBJETIVOS

"Algo só é impossível até que alguém duvide e acabe provando o contrário"

- Albert Einstein -

2.1. Objetivo Geral

Analisar a qualidade percebida dos usuários de serviços diferenciados de hospitais em Porto Alegre com base no Modelo de Qualidade de Serviços e no instrumento SERVQUAL, propostos por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985 e 1988) . A análise será baseada na comparação dos itens relacionados como objetivos específicos.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as dimensões determinantes da qualidade dos serviços prestados na ótica do cliente;
- Identificar as expectativas e percepções dos clientes quanto ao serviço;
- Identificar o nível de qualidade percebido pelos clientes, através da comparação de expectativas e percepções;
- Avaliar a aplicação do instrumento SERVQUAL junto a hospitais.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

"O problema da nova tecnologia é que quando se aprende a usá-la corretamente, alguém já lançou algo mais avançado"

- Bill Bruford -

~ O estudo da indústria de serviços tem indicado um expressivo crescimento deste setor, principalmente em nações industrializadas (Lovelock, 1984; Kotler, 1988; Levitt, 1990 e Davidow & Utah, 1991). Segundo Zeithaml, Berry & Parasuraman (1990), "serviços correspondem a aproximadamente três quartos do Produto Interno Bruto americano e a nove em cada dez novos empregos".

~ Entretanto, há indícios de que a produtividade e, sobremaneira, a qualidade dos serviços oferecidos não obedeceu à mesma proporção de crescimento da indústria (Denton, 1990). Alguns autores apontam, inclusive, uma verdadeira "crise de qualidade" no setor de serviços nos Estados Unidos (Koepp, 1987; Davidow & Uttal, 1991 e Zemke & Schaaf, 1991).

~ O fato de, paralelamente, a oferta e demanda por serviços aumentar, enquanto a qualidade aos olhos do consumidor diminui, representa um contra-senso e estimula estudiosos e práticos a buscar soluções que possibilitem a almejada qualidade superior.

Exemplos de organizações engajadas em programas de qualidade e publicações a respeito deste tema surgem a cada momento. Em termos de obras recentes que abordem mais especificamente a questão dos serviços, destacamos Peters (1989), Denton (1990), Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990), Zemke & Schaaf (1991), Davidow & Uttal (1991), Townsend &

Gebhardt (1991) e Berry & Parasuraman (1993). Países europeus, como França e Inglaterra, também estão inseridos neste contexto (Le Marketing des Services, 1989 e Walker, 1991).

No Brasil, de maneira semelhante a outros países, verifica-se um significativo desenvolvimento do setor de serviços na economia e geração de empregos, fato já constatado por trabalhos de aproximadamente vinte anos atrás (Almeida & Silva, 1973). Diversas publicações recentes dão destaque para aspectos ligados à orientação empresarial para o mercado e ao incremento da qualidade (Xavier, 1990; Pílares, 1990 e Fleury, 1993).

A abordagem do tema "qualidade em serviços" exige a compreensão do que seja um "serviço" e de suas diferenças básicas em relação a bens tangíveis. Não menos importante é o entendimento de características elementares relativas aos serviços e suas conseqüências em termos de sua oferta.

3.1. Definição e Características Básicas dos Serviços

O estudo de aspectos ou setores específicos da indústria de serviços passa pela necessária definição do que sejam "serviços". Tanto quanto bens ou mercadorias, serviços são produtos ofertados no sentido de satisfazer necessidades de mercado.

↳ Mais precisamente, Kotler (1988, p. 477) define serviço como:

"... qualquer ação ou performance que uma parte pode oferecer a outra, essencialmente intangível e que não resulta na posse de algo, podendo sua produção estar ou não associada a um produto físico".

↳ Na oferta de serviços o produto central é uma ação, um desempenho (Berry & Parasuraman, 1993). Em decorrência disto, surgem diversos aspectos que caracterizam e distinguem serviços de bens, que são: a) intangibilidade; b) inseparabilidade entre produção e

consumo; c) impossibilidade de estocagem; e, d) variabilidade na produção (Conserve, Huegy & Mitchell, 1958; Stanton, 1971; Berry, 1980; Lovelock, 1981 e Kotler, 1988).

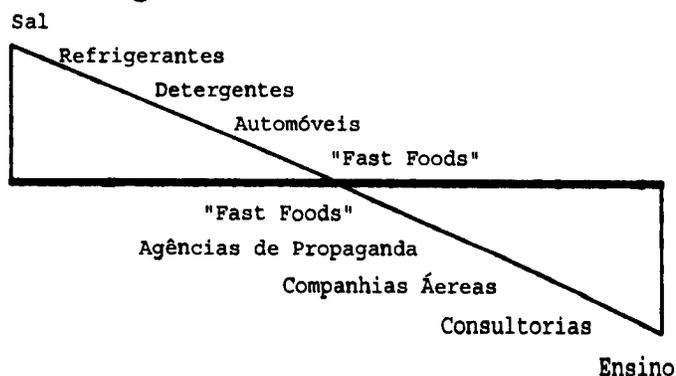
A) Intangibilidade: o fato de serviços serem predominantemente intangíveis constitui-se na diferença fundamental quando comparados a produtos físicos (Shostack, 1977; Berry, 1980 e Lovelock, 1981).

Uma vez que um serviço pode estar ou não atrelado a um produto tangível, podem surgir dificuldades para caracterizar uma empresa como "prestadora de serviços". Em última análise, de acordo com Levitt (1990), tanto empresas produtoras de bens quanto de serviços seriam "prestadores de serviços". Estas, pelo fato da essência de sua oferta ser um desempenho (ex. cirurgia); aquelas, pelos inúmeros componentes de serviços em sua operação (ex. manutenção, distribuição).

A representação gráfica apresentada na Figura 1, proposta por Shostack (1977), distribui os diversos tipos de empresas em um espectro, no qual em um extremo estão as empresas de serviços (essencialmente intangíveis) e, na outra extremidade, as empresas produtoras de bens ou mercadorias (predominantemente tangíveis). A distribuição das empresas dentro desses limites dá-se em função do balanceamento de aspectos tangíveis e intangíveis em sua oferta.

Desta forma, automóveis seriam bens que dependem de componentes de serviço (ex. assistência técnica, garantias, confiabilidade), enquanto que companhias aéreas seriam prestadores de serviços baseados em bens tangíveis (ex. equipamentos, veículos, refeições).

Focalizando-se a metade direita da escala de Shostack, é possível tipificar os diversos serviços de acordo com a classificação proposta por Thomas (apud Kotler, 1988). Assim, serviços podem ser baseados em equipamentos (ex. transportes, lava-carros automático) ou baseados em pessoas (ex. ensino, consultas médicas, serviços de segurança pessoal).

FIGURA 1 - Contínuo de Empresas de Serviços.**Dominante Tangível****Dominante Intangível**

Adaptado de: SHOSTACK, G. Lynn. *Breaking Free from Product Marketing*. In: LOVELOCK, Christopher. *Services Marketing*. New Jersey: Prentice Hall, 1984. p. 41

A intangibilidade traz como principal consequência a dificuldade de avaliação pré-compra por parte do consumidor, uma vez que não lhe é permitido tocar, sentir ou testar o produto antes da efetiva decisão de compra, sobretudo em serviços base-pessoas. Tal dificuldade é minimizada nos serviços baseados em equipamentos, os quais podem recorrer às evidências tangíveis para despertar o desejo e decisão de compra do produto. Trata-se de um desafio constante às empresas de serviços, chamado por Berry (1980) de a necessidade de tangibilizar o intangível.

B) Produção e Consumo Simultâneos: em serviços, a produção e o consumo geralmente ocorrem ao mesmo tempo (Kotler, 1988). Por ser um desempenho ou performance, um serviço não pode ser produzido para posterior venda e consumo. De fato, normalmente o serviço primeiro é vendido para, então, ser produzido e consumido simultaneamente (Berry, 1980).

Isto implica na necessidade do prestador dos serviços estar fisicamente presente no momento da ação. Por outro lado, pode também ser obrigatória a presença do cliente, como no caso de consultas médicas, aulas ou tratamento de beleza. Nestes casos, não somente o local e o

momento em que o serviço é oferecido tornam-se importantes, o comportamento e a conduta do implementador do serviço também assumem um papel fundamental na satisfação do cliente (Berry, 1980).

C) Percibilidade: decorrência direta do item anterior, a impossibilidade de estocagem dos serviços traz consigo o problema crítico da adequação entre oferta e demanda. Zeithaml, Parasuraman & Berry (1985) encontraram as "flutuações na demanda por serviços" como um dos principais problemas enfrentados por empresas de serviços americanas.

Essas variações obrigam as empresas a adotar estratégias diversas, tais como utilizar maior número de funcionários em horários de pico na demanda ou educar os consumidores a utilizar os serviços em períodos de baixa demanda (Lovelock, 1981; Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1985 e Kotler, 1988).

Outra consequência da impossibilidade de estocagem são os custos de serviços oferecidos mas não consumidos. Como exemplo típico, pode-se citar o caso de companhias aéreas. Lugares não ocupados em uma viagem não poderão ser "guardados" para uma próxima ocasião e seus custos acabam reduzindo as margens de ganhos dos demais lugares vendidos. Como forma de contornar tais situações, as políticas de preços das empresas necessitam considerar estes custos, sendo opções de ação a oferta de descontos e promoções em períodos onde identifica-se uma baixa na demanda ou até mesmo a redução da oferta nestes períodos, visando reduzir eventuais perdas.

D) Variabilidade na Produção: segundo Kotler (1988, p. 479), "serviços são altamente variáveis, pois dependem de quem os presta, onde e quando são prestados". A menor padronização ou uniformidade na prestação de serviços está diretamente relacionada com o maior envolvimento do componente humano no desempenho de alguns serviços, em especial, aqueles base-pessoas (Berry, 1980).

A performance de um serviço sofre influência tanto de aspectos técnicos (conhecimentos, habilidades e suporte material) quanto emocionais (condições e características psicológicas), pelo lado do prestador do serviço. Por outro lado, a interferência ou participação do próprio cliente na produção de alguns serviços (ex. diagnósticos médicos) implica em maiores incertezas quanto aos resultados finais (Zeithaml, 1981).

A soma dessas quatro características básicas resulta em um significativo grau de dificuldade na elaboração e implementação de serviços de alta qualidade.

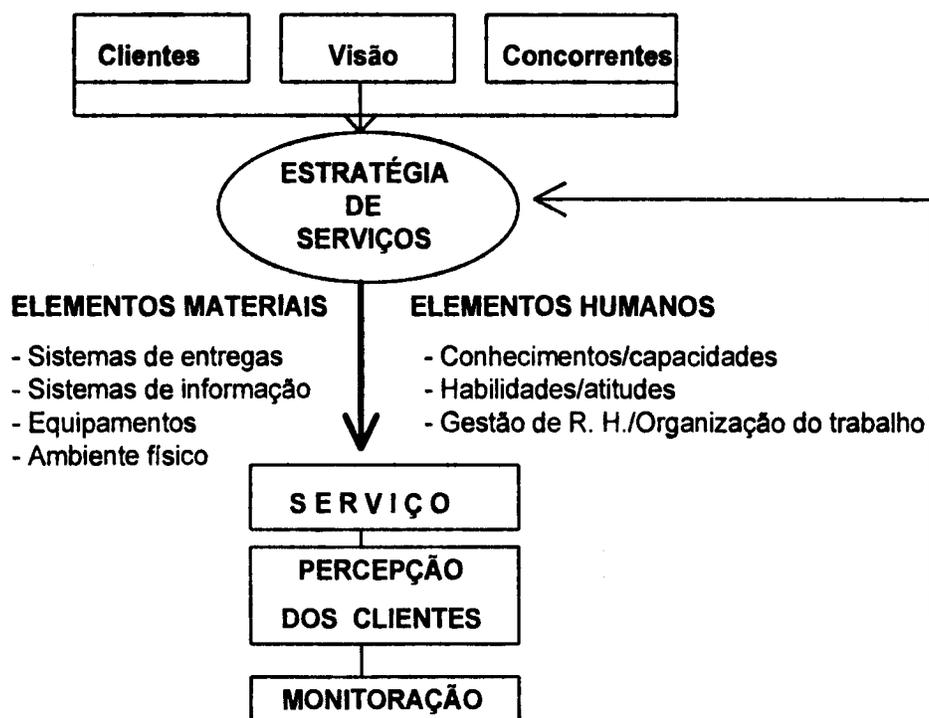
3.2. Modelo Estratégico de Serviços

A dinâmica dos mercados obriga as empresas a definir rumos ou sinalizadores os quais indicarão o caminho a ser seguido na busca de sua sustentação a longo prazo. Este direcionamento, que abrange toda a organização, chama-se estratégia.

O planejamento estratégico engloba todos os setores de uma empresa; contudo, a opção competitiva é elemento determinante dentro do processo. A estratégia competitiva deverá especificar como a empresa irá competir nos mercados que optou atender (Day, 1990). Este posicionamento de mercado influenciará diretamente na formulação estratégica das demais áreas organizacionais, como, finanças, recursos humanos e produção.

O sucesso das ações mercadológicas dependerá diretamente da integração dessas diversas áreas, o que somente será possível a partir de um direcionamento único e coeso. Em outras palavras, a sobrevivência da organização dependerá da definição de uma estratégia eficaz e devidamente assimilada por todos os envolvidos.

A formulação e implementação de estratégias, por não se constituir no objeto central deste trabalho, será analisada em seus aspectos essenciais, tendo como base os trabalhos de Porter (1986, 1989), Kotler (1988), Day (1990) e Walker (1991).

FIGURA 2 - Modelo de Estratégia de Serviços.

Adaptado de: Walker, Denis. O Cliente em Primeiro Lugar. São Paulo: Makron. 1991. p. 10

Empresas de serviços, como qualquer outra indústria, devem definir uma estratégia a qual contemple análises dos ambientes interno e externo. A Figura 2 apresenta os principais elementos relacionados à formulação estratégica de serviços. Esta proposta insere-se em uma visão sistêmica de serviços, na qual são contemplados os elementos-chave na produção e entrega de um serviço.

O Modelo de Estratégia de Serviços considera os seguintes elementos: a) *clientes*, mais precisamente a identificação das necessidades e expectativas dos clientes; b) *concorrentes* ou acompanhamento das atividades dos concorrentes; c) *visão* estratégica do negócio; d)

elementos materiais e humanos na prestação dos serviços; e) mensuração da percepção dos clientes; e f) realimentação do processo através da monitoração dos resultados.

A) Identificação das Necessidades e Expectativas dos Clientes: segundo Day (1990, p. 28), as empresas bem-sucedidas são "sensíveis às exigências do mercado e se esforçam continuamente para satisfazer seus clientes". Este direcionamento para o mercado implica na identificação das necessidades e expectativas dos clientes.

Na definição de estratégias de serviços, a empresa deve buscar algum elemento de diferenciação de sua oferta, algo que adicione valor ao produto na ótica do cliente. Assim, identificar o que o cliente valoriza torna-se essencial.

O valor percebido pelo cliente está diretamente relacionado aos "benefícios - pela redução de custos ou aumento do desempenho - que sejam percebidos por um segmento considerável de clientes, aos quais dêem valor e pelos quais estejam dispostos a pagar e não possam conseguir facilmente em outra parte" (Day, 1990, p. 155).

B) Monitoração dos Concorrentes: outro aspecto de suma importância relaciona-se ao acompanhamento das atividades da concorrência. Somente conhecer o que o cliente deseja, embora fundamental, não é o suficiente para assegurar o sucesso de uma empresa. É necessário identificar que ações a concorrência está implementando e, quando possível, em que nível tais ações estão sendo bem sucedidas (Walker, 1991).

De acordo com Porter (1986, p. 61), "a estratégia competitiva envolve o posicionamento de um negócio de modo a maximizar o valor das características que o distinguem de seus concorrentes". Esta afirmação aponta para a análise da concorrência como um dos elementos básicos da formulação estratégica.

Na análise da concorrência, um dos métodos mais utilizados é o da comparação das forças e fraquezas da empresa e de seus concorrentes. Segundo Kotler (1988), é necessário que a empresa:

- a) Identifique seus concorrentes;
- b) Identifique as estratégias dos concorrentes;
- c) Determine quais são os objetivos dos concorrentes;
- d) Relacione pontos fortes e pontos fracos dos competidores;
- e) Estime os padrões de reação dos competidores.

Porter (1986) aponta quatro componentes diagnósticos para uma análise da concorrência:

- Metas futuras estabelecidas pelos concorrentes;
- Hipóteses do próprio concorrente sobre ele mesmo e sobre a indústria;
- Estratégias adotadas pelo concorrente;
- Capacidades (pontos fortes e pontos fracos).

Tais componentes, uma vez analisados, permitirão à empresa determinar os prováveis movimentos dos concorrentes, a intensidade e as vulnerabilidades destas ações.

Em última análise, tanto as metodologias propostas por Kotler quanto por Porter visam permitir que as empresas possam tomar suas decisões estratégicas amparadas no conhecimento das forças, das fraquezas e dos possíveis movimentos da concorrência. Um maior detalhamento das citadas metodologias pode ser encontrado em Kotler (1988) e Porter (1986).

C) Visão Estratégica: este elemento está relacionado com a busca da diferenciação e sua manutenção a longo prazo. Segundo Day (1990, p. 28), "uma visão é um tema-guia que articula a natureza da empresa e suas intenções para o futuro". Representa, pois, a definição clara de onde a empresa quer chegar e do que será necessário para atingir seus objetivos de longo prazo.

O ponto de partida para visões bem sucedidas é a existência de uma liderança forte e reconhecida pelo grupo, fazendo da visão um elemento pró-ativo, ao invés de reativo. É necessário, também, que a formação de visões estratégicas seja compartilhada por todos na organização. Seu sucesso depende do comprometimento dos indivíduos que irão implementá-la, o que somente será conseguido através da participação direta desses indivíduos no processo.

Uma vez que a visão age como elemento direcionador dentro da organização, é imprescindível que ela seja disseminada por todos os níveis da organização, tornando cada pessoa um agente ativo no necessário e constante revigoramento da orientação básica. Neste sentido, a visão torna-se um fator de motivação, encrustando-se na cultura da organização. A visão deve concentrar as energias de todas as partes da organização na tarefa de torná-la bem sucedida (Day, 1990).

A conjunção dos fatores "clientes", "concorrentes" e "visão" determinará a estratégia a ser seguida. A implementação de tal estratégia está condicionada a elementos materiais e elementos humanos.

Elementos materiais constituem o suporte físico, equipamentos e sistemas os quais devem ser adequados aos propósitos da empresa. Dentre os elementos materiais destacam-se os sistemas de entrega ou distribuição, sistemas de informações internas e externas, equipamentos e ambiente físico necessários à prestação do serviço bem como a forma, organização e procedimentos de trabalho.

Por sua vez, o fato de serviços serem mais dependentes do fator humano, torna indispensável um excelente suporte humano o qual decorre de uma série de fatores, entre os quais estão as capacidades e habilidades do pessoal da empresa, as atitudes dos funcionários principalmente em relação aos clientes e a gestão de Recursos Humanos da empresa, englobando políticas diversas desde o recrutamento e seleção até planos salariais e de desenvolvimento de pessoal.

Assumir que algum dos elementos citados seja de importância superior é desaconselhável uma vez que o resultado final dependerá da eficiência tanto dos aspectos materiais quanto dos aspectos humanos. Aos olhos do cliente a atenção e cortesia de um funcionário são fundamentais, mas isto pouco adiantará caso seus conhecimentos ou o próprio ambiente para a prestação dos serviços forem inadequados.

Pessoas bem preparadas podem ser capazes de contornar ou minimizar eventuais problemas relacionados a aspectos materiais (Zemke & Schaaf, 1991), mas ainda assim a empresa estará incorrendo em um risco significativo quanto ao sucesso da transação e à manutenção do cliente. Adequar os elementos materiais e humanos ao serviço proposto evita tal risco.

Por fim, a percepção do cliente quanto ao serviço deve ser constantemente monitorada, subsidiando eventuais necessidades de alteração nos níveis operacional e estratégico.

Outra abordagem, voltada à visão estratégica do sistema de serviço, é sugerida por Heskett (1986). Segundo este autor, a visão estratégica deve contemplar quatro elementos básicos:

- 1) Identificar e selecionar segmentos de mercado;
- 2) Definir o conceito do serviço;
- 3) Definir a estratégia de operações para produção do serviço;
- 4) Definir o sistema de entrega do serviço.

Esses elementos básicos seriam ligados sequencialmente por três elementos integrativos:

- 1) Posicionamento do serviço definido em relação ao segmento de mercado selecionado;

2) Avaliação da relação custo/valor em perspectiva tanto da estratégia de produção quanto da percepção do consumidor, integrando o conceito do serviço com as operações;

3) Avaliar a relação entre a produção do serviço e o sistema de entrega proposto.

Ao final deste processo, a empresa deve estar apta a compreender e definir corretamente sua oferta, sua posição em relação ao mercado e as capacidades gerenciais e operacionais necessárias à prestação do serviço, incluindo fatores humanos, financeiros e tecnológicos.

3.3. Qualidade de um Produto

As alterações ocorridas nas últimas décadas, em nível mundial, tornaram os mercados arenas de acirrada competição, nas quais somente os competidores que satisfaçam as exigências de mercado dentro de custos aceitáveis são bem sucedidos. Produtividade e qualidade tornaram-se palavras de ordem na maioria das empresas. Colaboraram para tal cenário a escassez de recursos, a descoberta e utilização de novas tecnologias, a globalização dos mercados e o maior grau de conscientização e exigência por parte dos consumidores.

Apesar dos altos investimentos na busca de elevados padrões de qualidade, muitas empresas têm fracassado, principalmente, pelo fato de não compreenderem ou mal-interpretarem o real significado do que seja qualidade (Crosby, 1992b). Definir e compreender qualidade tem se demonstrado uma tarefa difícil, haja visto a diversidade de escolas e modelos surgidos, entre os quais encontram-se os chamados "gurus da qualidade" Deming, Crosby, Juran entre outros.

3.3.1. Evolução do Pensamento em Qualidade:

Segundo Juran (1990), as necessidades humanas pela qualidade existem desde a origem da história, ou seja, embora os padrões e meios de atingí-la tenham sofrido profundas

mudanças, qualidade não é algo novo. Sua evolução vem somente acompanhando as mudanças na sociedade, nos mercados, o surgimento de novas tecnologias e de novos produtos. Tomando-se como marco inicial a Revolução Industrial, a evolução das estratégias de qualidade pode ser sintetizada conforme a Tabela 1.

Percebe-se que gradualmente a perspectiva da qualidade rumou de um enfoque interno de controle da produção para uma visão abrangente cuja essência encontra-se na análise e conhecimento das necessidades dos consumidores, sem ignorar a qualidade do processo.

As principais causas que motivaram tal mudança, de acordo com Teboul (1991), são as seguintes:

- Intensificação da concorrência, principalmente a nível internacional;
- Necessidade de acelerar a inovação e renovação de produtos e processos;
- Maior conscientização por parte dos consumidores, elevando seu grau de exigência;
- Conclusão, por parte das altas gerências, de que qualidade reduz custos;
- Introdução de uma cultura nas organizações voltada à satisfação do clientes.

Tabela 1 - Evolução das Estratégias de Qualidade:

1800 - Revolução Industrial	Especificações por escrito, mensurações, testes e padronização.
1900 - Taylor	Departamentos centrais de inspeção e controle da qualidade.
1930 - Shewart	Controle do processo de produção.
1940 - Segunda Guerra Mundial	Controle estatístico de processo.
1950 - Revolução da Qualidade	Responsabilidade da alta gerência, melhoramento contínuo, círculos de controle da qualidade. Deming e Juran.
1960 - Crosby	Filosofia "zero defeitos".
1980 - Orientação para o Mercado	Qualidade total, identificação das necessidades e expectativas do mercado antes da definição das especificações de produção.

Adaptado de: JURAN, J. M. Juran na Liderança pela Qualidade. São Paulo: Pioneira, 1990. p.11.

Tais fatores não somente impulsionaram as empresas a investir em qualidade, mas também a focalizar seus esforços na satisfação do cliente como forma de superar a concorrência.

Muito embora a evolução das estratégias de qualidade seja visível e represente um consenso, o mesmo não pode ser dito a respeito da definição de qualidade. Analisando-se as obras de diversos autores, é possível constatar as diferentes visões utilizadas na definição de qualidade.

3.3.2. Definição de Qualidade:

Garvin (1984) aponta que diferentes significados de qualidade surgem a partir de cinco abordagens distintas: transcendental, base-produto, base-usuário, base-produção e base-valor.

A) Abordagem Transcendental: de acordo com esta visão, qualidade não pode ser definida com precisão, sendo reconhecida somente através da experiência. Qualidade, portanto, seria uma condição de excelência, reconhecível mas não definida.

B) Abordagem Baseada no Produto: baseada na visão econômica de maximização dos lucros e equilíbrio de mercado, esta abordagem considera que qualidade é precisamente definida e mensurada, refletindo a quantidade de um atributo contida em um produto e as características inerentes ao produto. Qualidade seria matematicamente definida em função de atributos que o produto possui.

C) Abordagem Baseada no Usuário: neste caso, a qualidade seria especificada a partir do consumidor. Assume, assim, um caráter subjetivo, de difícil mensuração a qual está relacionada com a satisfação do consumidor com o produto.

D) Abordagem Baseada na Produção: ao contrário da abordagem focalizada no usuário, a definição base-produção refere-se ao lado da oferta, cujo maior expoente é a definição de Crosby (1992a) de que qualidade seria a conformidade com os requisitos.

E) Abordagem Baseada no Valor: definição que se baseia na relação custo-benefício, ou seja, desempenho a um preço aceitável (pelo lado da demanda) ou conformidade a um custo aceitável (oferta).

As abordagens apresentadas por Garvin podem ser condensadas em duas grandes perspectivas de qualidade: produção e mercado. Sob o ponto de vista da produção, definir qualidade de maneira objetiva, com parâmetros perfeitamente mensuráveis, é indispensável pois permite um acompanhamento preciso quanto ao padrão de qualidade atingido. Por outro lado, sob a ótica do mercado, o grau de subjetividade aumenta significativamente dadas as nuances do mercado e atitudes de seus consumidores, tornando a medição da qualidade algo bastante complexo e frágil.

De um lado, portanto, tem-se uma perspectiva voltada à redução de custos, padronização e simplificação dos produtos como forma de garantir melhor qualidade; de outro lado, a necessidade de adaptar produtos às diferentes expectativas e desejos dos consumidores. Embora aparentemente conflitantes, a qualidade total nos dias de hoje depende tanto de uma visão das necessidades de mercado quanto do cumprimento preciso das especificações de produção as quais são uma decorrência das necessidades identificadas.

Pode-se dizer que cada nova obra enfocando qualidade traz uma "nova" definição da mesma. Tais definições, entretanto, geralmente são variações baseadas nas orientações dos "gurus da qualidade".

Segundo Crosby (1992a), qualidade é a conformidade em relação aos requisitos de produção. Um produto que satisfaça às especificações de produção seria um produto de qualidade. Assim, qualidade não é sinônimo de luxo, peso, brilho, mas sim o nível pelo qual os

requisitos especificados estão presentes no produto. Para Crosby, a qualidade é precisamente mensurável com base no custo das falhas e imperfeições na produção.

Deming (1990) define qualidade como uma produção eficiente, de acordo com a expectativa do mercado. Diferente de Crosby, Deming é explícito ao condicionar a qualidade àquilo que o mercado deseja. Scholtes (1992), um dos seguidores de Deming, indica que a qualidade começa pelo cliente, sendo o enfoque no cliente uma premissa básica para atingir-se qualidade.

Para Juran (1990, p. 17), qualidade é "adequação ao uso", compreendendo tanto o atendimento das necessidades dos clientes quanto a eliminação de erros e desperdícios na produção. Para chegar à qualidade, Juran propõe uma metodologia a qual chamou "Trilogia Juran", composta por três processos básicos (Juran, 1990):

- A) Planejamento da qualidade;
- B) Controle da qualidade;
- C) Melhoramento da qualidade.

As principais etapas de cada um desses processos são a seguir apresentadas:

- Planejamento da Qualidade: atividade de desenvolvimento dos produtos e processos de produção necessários à satisfação das exigências do mercado. Constituí-se de:

- 1) Definir metas de qualidade;
- 2) Identificar quem são os clientes;
- 3) Determinar as necessidades dos clientes;
- 4) Desenvolver as características dos produtos que satisfaçam as necessidades determinadas;

5) Desenvolver processos para a produção;

6) Estabelecer os controles de processo.

Deve-se questionar se é correto a empresa primeiro definir metas de qualidade para somente então identificar quem são seus clientes. A rigor, é a partir da análise dos clientes que se pode definir padrões que satisfaçam determinados segmentos do mercado.

- Controle de Qualidade: consiste em comparar o que foi planejado com o realizado.

1) Avaliar o desempenho real da qualidade;

2) Comparar este desempenho com as metas definidas;

3) Agir sobre as diferenças encontradas.

Na avaliação da qualidade, devem ser considerados não somente elementos internos de desempenho mas também a própria avaliação do cliente quanto ao produto.

- Melhoria da Qualidade: processo para a elevação constante da qualidade.

1) Estabelecer uma infra-estrutura capaz de garantir o melhoramento anual da qualidade;

2) Identificar as necessidades específicas de melhora;

3) Definir equipes de trabalho com responsabilidades claramente definidas para cada projeto de melhora da qualidade;

4) Prover os recursos, a motivação e treinamento de que as equipes necessitam para diagnosticar as causas, estimular o estabelecimento de remédios e estabelecer controles para manter os ganhos.

Outra definição, mais abrangente, é apresentada por Taguchi (1991). Segundo ele, qualidade é a perda imposta à sociedade a partir do uso de um determinado produto. Trata-se de

uma perspectiva que acrescenta a ética e a responsabilidade social às tradicionais definições de qualidade.

A complexidade envolvida na busca de um produto de qualidade torna difícil uma definição única para a mesma. Retomando-se as duas perspectivas anteriormente apresentadas, sob a ótica do mercado, qualidade é a capacidade de um bem ou serviço satisfazer às necessidades do cliente do ponto de vista do próprio cliente (Denton, 1991). Por sua vez, "conformidade com os requisitos" (Crosby, 1992a) caracteriza a qualidade sob a ótica da produção. Embora pareçam de certa forma divergentes, a qualidade de fato somente é atingida quando contempla as duas visões.

A definição de Townsend & Gebhardt (1991) sintetiza de maneira bastante clara esta questão. Segundo estes autores, para um produto ser bem sucedido, ele deve atentar para dois aspectos distintos:

A) Qualidade de fato: relacionada com os aspectos técnicos, de produção e desempenho especificados pelo próprio produtor;

B) Qualidade de percepção: trata-se do lado subjetivo da qualidade, percebida e julgada pelo cliente de acordo com a adequação ou não do produto às suas necessidades.

Na proposta de Townsend & Gebhardt tanto aspectos de processo quanto de mercado estão contemplados explicitamente, representando uma importante contribuição à compreensão da qualidade. Zeithaml (1988) afirma que a visão dos gerentes quanto à qualidade de um produto pode diferir consideravelmente da visão dos consumidores, daí a importância de buscar-se tanto a qualidade de fato quanto a qualidade de percepção. Assim, em última análise, qualidade não é um sinônimo para "perfeição", mas sim uma produção de acordo com os padrões especificados a partir das expectativas do mercado (Deming, 1990).

3.4. Qualidade em Serviços

Muito embora as premissas básicas de qualidade sejam igualmente aplicáveis a bens e serviços, estes apresentam elementos diferenciadores que implicam em abordagens distintas de qualidade.

O primeiro fator relevante é que serviços não são "objetos", portanto as medidas normalmente utilizadas na manufatura não podem ser utilizadas da mesma forma. A natureza intangível dos serviços dificulta a definição de especificações e medidas precisas de qualidade (Shostack, 1977 e Berry, 1980).

Outro aspecto diferenciador é o fato do processo de produção e o consumo darem-se quase que simultaneamente. O processo, e não somente o resultado, passa a ser avaliado pelo cliente. Enquanto para bens a produção dá-se longe do consumidor, não sendo portanto o processo produtivo diretamente avaliado pelo consumidor, em serviços a percepção da qualidade é decorrência tanto da avaliação dos resultados quanto do processo ou atendimento (Zemke & Schaaf, 1991). Bopp (1990) concluiu que o cliente pode sair satisfeito com serviços médicos mesmo que o resultado tenha sido negativo, mas desde que o atendimento tenha sido de qualidade.

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) chegaram às seguintes conclusões a respeito da qualidade em serviços:

- 1) A qualidade de um serviço é mais difícil de ser avaliada pelo cliente do que a qualidade de produtos tangíveis;
- 2) As percepções da qualidade dos serviços resultam de uma comparação, feita pelo próprio cliente, entre as expectativas a respeito do serviço e o serviço recebido de fato;
- 3) A avaliação da qualidade de serviços envolve tanto os resultados quanto os processos que deram origem a tais resultados.

O desenvolvimento de serviços de alta qualidade passa por três etapas básicas (Garvin, 1984; Denton, 1990; Townsend & Gebhardt, 1991; Walker, 1991 e Zemke & Schaaf, 1991):

Primeira Etapa: identificar as expectativas do mercado quanto às características necessárias a um produto de qualidade;

Segunda Etapa: traduzir tais características em atributos, constituindo assim, o produto em si;

Terceira Etapa: desenvolver o processo de produção com especificações que permitam a mais precisa mensuração possível.

No desenvolvimento dessas três etapas, deve ser considerada, sempre, a capacidade da empresa em termos de recursos disponíveis (financeiros, humanos, tecnológicos, entre outros) e do nível de qualidade que pode atingir. As expectativas de qualidade variam em diferentes segmentos de clientes (Garvin, 1984); logo, as empresas devem localizar seus nichos de mercado em acordo com a atratividade do segmento e sua capacidade de atender às exigências dos consumidores (Davidow & Uttal, 1991). Como complemento, deve haver uma constante monitoração junto aos clientes a fim de detectar possíveis falhas no serviço e corrigi-las (Zemke & Schaaf, 1991).

Internamente, as empresas devem dispensar uma atenção especial aos chamados clientes internos. São estes que serão os responsáveis pela implementação do serviço, tendo muitas vezes contato direto com o cliente. Assim, os funcionários devem estar devidamente capacitados e motivados a prestar um atendimento de qualidade. Isto somente será possível se estes clientes internos sentirem-se satisfeitos e recompensados pela organização (Zemke & Schaaf, 1991).

3.4.1. Modelo de Qualidade de Serviços:

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) propuseram um Modelo Conceitual de Qualidade de Serviços, apresentado na Figura 3. Este modelo procura identificar todo o processo de entrega e avaliação de um serviço, tanto do lado da oferta quanto da demanda. O elemento chave da avaliação da qualidade está na comparação entre as expectativas do cliente e o serviço percebido.

As expectativas dos consumidores são formadas a partir de suas necessidades pessoais, experiências passadas, comunicação informal entre os consumidores (comunicação boca-boca) e comunicações externas da empresa. Por outro lado, a empresa deve identificar estas expectativas e transformá-las em especificações de qualidade do serviço. Por fim, constitui-se o serviço final - serviço entregue - e a percepção do cliente quanto ao mesmo.

Os mesmos autores identificaram uma série de cinco lacunas ou falhas entre os diversos elementos que compõem a relação empresa-cliente:

- Lacuna 1 (L1) - expectativas do cliente e percepções da empresa - nem sempre a empresa capta corretamente as expectativas dos clientes. Isto pode ser resultado da falta de monitoração ou de monitorações não representativas. Um exemplo, citado por Davidow & Uttal (1991, p. 25), são as fichas de comentários, comuns em hotéis e restaurantes. Segundo estes autores, "somente pessoas extremamente satisfeitas ou insatisfeitas seriam motivadas a preenchê-las, o que significa uma amostra não-representativa".

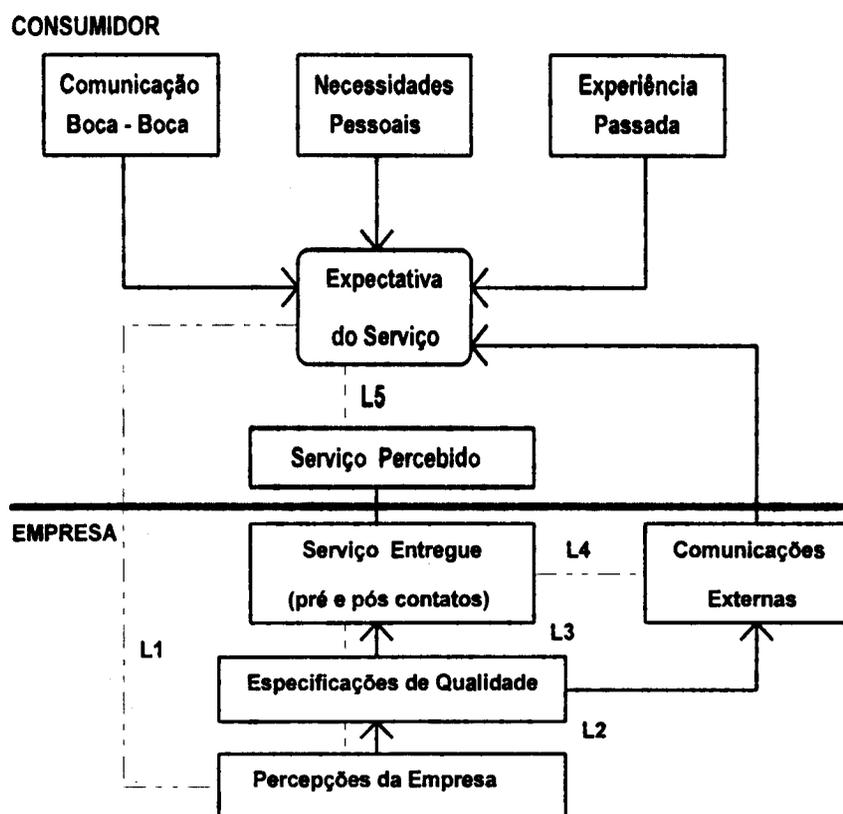
- Lacuna 2 (L2) - percepção da empresa e especificações de qualidade dos serviços - como consequência da Lacuna 1, as percepções da empresa quanto às expectativas do cliente podem gerar especificações erradas de qualidade do serviço. Também, mesmo que a percepção da empresa esteja correta, esta pode ser incapaz de traduzí-las adequadamente em especificações do serviço.

- Lacuna 3 (L3) - especificações de qualidade do serviço e serviço entregue - muitas vezes o serviço entregue difere do especificado. Isto pode ocorrer por falta de clareza nas determinações ou por estas não serem cumpridas. Davidow & Uttal (1991) e Zemke & Schaaf (1991) apontam um outro problema relacionado com esta discrepância. Muitas vezes as especificações de qualidade do serviço são apenas "fachadas", não há um real comprometimento da própria empresa (administração) em cumpri-las.

Pode ocorrer, também, que o serviço não seja desempenhado de acordo com as especificações por falhas dos funcionários responsáveis. Deve-se destacar, contudo, que o sucesso das empresas está diretamente relacionado com o sucesso do contato entre funcionário e cliente e este depende do sucesso da própria empresa em contratar bons elementos, treiná-los por completo e gerenciá-los de uma forma que os encoraje a fazer o que precisa ser feito pelo cliente (Zemke & Schaaf, 1991).

- Lacuna 4 (L4) - comunicações externas e serviço entregue de fato - um elemento formador de expectativas são as comunicações externas da empresa (comunicações de marketing). Prometer mais do que pode cumprir gera expectativas que não poderão ser satisfeitas. Não bastam somente "slogans" elegantes, deve haver ação efetiva; portanto, as empresas devem comprometer-se somente com aquilo que realmente podem realizar (Davidow & Uttal, 1991).

- Lacuna 5 (L5) - serviço esperado e serviço percebido - esta é a discrepância determinante da avaliação da qualidade do serviço. Associa-se às outras quatro lacunas que podem influenciar favorável ou desfavoravelmente a avaliação. Por exemplo, se o serviço entregue for superior ao serviço especificado, este será um ponto favorável, caso contrário, influenciará negativamente na avaliação.

FIGURA 3 - Modelo de Qualidade de Serviços.

Fonte: Parasuraman, Zeithaml & Berry. A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, vol. 49 (fall), 1985. p. 44.

3.4.2. Determinantes da Qualidade dos Serviços:

O estudo de Parasuraman, Berry & Zeithaml (1985) apontou dez fatores principais como determinantes de um serviço de qualidade: confiabilidade, sensibilidade, competência, acessibilidade, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, compreensão/interesse e tangíveis. Em trabalho subsequente (1988), os mesmos autores desenvolveram uma escala voltada à mensuração das percepções do consumidor quanto à qualidade do serviço (Lacuna 5), chamada SERVQUAL.

Esta escala constitui-se basicamente de duas baterias de questões compostas por 22 ítems, uma bateria voltada às expectativas do cliente e a outra às suas percepções do serviço recebido. Inicialmente, o instrumento contava com 97 ítems em cada bateria representando as dez dimensões da qualidade anteriormente citadas. A partir da purificação da escala, via análise

fatorial, obteve-se uma escala composta por 34 ítems por bateria e as dimensões da qualidade foram agrupadas em sete fatores principais. Após um novo tratamento estatístico, chegou-se aos 22 ítems finais da escala e a uma redução de dez para cinco dimensões da qualidade: tangíveis, confiabilidade, sensibilidade, garantias e empatia. A Tabela 2 sumariza como estão constituídas as cinco dimensões finais em relação às dimensões originais.

As cinco dimensões são assim definidas:

- Tangíveis: instalações, equipamentos e aparência do pessoal.
- Confiabilidade: habilidade de entregar o serviço prometido de maneira confiável e precisa.
- Sensibilidade: disponibilidade para ajudar o cliente e prover um serviço imediato.
- Garantias: conhecimento e cortesia dos funcionários e habilidade de inspirar confiança ao cliente.
- Empatia: atenção individualizada dispensada ao cliente.

O instrumento SERVQUAL foi desenvolvido para aplicação em uma ampla gama de empresas de serviços; entretanto, com base em características específicas de cada empresa ou serviço, podem ser necessárias algumas adaptações no modelo original.

Tabela 2 - Dimensões de Qualidade dos Serviços.

D1 Tangíveis	D1 Tangíveis	D1 Tangíveis
D2 Confiabilidade	D2 Confiabilidade	D2 Confiabilidade
D3 Sensibilidade	D3 Sensibilidade	D3 Sensibilidade
D4 Comunicação	D4 Comunicação	D4 Garantias
D5 Credibilidade	Credibilidade	
D6 Segurança	Segurança	
D7 Competência	Competência	
D8 Cortesia	D5 Cortesia	D5 Empatia
D9 Compreensão/interesse	D6 Compreensão/interesse	
D10 Acesso	D7 Acesso	

De acordo com o já citado Modelo de Qualidade de Serviço - também chamado Modelo PZB ou Modelo dos "Gaps" - (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985), a qualidade percebida seria a diferença entre as expectativas do consumidor em relação à performance de uma classe de serviços e suas percepções em relação ao serviço prestado por uma determinada empresa dentro desta classe. Tal conceituação e operacionalização, via SERVQUAL, foi alvo de severas críticas por parte de Cronin & Taylor (1992) os quais a consideram inadequada. Carman (1990, p. 47) já chamava a atenção para a validade desta proposta devido à incipiente base empírica:

"... é apropriado, como um próximo passo, realizar-se maior replicação e teste das medidas e dimensões da [escala] SERVQUAL antes de aceitá-la como uma medida genérica válida de qualidade do serviço percebido que possa ser usada em qualquer situação de serviço ou varejo."

Na seqüência, Carman afirma que do ponto de vista teórico é pertinente supor que expectativas influenciem as percepções, mas questiona o valor de ambas as baterias serem aplicadas em um único momento. Ainda com relação à relação expectativas-percepções, Cronin & Taylor (1992) apregoam que medidas de qualidade do serviço baseadas somente na performance (percepções) são superiores à proposta da escala SERVQUAL.

Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) rebatem as críticas enfatizando que os procedimentos utilizados nas pesquisas que deram origem à definição de qualidade proposta bem como à escala SERVQUAL oferecem forte suporte às suas conclusões.

Por tratar-se de uma proposição nova em um campo ainda carente de estudos mais conclusivos, a conceituação e operacionalização da medida de qualidade percebida necessita de maior experimentação a fim de ser validada ou remodelada, sendo esta uma necessidade natural ao desenvolvimento do conhecimento científico. Cronin & Taylor (1994), Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) e Teas (1994) concordam que, no atual estágio, as pesquisas sobre qualidade em serviços oferecem mais perguntas do que respostas.

Na utilização do SERVQUAL, torna-se importante uma compreensão mais detalhada das variáveis expectativas e percepções do consumidor.

3.4.3. O Significado de Expectativas:

Conhecer as expectativas do cliente tornou-se o fator principal para o sucesso de um produto. Primeiro porque, dentro dos preceitos básicos do Marketing, saber o que o mercado deseja e espera é o passo inicial para a oferta de qualquer produto.

Em segundo lugar, o mercado é uma variável em constante mudança, obrigando as empresas a um processo contínuo de monitoramento. Devido a maiores níveis de conscientização dos consumidores, as expectativas em relação a serviços estão maiores atualmente e com tendência a crescer (Davidow & Uttal, 1991). Além disso, como as expectativas variam entre os consumidores, tornam-se uma boa base para a segmentação de mercado (Davidow & Uttal, 1989).

Na literatura voltada à satisfação/insatisfação do consumidor, "expectativas são vistas como predições feitas pelos consumidores sobre o que provavelmente acontecerá durante uma transação ou troca" (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988, p. 17). Em qualquer processo de compra, os consumidores têm expectativas de qual será o real desempenho do produto quando usado. Engel, Blackwell & Miniard (1990) apontam três diferentes tipos de expectativas, a partir de diversos outros autores:

A) Desempenho Eqüitativo: julgamento normativo refletindo o desempenho desejável de ser recebido em função dos custos e esforços desenvolvidos para a compra e uso;

B) Desempenho Ideal: nível de desempenho ótimo ou ideal de um produto;

C) Desempenho Esperado: desempenho provável do produto.

O "desempenho esperado" é mais frequentemente utilizado em termos de satisfação/insatisfação do consumidor (Engel, Blackwell & Miniard, 1990), enquanto que a literatura de qualidade em serviços aproxima-se do "desempenho ideal". Neste caso, expectativas são vistas como desejos do consumidor (Zeithaml, Berry & Parasuraman, 1993).

Outro aspecto relativo a expectativas diz respeito a sua natureza e determinantes. Segundo Davidow & Uttal (1989, p. 85), "as expectativas são formadas por muitos fatores incontroláveis". Entre estes fatores estão experiências anteriores, compreensão das comunicações de marketing das empresas e o próprio estado psicológico do consumidor no momento da compra do serviço. Os mesmos autores concluem que o cliente espera algo tão diverso quanto sua educação, seus valores e sua experiência.

Trabalhos recentes de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1991) e Zeithaml, Parasuraman & Berry (1993) representam importante contribuição para a compreensão e determinação da natureza e antecedentes das expectativas sobre serviços.

De acordo com esses trabalhos, o serviço esperado pelo cliente apresenta uma "zona de tolerância" cujos extremos seriam o "serviço desejado" (o que o cliente quer) e o "serviço adequado" (o que o cliente aceita). Assim, se o serviço percebido pelo cliente atinge o nível do serviço adequado há somente uma aceitação do serviço, sem grande mérito. Por sua vez, se o serviço percebido iguala-se ao serviço desejado, caracteriza-se a superioridade do serviço prestado, representando níveis de qualidade mais elevados. A conclusão principal é que, enquanto o serviço percebido mantiver-se dentro da "zona de tolerância", o cliente estará satisfeito.

Aspectos relevantes à questão das expectativas são discutidos, também, em Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) e Teas (1993 e 1994). Com base no Modelo PZB, a qualidade seria a diferença entre percepções e expectativas do cliente quanto ao serviço,

representada na equação 1. Desta forma, quanto mais um atributo esteja presente no serviço e seja percebido pelo cliente, melhor será sua avaliação da qualidade do serviço.

$$Q P = P - E \quad [1],$$

Onde:

Q P é a qualidade percebida;

P são as percepções do cliente;

E são as expectativas do cliente.

Neste contexto, insere-se a discussão relativa aos tipos de atributos, sendo três destacados: a) atributos vetores; b) atributos de ponto ideal clássico; e, c) atributos de ponto ideal viável (Teas, 1993).

a) Atributo vetor: atributo cuja presença ideal sob o ponto de vista do cliente tende ao infinito. Assim, o consumidor tende a considerar que quanto mais um serviço possua tal atributo melhor será a sua qualidade. Neste sentido, a especificação $QP = P - E$ é adequada.

b) Atributo de ponto ideal clássico: neste caso, o ponto ideal está em um nível finito, sendo que a presença de um atributo além deste limite esperado pelo consumidor implica em ponto negativo na avaliação da qualidade. Assim, o modelo $P - E$ torna-se inadequado.

c) Atributo de ponto ideal viável: representa o ponto que o consumidor acredita ser viável esperar em relação à presença de certo atributo. Segundo Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), este ponto seria igual ou inferior à perspectiva do ponto ideal clássico. Na primeira situação, a conceituação $P - E$ seria novamente incorreta; na segunda, seria aceita.

No mesmo artigo, Parasuraman, Zeithaml & Berry supõem que a maioria dos itens componentes do instrumento SERVQUAL seriam atributos vetores. Tal suposição é questionada por Teas (1994, p. 132-33):

"... usar o argumento de que os 22 itens de SERVQUAL são provavelmente considerados

pelos respondentes como sendo atributos vetores combina inapropriadamente questões operacionais e teóricas. A teoria deveria ser usada para justificar as medidas; as medidas não deveriam ser usadas para justificar a teoria."

A julgar pelas conclusões de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) e Teas (1994), tal discussão ainda necessita maior aprofundamento, estando-se bastante distante de respostas mais conclusivas. Ambos os trabalhos sugerem novas pesquisas a fim de elucidar dúvidas como as relacionadas com a natureza dos atributos que compõem a escala SERVQUAL.

3.4.4. O Significado de Percepções:

"Percepção: o processo de conhecer objetos e eventos objetivos por meio dos sentidos...; uma consciência intuitiva de fatos ou crença/opinião imediata sobre alguma coisa. Na psicologia contemporânea, percepção é comumente tratada como uma variável dependente interveniente sobre fatores de estímulos, conjuntos de aprendizagem, estados de espírito e fatores emocionais e motivacionais. Desta forma, o significado de um objeto ou evento é determinado tanto por condições de estímulos quanto fatores do organismo. Por esta razão, a percepção do Mundo por diferentes pessoas é diferente, desde que cada indivíduo percebe em termos daqueles aspectos da situação que têm especial sentido para ele" (Chaplin, 1985, p. 330).

As percepções, no sentido utilizado neste trabalho, são os sentimentos decorrentes da experiência real com o serviço². Na avaliação da qualidade do serviço, estes sentimentos são comparados àquilo que o consumidor acreditava que a empresa deveria oferecer. "Qualidade do serviço percebido é, portanto, vista como o grau e direção de discrepância entre expectativas e percepções do consumidor" (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988, p. 17).

² No campo da Psicologia, o estudo das percepções assume contornos mais complexos, sendo mensurada através de testes específicos. Na literatura de qualidade em serviços, o termo é amplamente utilizado para representar os sentimentos advindos do uso ou consumo de um produto.

Cronin & Taylor (1992 e 1994) defendem que somente o questionamento quanto às percepções do cliente (ou performance percebida, conforme utilizado pelos autores) são suficientes e superiores à proposta de questionamento em duas baterias (expectativas e percepções). A questão a ser feita é se não se estaria perdendo uma importante medida - nível de expectativas - sob o ponto de vista gerencial. Mensurar também as expectativas dá à empresa condições de melhor direcionar seus esforços, além de permitir a própria segmentação de clientes com base nestes dados.

Outro aspecto indiretamente relacionado às percepções é a importância relativa de cada item avaliado. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) indicam que, na avaliação da qualidade, teriam maior peso aqueles sentimentos relacionados a aspectos que o cliente prioriza, ou seja, dentre a gama de itens observados (tangíveis, cortesia etc.), aqueles que o cliente atribuir maior importância seriam mais decisivos. Entretanto, Cronin & Taylor (1992) demonstraram que escalas não ponderadas pelo grau de importância apresentam resultados superiores em comparação às ponderadas. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) defendem que devem ser atribuídos graus de importância às dimensões de qualidade e não aos itens individualmente.

O fato é que enquanto Cronin & Taylor identificaram a importância relativa de cada item separadamente, Parasuraman, Zeithaml & Berry o fizeram com base nas cinco dimensões, o que dificulta a comparação e discussão dos dois trabalhos. No item "Qualidade Percebida" (capítulo 5, item 5.2 deste trabalho) são discutidos outros aspectos relativos à inclusão da mensuração da importância relativa dos itens de qualidade do serviço.

3.4.5. Qualidade e Algumas Correlações:

Às empresas interessam as questões de qualidade em função de sua relação com outras variáveis organizacionais, mercadológicas e financeiras. Essas correlações dizem respeito principalmente à satisfação do consumidor, segmentação de mercado, preço/custos e cultura organizacional.

Qualidade X Satisfação do Cliente:

Produto de qualidade superior é aspecto decisivo para o sucesso e sobrevivência da empresa. Um produto somente pode ser considerado de qualidade quando for ao encontro das expectativas do mercado. Da mesma forma, satisfação é definida como uma avaliação feita após a compra na qual o produto iguala ou excede as expectativas do consumidor. Quando uma transação ou uso de um produto resulta em satisfação do cliente, este resultado afeta diretamente as intenções de recompra do produto (Engel, Blackwell & Miniard, 1990).

Segundo Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988, p. 16), "qualidade é um julgamento global, ou atitude relacionada com a superioridade do serviço, enquanto que satisfação é relacionada a uma transação específica". A relação entre qualidade do serviço e satisfação do cliente pode ser discutida em termos da sua direção causal; ou seja, qualidade como antecedente da satisfação do consumidor ou qualidade como uma consequência da satisfação do consumidor.

Woodside & Shinn (1988), Woodside, Frey & Daly (1989) e Cronin & Taylor (1992) indicam que a percepção de qualidade no produto leva à satisfação do consumidor com o serviço. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994, p. 121) apontam que tal conclusão necessita maior comprovação: "existe uma falta de consenso tanto na literatura quanto entre pesquisadores sobre a ligação causal dos dois constructos". Os mesmos autores propõem uma estrutura visando explicar o processo e a relação causal entre tais aspectos. Esta estrutura é a seguir resumida.

- 1) Avaliações positivas em relação à qualidade do serviço e preço levam à satisfação do consumidor em termos de uma transação específica;
- 2) A satisfação com diversas transações leva a impressões globais a respeito da empresa em termos de satisfação, qualidade e preço.

Assim, enfocando-se uma transação específica, a qualidade e preço determinariam a satisfação - ou insatisfação - do consumidor. Do ponto de vista genérico, constantes transações em que o cliente saiu satisfeito levariam à uma impressão global - atitude - em relação à qualidade do serviço, níveis de satisfação globais e imagem de preço da organização. Esta proposição, entretanto, necessita de comprovação empírica.

As intenções de retorno ou recompra do produto também são relacionadas à qualidade percebida e à satisfação do consumidor. Cronin & Taylor (1992, p. 64) afirmam que "satisfação [do consumidor] tem mais forte e mais consistente efeito na intenção de compra do que a qualidade do serviço". Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994, p. 115) contestam tal conclusão, ao comentar os resultados do próprio estudo de Cronin & Taylor:

"... a satisfação do consumidor e a qualidade do serviço têm virtualmente idênticas correlações com a intenção de compra (0,5272 para QS e 0,5334 para SC). A mais lógica inferência com base neste fato é que satisfação do consumidor e qualidade do serviço têm um efeito similar nas intenções de compra".

Outros estudos confirmam as conclusões de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), indicando que tanto a satisfação do consumidor quanto a qualidade do serviço influenciam significativamente as intenções de retorno (O'Connor & Shewchuk, 1989; Woodside & Shinn, 1988 e Woodside, Frey & Daly, 1989).

Qualidade X Segmentação de Mercado:

Segmentar o mercado significa identificar e desenvolver grupos razoavelmente homogêneos de consumidores e atendê-los melhor do que outros o façam.

"Segmentação baseia-se no desenvolvimento de uma parcela da demanda do mercado e representa um ajustamento racional e mais preciso dos

esforços de marketing e do produto às exigências do usuário ou consumidor" (Smith, 1956, p. 4)

Existem diversas bases para a segmentação de mercados. As mais usuais, citadas por Kotler (1988) e Engel, Blackwell & Miniard (1990) são as seguintes:

- A) Segmentação com base em fatores demográficos;
- B) Segmentação geográfica;
- C) Características comportamentais do consumidor;
- D) Segmentação por benefícios buscados no produto.

Em termos de serviços, uma nova abordagem pode ser empregada: a segmentação com base nas expectativas dos clientes. Assumindo-se que a qualidade de um produto relaciona-se com as expectativas do cliente, segmentar o mercado com base nessas expectativas torna-se uma boa opção estratégica (Garvin, 1984).

De acordo com Davidow & Uttal (1989), a essência da estratégia de serviços é segmentar os consumidores com base no que eles esperam receber. A segmentação de mercado baseada em grupos de clientes com níveis de expectativas semelhantes permite à empresa encontrar nichos os quais são adequados às próprias capacidades da organização, apresentam boa lucratividade e nos quais outras empresas não são tão hábeis em atender.

Qualidade X Preço / Custo:

Um dos mais importantes fatores considerados no momento da compra pelo consumidor é o preço (Engel, Blackwell & Miniard, 1990). Apesar desta significativa importância, no âmbito dos estudos de qualidade, as evidências de que o consumidor relaciona positivamente preço e qualidade do produto são muito frágeis (Garvin, 1984).

Sob uma perspectiva meramente econômica, quanto maior a qualidade, maior o custo de produção e, conseqüentemente, maior o preço final do produto (Garvin, 1984). Tal visão é equivocada, na medida que a qualidade, ao invés de gerar dispêndios, reduz desperdícios, evita o retrabalho e a perda de clientes, implicando em uma redução dos custos (Townsend & Gebhardt, 1991 e Crosby, 1992a).

Hronec & Hunt (1991, p. 30) afirmam que o custo da qualidade é alto, mas que "o retorno de um investimento em qualidade sempre excede o esforço físico e financeiro que foi feito". Estes autores dividem os custos da qualidade em quatro tipos:

- Custos de Prevenção: são os que asseguram que a qualidade e as necessidades do cliente façam parte do produto, através da prevenção de defeitos e erros. Exemplos: educação, treinamento, orientação ao funcionário, recrutamento, pesquisa de mercado e manutenção preventiva.

- Custos de Detecção: asseguram a descoberta de eventuais erros ou defeitos nos processos da empresa. Exemplos: inspeções, testes, avaliações dos produtos e revisões.

- Custos de Falhas Internas: custos decorrentes da não conformidade do produto com as especificações e cujas distorções são detectadas antes que o cliente externo receba o produto. Exemplos: reprocessamento, reparos, sucata, devoluções, máquinas paradas e horas extras.

- Custos de Falhas Externas: custos incorridos quando um cliente externo não fica satisfeito com o produto. Subdivide-se em custos de reparação de falhas e custos intangíveis de oportunidades perdidas. Exemplos: despesas com garantia, reclamações, perda de clientes, vendas não repetidas e litígios.

A busca da qualidade pode aumentar individualmente os custos de prevenção, mas deverá reduzir os demais custos, representando uma redução nos custos totais. Crosby (1992a, p. 131) apresenta uma tipologia semelhante quanto aos custos da qualidade e conclui que

"qualidade não custa dinheiro". Portanto, é incorreto assumir que produtos de melhor qualidade determinam preços finais mais elevados.

Segundo Hronec & Hunt (1991), na visão do consumidor, preço e qualidade são elementos balizadores da decisão de compra. Segundo estes autores (p. 9):

"Mesmo aqueles que compram em lojas que dão desconto, têm um conceito de qualidade que dita o que consideram o valor que recebem em troca do dinheiro. Assim sendo, o patamar de qualidade para o cliente é tão importante quanto seu patamar de preço".

A qualidade de um produto é avaliada em função da faixa de preço em que se encontra. Assim, não é o preço mais elevado que determina uma melhor qualidade. Além disso, se a qualidade do produto relaciona-se com o nível de expectativas do consumidor, mesmo produtos de baixo preço poderão ser considerados de qualidade superior àqueles de preço mais elevado.

O uso do preço para inferir qualidade ocorre somente quando é a única variável disponível (Zeithaml, 1988). Quando preço, marca, imagem e país de origem são combinados, as evidências quanto a uma relação positiva entre preço-qualidade são significativamente reduzidas (Garvin, 1984 e Zeithaml, 1988). Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985) não encontraram evidências que indiquem o uso do preço como indicador de qualidade.

O tipo de produto também influi na relação preço-qualidade. Garvin (1984) aponta estudos que demonstram uma fraca ou inexistente correlação entre preço e qualidade para produtos não-duráveis. Por sua vez, produtos duráveis apresentam uma considerável correlação positiva. Estas conclusões também são discutidas por Zeithaml (1988).

Se, por um lado, maior preço não representa necessariamente maior qualidade aos olhos do consumidor; por outro, um serviço de qualidade percebida superior pode ser oferecido a um preço mais elevado. Zemke & Schaaf (1991) apontam que o cliente aceita pagar mais por um serviço de melhor qualidade. Surge, então, o paradoxo da qualidade: ao mesmo tempo

produtos de qualidade custam menos para serem produzidos, mas podem atingir preços mais elevados no mercado (Townsend & Gebhardt, 1993).

Qualidade X Cultura Organizacional:

Schein (apud Tomei & Braunstein, 1993, p. 23) afirma:

"cultura organizacional é o conjunto de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com problemas de adaptação externa e de integração interna, e que funcionou bem o bastante para serem considerados válidos e ensinados aos novos membros como forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas".

A adoção de estratégia voltada à qualidade não representa alterações somente junto ao mercado. Mais do que isso, qualidade implica em profundas mudanças internas nas organizações. Qualidade não se restringe a um "slogan" imponente ou a um conjunto de tarefas a serem realizadas internamente. Uma organização que se volta para a qualidade sofre uma profunda mudança em termos de cultura organizacional.

Qualidade representa uma atitude, inicialmente, de comprometimento da alta direção. O processo tem seqüência com o engajamento e participação de todos os funcionários, chegando-se ao compromisso e respeito para com o consumidor e a própria sociedade como um todo. Caracteriza-se, pois, como um processo integrativo visando a implementação de mudanças nas atitudes, no comportamento e nos valores da organização.

Em grande parte, tais mudanças são necessárias em função dos sistemas gerenciais normalmente adotados nas empresas. Os modelos de gestão apresentam fortes traços da Administração Científica de Taylor, onde o planejamento é função da administração, cabendo aos trabalhadores a mera execução de tarefas (Juran, 1990). Tal visão não é mais compatível com os dias de hoje.

De acordo com Townsend & Gebhardt (1993, p. 9), "a ciência administrativa muda com o passar dos anos", sendo necessário uma postura por parte das organizações aberta a inovações, permitindo um acompanhamento da evolução das novas tendências. Qualidade, hoje, representa uma destas tendências.

Para a maioria das organizações, qualidade não deve ser vista como um processo de adoção de normas técnicas, mas sim, como um processo de mudança organizacional. Ignorar este fato pode representar o fracasso de programas de qualidade.

Em um trabalho qualitativo desenvolvido por Fleury (1993), a autora constatou que, em uma primeira organização, na qual o processo de adoção de estratégia de qualidade enfatizou aspectos técnicos e o sistema produtivo, não houve resultados satisfatórios. Em uma segunda empresa cujo processo representou, também, uma mudança cultural, os resultados foram bem mais animadores. Segundo a autora:

"No segundo caso, ocorreu realmente uma redefinição de padrões culturais pela empresa, com a adoção não apenas de estratégias de qualidade para o atendimento do cliente, mas de internalização de novos valores de participação e responsabilização pelas metas, pelo conjunto dos empregados" (Fleury, 1993, p. 32).

Tomei & Braunstein (1993, p. 23) afirmam que "a mudança estratégica requer um repensamento das crenças básicas que a empresa possui para se redefinir e para realizar o seu negócio".

A ênfase nos aspectos técnicos já foi prioritária nas fases iniciais da chamada Revolução da Qualidade. Atualmente, os expoentes da época já revisaram sua posição e passaram a valorizar e destacar em seus mais recentes trabalhos a importância dos fatores culturais.

Crosby (1993) afirma que se não houver um clima organizacional adequado, diversas barreiras surgirão ante inovações. O autor destaca a necessidade de haver uma nova forma de relacionamento entre direção e funcionários, integrada e com regras claramente definidas.

"Para que haja sucesso nos relacionamentos, a administração tem de criar uma cultura baseada no respeito ao indivíduo, mostrar consistência em suas políticas e finalidades, fornecer e estimular uma educação para todos e oferecer claramente uma chance de crescer àqueles que merecem" (Crosby, 1993, p. 30).

Finalmente, o autor preconiza que existem poucas possibilidades de sucesso às organizações cujas pessoas são privadas de sua capacidade de pensar e agir por si mesmas.

Juran (1992), aponta que a priorização da qualidade exige diversas ações as quais determinam uma profunda mudança na cultura da empresa. Mudar a cultura da organização não se constitui em processo simples. Em geral, este processo vem acompanhado por uma série de obstáculos. O autor aponta alguns desses obstáculos (p. 433):

"- Inconsciência: o fato de as pessoas desconhecerem exatamente o que está ocorrendo torna-as inconscientes de eventuais problemas de qualidade que ocasionem.

- Competição de prioridades: se a qualidade não for uma meta prioritária, ela nunca será obtida de fato.

- Sub-otimização: metas de qualidade departamentais podem impedir a obtenção da qualidade total.

- Mitos gerenciais: opiniões com pouca base factual geram obstáculos à qualidade. Entre estes mitos estão: a) a força de trabalho é a principal causa dos problemas; b) os trabalhadores não são motivados; c) qualidade baseada em "decreto" da alta gerência; d) mudar a atitude das pessoas ao invés de seu comportamento".

Superar esses obstáculos requer o uso de uma série de ferramentas motivacionais, sintetizadas na Tabela 3.

Segundo Juran (1990), o sucesso da busca da qualidade condiciona-se a dois fatores: motivação e treinamento. O primeiro surge da necessidade de superar os obstáculos anteriormente citados. Esta superação dar-se-á somente a partir de um clima de consciência e motivação com relação à mudança da qualidade.

Tabela 3 - Ferramentas Motivacionais.

Inconsciência	Educação, comunicação, despertar o auto-interesse
Falta de prioridade máxima	Estabelecer melhoramentos anuais de qualidade; treinamento; redefinir metas, medidas, revisões e recompensas; participação direta dos altos gerentes.
Sub-otimização	Participação; planejamento conjunto.
Padrões e mitos culturais	Identificar a natureza do padrão ou mito cultural; participação; adequação do tempo necessário; processo gradual de criar um clima organizacional favorável.

Fonte: Juran, J. M. Juran na Liderança pela Qualidade. São Paulo: Pioneira, 1990. p. 308.

Com relação ao treinamento, deve ser estendido "para toda a equipe gerencial, todas as funções e todos os níveis" (Juran, 1990, p. 329).

Qualidade é um processo de mudança que atualmente se faz obrigatório às empresas. Assim, qualidade caracteriza-se por mais uma etapa no desenvolvimento gerencial das organizações. No futuro, como hoje, serão bem-sucedidas aquelas organizações capazes de acompanhar as mudanças que se fizerem necessárias.

Hankinson & Lloyd (1991) afirmam que a implementação bem-sucedida de qualquer mudança passa por três estágios obrigatórios:

1. Conscientização: ajudar as pessoas a se tornarem conscientes de quais são as ramificações da mudança e porque é importante mudar;

2. Aceitação: levar as pessoas a aceitar, "comprar" a mudança;
3. Domínio: levar as pessoas da organização a adotarem a mudança como obra sua.

Estas três etapas do processo formam a chamada Espiral da Mudança. O uso de uma espiral é devido ao fato de as etapas sucederem-se de forma cíclica. A tomada de consciência de um dado aspecto gera sua aceitação e, posteriormente, o domínio. Na filosofia "kaizen", o aperfeiçoamento contínuo leva a um novo processo o qual passa pelas três etapas novamente. Assim, o gerenciamento da mudança, enquanto encarado como um processo contínuo, nunca está completo. "O erro mais comum que uma organização pode cometer em tentar criar e controlar a mudança é pensar que uma boa idéia pode ser prontamente abraçada e adotada" (Hankinson & Lloyd, 1991, p. 79).

Conclui-se que a qualidade é um processo de mudança o qual implica em superar visões tradicionais de gerenciamento. Instaurar um processo gradual, participativo e consciente permite criar um clima propício no qual mudanças sejam fatos considerados normais e as inovações encaradas com naturalidade.

3.5. Serviços de Saúde Hospitalares

O presente trabalho endereça especificamente a serviços diferenciados oferecidos por hospitais. Vale ressaltar que existe uma ampla gama de ofertantes de serviços na área da saúde, relacionados à educação, prevenção, cura e recuperação, tais como instituições governamentais, clínicas, consultórios, seguradoras e hospitais.

Hospitais, de um modo geral, apresentam uma multiplicidade de serviços prestados a nível de apoio a fim de que seus serviços básicos sejam desenvolvidos. São considerados básicos, aqueles serviços relacionados à atividade fim, ou seja, detecção e tratamento de doenças ou anormalidades no ser humano (Johnson & Schulz, 1979). Por sua vez, serviços de apoio englobam todos os demais serviços administrativos e operacionais necessários à

sustentação da atividade fim, incluindo-se os serviços financeiros, contábeis, logísticos, de comunicação, de engenharia e de hotelaria e nutrição.

A qualidade dos serviços é diretamente influenciada pela necessidade de manter uma considerável diversidade de serviços, o que torna os hospitais organizações bastante complexas. Aspectos como o alto grau de personalização do serviço e o inevitável contato pessoal entre prestador e cliente contribuem sobremaneira para a complexidade das operações (Lovelock, 1983). Serviços como os de higiene e refeições são analisados individualmente pelo cliente, sendo necessário que cada um obtenha ótimos níveis de eficiência e qualidade para que o resultado final seja satisfatório.

Em anos recentes, tem-se verificado um crescente aumento nos níveis de concorrência os quais determinam maiores esforços por parte de profissionais e instituições de saúde no sentido de aumentar a produtividade e a qualidade de seus serviços. Há uma significativa mudança no modo de pensar e agir por parte dos ofertantes (O'Connor & Shewchuk, 1989; Lim & Zalloco, 1988; Woodside & Shim, 1988; Woodside, Frey & Daly, 1989 e Bopp, 1990).

Paralelamente, os consumidores em geral estão cada vez mais conscientes quanto a seus direitos de exigir melhores produtos. Assim, o então paciente ou, simplesmente, "doente" passa a ser visto como um cliente cuja satisfação é fundamental para o sucesso da organização (Zemke e Schaaf, 1991). A qualidade do serviço prestado passa a ser um elemento-chave neste contexto.

Mirshawka (1994) aponta alguns fatores como determinantes de uma elevação dos custos dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da necessidade de incrementos na qualidade e produtividade:

- Maior competição;
- Regulamentações por parte do governo;

- Aumento na gama de serviços oferecidos;
- Aumento dos custos com pessoal;
- Maior gravidade dos casos de internação;
- Novas tecnologias emergentes.

O trabalho de Mirshawka representa um dos mais recentes e uma das principais contribuições ao entendimento da dinâmica da qualidade em serviços de saúde, demonstrando que no Brasil também se desenvolve uma crescente preocupação quanto à qualidade no setor.

Em relação à qualidade percebida pelos clientes de hospitais, além do fator intangibilidade, já discutido anteriormente, o desconhecimento quanto a fatores técnicos leva o cliente a avaliar aqueles elementos que lhe são mais perceptíveis. Poucos clientes têm condições de avaliar a qualidade do tratamento médico em si, entretanto, os aspectos ligados às instalações e atendimento são facilmente avaliados em função das expectativas do cliente. Assim, mais do que o próprio tratamento, os aspectos complementares são determinantes no momento do cliente avaliar os serviços prestados pelo hospital.

A qualidade do serviço também é importante na medida em que estudos comprovam um relação positiva entre esta variável, a satisfação do cliente e sua intenção de retorno (O'Connor & Shewchuk, 1989 e Woodside, Frey & Daly, 1989).

4. MÉTODO

*"Se você fizer as coisas da forma como sempre fez...
conseguirá o que sempre conseguiu".*

- Anônimo -

A abordagem metodológica utilizada neste trabalho tem como base as publicações de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) e Carman (1990), constituindo-se a escala SERVQUAL o instrumento básico de coleta dos dados. No presente capítulo são apresentados os seguintes tópicos: a) plano amostral, b) estruturação do instrumento de coleta de dados, c) definição das variáveis, d) procedimento de coleta dos dados, e) análise estatística dos dados.

4.1 Plano Amostral

Nos procedimentos para a seleção da amostra foi utilizado um processo de duas etapas. A primeira etapa constituiu-se da definição das organizações as quais seriam pesquisadas. No segundo momento, foram definidos que elementos comporiam a amostra.

4.1.1. Tipo de Amostragem:

Em ambas as etapas foi utilizada a amostragem não-probabilística. Muito embora amostragens deste tipo não permitam estimativas estatisticamente projetáveis a toda população, "isto não significa que amostras não-probabilísticas sejam necessariamente imprecisas ou inferiores às amostras probabilísticas" (Dillon, Madden & Firtle, 1987, p. 232).

O uso da amostragem não-probabilística está relacionado a quatro razões básicas, de acordo com Mattar (1993).

- 1) Quando a população toda não está disponível para ser sorteada;
- 2) Quando problemas práticos impedem o uso de amostras probabilísticas;
- 3) Quando não existe a intenção de generalização dos dados a toda população;
- 4) Quando o pesquisador não dispõe dos recursos e do tempo necessários a utilização de amostra probabilística.

No presente trabalho, para a definição dos hospitais participantes, a amostragem não-probabilística foi utilizada, principalmente, pelo fato de que nem todos os hospitais ofertantes de serviços diferenciados ou particulares estavam disponíveis para participar da pesquisa. Esta razão por si só inviabiliza a possibilidade de utilização da amostragem probabilística.

Assim, foram selecionados três hospitais os quais demonstraram interesse pelo trabalho e representam, de certa forma, três diferentes segmentos do setor: uma organização particular, uma organização universitária e uma organização comunitária.

Com relação aos clientes a serem entrevistados, foi definido o seguinte critério:

- Pacientes eletivos que tivessem utilizado serviços diferenciados, que tenham sido submetidos a algum tipo de intervenção cirúrgica e cujo período de internação não fosse inferior a dois dias nem superior a sete dias.

O período de internação utilizado é considerado um período padrão junto às três instituições e foi ratificado pelas mesmas.

No caso dos clientes, o uso da amostragem não-probabilística fez-se necessário em função da não existência de outra alternativa viável. Uma vez que o período de internação não

pode ser previamente definido com precisão, não havia meios de listar toda a população-alvo do estudo. Além disso, por solicitação das próprias organizações, a participação do cliente na pesquisa foi facultativa. Portanto, foram entrevistados aqueles clientes enquadrados no perfil acima descrito e que demonstraram disposição em colaborar com o trabalho. Vale ressaltar que nenhum paciente procurado recusou-se a participar da pesquisa.

4.1.2. Tamanho da Amostra:

De acordo com Dillon, Madden & Firtle (1987) e Mattar (1993), a determinação do tamanho da amostra com base na precisão estatística aplica-se somente a desenhos amostrais probabilísticos. Por outro lado, Mattar (1993) afirma que a definição do tamanho da amostra deve levar em consideração tanto aspectos técnicos quanto o bom-senso por parte do pesquisador.

A amostra utilizada no presente estudo foi de 211 (duzentos e onze) casos. Este número é ligeiramente superior à amostra utilizada no trabalho de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) para cada setor de serviços pesquisado.

4.2 Estruturação do Instrumento de Coleta dos Dados

A escala SERVQUAL, apresentada por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988), representou a estrutura inicial do questionário utilizado no presente estudo. As alterações feitas, a seguir discutidas, tomaram como base o estudo de Carman (1990) bem como necessidades específicas do trabalho.

De acordo com Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988, p. 30):

"SERVQUAL representa um esqueleto básico, incluindo ítems relativos a cada uma das cinco dimensões de qualidade de serviços através de uma estrutura expectativas-percepções. O esqueleto, quando necessário, pode ser adaptado

ou complementado a fim de adequar-se a características ou necessidades específicas da pesquisa de uma determinada organização".

As características relativas a organizações de serviços múltiplos, como é o caso dos hospitais, implicaram em alterações no instrumento original. "Em situações de serviço puro... tal como internações em hospitais, o cliente é envolvido em um grande número de contatos de serviços e a qualidade de cada um deve ser avaliada" (Carman, 1990, p. 43).

Desta forma, as cinco dimensões originais da escala SERVQUAL (tangíveis, confiabilidade, sensibilidade, garantias e empatia) sofreram adaptações, procurando adequar o instrumento às especificidades da pesquisa. Estas alterações relacionaram-se aos pontos a seguir discutidos.

Primeiramente, era necessário que o questionário contemplasse itens os quais o paciente tivesse reais condições de avaliar. Assim, itens ligados ao processo de alta, principalmente aqueles relacionados ao encerramento da conta e precisão da mesma, foram eliminados. Estes aspectos, embora importantes, não poderiam ser avaliados pelo paciente por duas razões: a) o procedimento de coleta de dados utilizado, discutido a seguir neste capítulo; e b) a pouca ou inexistente participação do próprio paciente neste processo³.

Em segundo lugar, certos itens foram alterados devido à característica de serviços múltiplos de hospitais. Alguns itens foram questionados para mais de uma situação. Aspectos relacionados às "explicações ao paciente", por exemplo, não presentes na escala original, foram perguntados em relação a três situações distintas:

P17 - Os procedimentos referentes à alta são explicados ao paciente.

P18 - Os procedimentos adotados neste hospital são explicados ao paciente.

³ Os procedimentos relativos ao encerramento da conta, conferência da mesma e efetivo pagamento dos serviços são efetuados por acompanhantes ou familiares, com raríssimas exceções, segundo apurado junto aos hospitais participantes do estudo.

P19 - O tratamento médico é explicado ao paciente.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi formado por quatro baterias distintas:

- 1) Seção de "caracterização do entrevistado", composta por sete questões;
- 2) Seção do "grau de importância" atribuída pelo cliente a diferentes elementos do serviço, composta por doze itens;
- 3) Seção de "nível de expectativas" do cliente, composta por vinte e seis afirmações;
- 4) Seção "serviço percebido" pelo cliente, formada pelos vinte e seis itens também questionados na bateria anterior, mas relativos às percepções do cliente quanto ao serviço recebido.

A estrutura está de acordo com as colocações de Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990). Segundo os autores, o instrumento não necessita conter os mesmos vinte e dois itens originais, podendo ser alterado ou ampliado. A inclusão de uma bateria referente ao "grau de importância" atribuído pelo cliente permite identificar mais precisamente os elementos de serviço de maior destaque do ponto de vista do cliente. Quanto à seção relacionada à caracterização do entrevistado, constitui-se informação básica em qualquer pesquisa, visando oferecer um perfil mais detalhado da amostra.

As alterações e adições feitas no instrumento original foram baseadas no trabalho realizado por Carman (1990) o qual encontrou dificuldades em aplicar o instrumento original junto a hospitais. De fato, situações e até mesmo os termos empregados devem ser adequados ao tipo de organização pesquisada. Além disso, os procedimentos de coleta dos dados, a serem detalhados no decorrer deste capítulo, impuseram a necessidade de certas modificações no instrumento. A versão final do instrumento utilizado no presente estudo encontra-se no Anexo 1.

4.2.1. Definição e Operacionalização das Variáveis:

A seguir são apresentadas as variáveis que fizeram parte do questionário utilizado.

*** Variáveis de Caracterização do Entrevistado:**

C1 - Local da entrevista.

Definição: especifica o hospital onde a entrevista está sendo realizada.

Operacionalização: questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando os três hospitais participantes.

C2 - Sexo do entrevistado.

Definição: especifica o sexo do respondente.

Operacionalização: questão fechada com duas alternativas.

C3 - Faixa etária do entrevista.

Definição: especifica a faixa etária na qual o entrevistado se encontra.

Operacionalização: questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando cinco faixas etárias.

C4 - Forma de pagamento utilizada.

Definição: especifica a forma de pagamento escolhida pelo paciente.

Operacionalização: questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas (particular ou planos de saúde) mais uma quinta opção de resposta para outras formas de pagamento não especificadas.

C5 - Decisão de uso dos serviços do hospital.

Definição: especifica a quem coube a decisão de utilizar os serviços do hospital no qual está sendo realizada a entrevista.

Operacionalização: questão fechada de múltipla escolha e escala nominal relacionando cinco alternativas de resposta mais uma para outras alternativas não contempladas.

C6 - Experiência anterior em hospitais.

Definição: especifica se o respondente já foi internado no hospital em que se encontra ou em outro hospital qualquer anteriormente.

Operacionalização: questão fechada de escolha simples e escala nominal com três alternativas de resposta.

C7 - Fonte de informações utilizada pelo paciente a respeito do hospital:

Definição: especifica quais as fontes utilizadas pelo paciente a fim de obter informações sobre o hospital.

Operacionalização: questão fechada de múltipla escolha e escala nominal relacionando quatro alternativas de resposta mais uma quinta alternativa para outras fontes não citadas.

* Variáveis relativas ao Grau de Importância de elementos do serviço.

Nesta bateria de questões foi utilizada uma escala intervalar de quatro postos numerados de um até quatro e legendados - "nada importante", "pouco importante", "importante" e "muito importante" -. Era solicitado ao respondente que indicasse o grau de importância que ele atribuía a cada um dos aspectos listados no momento de avaliar os serviços prestados por um hospital.

II - Instalações do hospital:

Definição: refere-se a todas as instalações de hospitais, incluindo prédios, salas, quartos e equipamentos.

I2 - Privacidade do paciente.

Definição: refere-se ao respeito à privacidade do paciente por parte de enfermeiros, médicos e funcionários em geral.

I3 - Refeições servidas ao paciente.

Definição: refere-se a todos os alimentos servidos ao paciente em hospitais.

I4 - Tranquilidade e silêncio do ambiente.

Definição: refere-se à tranquilidade e ao silêncio no ambiente de hospitais onde o paciente se encontra.

I5 - Rapidez no atendimento ao paciente.

Definição: refere-se ao pronto atendimento ao paciente em hospitais.

I6 - Horários determinados para a realização de atividades.

Definição: refere-se à determinação de horários para que sejam realizadas as atividades de médicos, enfermeiros e funcionários relacionadas ao paciente.

I7 - Manutenção de registros sobre o paciente.

Definição: refere-se ao uso, preenchimento e atualização de registros a respeito do paciente.

I8 - Explicação dos procedimentos do Hospital ao paciente.

Definição: refere-se à explicação dada ao paciente no que diz respeito aos procedimentos adotados por hospitais relacionados a elementos de hotelaria, alta e comunicações.

I9 - Explicação do tratamento médico.

Definição: refere-se especificamente à explicação de aspectos relativos ao tratamento médico ao qual o paciente está sendo submetido.

I10 - Segurança e confiabilidade transmitidas pelo hospital.

Definição: refere-se aos aspectos de segurança e confiabilidade transmitidas pela instituição, enfermeiros e funcionários em geral.

I11 - Cortesia de funcionários e enfermeiros.

Definição: refere-se à cortesia no atendimento ao paciente por parte de enfermeiros e funcionários em geral.

I12 - Conhecimento das necessidades dos pacientes demonstrado por enfermeiros e funcionários.

Definição: refere-se ao conhecimento que enfermeiros e funcionários de hospitais demonstram quanto às necessidades do paciente.

*** Variáveis relativas ao "Nível de Expectativas" e "Serviço Percebido":**

As afirmações são relacionadas a "como deveriam" ser os serviços de hospitais em geral, no caso das expectativas (E); e a "como foram" os serviços do hospital na qual o paciente estava internado, no caso das percepções..

Para as respostas, foi utilizada uma escala intervalar de sete postos, todos numerados e legendados. A numeração variava de um a sete e as legendas eram as seguintes: "discordo

totalmente", "discordo", "discordo parcialmente", "nem concordo nem discordo", "concordo parcialmente", "concordo", "concordo totalmente".

E1/P1 - Instalações dos hospitais.

Definição: atratividade visual das instalações dos hospitais.

E2/P2 - Banheiro.

Definição: higiene e limpeza do banheiro disponível para uso do paciente.

E3/P3 - Quarto.

Definição: higiene e limpeza do quarto do paciente.

E4/P4 - Refeições.

Definição: qualidade das refeições servidas.

E5/P5 - Temperatura dos alimentos.

Definição: adequação da temperatura em que os alimentos são servidos.

E6/P6 - Respeito à privacidade do paciente.

Definição: respeito à privacidade do paciente por parte da equipe de enfermeiros.

E7/P7 - Ambiente do quarto.

Definição: tranquilidade e silêncio do quarto utilizado pelo paciente.

E8/P8 - Estacionamento.

Definição: disponibilidade nos hospitais de um estacionamento adequado.

E9/P9 - Horário das refeições.

Definição: refeições servidas em horários determinados previamente.

E10/P10 - Desempenho de atividades em horários determinados.

Definição: desempenho, por parte de médicos e enfermeiros, de suas funções em horários determinados.

E11/P11 - Registros.

Definição: manutenção de registros corretos e atualizados a respeito do paciente, por parte do hospital.

E12/P12 - Informação prévia de quando os serviços serão realizados.

Definição: comunicação prévia por parte dos hospitais ao paciente informando quando cada serviço (exames, medicação, p. ex.) será realizado.

E13/P13 - Atendimento imediato.

Definição: enfermeiros e funcionários de hospitais atenderem imediatamente ao chamado do paciente.

E14/P14 - Rapidez na admissão (baixa).

Definição: rapidez no processo de admissão (baixa) do paciente.

E15/P15 - Disposição em auxiliar.

Definição: disposição de enfermeiros e funcionários em auxiliar o paciente.

E16/P16 - Funcionários e enfermeiros ocupados demais.

Definição: nível no qual é aceitável que funcionários e enfermeiros estejam ocupados demais para que possam atender aos pacientes imediatamente.

E17/P17 - Explicação dos procedimento de alta.

Definição: explicação por parte do hospital de todos os procedimentos especificamente relacionados à alta do paciente.

E18/P18 - Explicação de procedimentos do hospital.

Definição: explicação dos procedimentos gerais do hospital, tais como solicitações diversas, uso do telefone, horários de visitas e entrega de autorizações para acompanhantes.

E19/P19 - Explicação do tratamento médico.

Definição: explicação de detalhes específicos relacionados ao tratamento médico ao qual o paciente está se submetendo.

E20/P20 - Confiança na equipe de enfermeiros.

Definição: nível de confiança em relação à equipe de enfermeiros, por parte do paciente.

E21/P21 - Segurança em utilizar os serviços.

Definição: segurança sentida pelo paciente ao utilizar os serviços dos hospitais.

E22/P22 - Conhecimentos e habilidades.

Definição: conhecimentos e habilidades possuídos pela equipe de enfermeiros necessários ao desempenho de suas funções.

E23/P23 - Educação e cortesia dos funcionários.

Definição: educação e cortesia demonstrados pelos funcionários do setor de admissão (baixa).

E24/P24 - Educação e cortesia da equipe de enfermeiros.

Definição: educação e cortesia demonstrados pela equipe de enfermeiros ao atender o paciente.

E25/P25 - Simpatia e alegria da equipe de enfermeiros.

Definição: simpatia e alegria demonstradas pela equipe de enfermeiros ao atender o paciente.

E26/P26 - Necessidades do paciente.

Definição: conhecimento demonstrados pela equipe de enfermeiros das necessidades dos pacientes.

4.2.2. Escalas Utilizadas:

No trabalho original, Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) propuseram o uso de uma escala de sete postos numerados e com os extremos legendados (1 - "discordo totalmente"; 7 - "concordo totalmente"). No presente estudo, a escala utilizada foi alterada, de acordo com alguns aspectos básicos para montagem de escalas, apontados por Dillon, Madden & Firtle (1987): número de categorias ou postos; uso de descrições verbais ou legendas e a presença da posição neutra.

Com relação ao número ideal de postos, Dillon, Madden & Firtle (1987) afirmam que, geralmente, as escalas utilizadas em pesquisas de Marketing possuem entre cinco e nove categorias. Mattar (1993) indica um número mínimo de três e máximo de sete postos.

A questão do número de categorias gira em torno da capacidade de discriminação por parte dos entrevistados. Um número excessivo pode confundir o respondente, enquanto que um número muito reduzido possui pouco poder de discriminação, prejudicando a própria pesquisa.

De acordo com Cox III (1980, p. 418), "não existe um número único de alternativas para uma escala o qual seja apropriado para todas as circunstâncias". Deste modo, o número de postos a ser utilizado depende em muito do tipo de estudo realizado e dos objetivos do pesquisador.

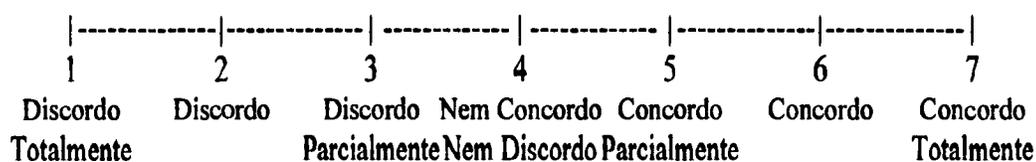
Quanto ao uso de descrições verbais, estas tendem a auxiliar o entrevistado e assegurar a mesma base de resposta para todos; contudo, tais descrições podem afetar diretamente as respostas (Wildt & Mazis, 1978).

O uso ou não de legendas também representa uma questão cuja resposta não é única para todos os estudos. Wildt & Mazis (1978) afirmam que a estrutura das escalas deve adequar-se às características específicas do trabalho. Por sua vez, Cox III (1980) aponta um problema importante quando do uso de escalas em que somente algumas categorias apresentam descrições verbais, como o modelo SERVQUAL original. Segundo o autor, estudos indicam que há uma tendência de que as respostas concentrem-se nas posições legendadas.

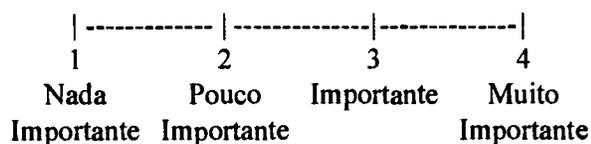
Por fim, a utilização da chamada "posição neutra" apresenta dois pontos de vista contrários. O primeiro defende que os entrevistados não possuem de fato uma posição de neutralidade, sendo necessário forçá-los a optar por respostas favoráveis ou desfavoráveis. Por outro lado, pode ser plenamente possível uma resposta neutra. Mattar (1993) defende esta postura, afirmando que o entrevistado pode realmente possuir uma opinião neutra, não sendo aconselhável forçá-lo a optar por uma resposta favorável ou desfavorável. A opção pelo uso ou não da "posição neutra" depende do tipo de questão ou objeto de estudo (Dillon, Madden & Firtle, 1987).

No presente estudo, a escala utilizada nas baterias "nível de expectativas" e "serviço percebido" é bastante semelhante à utilizada na escala original. Foram mantidos os sete postos numerados de um a sete; as descrições verbais, entretanto, foram alteradas. Com objetivo de proporcionar uma base mais homogênea de respostas, discriminando claramente as categorias presentes na escala, bem como procurar evitar a concentração de respostas somente nos postos

legendados, optou-se por introduzir descrições verbais em todos os postos, conforme mostrado a seguir.



Quanto à escala utilizada na seção "grau de importância", esta constituía-se de quatro postos numerados e com descrição verbal, conforme abaixo.



Utilizou-se uma escala com menos postos uma vez que a discriminação necessária era menor. Não foi utilizada uma posição neutra a fim de forçar um posicionamento por parte do entrevistado. Além disso, uma escala deste tipo não comporta um balanceamento igual entre opções favoráveis ou desfavoráveis, uma vez que não existe um item que possa ser considerado "pouco nada importante" ou de "pouca nenhuma importância".

Caso o item citado não apresente grau algum de importância, na visão do cliente, é incoerente determinar o quanto dessa "não importância". Por outro lado, os três postos restantes procuravam discriminar qual a importância atribuída a cada item. Modelo semelhante de escala para mensuração do grau de importância é apresentado por Churchill (1987).

4.3. Procedimentos de Coleta dos Dados

"Provavelmente a mais importante etapa isolada da pesquisa de marketing é a fase de coleta dos dados. Embora o desenho e análise sejam estágios vitais para a solução de um problema de pesquisa

particular, treinamento e controles deficientes do processo de coleta dos dados no campo pode invalidar informações e conclusões" (Dillon, Madden & Firtle, 1987, p. 377).

A forma como são contatados os respondentes, aplicados os questionários e registrados os dados pode repercutir diretamente nos resultados de uma pesquisa. Mattar (1993, p. 15) afirma que "as operações de coleta dos dados precisam ser detalhadamente planejadas e controladas para que os dados coletados tenham alta qualidade".

Dada a importância desta fase, cuidados especiais foram tomados na definição dos procedimentos de coleta dos dados no presente estudo.

O primeiro ponto refere-se à equipe de campo (entrevistadores). Segundo Mattar (1993), uma das maiores fontes de erro na coleta dos dados decorre de problemas com entrevistadores, tais como: falta de treinamento, instruções inadequadas e até mesmo desonestidades por parte de membros da equipe.

A fim de contornar tais problemas, somente uma entrevistadora foi responsável por toda a coleta dos dados, tendo larga experiência anterior em trabalhos semelhantes, bem como conhecimento prévio de rotinas em hospitais. Além disso, todo o treinamento necessário foi realizado, incluindo simulações de aplicação do questionário.

O instrumento de coleta de dados foi um segundo aspecto que mereceu cuidadosa atenção. Afora as questões específicas quanto à estrutura do questionário, discutidas anteriormente, aspectos relacionados à aplicação do mesmo foram de extrema relevância para a pesquisa.

Quanto à aplicação da escala SERVQUAL modificada, esta deu-se em somente um momento, no qual os clientes foram solicitados a responder tanto as questões relativas às expectativas, quanto às percepções. Este procedimento é o mesmo utilizado por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988).

Carman (1990) opõe-se a tal procedimento. Sua crítica origina-se na validade da bateria sobre expectativas ser aplicada após o cliente ter recebido o serviço. Seu argumento é de que o elemento cognitivo implícito na utilização do serviço implicaria em alterações nos padrões de expectativas do cliente.

Este aspecto parece ter forte relação com a provável diferença entre os níveis de expectativas de clientes com histórico de utilização anterior do serviço e o padrão de expectativas de consumidores sem experiência anterior. Se a experiência afeta as expectativas do cliente, questioná-lo após este receber o serviço seria de pouco valor. Por outro lado, se clientes com ou sem experiência anterior possuem padrões de expectativas semelhantes, a aplicação do instrumento em um único momento não representaria perda na qualidade da informação.

No presente estudo, foi decidida a aplicação em um momento por razões operacionais. Primeiro, o tipo de público a ser entrevistado impunha a necessidade do questionário ser aplicado no próprio hospital. Não havia condições de localizar os pacientes antes de sua internação, pois as comunicações de internação são feitas, normalmente, com pouca antecedência e, mesmo que este não fosse o caso, não havia condições de determinar com precisão o período que o paciente ficaria internado. Além disso, localizar o paciente após o retorno à sua residência demonstrou-se impraticável, principalmente, pelo fato de haver pacientes de outras cidades.

A opção de realizar uma aplicação tipo antes-depois (em dois momentos distintos), implicaria em o paciente responder à bateria das expectativas no momento em que estivesse entrando no hospital, algo de difícil implementação e questionável validade. Neste caso, o cliente já teria tido algum contato com o hospital o que poderia influenciar suas respostas. Por exemplo, itens relacionados ao setor de admissão e instalações poderiam ter bases de respostas diferentes de itens como a equipe de enfermeiros, com a qual o paciente ainda não contactou.

O terceiro aspecto fundamental na coleta dos dados diz respeito ao preenchimento do questionário. Coube ao entrevistador assinalar as respostas escolhidas pelos entrevistados. Estes receberam um cartão com as alternativas de respostas, enquanto as questões eram lidas, uma a uma, pelo próprio entrevistador.

Por fim, quanto ao momento da administração do questionário, foi escolhido o período da manhã, no dia em que o paciente recebesse alta médica. Assim, os questionários foram aplicados momentos antes do paciente deixar o hospital, em diferentes dias da semana. Este procedimento permitia ao paciente condições de avaliar todos os itens questionados. A coleta dos dados estendeu-se por aproximadamente sessenta dias nos meses de outubro, novembro e dezembro de 1993.

4.4. Análise Estatística dos Dados

Para fins da análise dos dados coletados, foram utilizados os seguintes procedimentos estatísticos:

- A) Distribuição de frequência (valores absolutos e percentagens);
- B) Medidas de tendência central (médias aritméticas e desvios-padrão);
- C) Análise fatorial;
- D) Análise de variância.

Distribuição de Frequência:

"A distribuição de frequência de cada questão mostra o número de respondentes que escolheram cada alternativa de resposta, bem como as percentagens equivalentes" (Dillon, Madden & Firtle, 1987, p. 414).

Número absoluto de respondentes e respectivas percentagens foram utilizados nas questões de caracterização da amostra, cujas alternativas de resposta constituíam escalas nominais. Neste caso, buscava-se tão somente categorizar dados relativos aos entrevistados, sendo coerente este procedimento para apresentação dos mesmos (Mattar, 1993).

Medidas de Tendência Central:

Considera-se o uso da média aritmética, mediana e moda como legítimas medidas de tendência central quando forem utilizadas escalas intervalares (Dillon, Madden & Firtle, 1987). A média aritmética representa o valor médio de um conjunto de dados. A medida de dispersão desses dados em relação à média calculada é dada pelo desvio-padrão (Mattar, 1993). De acordo com Dillon, Madden & Firtle (1987, p.436):

"Quanto menor o desvio-padrão, maior será a concentração das respostas ao redor da média e, desta maneira, em tais casos pode-se dizer que a informação exibe pouca variabilidade".

Dadas as características dessas duas medidas - média aritmética e desvio-padrão -, estas foram utilizadas para a análise dos dados obtidos nas baterias "grau de importância", "nível de expectativas" e "serviço percebido".

Análise Fatorial:

"Análise fatorial é a denominação atribuída a um conjunto de técnicas estatísticas paramétricas multivariadas utilizado para estudar o inter-relacionamento entre um conjunto de variáveis observadas" (Mattar, 1993, vol. 2, p. 162).

Existe uma série de aplicações possíveis da análise fatorial em pesquisas de marketing, dentre as quais as mais citadas são a redução de um número muito elevado de informações a níveis aceitáveis; a identificação de uma estrutura de fatores relacionados com um certo número de variáveis; o auxílio no desenvolvimento e estruturação de escalas de medidas e na transformação de informações (Kinnear & Taylor, 1987 e Mattar, 1993).

No presente estudo, a análise fatorial endereçou à bateria "serviço percebido", relativa às percepções dos clientes quanto ao serviço prestado. Buscou-se identificar uma estrutura de fatores os quais agrupassem variáveis que compunham esta bateria e, assim, realizar uma comparação com as dimensões de qualidade (fatores) de serviços apresentadas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988).

Análise de Variância (ANOVA):

"ANOVA constitui-se em um método de análise aplicável quando o pesquisador trabalha com uma variável dependente (apresentada em escala intervalar) e uma ou mais variáveis independentes (apresentadas em escala nominal)" (Kinnear & Taylor, 1987).

Basicamente, procura-se identificar o quanto as variáveis estão correlacionadas ou o quanto o comportamento da variável dependente pode ser explicado pela variável independente. Em outras palavras, procura-se identificar se existe uma relação significativa entre as variáveis dependente e independente. O nível de significância é determinado pela estatística F.

O nível de significância de F verifica a existência de relação linear entre a variável dependente e um dado conjunto de variáveis independentes. Um nível de F abaixo de 5%, neste trabalho, evidencia a existência de um relacionamento estatisticamente significativo.

Outro fator fundamental na análise de variância é o poder de explicação do comportamento da variável dependente em função da variável independente, dado pela estatística R^2 . Neste caso, a variância total da variável dependente é dividida em dois componentes: variância explicada e variância residual. O coeficiente de determinação R^2 corresponde à proporção da variância total da variável dependente explicada pela reta de regressão.

O uso da ANOVA na presente pesquisa endereçou duas questões: a) a existência de **diferença estatística entre os fatores identificados e diferentes características da amostra;** e b) a existência de diferença estatística significativa entre os padrões de expectativas de clientes com e sem experiência anterior com o serviço.

No primeiro caso, procurou-se saber o quanto os fatores identificados na análise fatorial eram semelhantes em diferentes características da amostra. Na segunda situação, o objetivo foi identificar se havia diferença nos níveis de expectativas entre pacientes que já haviam utilizado os serviços de algum hospital anteriormente e aqueles que nunca haviam sido internados anteriormente.

Os procedimentos estatísticos aqui apresentados são detalhados, quando necessário, no capítulo seguinte no qual são discutidos os resultados desta pesquisa.

5. RESULTADOS

*"Oh, que poder tal presente nos daria...
a capacidade de nos enxergar como os outros nos vêem".*

- Robert Burns -

No presente estudo, a apresentação dos resultados obedece a seguinte estrutura:

1. Características da Amostra;
2. Qualidade Percebida;
3. Dimensões da Qualidade Percebida;

5.1. Características da Amostra

A amostra do estudo contou-se de 211 casos (alguns itens da bateria "serviço percebido" não foram respondidos), divididos entre as três organizações participantes, de acordo com os números apresentados no Quadro 1.

Do total da amostra, observou-se pequena predominância do sexo feminino, o qual representou 55,0% dos entrevistados (Quadro 2). Quanto à faixa etária, a maior concentração recaiu na faixa acima dos 50 anos de idade, representando 53,6% da amostra. Vale destacar que aproximadamente 80% dos entrevistados situavam-se na faixa acima dos 40 anos. Estes dados são apresentados no Quadro 3.

Quadro 1 - Local da Entrevista.

LOCAL DA ENTREVISTA	n	%
Hospital A	71	33,6
Hospital B	80	38,0
Hospital C	60	28,4
TOTAL	211	100,0

Em relação à forma de pagamento, 60,2% indicaram o pagamento direto ou "particular". Por sua vez, o pagamento por meio de planos de saúde representou 24,6% da amostra, conforme o Quadro 4.

Quadro 2 - Sexo do Entrevistado.

SEXO DO ENTREVISTADO	n	%
Masculino	95	45,0
Feminino	116	55,0
TOTAL	211	100,0

Quadro 3 - Faixa Etária do Entrevistado.

FAIXA ETÁRIA	n	%
Até 20 anos	7	3,3
De 21 até 30 anos	16	7,5
De 31 até 40 anos	21	10,0
De 41 até 50 anos	54	25,6
Mais de 50 anos	113	53,6
TOTAL	211	100,0

Quadro 4 - Forma de Pagamento dos Serviços.

FORMA DE PAGAMENTO	n	%
Particular	127	60,2
Plano de Saúde	52	24,6
Outros	32	15,2
TOTAL	211	100,0

A responsabilidade pela escolha do hospital foi questionada tendo em vista a tendência apontada por diversos autores, citados anteriormente, de que a participação do paciente nesta escolha é cada vez maior. Os dados apurados indicam que o paciente participou da decisão em 52,6% dos casos. O médico, por sua vez, participou em 87,7% das decisões de escolha, sendo que em 46,0% das escolhas do hospital o médico foi apontado como o único responsável pela decisão (Quadro 5).

Constatou-se, também, uma significativa superioridade de participação do médico como fonte de informações à respeito do hospital. Do total da amostra, 88,6% apontou o médico como única ou uma das fontes de informações utilizada, conforme o Quadro 6.

Quadro 5 - Decisão de Escolha do Hospital.

DECISÃO DE ESCOLHA	n	%
Somente Paciente	20	9,5
Médico e Paciente	87	41,7
Somente Médico	98	46,0
Familiares	3	1,4
Familiares e Paciente	3	1,4
TOTAL	211	100,0

Quadro 6 - Fonte de Informações sobre o Hospital.

FONTE DE INFORMAÇÕES	n	%
Amigos e Parentes	48	22,7
Utilização anterior	77	36,5
Médico	187	88,6

Amostra = 211

Por fim, a experiência anterior do cliente com o serviço avaliado constituiu-se em elemento de apoio no presente estudo. O fato do cliente já ter sido internado anteriormente poderia influenciar suas expectativas e percepções do serviço. Em termos gerais, 86,3% dos entrevistados indicou já ter sido internado, por alguma razão, em algum hospital anteriormente. Caracteriza-se, portanto, uma amostra cujos participantes possuíam experiência anterior com o serviço analisado (Quadro 7).

Quadro 7 - Utilização Anterior de Serviços de Hospitais.

EXPERIÊNCIA ANTERIOR	n	%
Não	29	13,7
Sim	182	86,3
TOTAL	211	100,0

5.2. Qualidade Percebida

Para a mensuração da qualidade percebida pelos clientes foram utilizadas duas baterias ("nível de expectativas" e "serviço percebido"), enquanto que para a determinação do grau de

importância dos itens foi utilizada uma bateria distinta. Inicialmente serão apresentados e discutidos os resultados desta última.

5.2.1. Grau de Importância:

Os doze itens constantes na bateria denominada "grau de importância" foram definidos de modo que representassem os 26 itens constituintes da versão da escala SERVQUAL utilizada. Cada um dos doze itens de importância representava um ou mais itens da escala. O Quadro 8 apresenta a relação entre os itens.

A operacionalização dos itens de importância da forma aqui utilizada apresentou como principal benefício a redução do número de questões, se comparada a utilização de uma bateria identificando o grau de importância de cada um dos 26 itens da escala. Assim, a aplicação do instrumento tornou-se mais ágil.

Por outro lado, o agrupamento de certos itens da escala SERVQUAL em apenas um item de importância, impossibilita que este seja utilizado como um "peso" para fins de ordenação dos itens conforme a importância a fim de obter uma escore de qualidade percebida ponderado por esses "pesos". Zeithaml, Parasuraman & Berry (1990) propuseram que a importância seja atribuída pelo cliente em termos das cinco dimensões de qualidade e não dos itens individualmente. Dois problemas, entretanto, decorrem desta proposta.

Primeiro, embora seja apresentada uma definição de cada dimensão no próprio questionário, não há boas garantias de que os clientes a interpretem da maneira imaginada pelo pesquisador. Pode haver má interpretação das definições e até mesmo alguma confusão visto que algumas dimensões parecem bastante próximas uma das outras (p. ex. sensibilidade e empatia ou confiabilidade e garantias).

Em segundo lugar, solicitar ao respondente que indique a importância que ele atribui a cada dimensão em termos percentuais, de modo que a soma das respostas totalize 100%, parece

forçar o cliente a um posicionamento matematicamente definido. Até que ponto os clientes são realmente capazes de atingirem este preciosismo é um tanto discutível.

A opção utilizada no presente trabalho acabou por impossibilitar a ponderação dos itens por seus respectivos graus de importância. Contudo, o uso de escalas ponderadas não representa, de fato, ganhos de eficiência na mensuração da qualidade percebida (Cronin & Taylor, 1992).

Quadro 8 - Definição dos Itens de Importância.

ÍTEMS DE IMPORTÂNCIA	ÍTEMS ESCALA "SERVQUAL"
I1	P1, P2, P3 e P8
I2	P6
I3	P4 e P5
I4	P7
I5	P12, P13, P14, P15 e P16
I6	P9 e P10
I7	P11
I8	P17 e P18
I9	P19
I10	P20, P21 e P22
I11	P23, P24 e P25
I12	P26

Os resultados foram analisados tomando-se a média e o desvio-padrão de cada item. Nenhum dos doze itens apresentados foi considerado "nada importante" ou "pouco importante". Os itens I8 ("explicação dos procedimentos do hospital") e I7 ("manutenção de registros sobre o paciente") apresentaram as médias mais baixas, 2,95 e 3,01 respectivamente. Outro item, I6 ("horários determinados para realização das atividades de médicos, enfermeiros e funcionários"), obteve médio ligeiramente superior, chegando a 3,12. Assim, tais itens são considerados os menos importantes pelos pacientes no momento de avaliar os serviços do hospital. Deve-se novamente destacar o fato de nenhum ter sido considerado sem importância, daí a necessidade de mesmo os itens menos importantes não serem desprezados pelas organizações.

Dos itens restantes, I10 ("segurança e confiabilidade transmitidas pelo hospital"), I5 ("rapidez no atendimento ao paciente") e I11 ("cortesia dos funcionários") obtiveram as médias mais elevadas - 3,82; 3,74 e 3,63; respectivamente -.

O fato do item "segurança e confiabilidade..." ter recebido maior grau de importância médio é semelhante às conclusões de Berry & Parasuraman (1992) de que a confiabilidade aparece como a dimensão mais crucial em diversos estudos que mediram a importância relativa de certos aspectos ligados à qualidade de serviços. Deve-se considerar, também, o fato de serviços de saúde serem considerados de alto risco, possivelmente implicando em maior destaque por parte do cliente em fatores ligados à segurança e confiabilidade do serviço.

Uma vez que todos os itens obtiveram médias iguais ou superiores a 3,00, deve ser considerada a hipótese de que, a rigor, os itens que compõem a escala SERVQUAL original já são o resultado de uma purificação onde os itens pouco ou nada importantes foram agrupados ou simplesmente desconsiderados. É plausível afirmar, portanto, que os itens que compuseram a bateria "grau de importância" são originalmente importantes. Esta bateria serviria tão somente para destacar os aspectos mais importantes do serviço. A relação completa dos itens de importância com respectivas médias e desvios-padrão é apresentada no Quadro 9.

Quadro 9 - Grau de Importância.

ITENS	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
I1 - Instalações do hospital	3,47	0,52
I2 - Privacidade do paciente	3,38	0,51
I3 - Refeições servidas ao paciente	3,35	0,50
I4 - Tranquilidade e silêncio do ambiente	3,55	0,51
I5 - Rapidez no atendimento ao paciente	3,74	0,44
I6 - Horários determinados para a realização de atividades de médicos e enfermeiros	3,12	0,64
I7 - Manutenção de registros sobre o paciente	3,01	0,62
I8 - Explicação dos procedimentos do hospital ao paciente	2,95	0,60
I9 - Explicação do tratamento médico ao paciente	3,38	0,68
I10 - Segurança e confiabilidade transmitidas pelo hospital	3,82	0,41
I11 - Cortesia dos funcionários e enfermeiros	3,63	0,48
I12 - Conhecimento das necessidades dos paciente demonstrado por enfermeiros e funcionários	3,48	0,51

5.2.2. Nível de Expectativas:

O conjunto de questões buscando identificar o nível das expectativas dos clientes era constituído por 26 itens abrangendo as cinco dimensões originais de qualidade de serviços.

Os níveis de expectativas médios foram bastante elevados, atingindo valores acima de 6,00 em todos os itens, com exceção de E8 ("hospitais deveriam dispor de estacionamento adequado"), conforme pode-se observar no Quadro 10. O item E16 ("é aceitável que os funcionários estejam ocupados demais para atender aos pacientes imediatamente") possuía uma conotação negativa, sendo esperado que sua média fosse a mais baixa.

Os itens E21 e E22 (respectivamente, "os pacientes deveriam confiar na equipe de enfermeiros" e "os pacientes deveriam sentir-se seguros ao utilizar os serviços de hospitais") obtiveram as médias mais elevadas, com 6,53 para o primeiro e 6,58 para o segundo. Tais resultados ratificam a importância atribuída pelos clientes aos aspectos confiabilidade e segurança na utilização dos serviços.

A necessidade de hospitais disporem de estacionamento adequado obteve a menor média, atingindo 5,95. Outros itens relacionados ao serviço de admissão e ao horário das refeições também obtiveram médias inferiores a 6,15. Deve-se ressaltar que a média mais baixa em relação à rapidez do serviço de admissão pode ser atribuída, em parte, ao fato de os pacientes entrevistados serem todos eletivos. Em outras palavras, eram pacientes que sofreram algum tipo de intervenção cirúrgica não emergencial. Para casos de emergência a rapidez na admissão deve assumir diferente nível de expectativa.

Com relação à semelhança das médias na grande maioria dos itens, observam-se desvios-padrão relativamente baixos, o que indica pouca variabilidade nas respostas. Assim, as diferenças entre as médias, embora pequenas, permitem conclusões com alguma segurança.

Quadro 10 - Nivel de Expectativa.

ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
E1 - As instalações dos hospitais deveriam ser visualmente atraentes	6,27	0,46
E2 - O banheiro deveria ser limpo e higiênico	6,24	0,57
E3 - O quarto deveria ser limpo e higiênico	6,30	0,46
E4 - As refeições deveriam ser apetitosas e saborosas	6,25	0,43
E5 - Os alimentos deveriam ser servidos em uma temperatura adequada	6,20	0,40
E6 - A equipe de enfermeiros deveria respeitar a privacidade do paciente	6,23	0,47
E7 - O quarto deveria ser tranquilo e silencioso	6,20	0,40
E8 - Hospitais deveriam dispor de um estacionamento adequado	5,95	0,79
E9 - As refeições deveriam ser servidas durante horários determinados	6,11	0,39
E10 - Médicos e enfermeiros deveriam desempenhar suas funções durante horários determinados	6,19	0,40
E11 - Hospitais deveriam manter registros corretos e atualizados sobre os pacientes	6,14	0,43
E12 - Hospitais deveriam informar ao paciente exatamente quando os serviços serão realizados	6,21	0,43
E13 - Enfermeiros e funcionários deveriam prestar um atendimento imediato ao paciente	6,29	0,51
E14 - O serviço de admissão (baixa) deveria ser rápido	6,05	0,47
E15 - Funcionários e enfermeiros deveriam estar dispostos a auxiliar o paciente	6,16	0,39
E16 - É aceitável que os funcionários e enfermeiros estejam ocupados demais para atender aos pacientes imediatamente	4,38	1,63
E17 - Os procedimentos referentes à alta deveriam ser explicados	6,20	0,45
E18 - Os procedimentos adotados nos hospitais deveriam ser explicados	6,28	0,45
E19 - O tratamento médico deveria ser explicado ao paciente	6,46	0,50
E20 - Os pacientes deveriam confiar na equipe de enfermeiros	6,53	0,50
E21 - Os pacientes deveriam sentir-se seguros ao utilizar os serviços de hospitais	6,58	0,49
E22 - A equipe de enfermeiros deveria possuir o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar as suas funções	6,31	0,49
E23 - Os funcionários do serviço de admissão deveriam ser educados e corteses	6,01	0,50
E24 - A equipe de enfermeiros deveria ser educada e cortês	6,33	0,47
E25 - A equipe de enfermeiros deveria ser simpática e alegre	6,33	0,47
E26 - A equipe de enfermeiros deveria conhecer as necessidades do paciente	6,38	0,49

A análise das médias calculadas indica uma concentração de respostas nos postos mais elevados da escala (6 = "concordo" e 7 = "concordo totalmente"). Basicamente, uma questão deve ser levantada: por que houve uma concentração somente nos postos mais elevadas da escala? Alguns aspectos parecem justificar tal fato.

O primeiro aspecto assemelha-se ao apresentado na discussão anterior sobre o grau de importância dos itens questionados. Sendo a escala SERVQUAL o resultado de um trabalho onde apurou-se fatores determinantes da qualidade do serviço, certamente os níveis de expectativas em relação a estes itens tenderiam a ser elevados. Em outras palavras, como os itens questionados representam elementos que determinam a qualidade do serviço, não há razão para acreditar que os clientes esperariam pouca presença ou até a ausência de algum desses elementos de serviço.

O modelo SERVQUAL define qualidade como a diferença entre as percepções e expectativas dos clientes; contudo, quando questionados sobre suas expectativas, parece natural que estas sejam "jogadas para cima", na linha "quanto mais, melhor". Este raciocínio demonstra-se um tanto falho quando analisamos padrões de expectativas com base na discussão anterior de tipos de atributos.

De acordo com Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994, p. 116), os "consumidores tendem a considerar a maioria dos 22 itens do instrumento SERVQUAL [original] como atributos vetores". Ou seja, itens nos quais o ponto ideal tende ao infinito. Teas (1994) critica tal conclusão devido à fragilidade de seu embasamento, apontando que os próprios autores procuram justificar a existência de itens não enquadrados na definição de atributos vetores. De fato, se o padrão de expectativas de todos os itens tendem ao infinito, as respostas deveriam concentrar-se somente no extremo superior da escala. Desta forma, alguns itens podem constituir-se em atributos de ponto ideal clássico ou de ponto ideal viável, sob o ponto de vista do cliente, apresentando um nível de expectativas finito.

Outra explicação para a concentração nos postos superiores da escala pode residir na própria escala e operacionalização das questões. Aplicar uma bateria composta por 26 itens utilizando uma escala intervalar como a utilizada pode levar o respondente a uma seqüência de respostas sem uma análise mais criteriosa de cada questão. Entretanto, a utilização de entrevistadores (e não auto-preenchimento) reduz esta possibilidade, já que as questões são

perguntadas uma a uma. Contudo, os próprios autores do modelo original admitem que a escala de sete postos normalmente utilizada possa não ser a melhor opção para a mensuração das expectativas e percepções (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1994). Esta questão, entretanto, permanece ainda sem uma resposta definitiva.

A questão relativa à provável relação entre o padrão de expectativas do cliente e sua experiência ou não experiência anterior com o serviço foi alvo de uma análise mais criteriosa. Para tanto foi utilizada a análise de variância (procedimento SPSS-ANOVA). O objetivo foi identificar se as expectativas assumiam níveis estatisticamente diferentes quando eram comparados clientes com e sem experiência anterior.

Em termos da análise, o nível de expectativas representou a variável dependente, enquanto a experiência ou não experiência anterior representaram a variável independente. As estatísticas F e R^2 , comentadas anteriormente, foram a base para a análise.

De acordo com os resultados encontrados, somente um dos 26 itens da bateria "nível de expectativas" apresentou nível de significância de F inferior à 0,05. Este item foi E21 ("segurança em utilizar os serviços do hospital"). Entretanto, uma análise da Tabela 4 demonstra que a variável independente apresenta pouco poder de explicação em termos do comportamento da variável dependente, fato evidenciado pelos resultados de R^2 e pelo alto valor residual. Este resultado indica que fatores outros, não explicados pela variável dependente influenciam mais diretamente a variável dependente.

Tabela 4 - Análise de Variância: Item E21.

Significância de F = 0,044 (*)
Variância Explicada = 2,358
Variância Residual = 48,770
Valor de R^2 = 0,046

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

Objetivamente, os resultados da análise de variância demonstraram não haver correlação estatística entre os níveis de expectativas de clientes com experiência de uso anterior do serviço quando comparados com clientes que não utilizaram serviços hospitalares anteriormente.

5.2.3. Serviço Percebido:

A última bateria de questões buscou identificar o nível de serviço percebido pelos clientes em relação aos mesmos itens que constaram na bateria "nível de expectativas".

O item P8 ("estacionamento adequado") obteve a média aritmética mais baixa dentre os 26 questionados (com exceção de P16 cuja frase tinha conotação negativa), atingindo 4,24. Os fatores P4 e P5 ("refeições saborosas" e "temperatura adequada", respectivamente médias 5,69 e 5,38) foram os outros dois itens com médias mais baixas.

No extremo oposto, P20 e P21 ("equipe de enfermeiros confiável" e "segurança na utilização dos serviços do hospital") atingiram as médias mais elevadas, com 6,51 e 6,71 respectivamente.

O Quadro 11 apresenta as médias aritméticas e os desvios-padrão de todos os itens desta bateria. Note-se que cada item teve desvio-padrão superior ao encontrado na mensuração do nível de expectativas, determinando uma maior dispersão nas respostas. Este fato reforça a tese de que a forma e até mesmo a escala utilizada não foram os principais responsáveis pela concentração de respostas nos postos 6 e 7 na bateria "nível de expectativas".

5.2.4. Qualidade Percebida:

A partir da comparação das expectativas do serviço com as percepções dos clientes é possível acessar a qualidade percebida pelo cliente para cada item questionado. O Quadro 12 apresenta os resultados desta comparação.

Quadro 11 - Serviço Percebido.

ITENS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
P1 - As instalações deste hospital são visualmente atraentes	6,34	0,63
P2 - O banheiro é limpo e higiênico	6,37	0,58
P3 - O quarto é limpo e higiênico	6,35	0,57
P4 - As refeições são apetitosas e saborosas	5,69	1,29
P5 - Os alimentos são servidos em uma temperatura adequada	5,38	1,55
P6 - A equipe de enfermeiros respeita a privacidade do paciente	6,21	0,67
P7 - O quarto é tranquilo e silencioso	5,75	1,35
P8 - Este hospital dispõe de um estacionamento adequado	4,24	1,97
P9 - As refeições são servidas durante horários determinados	5,75	1,16
P10 - Médicos e enfermeiros desempenham suas funções durante horários determinados	6,19	0,57
P11 - Este hospital mantém registros corretos e atualizados sobre os pacientes	5,96	0,72
P12 - Este hospital informa ao paciente exatamente quando os serviços serão realizados	6,11	0,66
P13 - Enfermeiros e funcionários prestam um atendimento imediato ao paciente	5,97	0,98
P14 - O serviço de admissão (baixa) é rápido	5,97	0,86
P15 - Funcionários e enfermeiros estão dispostos a auxiliar o paciente	6,04	0,64
P16 - Funcionários e enfermeiros deste hospital são cupados demais para atender aos pacientes imediatamente	4,02	1,76
P17 - Os procedimentos referentes à alta são explicados ao paciente	6,04	0,81
P18 - Os procedimentos adotados neste hospital são explicados ao paciente	6,19	0,71
P19 - O tratamento médico recebido é explicado ao paciente	6,48	0,66
P20 - A equipe de enfermeiros deste hospital é confiável	6,51	0,66
P21 - O paciente sente-se seguro ao utilizar os serviços deste hospital	6,71	0,55
P22 - A equipe de enfermeiros possui o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar as suas funções	6,37	0,64
P23 - Os funcionários do serviço de admissão são educados e corteses	6,02	0,72
P24 - A equipe de enfermeiros é educada e cortês	6,40	0,60
P25 - A equipe de enfermeiros é simpática e alegre	6,37	0,61
P26 - A equipe de enfermeiros conhece as necessidades do paciente	6,27	0,94

Do total de itens questionados, doze obtiveram escores de qualidade percebida nulos ($NE=SP$) ou positivos ($NE<SP$), indicando que as expectativas dos clientes foram igualadas ou superada. Observa-se que nestes itens os escores finais foram próximos a zero (QP em torno de 0,15), indicando níveis de expectativas bastante próximos ao serviço percebido.

Entre os quatorze itens cuja qualidade percebida não foi satisfatória (NE>SP), P8 ("estacionamento adequado"), P5 ("temperatura dos alimentos") e P4 ("refeições apetitosas e saborosas") tiveram os mais baixos escores: -1,71; -0,82 e -0,56, respectivamente.

Quadro 12 - Qualidade Percebida.

ITENS	SP - NE	Q. P.
V1 - Instalações	6,34-6,27	0,07
V2 - Higiene e limpeza do banheiro	6,37-6,24	0,13
V3 - Higiene e limpeza do quarto	6,35-6,30	0,05
V4 - Refeições	5,69-6,25	-0,56
V5 - Temperatura dos alimentos	5,38-6,20	-0,82
V6 - Respeito à privacidade do paciente	6,21-6,23	0,02
V7 - Tranquilidade e silêncio do quarto	5,75-6,20	-0,45
V8 - Estacionamento	4,24-5,95	-1,71
V9 - Refeições servidas nos horários determinados	5,75-6,11	-0,36
V10 - Médicos e enferm. desempenham suas funções em horários definidos	6,19-6,19	0
V11 - Manutenção de registros corretos e atualizados sobre os pacientes	5,96-6,14	-0,18
V12 - Informação ao paciente de quando os serviços serão realizados	6,11-6,21	-0,10
V13 - Atendimento imediato ao paciente	5,97-6,29	-0,32
V14 - Rapidez do serviço de admissão (baixa)	5,97-6,05	-0,08
V15 - Disposição de funcionários e enfermeiros em auxiliar o paciente	6,04-6,16	-0,12
V16 - Funcionários e enfermeiros ocupados demais para atender	4,38-4,02	0,36
V17 - Explicação dos procedimentos referentes à alta	6,04-6,20	-0,16
V18 - Explicação dos procedimentos gerais do hospital	6,19-6,28	-0,09
V19 - Explicação do tratamento médico	6,48-6,46	0,02
V20 - Confiabilidade da equipe de enfermeiros	6,51-6,53	-0,02
V21 - Segurança na utilização dos serviços do hospital	6,71-6,58	0,13
V22 - Conhecimento e habilidades necessárias à equipe de enfermeiros	6,37-6,31	0,06
V23 - Educação e cortesia dos funcionários do serviço de admissão	6,02-6,01	0,01
V24 - Educação e cortesia de equipe de enfermeiros	6,40-6,33	0,07
V25 - Simpatia e alegria da equipe de enfermeiros	6,37-6,33	0,04
V26 - Conhecimento das necessidades do paciente	6,27-6,38	-0,11

Onde: SP = Serviço Percebido; NE = Nível de Expectativas e QP = Qualidade Percebida.

5.2.5. Dimensões da Qualidade Percebida:

Foi efetuada a análise fatorial dos itens componentes da bateria "serviço percebido", através do procedimento SPSS-VARIMAX (rotação ortogonal da matriz principal). O trabalho

de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) utilizou o procedimento OBLIMIN (rotação oblíqua). Entretanto, este procedimento só foi utilizado porque a análise fatorial com rotação ortogonal não apresentou fatores claramente definidos. Deste modo, no presente trabalho, optou-se inicialmente pela rotação ortogonal, a qual resultou em fatores com boa independência permitindo uma interpretação bem definida.

Foram considerados somente os fatores com auto-valores ("eigenvalues") superiores a um e os itens retidos em cada fator foram aqueles com carga fatorial igual ou acima de 0,40 e/ou com maior similaridade entre si. A Tabela 5 apresenta uma síntese da matriz fatorial.

Fatores com "eigenvalues" inferiores a um não são mais significativos do que uma variável tomada individualmente e por isso foram desconsiderados em interpretações posteriores. Por sua vez, através das cargas fatoriais é possível medir a força da relação entre as variáveis observadas e os fatores fundamentais estimados; assim, elas representam os coeficientes de correlação entre as variáveis e os fatores.

Para fins de uso da análise fatorial, uma medida anterior à rotação da matriz principal deve ser considerada: o teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

O teste KMO verifica a força da relação linear entre as variáveis observadas e suas implicações quanto ao uso da análise fatorial. Via de regra, valores do KMO próximos à 0,7 são considerados regulares; abaixo de 0,7, insatisfatórios; entre 0,8 e 0,9, muito bons e acima de 0,9, excelentes. Os resultados encontrados apontam valor de $KMO = 0,871$, do qual conclui-se ser adequado o uso da análise fatorial.

Uma análise inicial indicou que o Fator 6 não apresentava razões para ser mantido em posteriores interpretações. Primeiramente, F6 reteve apenas um único item (P16), o qual procurava identificar se os funcionários e enfermeiros do hospital são ocupados demais para que possam prestar um atendimento imediato ao paciente. Além disso, P16 foi o único item cuja estrutura da frase possuía conotação negativa, o que pode ter influenciado de alguma

forma os resultados encontrados. Finalmente, este item não apresentou carga fatorial satisfatória em nenhum outro fator.

Os cinco fatores resultantes são discutidos a seguir.

Fator 1 - "Atendimento Pessoal": agrupou elementos relacionados à interação entre o cliente e os implementadores do serviço, principalmente, equipe de enfermeiros e funcionários em geral. Inclui os seguintes itens:

- Respeito à privacidade do paciente;
- Confiabilidade da equipe de enfermeiros;
- Segurança no uso dos serviços do hospital;
- Conhecimentos e habilidades da equipe de enfermeiros;
- Educação e cortesia da equipe de enfermeiros e dos funcionários da admissão;
- Simpatia e alegria da equipe de enfermeiros;
- Conhecimento das necessidades dos pacientes;
- Disposição de funcionários e enfermeiros em auxiliar o paciente.

Fator 2 - "Hotelaria": compreende aspectos complementares do serviço, elementos do serviço ampliado, incluindo:

- Refeições;
- Horários em que as refeições são servidas;
- Temperatura em que os alimentos são servidos;
- Estacionamento;
- Tranquilidade e silêncio do quarto.

Fator 3 - "Responsabilidades": agrupa os itens relativos às responsabilidades inerentes ao serviço prestado. Inclui os seguintes itens:

- Desempenho das atividades de médicos e enfermeiros em horários determinados;
- Informação de quando os serviços serão realizados;
- Manutenção de registros sobre o paciente;
- Atendimento imediato ao paciente;
- Rapidez do serviço de admissão.

Fator 4 - "Instalações": este fator compreende os elementos relacionados com as instalações do hospital, quais sejam:

- Instalações do hospital;
- Limpeza e higiene do quarto;

- Limpeza e higiene do banheiro.

Tabela 5 - Matriz Fatorial (Rotação Ortogonal)*

FATORES	F1	F2	F3	F4	F5	F6
ÍTENS						
P6	51		42			
P15	46		48			
P20	64				50	
P21	58				49	
P22	69					
P23	58					
P24	83					
P25	81					
P26	67					
P4		81				
P5		81				
P7		57				
P8		71				
P9		73				
P10			75			
P11			76			
P12	40		72			
P13			55			
P14			40			
P1				77		
P2				89		
P3				89		
P17					78	
P18					59	
P19					72	
P16						71
% Variância	38,2	11,4	6,4	5,2	4,8	3,9

* - Valores da carga fatorial multiplicados por 100;
 - Cargas fatoriais abaixo de 0,40 foram desconsideradas;
 - Percentual de variância acumulado = 69,9%

Fator 5 - "Consideração": compreende aspectos de atenção especial ao paciente, atitudes pró-ativas da organização. Inclui os seguintes itens:

- Explicação dos procedimentos do hospital ao paciente;
- Explicação dos procedimentos referentes à alta ao paciente;
- Explicação do tratamento médico ao paciente.

O número final de fatores é similar ao número de dimensões de qualidade apresentadas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988). Entretanto, as cinco dimensões encontradas no

presente trabalho diferem significativamente das dimensões originais em termos dos ítems retidos.

A dimensão original "Tangíveis" teve seus ítems distribuídos em três dimensões diferentes, principalmente "Hotelaria" e "Instalações".

Os ítems que compunham a dimensão "Confiabilidade", juntamente com alguns ítems ligados à "Sensibilidade", constituíram uma nova dimensão, chamada "Responsabilidades".

Aspectos relacionados à explicação de procedimentos e do tratamento médico ao paciente, originalmente pertencentes à dimensão "Sensibilidade", constituíram uma dimensão única, aqui chamada "Consideração".

Os demais ítems, mais todos aqueles relacionados às dimensões "Garantias" e "Empatia" formaram a principal dimensão de qualidade dos serviços de saúde analisados, denominada "Atendimento Pessoal". A Tabela 6 apresenta a comparação entre as dimensões originais e as dimensões de qualidade do serviço hospitalar resultantes deste trabalho.

Na análise fatorial, a importância de um determinado fator pode ser determinada pela quantidade da variância total do grupo original de variáveis observadas que ele pode explicar. O fato da dimensão "Atendimento Pessoal" responder por mais da metade do total de variância explicada, demonstra uma especial atenção do cliente quanto ao tratamento que lhe é dispensado (não confundir com o tratamento médico), provavelmente em função da situação em que os serviços são utilizados, quando o cliente encontra-se mais sensível e necessitando de uma atenção pessoal maior. Pelos resultados do presente estudo, trata-se da dimensão de qualidade percebida mais importante em serviços hospitalares diferenciados.

As diferenças encontradas entre as dimensões originais e as dimensões do serviço hospitalar reforçam a afirmação de aquelas serem dimensões genéricas de serviço, sendo necessária a determinação específica das dimensões que compõem a qualidade percebida para

cada serviço avaliado. Fica claro que as dimensões originais dificilmente podem ser generalizadas para uma ampla gama de serviços, conforme os autores do modelo preconizaram (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Contudo, o instrumento SERVQUAL demonstrou ser um excelente ponto de partida para avaliar a qualidade percebida de um serviço. Apesar de necessárias modificações, adequando-o ao serviço avaliado, os itens originalmente apresentados permitem um bom direcionamento para tais alterações.

Tabela 6 - Dimensões Originais vs Dimensões do Serviço Hospitalar*

DO	DSH	Atendimento Pessoal	Hotelaria	Responsabilidades	Instalações	Consideração
Tangíveis						
- Instalações					77	
- Banheiro					89	
- Quarto					89	
- Refeições			81			
- Temperatura dos alimentos			81			
- Privacidade		51		42		
- Tranquilidade do ambiente			57			
- Estacionamento			71			
Confiabilidade						
- Horário para refeições			73			
- Horário para atividades				75		
- Registros s/ o paciente				76		
Sensibilidade						
- Informar quando		40		72		
- Atendimento imediato				50		
- Admissão rápida				40		
- Disponibilidade p/ auxiliar		46		48		
- Explic. proced. do hospital						78
- Explic. proced. de alta		47				59
- Explic. do tratamento						72
Garantias						
- Confiabilidade enfermeiros		64				
- Segurança		58				
- Conhecimento/Habilidades		69				
Empatia						
- Cortesia serviço admissão		58				
- Cortesia enfermeiros		83				
- Simpatia enfermeiros		81				
- Conhecim. necessidades		67				

* Valores multiplicados por 100;
Valores menores que 0,40 foram desconsiderados.

Por outro lado, as dimensões aqui identificadas são semelhantes às encontradas por Carman (1991). Em suas conclusões, Carman aponta que os elementos relacionados à equipe de enfermeiros constituíram a dimensão com maior percentual de variância explicada. Em certo sentido, este resultado assemelha-se ao acima discutido, referente à dimensão "Atendimento Pessoal", a qual agrupa itens relativos à equipe de enfermeiros.

Como última análise, o cruzamento dos escores fatoriais e diferentes características da amostra, com o objetivo de identificar se algum fator apresentaria correlação mais forte com alguma variável de caracterização. Assumiu-se que o escore fatorial de cada fator estimado era a variável dependente, enquanto que as variáveis independentes eram os itens de caracterização. Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nos seguintes cruzamentos:

Tabela 7 - Análise de Variância: Item Faixa Etária x Atendimento Pessoal.

Significância de F = 0,003 (*)
 Variância Explicada = 16,026
 Variância Residual = 176,648
 Valor de $R^2 = 0,083$

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

Tabela 8 - Análise de Variância: Item Local da Entrevista x Hotelaria.

Significância de F = 0,000 (*)
 Variância Explicada = 78,908
 Variância Residual = 114,092
 Valor de $R^2 = 0,409$

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

Tabela 9 - Análise de Variância: Item Forma de Pagamento x Hotelaria.

Significância de F = 0,001 (*)
 Variância Explicada = 18,770
 Variância Residual = 174,230
 Valor de $R^2 = 0,097$

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

Tabela 10 - Análise de Variância: Item Experiência x Hotelaria.

Significância de F = 0,032 (*)
 Variância Explicada = 6,846
 Variância Residual = 151,051
 Valor de $R^2 = 0,043$

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

Tabela 11 - Análise de Variância: Item Local da Entrevista x Responsabilidades.

Significância de F = 0,019 (*)
 Variância Explicada = 7,857
 Variância Residual = 185,143
 Valor de $R^2 = 0,041$

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

Tabela 12 - Análise de Variância: Item Forma de Pagamento x Responsabilidades.

Significância de F = 0,050 (*)
 Variância Explicada = 9,417
 Variância Residual = 185,583
 Valor de $R^2 = 0,049$

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

Tabela 13 - Análise de Variância: Item Local da Entrevista x Instalações.

Significância de F = 0,001 (*)
 Variância Explicada = 13,938
 Variância Residual = 179,062
 Valor de $R^2 = 0,072$

(*) Significante a um nível de 5% (0,05).

As Tabelas 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 apresentam os respectivos níveis de significância de F, variância explicada, variância residual e valores de R^2 para cada um dos cruzamentos realizados. Muito embora os valores de significância de F tenham ficado abaixo de 0,05, indicando diferença estatística ao nível de 5%, os valores de R^2 indicam pouco poder de explicação de variável dependente pela variável independente em todos os casos.

Os valores R^2 ficaram abaixo de 0,1 (10%) em todos os casos, exceto um - Local da Entrevista x Hotelaria - em que alcançou 41% aproximadamente. Contudo, mesmo com este valor, a variável independente não consegue explicar nem metade da variância total da variável dependente.

Os resultados aqui encontrados apontam para a necessidade de novos estudos a fim de identificar que outros aspectos, inseridos na variância residual, explicam o comportamento da variável dependente, principalmente em termos do fator Hotelaria o qual apresentou maior número de cruzamentos em que verificou-se diferenças estatisticamente significantes.

6. CONCLUSÕES

*"If the future's looking dark, we're the ones who have to shine
if there's no one in control, we're the ones who draw the line
Though we live in trying times, we're the ones who have to try
though we know that time has wings, we're the ones who have to fly"*

- Neil Peart -

O desenvolvimento da indústria de serviços, cuja participação na economia eleva-se a cada ano em níveis mundiais, determina a necessidade de teóricos e práticos direcionarem seus esforços no sentido de compreender melhor a dinâmica da prestação de serviços.

Os conhecimentos iniciais relativos à definição, caracterização e, principalmente, diferenciação dos serviços em relação a bens tangíveis tornaram-se insuficientes. Ante a complexidade e diversidade de elementos envolvidos na oferta de serviços, tornou-se indispensável o direcionamento de estudos a temas específicos do setor. Dentre estes, a definição e mensuração da qualidade em serviços vem recebendo considerável destaque.

Observa-se que a tão almejada qualidade ainda representa um enigma o qual diversos estudiosos e organizações tentam desvendar. Nesta direção, os trabalhos de Parasuraman, Zeithaml e Berry constituem importante contribuição. O Modelo de Qualidade de Serviços (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985) e o instrumento para a mensuração da qualidade percebida SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) contribuíram para a compreensão da dinâmica da qualidade em serviços.

Neste contexto, o presente estudo procurou avaliar a qualidade percebida por clientes de serviços hospitalares diferenciados, a partir da aplicação do instrumento SERVQUAL. Além disso, buscou-se identificar dimensões de qualidade específicas destes serviços bem como discutir aspectos operacionais relativos à utilização do instrumento SERVQUAL. As conclusões deste estudo são apresentadas a seguir. A fim de tornar sua leitura mais clara e objetiva, tais conclusões foram divididas nos seguintes tópicos:

- A) Operacionalização do instrumento SERVQUAL;
- B) Avaliação da qualidade percebida;
- C) Dimensões da qualidade percebida;
- D) Implicações gerenciais e para futuras pesquisas.

6.1. Operacionalização do Instrumento SERVQUAL

Uma das críticas mais severas ao instrumento SERVQUAL é direcionada à validade do constructo da qualidade de serviços como sendo a diferença entre expectativas do consumidor em relação a uma classe genérica de serviços e suas percepções quanto ao serviço prestado por uma empresa específica desta classe. O questionamento enfoca a mensuração da qualidade em termos de P - E (Cronin & Taylor, 1992 e Teas, 1994) e a validade de apurar as expectativas do cliente após este ter recebido o serviço (Carman, 1990).

Cronin & Taylor (1992) afirmam que medidas de qualidade baseadas somente na performance são superiores à proposta do SERVQUAL. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994) discordam firmemente de tal posição. Dada a ausência de elementos os quais permitam conclusões mais consistentes quanto a esta questão, novos estudos devem buscar elucidar tal dúvida. Caso seja comprovada a superioridade da medida SERVPERF (base-performance), as conclusões de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985 e 1988) a respeito da mensuração da

qualidade percebida seriam inadequadas. Por outro lado, a exclusão da bateria "nível de expectativas" pode trazer vantagens e desvantagens às empresas.

Como principal vantagem, haveria uma simplificação e agilização da aplicação do instrumento de coleta de dados. Como desvantagem, a não identificação das expectativas dos clientes representa a perda de uma importante informação para as organizações.

A inexistência de estudos mais conclusivos acerca desta questão permite concluir-se que o instrumento SERVQUAL não pode ser considerado inadequado. Partindo-se desta premissa, uma segunda questão deve ser discutida: a administração do instrumento SERVQUAL em um só momento.

Carman (1990) questiona a validade de aplicar-se as questões de identificação das expectativas do cliente após este ter recebido o serviço. Segundo o autor, o padrão de expectativas poderia ser influenciado pela experiência de uso do serviço.

Os resultados da análise de correlação entre a variável independente experiência anterior com o serviço e a variável dependente nível de expectativas, não demonstrou diferenças estatisticamente significantes entre clientes que já haviam utilizado os serviços anteriormente e aqueles sem histórico de uso anterior. Este resultado aponta para a validação da aplicação do SERVQUAL em um único momento, visto que não há relação direta entre padrões de expectativas e utilização anterior - ou não - do serviço.

Outro aspecto relativo à operacionalização do instrumento SERVQUAL diz respeito ao grau com que os itens que o compõe devam ser alterados. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) propuseram o instrumento como um "esqueleto básico", sujeito a alterações de acordo com as necessidades da pesquisa.

As alterações que se fizeram necessárias no presente estudo confirmam o instrumento SERVQUAL como uma estrutura básica. Os itens devem ser modificados e complementados

em função das situações de serviço a serem avaliados. No caso de hospitais, as múltiplas situações implicam no desdobramento de itens para mais de uma situação (caso das explicações ao paciente). A validade dos itens originais, contudo, representa uma excelente base para o desenvolvimento de instrumentos específicos para cada organização. Em sintonia com esta opinião, Cronin & Taylor (1992) afirmam que em função dos procedimentos utilizados para o seu desenvolvimento e a partir de pesquisas posteriores, os 22 itens da escala original demonstram boa validade.

Enfocando-se especificamente as organizações hospitalares, a mensuração da qualidade percebida pelo cliente aponta duas limitações para a utilização de um instrumento único para a coleta dos dados. A primeira, relativa a itens de serviço que o paciente não pode avaliar, mas que, nem por isso, são menos importantes. Um exemplo é o processo de alta.

Todo o processo iniciado a partir da solicitação do encerramento da conta em decorrência da alta médica é acompanhado, via de regra, por um familiar ou amigo do paciente, não sendo possível a ele avaliar aspectos como atendimento, rapidez e precisão da conta. Outros itens relacionados a certos contatos com enfermeiros e funcionários feitos pelo acompanhante do paciente também deixam de ser avaliados. Desta forma, a qualidade do serviço como um todo não pode ser avaliada somente a partir do paciente. Acompanhantes - amigos ou familiares - são, também, clientes e muitos aspectos do serviço prestado são percebidos somente por eles.

Isto sugere a necessidade de desenvolver-se um instrumento ou instrumentos para coleta de opiniões não somente junto ao paciente, mas também a partir do acompanhante, no caso de itens que o paciente não pode avaliar.

Uma segunda limitação refere-se a pacientes não eletivos, ou seja, pacientes cuja internação deu-se em caráter emergencial. Tanto devido às condições físicas quanto psicológicas este paciente não teria condições de avaliar a qualidade dos serviços quando de

sua entrada no hospital. Novamente, caberia ao acompanhante realizar tal avaliação. A partir de um certo tempo, considerando-se a recuperação do paciente, este poderia responder a questões relativas a itens já passíveis de avaliação por ele, chegando-se a uma situação semelhante à apontada na limitação anterior.

6.2. Avaliação da Qualidade Percebida

A análise dos resultados obtidos a partir das baterias "grau de importância", "nível de expectativas" e "serviço percebido" aponta para os itens de confiabilidade da equipe de enfermeiros e segurança no uso dos serviços do hospital como os mais relevantes à qualidade sob a ótica do cliente.

Estes itens apresentaram os mais elevados graus de importância atribuída e os mais altos níveis de expectativas. O item "segurança..." apresentou percepções superiores às expectativas, indicando uma qualidade satisfatória. Por sua vez, o serviço percebido em termos de confiabilidade da equipe de enfermeiros foi ligeiramente inferior ao nível de expectativas dos clientes.

Em termos gerais, o fato da maioria dos 26 itens - mais precisamente 14 itens - apresentar níveis de expectativas superiores aos níveis de serviço percebido aponta para uma qualidade global insatisfatória, na média da opinião dos pacientes entrevistados nos três hospitais.

6.3. Dimensões da Qualidade Percebida

Identificar as dimensões da qualidade percebida para serviços diferenciados de hospitais representou o objetivo central do presente trabalho. O conhecimento destas dimensões representa, para as organizações, uma sólida base para ações mercadológicas e, a nível interno, para o desenvolvimento de programas de qualidade.

As dúvidas relativas à generalização das cinco dimensões originais propostas por Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) - tangíveis, confiabilidade, sensibilidade, garantias e empatia - levaram à necessidade de estudos específicos para diferentes tipos de serviços, como o trabalho de Carman (1990).

As cinco dimensões originais não se confirmaram na presente pesquisa. Foram identificados seis fatores, dos quais um foi desconsiderado por representar somente uma variável. Os cinco fatores restantes constituíram-se de modo distinto aos fatores originalmente propostos como genéricos, sendo assim definidos:

Fator 1 - "Atendimento Pessoal": agrupou elementos relacionados à interação entre o cliente e os implementadores do serviço, principalmente, equipe de enfermeiros e funcionários em geral. Inclui os seguintes itens:

- Respeito à privacidade do paciente;
- Confiabilidade da equipe de enfermeiros;
- Segurança no uso dos serviços do hospital;
- Conhecimentos e habilidades da equipe de enfermeiros;
- Educação e cortesia da equipe de enfermeiros e dos funcionários da admissão;
- Simpatia e alegria da equipe de enfermeiros;
- Conhecimento das necessidades dos pacientes;
- Disposição de funcionários e enfermeiros em auxiliar o paciente.

Fator 2 - "Hotelaria": compreende aspectos complementares do serviço, elementos do serviço ampliado, incluindo:

- Refeições;
- Horários em que as refeições são servidas;
- Temperatura em que os alimentos são servidos;
- Estacionamento;
- Tranquilidade e silêncio do quarto.

Fator 3 - "Responsabilidades": agrupa os itens relativos às responsabilidades inerentes ao serviço prestado. Inclui os seguintes itens:

- Desempenho das atividades de médicos e enfermeiros em horários determinados;
- Informação de quando os serviços serão realizados;
- Manutenção de registros sobre o paciente;

- Atendimento imediato ao paciente;
- Rapidez do serviço de admissão.

Fator 4 - "Instalações": este fator compreende os elementos relacionados com as instalações do hospital, quais sejam:

- Instalações do hospital;
- Limpeza e higiene do quarto;
- Limpeza e higiene do banheiro.

Fator 5 - "Consideração": compreende aspectos de atenção especial ao paciente, atitudes pró-ativas da organização. Inclui os seguintes itens:

- Explicação dos procedimentos do hospital ao paciente;
- Explicação dos procedimentos referentes à alta ao paciente;
- Explicação do tratamento médico ao paciente.

Deve-se destacar a importância da dimensão "atendimento pessoal", indicada pelo percentual de variância deste fator em relação ao total da variância explicada. Esta dimensão representou 38,2% da variância acumulada (69,9%). Isto implica em dizer que os itens que constituem o atendimento pessoal formam a mais importante dimensão de qualidade percebida pelo paciente, reafirmando a importância do fator humano neste tipo de serviço.

Pode-se concluir, também, que o instrumento SERVQUAL é bastante mais consistente e genérico em termos dos itens individualmente do que em função das dimensões de qualidade que estes itens representam.

6.4. Implicações Gerenciais e para Futuras Pesquisas

A identificação das cinco dimensões determinantes da qualidade percebida em serviços hospitalares diferenciados permite aos hospitais uma melhor compreensão dos fatores mais relevantes na ótica do cliente. Neste sentido, a importância assumida pela dimensão "atendimento pessoal" implica em cuidados especiais quanto à gestão de recursos humanos. Esta conclusão é consistente com a literatura de serviços, a qual preconiza o gerenciamento dos

recursos humanos e sua inserção no contexto da formulação estratégica das organizações como condição básica de sucesso.

Malik (1992) aponta que a administração da qualidade no setor da saúde é indissociável de modificações na cultura organizacional e do desenvolvimento de recursos humanos. Firnstahl (1989) também destaca o fator humano como fundamental para o sucesso das organizações de serviço.

Por ser um serviço dependente de alto grau de contato entre cliente e funcionário (Lovelock, 1983 e Schmenner, 1986), o sucesso ou fracasso do atendimento em hospitais depende da capacidade e habilidade dos funcionários da linha de frente em bem servir o cliente (Zemke & Schaaf, 1991). A organização deve, portanto, ser capaz de recrutar, selecionar, treinar, desenvolver, motivar e recompensar seu pessoal de modo a propiciar um clima ou ambiente adequado à prestação do serviço (Murdick, Render & Russel, 1990).

O recrutamento deve atrair pessoas que realmente possam vir a suprir as vagas existentes, através de mecanismos os quais deixem claras as qualificações necessárias à função. Uma precisa descrição do trabalho e das habilidades e conhecimentos que o candidato deve dispor são os primeiros pontos a serem considerados (Murdick, Render & Russel, 1990).

Na etapa seguinte, seleção dos candidatos, devem haver critérios claramente definidos de qualificação bem como um sistema de seleção que identifique aptidões e competências do candidato, termos assim definidos por Schneider & Schechter (1992, p. 343):

"aptidão para o serviço refere-se a interesses individuais em realizar trabalhos relativos a serviços; o termo competência refere-se às capacitações e conhecimentos necessários para que seja efetivo neste trabalho".

A seleção de pessoas adequadas não representa a garantia de serviços de qualidade e clientes satisfeitos. São necessários programas que alterem comportamentos dos funcionários ou atualizem conhecimentos e habilidades, bem como preparem pessoas para uma ampliação

de responsabilidades e ocupação de posições superiores. Estas duas atividades são denominadas, respectivamente, treinamento e desenvolvimento de pessoal (Murdick, Render & Russel, 1990).

A base para o treinamento de pessoas em serviços de alto contato é a compreensão do processo de interação funcionário-cliente (Bitran & Hoeh, 1992). Neste sentido, "treinar" significa dotar o funcionário dos recursos de comunicação, controle do processo de prestação do serviço e habilidades de recuperação de clientes insatisfeitos necessários ao atendimento de qualidade superior.

Por sua vez, a possibilidade de crescimento profissional representa um elemento motivacional (Murdick, Render & Russel, 1990) assim com compensações ou incentivos financeiros (Zemke & Schaaf, 1991). O reconhecimento e a recompensa por desempenhos de alta qualidade estimula o funcionário a esforçar-se cada vez mais no sentido de atender bem os clientes.

Neste ponto é fundamental considerar que um gerenciamento adequado de recursos humanos deve considerar não somente as demandas de clientes externos, mas também o atendimento das necessidades e direitos dos clientes internos (Murdick, Render & Russel, 1990). Somente funcionários satisfeitos e motivados prestam um serviço de qualidade (Zemke & Schaaf, 1991).

Desta forma, a principal implicação deste pesquisa em termos gerenciais é a necessidade das organizações investirem na estruturação de um sistema gerencial de recursos humanos capaz de manter os níveis de satisfação de seus clientes externos a partir da satisfação de seus clientes internos, priorizando o marketing interno, treinamento e programas de incentivos e recompensas.

Conforme cita Malik (1992, p. 38):

"De fato, uma das primeiras contatações necessárias para se implantar a administração da qualidade é que recursos humanos devem passar a ser vistos como investimento e não apenas, como é tão comum observar no setor da saúde, como mais um item de custeio.

Como implicação secundária, está o direcionamento das comunicações de marketing. Ao destacar aspectos de atenção pessoal, a organização poderá despertar a confiança e segurança junto a potenciais clientes. Este trabalho deve ser focado, principalmente, na comunidade médica cuja participação na escolha do hospital, fornecimento de informações e, muito provavelmente, na própria formação nas expectativas do cliente é bastante significativa.

Deve-se destacar, também, o fato dos aspectos complementares do serviço (fator "Hotelaria") posicionarem-se como a segunda dimensão mais importante, em termos do percentual de variância total explicada. Esta constatação é bastante significativa, visto que todos os itens que compõem este fator ficaram aquém das expectativas dos clientes.

Com relação a futuras pesquisas, algumas questões importantes emergiram a partir do presente estudo:

- 1) As dimensões de qualidade dos serviços diferenciados podem ser generalizadas a outras situações de serviço, tais como atendimentos ambulatoriais ou internações de períodos mais longos?
- 2) Considerando-se que as expectativas dos pacientes não são condicionadas à experiência anterior com o serviço, que outros fatores determinam os padrões de serviço esperado? Qual o papel e importância do médico neste processo?
- 3) Que instrumentos seriam mais eficazes para a mensuração da qualidade percebida em itens não passíveis de avaliação por parte do paciente ou em casos de internação em caráter de emergência?

Trabalhos visando responder a estas perguntas ampliariam significativamente a compreensão da dinâmica da qualidade em serviços de saúde, particularmente, hospitais. Ainda, considerando-se as sugestões de Cronin & Taylor (1994), Teas (1994) e Parasuraman, Zeithaml & Berry (1994), percebe-se que o tema qualidade de serviços oferece um vasto campo de exploração, onde o número de questionamentos supera consideravelmente as respostas encontradas.

Deve-se considerar, contudo, que o desenvolvimento do conhecimento em qualquer área das ciências implica em uma constante busca de respostas e no despertar de novas perguntas. Sob este prisma, os trabalhos de Parasuraman, Zeithaml e Berry são de grande valor, pois não somente permitiram um direcionamento dos esforços de pesquisa na área de serviços, como também suscitaram o debate em alto nível, permitindo a expansão dos conhecimentos de estudiosos e práticos do marketing.

ANEXO 1

Instrumento de Coleta de Dados

"SERVQUAL"

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE PERCEBIDA EM SERVIÇOS HOSPITALARES
DIFERENCIADOS

Formulário Número |__|__|__|

Caracterização do Entrevistado

C1. Local da entrevista:

1. () Hospital Moinhos de Vento
2. () Santa Casa
3. () Hospital das Clínicas

C2. Sexo do entrevistado:

1. () Masculino
2. () Feminino

C3. Faixa etária do entrevistado:

1. () Até 20 anos
2. () De 21 até 30 anos
3. () De 31 até 40 anos
4. () De 41 até 50 anos
5. () Mais de 50 anos

C4. Forma de pagamento utilizada:

1. () Particular
2. () Convênios
3. () Outros

C5. A quem pode-se atribuir a decisão de utilizar este Hospital?

1. () Paciente
2. () Médico
3. () Médico e paciente
4. () Familiares
5. () Paciente e familiares
6. () Outros

C6. Já havia sido internado em algum Hospital anteriormente?

1. () Não
2. () Sim - Neste Hospital
3. () Sim - Em outro Hospital

C7. Qual dos itens abaixo o Sr(a) utilizou como fonte de informações sobre este Hospital?

1. () Amigos e parentes
2. () Utilização anterior dos serviços deste Hospital
3. () Informações fornecidas pelo médico
4. () Propagandas (material de divulgação, anúncios etc.)
5. () Outros

Grau de Importância

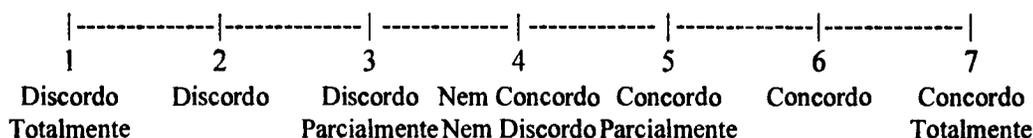
Abaixo estão listados diversos aspectos relacionados aos serviços oferecidos em Hospitais. Indique o grau de importância que o Sr(a) atribui a cada um destes aspectos no momento de avaliar os serviços prestados por um Hospital, utilizando a escala abaixo:

----- ----- -----
1 2 3 4
Nada Pouco Importante Muito
Importante Importante Importante

- () I1. Instalações do hospital.
- () I2. Privacidade do paciente.
- () I3. Refeições servidas ao paciente.
- () I4. Tranquilidade e silêncio do ambiente.
- () I5. Rapidez no atendimento ao paciente.
- () I6. Horários determinados para realização das atividades de médicos, enfermeiros e funcionários.
- () I7. Manutenção de registros sobre o paciente.
- () I8. Explicação dos procedimentos do Hospital ao paciente (solicitação de roupas de cama e banho, crachás para acompanhante, refeições, encerramento da conta, ligações telefônicas...)
- () I9. Explicação do tratamento médico ao paciente.
- () I10. Segurança e confiabilidade transmitidas pelo hospital.
- () I11. Cortesia dos funcionários e enfermeiros.
- () I12. Conhecimento das necessidades dos pacientes demonstrado por enfermeiros e funcionários.

Nível de Expectativas

Abaixo são apresentadas várias afirmações representando as expectativas relacionadas a diversos aspectos de um Hospital. Indique o seu grau de concordância em relação a cada uma destas afirmações, utilizando a escala abaixo:



- () E1. As instalações dos Hospitais deveriam ser visualmente atraentes.
- () E2. O banheiro deveria ser limpo e higiênico.
- () E3. O quarto deveria ser limpo e higiênico.
- () E4. As refeições deveriam ser apetitosas e saborosas.
- () E5. Os alimentos deveriam ser servidos em uma temperatura adequada.
- () E6. A equipe de enfermeiros deveria respeitar a privacidade do paciente.
- () E7. O quarto deveria ser tranquilo e silencioso.
- () E8. Hospitais deveriam dispor de um estacionamento adequado.
- () E9. As refeições deveriam ser servidas durante horários determinados.
- () E10. Médicos e enfermeiros deveriam desempenhar suas funções durante horários determinados.
- () E11. Hospitais deveriam manter registros corretos e atualizados sobre o paciente.
- () E12. Hospitais deveriam informar aos pacientes exatamente quando os serviços serão realizados.
- () E13. Enfermeiros e funcionários deveriam prestar um atendimento imediato ao paciente.
- () E14. O serviço de admissão (baixa) deveria ser rápido.
- () E15. Funcionários e enfermeiros deveriam estar dispostos a auxiliar o paciente.
- () E16. É aceitável que os funcionários e enfermeiros estejam ocupados demais para atender aos pacientes imediatamente.
- () E17. Os procedimentos referentes à alta deveriam ser explicados ao paciente.
- () E18. Os procedimentos adotados nos Hospitais deveriam ser explicados ao paciente.

- () E19. O tratamento médico recebido deveria ser explicado ao paciente.
- () E20. Os pacientes deveriam confiar na equipe de enfermeiros.
- () E21. Os pacientes deveriam sentir-se seguros ao utilizar os serviços dos Hospitais.
- () E22. A equipe de enfermeiros deveria possuir o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar suas funções.
- () E23. Os funcionários do serviço de admissão deveriam ser educados e corteses.
- () E24. A equipe de enfermeiros deveria ser educada e cortês.
- () E25. A equipe de enfermeiros deveria ser simpática e alegre.
- () E26. A equipe de enfermeiros deveria conhecer as necessidades dos pacientes.

Qualidade Percebida

Abaixo estão relacionadas diversas afirmações com relação aos serviços prestados por este Hospital. Indique o seu grau de concordância para cada uma das afirmações feitas, utilizando a escala abaixo:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente

- () P1. As instalações deste Hospital são visualmente atraentes.
- () P2. O banheiro é limpo e higiênico.
- () P3. O quarto é limpo e higiênico.
- () P4. As refeições são apetitosas e saborosas.
- () P5. Os alimentos são servidos em uma temperatura adequada.
- () P6. A equipe de enfermeiros respeita a privacidade do paciente.
- () P7. O quarto é tranquilo e silencioso.
- () P8. Este Hospital dispõe de um estacionamento adequado.
- () P9. As refeições são servidas durante horários determinados.
- () P10. Médicos e enfermeiros desempenham suas funções durante horários determinados.
- () P11. Este Hospital mantém registros corretos e atualizados sobre o paciente.
- () P12. Este Hospital informa aos pacientes exatamente quando os serviços serão realizados.

- () P13. Enfermeiros e funcionários prestam um atendimento imediato ao paciente.
- () P14. O serviço de admissão (baixa) é rápido.
- () P15. Funcionários e enfermeiros estão dispostos a auxiliar o paciente.
- () P16. Funcionários e enfermeiros deste Hospital são ocupados demais para atender aos pacientes imediatamente.
- () P17. Os procedimentos referentes à alta são explicados ao paciente.
- () P18. Os procedimentos adotados neste Hospital são explicados ao paciente.
- () P19. O tratamento médico recebido é explicado ao paciente.
- () P20. A equipe de enfermeiros deste Hospital é confiável.
- () P21. O paciente sente-se seguro ao utilizar os serviços deste Hospital.
- () P22. A equipe de enfermeiros possui o conhecimento e as habilidades necessárias para desempenhar suas funções.
- () P23. Os funcionários do serviço de admissão (baixa) são educados e corteses.
- () P24. A equipe de enfermeiros é educada e cortês.
- () P25. A equipe de enfermeiros é simpática e alegre.
- () P26. A equipe de enfermeiros conhece as necessidades dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Wanderly J. M. & SILVA, Maria Conceição. **Dinâmica do Setor Serviços no Brasil: emprego e produto**. Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1973. 199 p.
- BERRY, Leonard. Services Marketing is Different. In: LOVELOCK, Christopher H. (Org.). **Services Marketing**. New Jersey: Prentice Hall, 1984. p. 29-36.
- BERRY, Leonard; ZEITHAML, Valarie & PARASURAMAN, A. Quality Counts in Services, Too. In: LOVELOCK, Christopher H. **Managing Services**. New Jersey: Prentice Hall, 1988. p. 216-225.
- _____. Five Imperatives for Improving Service Quality. **Sloan Management Review**. Summer, 1990. p. 29-38.
- BERRY, Leonard & PARASURAMAN, A. **Serviços de Marketing: competindo através da qualidade**. São Paulo: Maltese-Norma, 1992. 238 p.
- BITRAN, Gabriel R. & HOECH, Johan. The Humanization of Service: respect at the moment of truth. In: LOVELOCK, Christopher. **Managing Services: marketing, operations and human resources**. 2 ed. New Jersey: Prentice Hall International Editions, 1992. 342 p.
- BOPP, Kenneth D. How Patients Evaluate the Quality of Ambulatory Medical Encounters: a marketing perspective. **Journal of Health Care Marketing**. Vol. 10, n. 1 (march), 1990. p. 6-15.
- CARMAN, James M. Consumer Perceptions of Service Quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. **Journal of Retailing**. Vol. 66, n. 1, 1990. p. 33-55
- CHAPLIN, J. P. **Dictionary of Psychology**. 2ed. New York: Laurel Books/Dell Publishing. 1985. 499 p.
- CHURCHIL, Gilbert A. **Marketing Research**. New York: The Dryden Press, 1987.
- CONSERVE, Paul D.; HUEGY, Harvey W.; MITCHELL, Robert. **Elements of Marketing**. 6ed. New Jersey: Prentice Hall, 1958.
- COX III, Eli P. The Optimal Number of Response Alternatives for a Scale: a review. **Journal of Marketing Research**. Vol. 17 (november), 1980. p. 407-422.
- CRONIN JR, J. Joseph & TAYLOR, Steven A. Measuring Service Quality: a reexamination and extension. **Journal of Marketing**. Vol. 56 (july), 1992. p. 55-68.
- _____. SERVPERF Versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. **Journal of Marketing**. Vol. 58 (january), 1994. p. 125-131.
- CROSBY, Philip B. **Qualidade é Investimento**. 5ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992 (a). 327 p.

- _____. **Qualidade sem Lágrimas**. 2ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992 (b). 234 p.
- _____. **Integração: qualidade e recursos humanos para o ano 2000**. São Paulo: Makron Books, 1993. 240 p.
- DAVIDOW, William; UTTAL, Bro. **Serviço Total ao Cliente: a arma decisiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 264 p.
- DAVIDOW, William & UTTAL, Bro. Services Companies: focus or falter. **Harvard Business Review**. July-August, 1989. p. 77-85.
- DAY, George S. **Estratégia Voltada para o Mercado**. Rio de Janeiro: Record, 1990. 432 p.
- DAY, George S.; SHOCKER, Allan D.; SRIVASTAVA, Rajendra K. Customer-Oriented Approaches to Identifying Product-Markets. **Journal of Marketing**. Vol. 43, 1979. p. 8-19.
- DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marquês-Saraiva, 1990. 367 p.
- DENTON, D. Keith. **Qualidade em Serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva**. São Paulo: Makron McGraw-Hill. 1990. 222 p.
- DILLON, William; MADDEN, Thomas & FIRTLE, Neil. **Marketing Research in a Marketing Environment**. St. Louis: Times Mirror/ Mosby College, 1987. 773 p.
- ENGEL, James F.; BLACKWELL, Roger D. & Miniard, Paul W. **Consumer Behavior**. 6ed. Orlando: The Dryden Press, 1990. 789 p.
- FIRNSTAHL, Timothy W. My Employees Are My Service Guarantee. **Harvard Business Review**. July-August. 1989. p. 28-32.
- FLEURY, Maria Tereza. Cultura da Qualidade e Mudança Organizacional. **Revista de Administração de Empresas**. Vol. 33, n. 2 (março-abril), 1993. p. 26-34.
- GARVIN, David A. What Does "Product Quality" Really Means?. **Sloan Management Review**. Fall, 1984. p. 25-43.
- HANKINSON, Holbrook & LLOYD, Shelley P. Gerenciamento da Mudança. In: BRINKER, Barry J. **Manual de Gestão de Custos**. New York: Warren, Gorham & Lamont/Arthur Andersen & Co., 1991. 93 p.
- HESKETT, James L. **Managing in the Services Economy**. Boston: Harvard Business School Press, 1986. 211 p.
- HRONEC, Steven M. & HUNT, Steven K. Gestão de Custos e Qualidade. In: BRINKER, Barry J. **Manual de Gestão de Custos**. New York: Warren, Gorham & Lamont/Arthur Andersen & Co., 1991. 93 p.
- HRONEC, Steven M. **Sinais Vitais: usando medidas de desempenho da qualidade, tempo e custo para traçar a rota para o futuro de sua empresa**. São Paulo: Makron Books/Arthur Andersen, 1994. 240 p.
- JOHNSON, Alton & SCHULZ, Rockwell. **Administração de Hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1979. 345 p.
- JURAN, J. M. **Juran na Liderança pela Qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1990. 386 p.
- _____. **A Qualidade desde o Projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992. 551 p.

- KINNEAR, Thomas C. & TAYLOR, James R. **Marketing Research: an applied approach**. 3 ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1987. 718 p.
- KOEPP, Stephen. Why is Service so Bad? Pul-eeze! Will Somebody Help Me?. **Time**. February, 1987. p. 26-35.
- KOTLER, Philip. **Marketing Management**. 6ed. New Jersey: Prentice Hall, 1988. 777 p.
- LE MARKETING DES SERVICES. **Revue Française du Marketing**. Paris, n. 121 (jan-fev), 1989. 125 p.
- LEVITT, Theodore. **A Imaginação de Marketing**. 2ed. São Paulo: Atlas, 1990. vol 1. 189 p.
- LIM, Jeen-Su & ZALLOCCO, Ron. Determinant Attributes in Formulation of Attitudes Toward Four Health Care Systems. **Journal of Health Care Marketing**. Vol. 8, n. 2 (june), 1988. p. 25-30.
- LOVELOCK, Christopher H. Classifying Service to Gain Strategic Marketing Insights. **Journal of Marketing**. Vol. 47 (summer), 1983. p. 9-20.
- _____. **Services Marketing**. New Jersey: Prentice Hall, 1984. 492 p.
- _____. **Managing Services: marketing, operations and human resources**. New Jersey: Prentice Hall, 1988. 414 p.
- _____. **Managing Services: marketing, operations and human resources**. 2ed. New Jersey: Prentice Hall International Editions, 1992. 472 p.
- MALIK, Ana Maria. Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerenciamento da Qualidade e Cultura das Organizações de Saúde. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo. Setembro/Outubro, 1992. p. 32-41.
- MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de Marketing**. 2 vol. São Paulo: Atlas, 1993. 575 p.
- MENEZES, Dennis & ELBERT, Norbert. Alternative Semantic Scaling Formats for Measuring Store Image: an evaluation. **Journal of Marketing Research**. Vol. 16 (february), 1979. p. 80-87.
- MIRSHAWKA, Vitor. **Hospitais: fui bem atendido!!!** São Paulo: Makron Books. 1994. 422 p.
- MURDICK, Robert; RENDER, Barry & RUSSEL, Roberta. **Services Operations Management**. Allyn and Bacon, 1990. 596 p.
- NORMANN, Richard. **Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo: Atlas. 1993. 208 p.
- O'CONNOR, Stephen & SHEWCHUK, Richard. The Influence of Perceived Hospital Service Quality on Patient Satisfaction and Intentions to Return. **Academy of Management Proceedings - Best Papers**. 49th Annual Meeting, 1989. p. 95-99.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie & BERRY, Leonard. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. **Journal of Marketing**. Vol. 49 (fall), 1985. p. 41-50.
- _____. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**. Vol. 64, n. 1, 1988. p. 12-40.
- _____. Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: implications for further research. **Journal of Marketing**. Vol. 58 (january), 1994. p. 111-124.

- PETERS, Tom. **Prosperando no Caos**. São Paulo: Harbra, 1989. 528 p.
- PILARES, Nanci C. **Atendimento ao Cliente: o recurso esquecido**. São Paulo: Nobel, 1989. 87 p.
- PORTER, Michael E. **Estratégia Competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência**. Rio de Janeiro: Campus, 1986. 362 p.
- _____. **Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. 3ed. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 512 p.
- SCHMENNER, Roger W. How Can Services Business Survive and Proper. In: LOVELOCK, Christopher. **Managing Services: marketing, operations and human resources**. 2 ed. New Jersey: Prentice Hall International Editions, 1992. 472 p.
- SCHNEIDER, Benjamin & SCHECHTER, Daniel. Development of a Personnel Selection System for Service Job. In: LOVELOCK, Christopher. **Managing Services: marketing, operations and human resources**. 2 ed. New Jersey: Prentice Hall International Editions, 1992. 472 p.
- SCHOLTES, Peter R. **Times da Qualidade: como usar equipes para melhorar a qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992. 292 p.
- SHOSTACK, G. Lynn. Breaking Free from Product Marketing. In: LOVELOCK, Christopher H. **Services Marketing**. New Jersey: Prentice Hall, 1984. p. 37-48.
- SMITH, Wendell R. Product Differentiation and Marketing Segmentation as Alternative Marketing Strategies. **Journal of Marketing**. July, 1956. p. 3-8.
- STANTON, William J. **Fundamentals of Marketing**. 3ed. New York: McGraw-Hill, 1971.
- SWAN, John; TRAWICK, Fredrick & CAROL, Maxwell. Effect of Participation in Marketing Research on Consumer Attitudes Toward Research and Satisfaction with a Service. **Journal of Marketing Research**. Vol. 18 (august), 1981. p. 356-363.
- TAGUCHI, G. **Engenharia da Qualidade em Sistemas de Produção**. São Paulo: Makron McGraw-Hill, 1991. 235 p.
- TEAS, R. Kenneth. Expectations, Performance Evaluation, and Consumers' Perceptions of Quality. **Journal of Marketing**. Vol. 57 (october), 1993. p. 18-34.
- _____. Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: an assessment of a reassessment. **Journal of Marketing**. Vol. 58 (january), 1994. p. 132-139.
- TEBOUL, James. **Gerenciando a Dinâmica da Qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991. 292 p.
- TOMEI, Patrícia Amélia & BRAUNSTEIN, Marcelo. **Cultura Organizacional e Privatização: a dimensão humana**. São Paulo: Makron Books, 1993. 94 p.
- TOWNSEND, Patrick & GEBHARDT, Joan. **Compromisso com a Qualidade: um sistema comprovado de melhoria da qualidade**. Rio de Janeiro: Campus, 1991. 188 p.
- _____. **Qualidade em Ação: lições de liderança, participação e avaliação**. São Paulo: Makron Books, 1993. 224 p.
- WALKER, Denis. **O Cliente em Primeiro Lugar: o atendimento e a satisfação de cliente como uma arma poderosa de fidelidade e vendas**. São Paulo: Makron Books, 1991. 186 p.

- WILDT, Albert; MAZIS, Michael. Determinants of Scale Response: label versus position. **Journal of Marketing Research**. Vol. 15 (may), 1978. p. 261-267.
- WOODSIDE, Arch & SHINN, Raymond. Customer Awareness and Preferences Toward Competing Hospital Services. **Journal of Health Care Marketing**. Vol. 8, n. 1 (march), 1988. p. 39-47.
- WOODSIDE, Arch; FREY, Lisa & DALY, Robert. Linking Service Quality, Customer Satisfaction and Behavioral Intention. **Journal of Health Care Marketing**. Vol. 9, n. 4 (december), 1989. p. 5-17.
- XAVIER, Ernani P. **Marketing Bancário: a supremacia do cliente**. Porto Alegre: IBCB, 1990. 63 p.
- ZEITHAML, Valarie. Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**. Vol. 52 (july), 1988. p. 2-22.
- ZEITHAML, Valarie; PARASURAMAN, A. & BERRY, Leonard. Problems and Strategies in Services Marketing. **Journal of Marketing**. Vol. 49 (spring), 1985. p. 33-46.
- _____. Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. **Journal of Marketing**. vol 52 (april), 1988. p. 35-48.
- _____. **Delivering Quality Service: balancing customer perceptions and expectations**. New York: The Free Press, 1990. 226 p.
- _____. **Journal of the Academy of Marketing Science**. Vol. 21, n. 1, 1993. p. 1-12.
- ZEMKE, Ron; SCHAAF, Dick. **A Nova Estratégia do Marketing: atendimento ao cliente**. São Paulo: Harbra, 1991. 469 p.