

stricto
SENSU

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS**

MAURÍCIO ESSVEIN FOGAÇA

**DIFERENÇAS DE PERCEPÇÃO ENTRE OPERADORAS E
PRESTADORES DE SERVIÇOS NO MERCADO DE SAÚDE
SUPLEMENTAR BRASILEIRO**

**Porto Alegre
2006**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA



DISSERTAÇÃO

**DIFERENÇAS DE PERCEPÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE
SERVIÇOS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO**

MAURÍCIO ESSVEIN FOGAÇA

Porto Alegre – RS

2006

MAURÍCIO ESSVEIN FOGAÇA

**DIFERENÇAS DE PERCEPÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE
SERVIÇOS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre em Administração, pelo programa de Pós-graduação da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Burlamaqui

Porto Alegre – RS

2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F655d Fogaça, Maurício Essvein
Diferenças de percepção entre operadoras e prestadores de serviços no mercado de saúde suplementar brasileiro / Maurício Essvein Fogaça – Porto Alegre, 2006.
117 f.: il.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Programa de Pós-Graduação, 2006.

“Orientador: Prof. Dr. Paulo Burlamaqui”

1. Marketing de serviços. 2. Cliente. 3. Fornecedor. 4. Qualidade de serviços. 5. Operadoras de planos de saúde. 6. Brasil. I. Título

CDU 658.818

Bibliotecária responsável: Ana Maria Mattos CRB-10/930

MAURÍCIO ESSVEIN FOGAÇA

**DIFERENÇAS DE PERCEPÇÃO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES DE
SERVIÇOS NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de mestre em Administração, pelo programa de Pós-graduação da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em ___ de _____ de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Burlamaqui
Orientador (PUCRS)

AGRADECIMENTOS

Agradecer não é obrigação! Trata-se de sentimento verdadeiro de uma pessoa em relação à outras, que de certa forma lhe prestam algum apoio, serviço, confiança, ...

No desenvolvimento desse trabalho, bem como durante toda a realização do mestrado, muitas pessoas foram fundamentais e merecem minha gratidão:

- À empresa, aos Gestores e colegas da CASSI que investiram sua confiança na minha pessoa;
- À Edimara Mezzomo Luciano pelo auxílio no desenvolvimento e viabilização do web site;
- Ao Professor, Orientador e Amigo Dr. Paulo Burlamaqui por sua gentileza e incentivo;
- Aos professores, gestores e colegas do MAN – Mestrado de Administração e Negócios da PUC/RS;
- Às entidades associativas de operadoras, médicos e hospitais que apoiaram esse trabalho, em especial ao Dr. Newton Barros, Presidente da AMRIGS – Associação Médica do Rio Grande do Sul;
- Aos amigos e colegas do mercado de saúde suplementar que responderam a pesquisa;
- Aos meus amigos do peito;
- Aos meus familiares;
- À Rejane que me apoiou incondicionalmente;
- À DEUS pela vida, inteligência e persistência!

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de analisar as diferenças de percepção entre médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares no mercado de saúde suplementar, sobre atributos que determinariam a qualidade sob o ponto de vista de clientes. Esse objetivo é sustentado por uma realidade apresentada nos referenciais teóricos que clientes e prestadores de serviços têm hiatos de percepção entre si e que o contexto conflitante marcado por individualismo, prevalência de foco financeiro e oportunismo do que estão presentes no mercado de saúde suplementar, trariam discordância no modo de perceber aquilo que é importante para clientes pelos três tipos de respondentes dessa pesquisa. Quanto aos aspectos metodológicos foi realizado um levantamento de dados do tipo *survey* com 150 respostas válidas. Como base para comparação, objetivando identificar os atributos de clientes, foi utilizada a escala SERVQUAL. As cinco dimensões da qualidade de serviços consideradas foram: aspectos tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. Os resultados apontam que existem diferenças significativas no modo como médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras atribuem a importância dos atributos ou dimensões de qualidade para clientes de serviços de saúde. Após a discussão e análise dos resultados, são apresentadas as considerações finais e conclusões, bem como as limitações e recomendações para futuras pesquisas.

Palavras-Chave: SERVQUAL. Qualidade; Serviços de Saúde Suplementar. Médicos. Administradores. Hospitais. Operadoras. Planos de Saúde.

ABSTRACT

This work was developed with the objective to analyze the differences of perception among physicians, health insurance services administrators and hospital administrators in the market of supplemental health, based on attributes that would determine the quality under the point of view of customers. This objective is supported by a reality presented in the theoretical references that customers and rendering of services have differences of perception between itself and that the conflicting context marked by individualism, prevalence of financial focus and opportunism existent in the market of supplemental health, would bring discord in the way to perceive what is important for customers for the three types of respondents of this research. Under the methodological aspects which was carried through a data-collecting of the type survey with 150 valid answers. The bases for comparison, on the tentative to identify the attributes of customers, the scale SERVQUAL was used. The five dimensions of the service quality considered had been: tangibles, reliability, trustworthiness, assurance and empathy. The results of this research appointed that significant differences in the way that physicians, hospital administrators and health insurance service administrators evaluate the importance of the attributes or dimensions of quality for customers of health services. After the quarrel and analysis of the results, are presented the final considerations and conclusions, as well as the limitations and recommendations for future research.

Keywords: SERVQUAL. Quality. Services of supplemental health. Physicians. Administrators. Hospitals. Health ensurance services. Health Ensurance.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A Qualidade Total Percebida.....	27
Figura 2 - Modelo de Hiato de Percepção	36
Figura 3 – Desenho da pesquisa	45
Figura 4 - Exemplo de uma questão do Instrumento de Coleta de Dados	50
Figura 5 - Resultado da comparação dois a dois mediante teste de Tukey, posterior a ANOVA de uma via	59
Figura 6 - Resultado da comparação dois a dois mediante teste de Tukey, posterior a ANOVA de uma via	60
Figura 7 - Resultado da comparação dois a dois mediante teste de Tukey, posterior a ANOVA de uma via	61
Figura 8 - Comparação dos grupos mediante teste t de Student para amostras independentes	65
Figura 9 - Comparação dos grupos mediante teste t de Student para amostras independentes	66
Figura 10 - Comparação dos grupos mediante teste t de Student para amostras independentes	67
Figura 11 - Diferenças de percepção entre médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras na auto-avaliação e na avaliação indireta.	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição do número de respondentes por tipo	55
Gráfico 2 - Distribuição do número de respondentes por mês	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos referenciais do item 4.1: O Segmento Saúde Suplementar	21
Quadro 2 - Resumo dos referenciais do item 4.2: Qualidade e Satisfação em Serviços	33
Quadro 3 - As dez dimensões da qualidade de serviços.....	38
Quadro 4 - SERVQUAL: Uma escala multidimensional.....	40
Quadro 5 - Dimensões da qualidade de serviços da escala SERVQUAL.....	42
Quadro 6 - Resumo dos referenciais do item 4.3: A Metodologia SERVQUAL e os Atributos de Qualidade para os Clientes de Serviços de Saúde	44
Quadro 7 - Escala SERVQUAL adaptada para a pesquisa	51
Quadro 8 - Ordem de Importância das Dimensões	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Possíveis respondentes das entidades associativas.....	52
Tabela 2 - Número de respondentes por estado.....	56
Tabela 3 - Resultado da avaliação direta conforme opinião de Médicos, Administradores Hospitalares e Administradores de Operadoras (Porto Alegre, 2006)	58
Tabela 4 - Avaliação Indireta (como cada respondente vê os demais)	64
Tabela 5 - Comparação entre a auto-avaliação e a avaliação indireta.....	68

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT	5
LISTA DE FIGURAS.....	6
LISTA DE GRÁFICOS	7
LISTA DE QUADROS.....	8
LISTA DE TABELAS	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	13
3 OBJETIVOS	17
3.1 Geral.....	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
4.1 O Segmento Saúde Suplementar	18
4.2 Satisfação e Qualidade em Serviços de Saúde	21
4.3 A Metodologia SERVQUAL e os Atributos de Qualidade para os Clientes de Serviços de Saúde	34
5 METODOLOGIA.....	45
5.1 Descrição das Etapas.....	46
5.1.1 Revisão Bibliográfica	46
5.1.2 Fase Quantitativa (Descritiva)	47
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
7.1 Conclusões	71
7.2 Limitações	74
7.3 Recomendações.....	75
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	90
ANEXOS	115

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro é dividido em dois segmentos: o público, cujo acesso é gratuito, mas muito difícil, e o privado, que nasceu em virtude da busca de trabalhadores, que optaram em ter custos adicionais para a garantia de acesso a serviços de qualidade superior, através da compra direta de serviços ou por intermédio de planos de saúde, tendo ficado denominado por essas razões como saúde suplementar.

O presente trabalho aborda aspectos relativos a um segmento dentre os mais importantes para a população brasileira, que é o da saúde suplementar. Esse mercado de aproximadamente quarenta milhões de clientes e que ainda está em organização, teve sua regulamentação há quase uma década, mas ainda necessita de muitas melhorias, principalmente nos aspectos que estão relacionados com a garantia da qualidade para os clientes finais, independentemente se eles próprios pagam diretamente por um plano de saúde, ou se seus empregadores o fazem (ANS, 2005). Na contramão dessa necessidade, os relacionamentos na cadeia de valor de saúde suplementar, onde os principais agentes são as operadoras de saúde (empresas que comercializam os planos de saúde), os hospitais e os médicos, está marcado por oportunismos, falta de confiança e inexistência de mecanismos de avaliação da qualidade.

Os diferentes autores citados nos referenciais nos levam a um contexto de grande complexidade, onde de um lado estão os clientes, pagadores, exigentes e, ao mesmo tempo, desconhecedores das técnicas minuciosas utilizadas pelos profissionais de saúde (ALCOFORADO, 2003; JACQUES, 2003) e de outro estão os profissionais e as instituições, preocupados com o individualismo (MILSTEIN, 2004; ANDREAZZI, 2003; SANCHES; ERDMAN; STADNICK, 2002) e não com os benefícios que a interação e a integração poderiam trazer aos demais agentes do mercado de saúde suplementar, que traz fortes características de interdependência e necessidade de continuidade nos serviços (DONABEDIAN, 1980; URDAN, 2001). Assim, procurar conhecer e entender as diferenças de percepção entre médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras, à luz de atributos que são importantes para clientes justifica-se pelo fato de não existir pesquisa

anterior com esse foco, além da própria essência e razão de existir o mercado de saúde suplementar: os clientes.

Na determinação de qualidade em serviços sob a ótica de clientes, muitos foram os estudos já realizados internacionalmente (FORNELL et al 1996; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985 e 1988; GRONROOS, 1990), tendo sido também replicados no Brasil, o que permite, após revisão teórica, partir diretamente para a discussão de como isso é percebido por aqueles que têm a responsabilidade de entregar esses serviços aos clientes do mercado de saúde suplementar. Como base para verificação das diferenças de percepção entre médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras foi utilizada a escala SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1998) como indicada para representar os atributos importantes para clientes, através das suas cinco dimensões da qualidade em serviços: aspectos tangíveis, confiabilidade, responsividade (atenção/presteza), garantias e empatia.

Em termos metodológicos, essa pesquisa após revisão bibliográfica e adoção da escala SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), consistiu em um levantamento de dados do tipo *survey*, com representantes de operadoras de planos de saúde, administradores hospitalares e médicos. Esses respondentes atribuíam notas relativas à importância que os clientes dariam para cada questão, totalizando vinte perguntas que compõem os cinco atributos de qualidade para clientes de serviços de saúde suplementar, definidos na escala SERVQUAL.

O objetivo geral que era analisar as percepções de médicos, administradores de operadoras de saúde e administradores hospitalares sobre atributos importantes para clientes, enquanto usuários desse sistema de saúde, foi plenamente atendido, bem como os objetivos específicos. Os resultados apresentados indicam que existe diferença no modo como avaliam ou dão importância os três tipos de respondentes, frente às dimensões de qualidade de serviços para clientes.

Ao longo do trabalho são apresentados dados do setor, além de referenciais teóricos divididos em três capítulos: o segmento saúde suplementar; satisfação e qualidade em serviços de saúde; e a metodologia SERVQUAL e os atributos de qualidade para os clientes de serviços de saúde. Ao final de cada capítulo é apresentado um resumo dos principais tópicos e seus respectivos autores.

2 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

É aceito mundialmente que a saúde é um dos direitos humanos mais valorizados pelas pessoas em todas as partes do mundo, prova disso é que ela está inserida no terceiro artigo da Declaração dos Direitos Humanos Universais da ONU – Organização das Nações Unidas (ONU, 2006), pois está diretamente relacionado com a vida.

O sistema de saúde brasileiro apresenta uma complexa modelagem compondo serviços políticos e recursos públicos e privados para a atenção à saúde da população, definidos pela Constituição Federal, que estabelece regras basilares para a exploração de atividades por entes privados, que compõe o mercado de saúde suplementar (operadoras de planos de saúde, hospitais, médicos, etc.).

As pessoas que utilizam o sistema público de saúde, atualmente têm buscado, através de pressões políticas e do controle social, melhorar a qualidade dos serviços prestados por instituições ligadas a esse sistema, cuja análise não será realizada no presente estudo. Já no segmento privado, que ainda está em organização, além da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, os clientes exercem ainda mais sua busca por melhores serviços, vez que assumem o ônus de pagar por um plano de saúde. Os foros buscados pelos clientes de planos de saúde para discussão de pleitos não atendidos têm sido, além da própria ANS, as Delegacias de Defesa do Consumidor (DECON's), os Juizados Especiais Cíveis (JEC's) e até mesmo a Justiça Comum, prova que mesmo diante de uma legislação específica para o segmento, ainda são muitas as lacunas existentes entre os anseios dos clientes e aquilo que lhes é oferecido pelas operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviços, principalmente médicos e hospitais (CHAUVEL, 2000).

Esses mesmos clientes, os usuários dos planos de saúde, em virtude da extrema intangibilidade desse tipo de serviços e do pouco conhecimento sobre seus direitos (ALCOFORADO, 2003), têm grande dificuldade realizar uma avaliação completa, ficando mais restritos à avaliação de fatores como atendimento e cortesia, delegando dessa forma, o papel de avaliador à operadora de saúde que contratam. Já as operadoras, não efetuam

avaliação dos serviços credenciados (MARTELOTTE, 2003) e há nesse mercado forte presença de oportunismo (ANDREAZZI, 2003; SANCHES; ERDMAN; STADNICK, 2002).

De outro lado, os participantes do mercado de saúde suplementar – excetuando-se os clientes – têm atualmente seu relacionamento centrado basicamente em questões financeiras (MARTELOTTE, 2003), não estando claros os mecanismos utilizados pelos mesmos para garantir melhores serviços e, em última análise, qualidade aos clientes finais, que, em tese pelo ônus adicional em relação aos "clientes" do SUS – Sistema Único de Saúde, deveriam receber serviços com qualidade superior e serviços de maior valor agregado. Conceitualmente, a cadeia de valor é uma ferramenta para identificar maneiras para criar mais valor para os clientes (KOTLER, 2000). Mas pelo que pode ser encontrado nos referenciais teóricos através da teoria da desconfirmação (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), existe a possibilidade de divergirem os profissionais do mercado de saúde suplementar sobre a importância de atributos para clientes, podendo não estar perfeitamente alinhadas as expectativas aos serviços oferecidos.

Nesse sentido, o tema central desse trabalho é a **percepção dos prestadores de serviços (médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares) sobre os atributos importantes para os clientes do mercado de saúde suplementar brasileiro.**

O segmento de saúde suplementar brasileiro conta atualmente com cerca de 40 milhões de clientes, enquanto beneficiários, distribuídos em todo o território nacional, representando 23,5% da população brasileira. Nesse mercado, atuam em torno de duas mil operadoras, dez mil hospitais e trezentos mil médicos, além dos demais prestadores de serviços, como laboratórios, serviços de radiologia, dentre outros (ANS, 2006). Esse segmento em 2004 representou quase 9% PIB, segundo dados do IBGE.

Não obstante à grandeza desse mercado, tanto do ponto de vista econômico, quanto da abrangência geográfica e populacional, está associada a ele uma das questões mais importantes para o ser humano, que é a saúde, que em última análise pode ser vista como uma das facetas para alcançar a qualidade de vida.

O mercado de saúde suplementar brasileiro, que começa a ser organizado a partir de 1998, com a criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – e com o estabelecimento de normas para atuação das empresas, ainda não dispõe de indicadores

básicos, como por exemplo, informações epidemiológicas, principais motivos de atendimentos e adoecimento, dentre outras, estando limitada à relações com foco financeiro e disponibilização de acesso dos clientes aos serviços credenciados (MARTELOTTE, 2003). No sistema público de saúde, muito embora as dificuldades sejam inúmeras, são desenvolvidas diversas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, com base nos indicadores de saúde-doença da população, evidenciando planejamento e controle. É dessa forma intrigante que em alguns aspectos, como o de planejamento de ações e as informações básicas sobre a população assistida ou coberta por planos de saúde, o desenvolvimento do sistema de saúde privado - ou pago - esteja mais atrasado que o sistema gratuito, estando basicamente atuando com foco econômico em uma visão fragmentada do contexto atual e das necessidades de avanços presentes no mercado onde atuam. A troca de informações entre prestadores de serviços de saúde é inexistente o que piora ainda mais o contexto (BITTENCOURT; KLIEMANN NETO, 2003).

Isoladamente, muitas empresas e instituições fazem pesquisas de satisfação de clientes do mercado de saúde suplementar brasileiro, mas não há como nos Estados Unidos, um índice nacional de qualidade dos serviços de saúde.

A grande parte das operadoras de plano/seguro de saúde não tem conhecimento do grau de atualização profissional de seus médicos credenciados, implica num alarmante desconhecimento da qualidade dos serviços utilizados pelos clientes (MARTELOTTE, 2003). Ou seja, a “argumentação de que o setor de planos e seguros de saúde no Brasil atenda à população com mais qualidade do que os serviços públicos não pode ser provada” (ALCOFORADO, 2003, p78).

Como iniciativa para qualificar o segmento privado de assistência à saúde, no final do ano de 2004, a ANS lança o "Programa de Qualificação em Saúde Suplementar" (ANS, 2005), focado apenas em operadoras, sem que haja um mecanismo definido de como isso se dará na interface das mesmas com os prestadores de serviços saúde, o que vem a enriquecer as justificativas que subsidiam e tornam importantes os objetivos do presente trabalho.

Dessa forma, ainda não há do ponto de vista da qualidade dos serviços, seja por meio da imposição legal ou pela organização do mercado, histórico de mecanismos que façam a medição sistemática da qualidade ou satisfação de clientes de planos de saúde, médicos e hospitais brasileiros e que discutam esses resultados com os prestadores de serviços e

mercado em geral. Logo, pretende esse trabalho avançar nesse sentido, procurando entender melhor como aqueles que prestam serviços no segmento de saúde suplementar valorizam ou dão importância para atributos de clientes.

O primeiro passo na formulação de uma pesquisa é a "descoberta de um problema que precisa ser solucionado" (SELLTIZ, 1974, p. 39) e é também o mais importante (MALHOTRA, 2001). A pesquisa de marketing serve para identificação de problemas e para solução dos mesmos (MALHOTRA, 2001). Assim, o problema que motiva esse projeto de pesquisa é o seguinte: **Existe alinhamento na percepção dos prestadores de serviços (médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares) do mercado de saúde suplementar brasileiro sobre os atributos importantes para os clientes?**

Para solucionar esse problema, é feita a apresentação de referenciais teóricos de atributos importantes para clientes de serviços, testados também em serviços de saúde, que depois são submetidos aos médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras para verificação da percepção de importância. O tema apresentado, fica restrito aos prestadores, não sendo feitas novas pesquisas junto aos clientes, centrando-se nas diferenças de percepção entre os próprios prestadores de serviços – médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras, frente aos atributos importantes para os clientes. Vale ainda destacar que a temática está delimitada ao primeiro *gap* ou hiato da metodologia SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985), que trata da diferença de percepção entre aquilo que esperam os clientes, ou expectativas esperadas do serviço, e a percepção dos tomadores de decisões ou gestores da prestação de serviços, onde é analisada a diferença entre os três tipos de prestadores na atuação do mercado de saúde suplementar brasileiro.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as percepções de médicos, administradores de operadoras de saúde e administradores hospitalares sobre atributos importantes para clientes, enquanto usuários desse sistema de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mensurar diretamente a percepção de importância dos atributos definidos na escala SERVQUAL entre médicos, administradores de operadoras de saúde e administradores hospitalares;
- Mensurar indiretamente a percepção de importância dos atributos definidos na escala SERVQUAL entre médicos, administradores de operadoras de saúde e administradores hospitalares;
- Avaliar as diferenças entre as percepções de médicos, administradores de operadoras de saúde e administradores hospitalares direta e indiretamente; e
- Identificar possibilidades de convergência e divergência.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 O SEGMENTO SAÚDE SUPLEMENTAR

No Brasil um momento de intensa insatisfação da sociedade com condições de saúde. Percebe-se diariamente as dificuldades que a população enfrenta para conseguir uma consulta médica ou um leito hospitalar para a internação em um hospital do Sistema Único de Saúde – SUS, ou ainda, pacientes com planos de saúde que também enfrentam dificuldades em sua procura por atendimento de saúde digno e humano, tendo, por vezes que lutar contra as estruturas das operadoras (CHAUVEL, 2000).

O segmento do mercado de saúde privado, também conhecido como saúde suplementar, é composto por operadoras de saúde (planos de saúde) e prestadores de serviços, entre eles, médicos, hospitais, laboratórios, etc. (ZANON, 2001), que juntos oferecem serviços de forma suplementar ao sistema público brasileiro e em virtude disso, percebem remuneração de seus clientes finais que são as pessoas físicas e jurídicas que contratam os planos de saúde.

A necessidade de organização desse mercado foi percebida no início da década de 80 (ALMEIDA, 1998), pois não havia legislação específica e os clientes de planos de saúde submetiam-se às regras das empresas, nem sempre justas. Houve expressiva movimentação da sociedade, da mídia e dos políticos em prol do estabelecimento de regras mais justas em favor dos beneficiários, culminando com a criação da lei 9.656 em 1998 (ANS, 2005), que estabeleceu diretrizes e normas para atuação das empresas, benefícios e coberturas mínimas aos clientes e determinou a criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Bahia e Viana (2002) destacam que no plano da oferta, o sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados e constitui-se num dos maiores mercados de compra e venda de serviços de saúde no mundo. Essa realidade forçou a separação, em nosso país do financiamento e da provisão desses serviços antes mesmo que esta recomendação fosse incluída nas reformas do sistema sanitário. Esse grande mercado privado – profissionais

médicos, ambulatórios, hospitais, serviços diagnóstico e terapêuticos – vende serviços de saúde, tanto para o setor público quanto para os planos e seguros privados. Os clientes de planos de saúde, em tese, recebem serviços diferenciados, em termos de acesso facilitado e hotelaria melhor, mas de outra face, não são acompanhados em suas questões de saúde-doença, nem são alvo de programas de prevenção e promoção, tal qual os beneficiários do sistema público. Resta lembrar que não é objetivo do presente trabalho fazer comparações entre os serviços prestados a pacientes públicos e privados, mas apenas demonstrar o contexto em que estão, mesmo diante da evolução organizativa que ocorreu nos últimos vinte anos, os clientes dos planos privados de assistência à saúde.

No início dos anos 80, havia cerca de 15 milhões de clientes dos planos de saúde, conforme registros da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Federação das Unimeds. Esses números revelavam a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados, com atuação mais forte na região sudeste do país (BAHIA e VIANA, 2002). No final da década de 80, revelou-se a existência do crescente mercado de planos de saúde, em virtude da intensificação da comercialização de planos individuais e da entrada de grandes seguradoras no ramo da saúde, a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva – em particular, funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações, cujo modelo era o de autogestões – e a vinculação inequívoca da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar. Com esse processo de expansão, acentuou-se a organização de sub-redes, fragmentando-se cada vez mais o sistema. Assim, um hospital, conveniado, simultaneamente, com o SUS e com inúmeras empresas de assistência suplementar (hoje denominadas operadoras de saúde), podia tornar-se, também, empresa de plano de saúde (BAHIA; VIANA, 2002).

Ainda em relação ao setor privado, Negri e Giovani (2001) descrevem sua evolução, cujo início dá-se com o estabelecimento dos contratos coletivos, na forma de ganhos ou benefícios trabalhistas, começando nos anos 60 na região do ABC paulista, quando da introdução das grandes montadoras internacionais de veículos. A organização sindical e a forma de atuar daquelas empresas levaram à adoção de benefícios na área da saúde.

No campo acadêmico, são muito poucos os trabalhos sobre o mercado de saúde suplementar, incluindo planos de saúde, prestadores de serviços e clientes. Mesmo ainda de

forma incipiente, a discussão sobre a necessidade de qualificação dos serviços de saúde, no Brasil já se aponta para a necessidade de focar nos atributos importantes para os clientes desse tipo de serviço, tanto do ponto de vista técnico, quanto do relacional (SANCHES; ERDMANN; STADNICK, 2002).

Alcoforado (2003), em sua pesquisa de mestrado, com foco no cliente, aponta em suas conclusões as fragilidades do consumidor de serviços de saúde, sendo essa uma das premissas que o faz delegar ou confiar à operadora a busca pelos melhores prestadores de serviços, conforme ilustrado a seguir:

(...) obteve-se a constatação de que o consumidor de planos de saúde, devido à sua vulnerabilidade (Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, de 11/09/1990, artigo 4º, I), é, sem dúvida, o agente desse mercado que se encontra em maior desvantagem perante os demais. Esse agente, o consumidor, não tem conhecimento e, na maioria das vezes, não compreende as regras contratuais que definem a sua relação com a operadora de plano de saúde com a qual contratou. Além disso, também é importante considerar que o consumidor não detém conhecimento especializado suficiente para estimar ou prever a sua necessidade pessoal em matéria de saúde (ALCOFORADO, 2003, p.110).

Diante de todo esse cenário, fazendo-se um salto direto do contexto de organização estrutural e legal definido a partir de 1998, atualmente a ANS passa a se preocupar com questões mais relacionadas a prestação de serviços propriamente dita, o que motiva sua diretoria, no final de 2004 a lançar o Programa de Qualificação em Saúde Suplementar, cujo foco são as operadoras de plano de saúde, que serão avaliadas através de grupos de indicadores definidos em quatro áreas: "Avaliação da qualidade da atenção à saúde; Avaliação da qualidade econômico-financeira; Avaliação da qualidade da estrutura e benefícios; e Avaliação da satisfação dos beneficiários" (ANS, 2005, p. 6).

A seguir, é apresentado o Quadro 1, que resume os principais referenciais desse capítulo:

Tópico de Estudo	Autores
-Clientes de serviços de saúde, mesmo tendo planos de saúde, encontram dificuldades em sua procura por atendimentos qualificados;	-CHAUVEL, 2000;
-O segmento privado do mercado de saúde é denominado de saúde suplementar; e inicia sua organização na década de 80; em 1998 a lei 9656 estabelece as diretrizes e normas para atuação das empresas, que perduram até hoje;	-ZANON, 2001; -ALMEIDA, 1998; -BAHIA e VIANA, 2002; -ANS, 2005; -NEGRI e GIOVANI, 2001;
-O sistema de saúde brasileiro é composto, principalmente, por serviços privados;	-BAHIA e VIANA, 2002;
-Necessidade de qualificação dos serviços de saúde suplementar;	-SANCHES, ERDMANN e STADNICK, 2002; -ALCOFORADO, 2003;
-Programa de Qualificação em Saúde Suplementar;	-ANS, 2005;

Quadro 1 - Resumo dos referenciais do item 4.1: O Segmento Saúde Suplementar

Fonte: O autor (2006)

4.2 SATISFAÇÃO E QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Há muito vem se falando se falando em qualidade em serviços de saúde, mas as iniciativas são isoladas e com metodologias distintas: ora com foco em resultados para instituições e prestadores de serviços e ora com resultados para clientes. Esse capítulo visa apresentar essa miscelânea de referenciais que demonstram a falta de sinergia e até mesmo de foco naquilo que realmente é importante para clientes, conforme é apresentado pelos autores dessa linha teórica.

Quinto Neto (1997), falando sobre definição de qualidade em saúde, afirma que a qualidade dos serviços de saúde está relacionada a características sociais, econômicas e culturais da população e que a cada sociedade enfatizará os atributos de qualidade que lhe forem mais relevantes e pertinentes. Donabedian (1980, 1982) lembra a questão da equidade onde os sistemas de atenção à saúde visam proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, da maneira equitativa e ao maior número de pessoas.

Na maioria das vezes o serviço envolve certa interação entre o fornecedor e o cliente, mas em tratando-se de serviços de saúde, pode ser que essa não ocorra sempre ou sob estado de consciência do paciente (ALCOFORADO, 2003). Dessa forma, é provável que o cliente não consiga avaliar plena e adequadamente o serviço realizado, mas pode, no entanto, avaliá-lo com base nas interações que ocorrem em ambas as extremidades do processo de serviço (GRÖNROOS, 2003). Em virtude dessa limitação, o cliente de serviços de saúde, delega e confia ao seu plano de saúde – por imposição legal da lei 9656/98 (ANS, 2005) – ou a seu médico – em virtude da relação médico-paciente (GONÇALVES, 1999; ALMEIDA, 1999; TEIXEIRA; DANTAS, 1997) – a função de avaliar os demais membros do mercado de saúde suplementar, pois serviços profissionais são extremamente intangíveis (KOTLER, 2002) e no segmento saúde, em virtude da complexidade das técnicas utilizadas, dificilmente poderiam ser avaliados diretamente pelos clientes ou seus familiares (ALCOFORADO, 2003; JACQUES, 2003).

Relativamente à percepção dos clientes frente às suas experiências com os serviços de saúde, um estudo realizado a partir da observação de fatores sociais sugere que esse item é determinante e por tanto, impacta na avaliação da qualidade, devendo ser acompanhado pelos prestadores e operadoras, em virtude das particularidades que podem estar correlacionadas a cada tipo de cliente, conforme segue:

As percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços são determinadas por suas experiências inerentes à vivência junto aos programas em questão. Esse entendimento permitiria compreender não apenas o significado da qualidade para os diferentes grupos, mas também as formas pelas quais esta se apresentaria ou não nesses programas (BOSI; UCHIMURA, 2002, p. 1567).

O tempo de espera nos locais de atendimento, como hospitais, serviços de emergência e clínicas, em virtude da imprevisibilidade de demanda, apresentam decréscimo na qualidade percebida e aumento do tempo de espera pelo atendimento, conforme comentado em artigo apresentado nos Estados Unidos, pois não há como se prever precisamente a demanda em cada tipo de serviço de saúde (SHUGAN, 2003).

Os fatores que podem influenciar na satisfação dos clientes dos serviços de saúde podem estar correlacionados a fatores sociais, raciais, demográficos, relativos à idade, condições socioeconômicas, educacionais e outros (SORLIE et al., 2001). Cada grupo social,

segundo Donabedian (1980), destaca os atributos de qualidade que julga pertinentes onde determinado conceito pode enfatizar aspectos de eficácia e eficiência, enquanto outro aspectos como o cuidado individualizado e a empatia. Selli (1998, p. 61) afirma que “se os pesquisadores quiserem conhecer os valores e crenças de um determinado grupo, devem buscar a forma ele exterioriza suas representações”, pois lá estarão presentes tais crenças e valores. Os fatores situacionais também são citados como relevantes para os clientes de serviços, bem como as atitudes e relacionamento com os profissionais que prestam atendimento. Dessa forma, para clientes de serviços em geral, além dos fatores citados, a personalidade, a disposição e a própria empatia exercem impacto sobre as respostas de percepção do cliente quanto à qualidade dos serviços, conforme segue:

Essas respostas são moderadas por fatores diversos, tais como traços de personalidade e fatores situacionais (expectativas com relação ao ambiente e estado de espírito momento). Desta forma, a personalidade pode influenciar as reações do cliente/funcionário em relação a ambientes lotados, da mesma forma que um cliente em um final de semana pode reagir à lotação de um restaurante de maneira diferente à reação de um dia de trabalho, no qual esteja pressionado pela falta de tempo (BRASIL, 2002, p. 4).

As técnicas empregadas nos tratamentos, para os clientes, não correspondem ao aspecto mais importante. Sem deixar de lado a importância das técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde, os clientes preferem ser bem atendidos a serem bem tratados. Em uma pesquisa do tipo *survey* feita na Arábia Saudita, com 802 respostas validadas, os pacientes atestam que os aspectos mais importantes na atenção à saúde são relativos a atitude dos trabalhadores com 96%, contra 88% do segundo item melhor avaliado, que tratava dos resultados percebidos (QATARI; HARAN, 1999). Cabe aproveitar a afirmação de Albrecht (1998, p. 82) que "está na hora de ir além da antiga concepção de qualidade como sendo a medição e contagem de coisas físicas até uma nova visão de entrega de valor ao cliente". Ora, se as pessoas estão se preocupando mais com o “como” do que com “o que” lhes é prestado de serviços (MATSUDA; ÉVORA; BOAN, 2000), isso deve ser entendido e aplicado pelos profissionais do mercado de saúde suplementar. A citação a seguir ilustra a importância de ter o foco naquilo que é valor para os clientes:

O conjunto de valores de um indivíduo tem um papel essencial em suas atividades de consumo, pois produtos e serviços são consumidos a partir da crença de que vão

ajudá-lo a atingir um determinado objetivo, o qual está intimamente relacionado com sua escala de valores (BORGES JR.; CUNHA, 1999, p.2).

Nesse sentido, pressupõe-se que as técnicas utilizadas nos serviços de saúde são acuradas e capazes de salvar vidas, mas o modo como é prestado o atendimento, que é facilmente avaliado pelos clientes, merece olhar especial. Nem sempre, em serviços de saúde, o paciente tem consciência, condições ou parâmetros para avaliar ou ainda interage com o processo durante todo o período. Em alguns momentos ele é servido por serviços que sequer tem contato, como laboratórios de análises, onde não são necessariamente produzidos e consumidos simultaneamente, contrariando a característica da inseparabilidade (GRÖNROOS, 2003), quando os resultados poderiam ser apresentados e avaliados sem a participação do cliente. Nesses episódios, geralmente o paciente serve-se daqueles que teriam maior capacidade de avaliação técnica e delega essa prerrogativa aos profissionais médicos e gestores, em contrapartida aos recursos que paga por seu plano de saúde.

Dois tipos de clientes são o alvo maior das atenções das estratégias para atender as expectativas: médicos e fontes pagadoras (cooperativas médicas, seguradoras, empresas de saúde com autogestão, convênios em geral e particulares). É através da satisfação dos médicos que se tem avaliado indiretamente a qualidade assistencial da Unidade, sendo esse indicador um vetor de *feedback*. Convém ressaltar que o paciente, assim como familiares, não são veículos para avaliar a qualidade assistencial, visto que não possuem atributos para tanto (JACQUES, 2003, p.8).

De outra ordem, o modo como os profissionais que teriam a função de repassar as informações aos clientes finais ou pacientes, por vezes utilizam linguagem técnica, o que dificulta o entendimento por leigos (MALIK, 1996). Porém, não são poucos os autores que mencionam a importância da humanização do atendimento em saúde como forma de obter maiores índices de satisfação de clientes (CAPRA, 1987; FRANCO, 1996; MALIK, 1996 e MATSUDA; ÉVORA; BOAN, 2000) e que reforçam a importância do atendimento e das relações interpessoais, onde a discussão sobre a comunicação adequada aos clientes tem estado presente.

Em uma pesquisa realizada recentemente no Brasil, onde mais de 97% dos clientes de um hospital que estavam internados às expensas de um plano de saúde, foram avaliados fatores que geram valor aos pacientes, segundo percepção dos mesmos (THOMAZ; BRITO;

MOORI, 2003). No estudo foi constatado que apenas as variáveis que compõem o fator tratamento operacional – ou o atendimento propriamente dito – foram consideradas importantes, em detrimento das demais variáveis como: experiência/formação dos médicos e qualidade dos equipamentos de última geração, que não foram relevantes para a explicação da criação de valor. Essa é uma realidade que muitas vezes é negligenciada pelos prestadores de serviços e operadoras, no que tange às suas responsabilidades específicas em termos de avaliação dos demais componentes do ciclo de serviços, sendo que os clientes delegam esses itens de avaliação àqueles que conhecem tecnicamente (JACQUES, 2003). Abaixo, é conceituado o fator tratamento operacional (THOMAZ; BRITO; MOORI, 2003), que foi considerado relevante sob a ótica dos clientes da pesquisa citada no início desse parágrafo:

As variáveis que compõem o fator tratamento operacional são: procedimentos de preparação para exame ou cirurgia; técnicas empregadas em exame ou cirurgia; rapidez no atendimento pelos enfermeiros; e atenção dada pelos médicos e enfermeiros. Ao mesmo tempo em que essas variáveis estão relacionadas à capacidade técnica da equipe de médicos e enfermeiros, necessitam ser desempenhadas de modo que as necessidades individuais dos clientes em termos de carinho, explicação, conforto, entre outros, sejam observadas (THOMAZ; BRITO; MOORI, 2003, p.11).

Em um estudo feito por uma das maiores consultorias do mundo em gestão de pessoas, a empresa MERCER verificou que planos de saúde custeados pelas empresas nos Estados Unidos, como forma de benefícios trabalhistas aos seus funcionários, têm tido o foco na redução de custos a qualquer preço, onde a preocupação por parte das seguradoras com os resultados para a saúde dos clientes finais tem ficado em segundo plano, em virtude da forma de pagamentos que incentiva as economias forçadas, conforme segue:

In summary, significant structural limitations in the early forms of consumer-directed health plans have not blocked directionally favorable early results. Most pioneers report decreased rates of per capita health spending and increased consumer information seeking. However, (1) none of these early self-assessments have examined impact on health outcomes or robust measures of quality; and (2) reported savings, ranging up to a 15 percentage point offset of concurrent insurance premium trends, have not yet fully accounted for more favorable enrollee health status, leaner covered benefits, cost transfers to sicker beneficiaries or to the employer-purchaser, and the economic value of health or quality losses that consumers did not intend (MILSTEIN, 2004, p.6).

Essa pesquisa evidencia que em função das questões financeiras, os resultados em termos de satisfação de clientes e até mesmo as melhorias reais das condições de saúde, são deixados em segundo plano (MILSTEIN, 2004), o que demonstra um enfoque capitalista, que também está presente no Brasil (ANDREAZZI, 2003; SANCHES; ERDMAN; STADNICK, 2002), contrariando uma das razões das pessoas pagarem direta ou indiretamente por um plano privado de assistência à saúde. No cenário brasileiro, vale ainda destacar a realidade que clientes muitas vezes para obterem respostas às suas demandas, precisam buscar a via judicial (CHAUVEL, 2000), em função da prática de mecanismos de restrição de acesso aos serviços impostos na sua grande parte por operadoras de saúde e médicos (STANCIOLI, 2002).

A procura dos serviços de saúde, segundo Junqueira (1995, p. 61), se dá em função de “uma necessidade gerada pela existência de um problema de saúde que em verdade, é o que determina a procura”. De outra face, nem sempre a necessidade que leva o cliente até um serviço é classificada como um agravo de saúde que necessitasse um tratamento do profissional que fora procurado. Segundo Urdan (2001), o relacionamento interpessoal e o conforto das amenidades não curam doenças orgânicas, que estariam vinculadas ao comprometimento dos profissionais em prover os melhores benefícios técnicos ao paciente, sendo que o importante é que as duas facetas do tratamento – técnica e interpessoal – estejam presentes nos atendimentos. Exemplo disso são as inúmeras vezes que os pacientes procuram profissionais com algum sintoma que depois é diagnosticado como de origem psicossomática. A dimensão interpessoal, tão importante quanto a técnica (URDAN, 2001; DONABEDIAN, 1982), refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais.

Para Grönroos (2003, p. 48-55), “a qualidade de um serviço pode ser percebida por duas dimensões distintas: a técnica e a funcional”. A dimensão técnica ou qualidade técnica do processo, representada pela satisfação da necessidade por parte do serviço, enquanto que a dimensão funcional ou relacionada ao processo que compreende, de uma maneira subjetiva, o modo como o cliente recebe o serviço. Essas duas dimensões compõem a percepção de qualidade total da prestação do serviço, mas sofrem a influência da imagem da empresa (prestadora do serviço). Uma boa imagem da empresa permite que o cliente atenuar uma percepção negativa quanto a problemas na prestação dos serviços e vice versa, conforme demonstrado na figura abaixo:

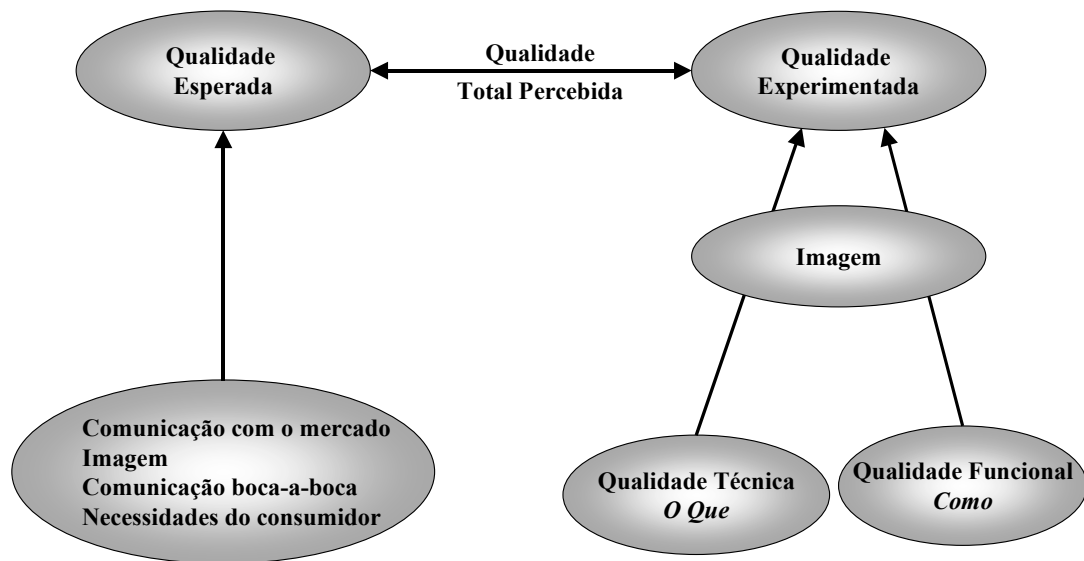


Figura 1 - A Qualidade Total Percebida

Fonte: Grönroos (2003, p. 54)

Grönroos (2003) e Fornell et al. (1996) enfatizam que o que realmente interessa é a definição do que seja qualidade sob a ótica do cliente. Portanto, qualidade é conformação às especificações do cliente e o que conta é o que o cliente percebe como qualidade. Compreender o paciente e fazer-se compreender é fundamental para que o mesmo manifeste suas necessidades e expectativas (LINDEN, 2001). Essa autora relata que os pacientes com planos de saúde que necessitam dar seguimento a algum tratamento que estavam realizando e, mudando o tipo prestador de serviços, costumeiramente não conseguem obter os mesmos níveis de qualidade. A continuidade é um dos componentes básicos da justiça social, juntamente com a informação, como já afirmou Donabedian (1980), que quando várias pessoas participam do cuidado, deve ser dada atenção à continuidade e coordenação do mesmo. Mais do que para qualquer outro tipo de serviços a definição “servir com alma” (MOTTA, 2000) serve perfeitamente para os serviços de atendimento à saúde. Uma das dificuldades para que isso ocorra, segundo Urdan (2001, p. 46) é que instituições como hospitais “operam com duas linhas distintas de autoridade: a do pessoal administrativo e a de médicos”, sem que exista alguém responsável pelo todo.

Nas organizações hospitalares, Raju, Lonial e Gupta (1995) afirmam que se os administradores objetivam o sucesso, devem considerar em seu planejamento a satisfação dos clientes, bem como responder adequadamente às necessidades dos mesmos, além de saber reagir às ações dos competidores. São critérios percebidos pelos clientes, dentre outros, o profissionalismo e habilidades do prestador do serviço, as atitudes e comportamentos do prestador que busquem a solução dos problemas do cliente, a confiança e honestidade (GRÖNROOS, 2003).

Ao avaliar o desempenho de um produto ou serviço, o cliente geralmente analisa seus principais atributos (OLIVER, 1996) e, neste sentido, a mensuração do nível de satisfação dos clientes serve como uma medida de verificação do desempenho global em relação às expectativas dos clientes (ANDERSON; FORNELL; LEHMAN, 1992). O modo como o cuidado é dispensado, segundo Junqueira e Auge (1995), é um importante índice para avaliar a qualidade da assistência. A boa relação entre os profissionais e o cliente é a maior contribuição que se pode oferecer ao paciente, com efeitos positivos no tratamento. Segundo esses autores, este bom relacionamento pode até compensar possíveis falhas nos cuidados técnicos. Assim, a qualidade deve ser vista como o potencial intrínseco aos atributos do produto ou serviço de prover satisfação, e que a qualidade percebida, então, é dependente da função utilidade para o cliente em relação ao nível de qualidade ou desempenho fornecido (ANDERSON; FORNELL, 1994).

Por sua vez, a satisfação é um constructo que depende da função valor, podendo ser definida como o quociente entre a qualidade percebida e o preço, ou pela relação entre os benefícios recebidos pelo cliente comparativamente aos custos ou sacrifícios incorridos para sua obtenção (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1992).

Na abordagem de Gianesi e Corrêa (1994), a percepção do cliente em relação ao serviço é formada em cada uma das interações que o cliente tem com a empresa prestadora de serviço. Essas interações são conhecidas por momentos da verdade servem para simbolizar o momento de contato entre o fornecedor do serviço e o cliente. Sendo que a prestação de serviços envolve a vivência, por parte do cliente, de uma série de momentos da verdade, a percepção do cliente em relação ao serviço é formada em cada uma destas interações. Porém, nem todos os momentos da verdade têm a mesma importância para o cliente e há certos momentos da verdade críticos ou fundamentais para a percepção do cliente a respeito do

serviço prestado. Isto leva o fornecedor de serviços a procurar identificar estes momentos da verdade críticos, para que possa priorizar seus esforços visando gerar uma percepção favorável do serviço para o cliente (GIANESI; CORRÊA, 1994).

Nas interações entre cliente – prestador de serviços, descritos por Carlzon (1994) como hora ou momento da verdade, os profissionais estão em contato com o público no momento exato em que uma solução para um problema é solicitada pelo cliente. Esses trabalhadores conhecem as operações de linha de frente e, numa empresa realmente orientada ao cliente, podem e devem utilizar essas oportunidades das horas ou momentos da verdade para satisfazê-lo. No contexto do mercado de saúde suplementar, vários são os momentos da verdade e com diferentes profissionais, onde surgem oportunidades para melhoria da qualidade dos serviços. Essas melhorias necessárias vão além das questões técnicas, estando focadas primordialmente nos processos funcionais. Corroborando com isso, merece destaque a citação a seguir:

(...) é fundamental considerar que o monitoramento da qualidade se torna um imperativo técnico e social. Do ponto de vista técnico, a busca pela efetividade das ações assistenciais se alicerça como uma alternativa frente à escassez de recursos financeiros. Da mesma forma, ao ser considerada a questão social, que permeia os atendimentos oferecidos à população, observa-se uma clientela mais consciente dos seus direitos e, passando cada vez mais, a exigir uma melhor qualidade na assistência. Está se delineando uma grande mudança de paradigma das organizações de saúde que, não se encontra apenas na crescente complexidade tecnológica e no refinamento das técnicas que abrangem a evolução da medicina, ela está presente no sistema de gestão das organizações (SANCHES; ERDMANN; STADNICK, 2002, p. 1).

Para atingir a excelência em serviços, uma empresa deve desenvolver habilidades e valores específicos sobre liderança em serviços, construir um sistema de informações sobre qualidade em serviços e criar uma abrangente estratégia de serviços baseada nos quatro princípios da qualidade em serviços (BERRY, 1996): a) confiabilidade, b) surpresa, c) recuperação e d) integridade. Nesse sentido, a arte da excelência em serviços pode ser, sistematicamente, criada pela estrutura organizacional, pela tecnologia e pelos recursos humanos.

Existem dois conceitos fundamentais em serviços: a qualidade de serviços e a satisfação dos clientes. Diferentes autores têm visões distintas e até conflitantes do que sejam estes dois conceitos. Segundo Cronin e Taylor (1992), é importante para os administradores

definir com clareza estes dois termos, para poder também delimitar qual seu objetivo: ter clientes satisfeitos com o serviço ou dar a estes clientes a percepção de qualidade do serviço. Enquanto os economistas têm se interessado pela aferição da satisfação de clientes como uma representação da avaliação da qualidade, os psicólogos têm se importado com as expectativas e percepções dos clientes como antecedentes da satisfação (JOHNSON; FORNELL, 1991).

Uma corrente teórica afirma que pode-se entender a qualidade como a percepção atual do cliente sobre o desempenho de um produto ou serviço, e a satisfação como sendo baseada não somente na experiência atual, mas também em experiências passadas, coerentemente com o aspecto cumulativo da definição de satisfação postulado por Anderson, Fornell e Lehmann (1992), Johnson e Fornell (1991), Anderson e Fornell (1994) e Garbarino e Johnson (1999), e em experiências futuras, antecipadas pelo julgamento do cliente devido às suas experiências acumuladas, além da projeção das suas próprias expectativas (FORNELL et al., 1996). Lacobucci, Grayson e Ostrom (1994), acreditam que a duração do encontro é um modo fraco de distinguir entre os dois conceitos.

Contrapondo-se a esses autores, Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985) falam da satisfação como algo mais específico a uma determinada situação e qualidade como mais geral, relativo a múltiplos encontros, onde a satisfação seria um estado psicológico transacional, enquanto que a qualidade seria relacional. Corroborando com a linha de que o conceito de qualidade se dá em longo prazo, o modo como o cliente percebe a qualidade dos serviços é destacado no conceito de que “a experiência inteira do cliente determina sua percepção de qualidade” (ALBRECHT, 1999, p. 9). Bateson e Hoffman (2003) também indicam que satisfação é o resultado da avaliação que o consumidor faz de uma transação ou experiência específica, sendo conceituada como uma atitude ou mais precisamente, pela avaliação global do cliente por uma oferta de serviço consumido.

Ao abordar a qualidade em serviços, observa-se pouca convergência a respeito de sua definição (HUFF; FORNELL; ANDERSON, 1994). Como exemplo disso, pode-se citar algumas outras definições de qualidade, as quais abordam diferentes enfoques. Qualidade é conformação a especificações (CROSBY, 1979), melhoria da conformação a especificações através da redução da incerteza e variabilidade (DEMING, 1986) e adequação ao uso (JURAN, 1989).

Zeithaml e Bitner (2003) lembram que compreender as expectativas e percepções de clientes é o primeiro passo para a prestação de um serviço de qualidade. Segundo as autoras, esse conhecimento deve ser utilizado para definir padrões da qualidade dos serviços e metas para a organização. Entretanto, estes padrões devem ser definidos pelo ponto de vista dos clientes e não da empresa, isto é, os padrões se constituem de metas operacionais e medições baseadas nas necessidades centrais dos clientes e que podem ser vistas e mensuradas pelos próprios clientes.

Neste momento, é interessante ressaltar o conceito de zona de tolerância descrito por Lovelock e Gummesson (2004) como o grau em que os clientes estão dispostos a aceitar a variação na entrega de serviço, isto é, uma faixa de desempenho do serviço na qual os clientes não percebem diferenças. Quando Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) afirmam que a extensão da zona de tolerância para um determinado atributo de serviço está negativamente associada com a importância que este atributo possui para o cliente, a questão da definição de padrões de serviço defendida por Zeithaml e Bitner (2003) é enfatizada. Destas definições, conclui-se que os prestadores de serviços que fossem orientados para seus clientes deveriam procurar (i) minimizar a variabilidade da prestação de seus serviços, especificamente nos encontros de serviço (processos) que tivessem influência direta sobre os atributos mais importantes para seus clientes, e (ii) manter estes processos de serviços entre os níveis aceitáveis pelos clientes. Assim, tem-se como resultado esperado a melhoria da percepção de desempenho em atributos determinantes da qualidade de serviços.

Atualmente é aceito o modelo dos *gaps*, ou chamado paradigma da desconfirmação, processo comparativo no qual a qualidade de serviço é basicamente uma função do *gap* (traduzido como intervalo, hiato ou diferença) entre o que o cliente espera de um serviço e o que ele efetivamente percebe durante o encontro de serviço (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1985). Segundo Grönroos (2003), os *gaps* ou hiatos são resultados das inconsistências do processo de gestão da qualidade nas organizações.

Como modelos específicos para avaliação de qualidade no contexto do presente trabalho, podem ser ainda citados um modelo americano e dois brasileiros. Já consagrado, o ISCN - Índice de Satisfação do Cliente Norte-Americano (FORNELL et al.,1996) avalia a satisfação global do cliente que é utilizado largamente nos Estados Unidos, inclusive na medição da qualidade dos serviços de saúde e serve também como referência para os clientes,

nos processos de tomada de decisão e escolha por seus prestadores de serviço, em virtude dos resultados das pesquisas serem publicados periodicamente, comparando o desempenho de hospitais, médicos (por especialidades) e seguradoras, além de outros tipos de organizações. A exemplo do modelo americano, surge no Brasil, tentando caminhar no sentido de ter um método específico sobre o segmento saúde suplementar, o modelo estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2005), cujo projeto foi denominado “Qualificação em Saúde Suplementar” e o foco inicial é apenas nas operadoras de saúde e ainda não tem seu uso sedimentado. Com mais tempo de uso, o projeto de “Acreditação Hospitalar” conduzido pela ONA – Organização Nacional para Acreditação – tem seu foco também em padrões organizacionais e estruturais a serem observados nas instituições, sendo utilizados basicamente em hospitais (ONA, 2004).

Dessa forma, buscando adotar um referencial que tratasse de atributos de qualidade para clientes, como principal balizador desse estudo, utilizou-se a metodologia SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; 1988), cuja base é a teoria da desconformação, onde o confronto das expectativas com a realidade são os construtos da qualidade percebida. Portanto, a opção tomada foi de utilizar os conceitos de qualidade, considerando essa ser relacional ou de longo prazo, o que é adequada para identificação de atributos importantes para clientes. Os referenciais teóricos e os dados secundários suprem a necessidade de efetuar-se pesquisa qualitativa para gerar indicadores de pesquisa, vez que essa temática já parece ter sido suficientemente abordada e o conjunto de atributos adequado, como veremos no capítulo destinado a SERVQUAL.

A seguir, é apresentado o Quadro 1, que resume os principais referenciais desse item:

Tópico de Estudo	Autores
-Conceitos de qualidade e satisfação em serviços de saúde;	-DONABEDIAN, 1980;1982; -QUINTO NETO,1997;
-Clientes nem sempre conseguem avaliar os serviços de saúde e delegam parte da avaliação ao seu plano ou ao médico; importância da relação médico-paciente;	-ALCOFORADO, 2003; -ANS, 2005; -GRÖNROOS, 2003; -GONÇALVES, 1999; -ALMEIDA, 1999; -TEIXEIRA e DANTAS, 1997; -JACQUES, 2003;
-Serviços profissionais são extremamente intangíveis;	-KOTLER, 2002;
-Conhecimento dos clientes junto a programas de saúde facilita a avaliação;	-BOSI e UCHIMURA, 2002;
-Fatores situacionais, sociais, raciais, condições econômicas, entre outras e a imprevisibilidade, bem como o conjunto de valores exercem impacto na percepção da qualidade dos serviços e satisfação dos clientes; Os clientes percebem mais facilmente fatores relativos a atendimentos;	-SHUGAN, 2003; -SORLIE et al., 2001; -DONABEDIAN, 1980; -SELLI, 1998; -BRASIL, 2002; -BORGES Jr. e CUNHA, 1999;
-Os clientes estão mais preocupados com as relações interpessoais do que com a qualidade técnica; a qualidade em saúde pode ser entendida nas dimensões técnica e funcional;	-QATARI e HARAN, 1999; -THOMAZ, BRITO e MOORI, 2003; -MILSTEIN, 2004; -MATSUDA, ÉVORA e BOAN, 2000; -SANCHES, ERDMANN e STADNICK, 2002; -ALBRECHT, 1988; -URDAN, 2001; -DONABEDIAN, 1982; -GRÖNROOS, 2003;
-O foco financeiro prejudica a qualidade em saúde;	-MILSTEN, 2004; -ANDREAZI, 2003; -SANCHES, ERDMAN e STADNICK, 2002; -CHAUVEL, 2000; -STANCIOLI, 2002;
-A importância da humanização em saúde;	-CAPRA, 1987; -FRANCO, 1996; -MALIK, 1996; -MATSUDA, ÉVORA e BOAN, 2000;
-A procura por serviços se dá em função de uma necessidade percebida;	-JUNQUEIRA, 1995;
-O importante é que a qualidade seja sob a ótica do cliente;	-GRÖNROOS, 2003; -FORNELL et. alii., 1996;
-A importância da continuidade nos serviços de saúde;	-LINDEN, 2001; -DONABEDIAN, 1980;

Quadro 2 - Resumo dos referenciais do item 4.2: Qualidade e Satisfação em Serviços

Quadro 2 - Resumo dos referenciais do item 4.2: Qualidade e Satisfação em Serviços (continuação)

Tópico de Estudo	Autores
-Não existe alguém responsável pelo todo em serviços de saúde; -É importante considerar nos planejamento das instituições hospitalares a satisfação dos clientes;	-URDAN 2001; - RAJU, LONIAL e GUPTA, 1995;
-Critérios e atributos que os clientes avaliam em serviços; satisfação; expectativas de clientes; modo como os serviços de saúde são prestados;	-GRÖNROOS, 2003; -OLIVER, 1996; -ANDERSON, FORNELL e LEHMAN, 1992; -JUNQUEIRA e AUGÉ, 1995; -ANDERSON e FORNELL, 1994;
-Momentos da verdade;	-GIANESI e CORRÊA, 1994; -CARLZON, 1994;
-É necessário que se busque a melhoria da qualidade;	-SANCHES, ERDMANN e STADNICK, 2002;
-Princípios da qualidade;	-BERRY, 1996;
-Diferenças entre satisfação e qualidade; importância da medição das expectativas e da percepção; hiatos de percepção entre clientes e prestadores de serviços;	-CRONIN e TAYLOR, 1992; -JOHNSON e FORNELL, 1991; -ANDERSON, FORNELL e LEHMANN, 1992; -ANDERSON e FORNELL, 1994; -GARBARINO e JOHNSON, 1999; -FORNELL et. alii., 1996; -LACOBUCCI, GRAYSON e OSTROM, 1994; -PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1985; 1988; -ALBRECHT, 1999; -BATESON e HOFFMAN, 2003; -HUFF, FORNELL e ANDERSON, 1994; -CROSBY, 1979; -DEMING, 1986; -JURAN, 1989; -ZEITHAML e BITNER, 2003; -LOVELOCK e GUMMESSON, 2004; -PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1991;

Fonte: O autor (2006)

4.3 A METODOLOGIA SERVQUAL E OS ATRIBUTOS DE QUALIDADE PARA OS CLIENTES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Conforme já mencionado nos capítulos anteriores, a organização dos atributos importantes para a avaliação da qualidade em serviços feita por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que têm como premissa básica a percepção dos clientes, já foi testada em muitas áreas, inclusive a de saúde, gerando assim os indicadores para a pesquisa quantitativa proposta por esse trabalho. Outra consideração é que mesmo em serviços de saúde, onde

existe uma grande variedade de subdivisões de serviços, talvez fosse necessário algum ajuste na escala SERVQUAL. Isso não seria um problema, conforme previsão de seus criadores, a metodologia, embora organizada com um esquema definido, pode ser alterada, visando atender as peculiaridades do tipo de serviço a ser avaliado, conforme segue:

The skeleton, when necessary, can be adapted or supplemented to fit the characteristics or specific research needs of a particular organization. (...) One potential application of SERVQUAL is to determine the relative importance of the five dimensions in influencing customers' overall quality perceptions (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988, p. 31).

Para trazer essa situação teórica à uma realidade prática, pode-se exemplificar que em virtude da probabilidade que os riscos e resultados sejam percebidos como mais críticos em uma cirurgia complexa do que em um serviço de remessas postais.

A escala SERVQUAL começa a surgir a partir do modelo teórico do paradigma desconfirmação, proposto Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), que determinava cinco *gaps* ou hiatos de percepção entre prestadores de serviços e clientes. Sustenta-se a tese que os clientes não são plenamente atendidos em suas expectativas pelos prestadores de serviços no paradigma da desconfirmação: nesta abordagem, os clientes avaliam um serviço comparando suas percepções do serviço recebido com suas aquilo que esperavam inicialmente (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985, 1988, 1991; OLIVER, 1996; BROWN; CHURCHILL; PETER, 1993). A seguir, é apresentado o modelo teórico que fora testado posteriormente:

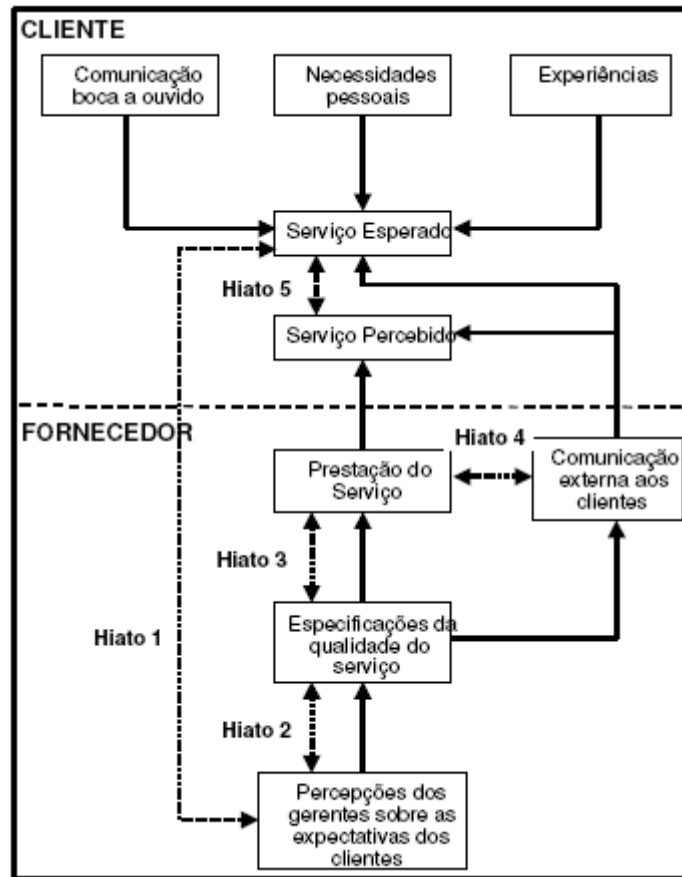


Figura 2 - Modelo de Hiatos de Percepção

Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

Traduzido pelo autor (2006)

Os cinco hiatos do modelo podem ser compreendidos na prestação de serviços por médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares, onde os três grupos serão considerados para a definição desse conceito apenas como prestadores, pois ambos prestam diferentes serviços para um mesmo público de clientes:

- Hiato 1: entre as expectativas do cliente e a percepção dos prestadores: a gerência ou as pessoas que tomam as decisões sobre os serviços (o que e como prestar), podem nem sempre compreender quais as características que representam a qualidade segundo expectativas do cliente e os níveis de desempenho necessários para cada característica. Conforme Hoffman e Bateson (2003, p. 360), o hiato 1, ou lacuna do conhecimento, representa a “diferença entre o que os clientes esperam de um serviço e o que a gerência percebe que os clientes esperam”. Para Grönroos (2003, p. 79), essa lacuna pode ocorrer por “informação imprecisa da pesquisa de mercado, imprecisão ou inexistência de análise da demanda ou interpretação imprecisa das informações colhidas sobre as expectativas”.

- Hiato 2: entre a percepção dos prestadores e as especificações do serviço: mesmo que se perceba quais são as expectativas dos clientes, elas podem não ser traduzidas corretamente em especificações de serviço por fatores como a escassez de recursos, condições de mercado e a própria indiferença dos tomadores de decisão. O hiato 2, ou lacuna de padrões, conforme Hofmann e Bateson (2003, p.360), ocorre quando há “diferença entre o que a gerência percebe que os clientes esperam e as especificações de qualidade estabelecidas para a prestação do serviço”. Essa lacuna pode ocorrer quando “a administração não acredita que pode ou deve satisfazer as exigências de serviço do cliente”, pela falta de comprometimento com a qualidade do serviço, ou pela falta de cultura de qualidade gerando uma falha da administração em entender as expectativas dos clientes (HOFMANN; BATESON, 2003, p. 360).

- Hiato 3: entre as especificações do serviço e a prestação do serviço: o serviço pode ser bem especificado (ou projetado), mas sua execução ainda pode deixar a desejar, não correspondendo ao serviço projetado. Conforme Hofmann e Bateson (2003, p. 360), a lacuna 3, ou lacuna de execução representa “a diferença entre as especificações de qualidade estabelecidas para a prestação do serviço e sua qualidade real”, ou seja, a capacidade dos funcionários de executar as tarefas referentes aos serviços da forma como foram treinados para fazê-lo. Para Hofmann e Bateson (2003, p. 364), dentre os fatores que influenciam essa lacuna podem ser citados a disposição para desempenhar o serviço e a adequação de cada funcionário às tarefas a ele designadas.

- Hiato 4: entre a prestação do serviço e as comunicações externas aos clientes: a imagem comunicada influencia tanto as expectativas quanto as percepções. A propaganda dos prestadores e outras formas de comunicação, como promessas explícitas e/ou implícitas, podem gerar expectativas de um serviço que os prestadores não tenham condições reais de proporcionar. A lacuna 4, ou lacuna de comunicações representa a “diferença entre a qualidade real do serviço prestado e a divulgada nas comunicações externas da empresa, como folhetos e propaganda” (HOFMANN; BATESON, 2003, p. 360). Para os autores, dois fatores influenciam essa lacuna: o exagero nas promessas aos clientes e deficiências na comunicação interna.

- Hiato 5: entre o serviço esperado e o serviço percebido: esta lacuna é considerada como uma função das outras lacunas e só ocorre se pelos menos uma das outras ocorrer.

Conforme Zeithaml e Bitner (2003, p. 48-49), a lacuna 5 ou, lacuna do cliente, representa a “diferença entre expectativas e percepções dos clientes”. Conforme as autoras, o modelo de lacunas deve ser utilizado como um guia para o preenchimento da lacuna do cliente e isso é feito através da solução das demais. Expectativas são pontos de referência que os clientes trazem consigo para dentro de uma experiência de serviços e as percepções correspondem ao serviço efetivamente recebido. A idéia é que as empresas querem preencher esta lacuna – entre o que é esperado e o que é recebido – visando satisfazer os clientes e construir relações de longo prazo com os mesmos (ZEITHAML; BITNER, 2003).

O estudo inicial de Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985) permitiu com o uso extenso de *focus group* o estabelecimento de dez dimensões da qualidade de serviços, segundo expectativas dos clientes: Confiabilidade, receptividade, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, compreensão e tangibilidade. Essas dez dimensões que foram obtidas em um estudo exploratório representariam os critérios ou atributos que os clientes julgam ser importantes na prestação de serviços de qualidade. O conceito de cada uma dessas dimensões é apresentado no Quadro 3:

Dimensões
1. Confiabilidade envolve coerência no desempenho e constância: Isso significa que a empresa faz o serviço de maneira correta na primeira vez e que honra seus compromissos em relação à sua cobrança, mantém seus registros corretos e cumpre os prazos acordados.
2. Receptividade refere-se à predisposição e prontidão dos empregados em prestar o serviço. Isso envolve a pronta resposta aos chamados telefônicos dos clientes, rápida resposta pelo correio, e a imediata prestação do serviço.
3. Competência significa possuir os requisitos e conhecimentos necessários para a prestação do serviço. O que envolve o conhecimento e habilidades dos funcionários de contato com o cliente, da equipe de suporte além da capacidade de pesquisa da organização.
4. Acesso envolve a facilidade de contato. Ou seja, a facilidade de acesso via telefone, a pouca espera pelo atendimento, a conveniência da localização bem como dos horários de atendimento.
5. Cortesia envolve o respeito, consideração e tato no relacionamento pessoal. E inclui consideração pelo cliente e suas propriedades e limpeza e boa aparência de sua equipe de contato com o público.
6. Comunicação significa manter os clientes informados em uma linguagem que possam compreender. Isso significa que o prestador do serviço sabe dirigir-se a diferentes públicos, sejam eles mais rudes ou mais polidos, explicando os serviços, seu custo, o custo-benefício e assegurando que eventuais problemas serão atendidos.

Quadro 3 - As dez dimensões da qualidade de serviços

Quadro 3 - As dez dimensões da qualidade de serviços (continuação)

Dimensões
7. Credibilidade envolve confiança, honestidade e envolvimento com os interesses do cliente. O nome da empresa, sua reputação, as características pessoais de sua equipe de contato com o cliente e o grau de envolvimento destes com seus problemas afetam essa dimensão.
8. Segurança é estar livres de riscos, perigos ou dúvidas. Isso envolve a segurança física, financeira e a confidencialidade.
9. Compreensão e conhecimento do/sobre o cliente envolve os esforços para entender as necessidades dos clientes. Isso se dá através do aprendizado quanto às exigências específicas de cada cliente, o fornecimento de atenção individual e o reconhecimento de um cliente regular.
10. Tangibilidade compreende o aspecto físico do serviço. Através das facilidades físicas, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados para o serviço, representações físicas do serviço e outros clientes presentes nas instalações do serviço.

Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985, p. 47)

Posteriormente, os autores (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), dando continuidade à trilha que chegaria por fim a criação, aplicação e validação da escala de múltiplos itens conhecida como SERVQUAL, refinaram as dez dimensões originais em apenas cinco. O extenso trabalho dos autores passou por onze etapas ou passos, onde se iniciou com a descrição teórica da importância de verificar-se as diferenças entre as expectativas dos clientes e os serviços prestados, passando pela identificação das dez dimensões da qualidade e geração de 97 itens que as representavam. Logo em seguida foi feita a primeira coleta de dados sobre expectativas e percepção junto a 200 clientes de quatro tipos de prestadores de serviços, sendo feita logo adiante a primeira purificação da escala utilizando-se métodos estatísticos e chegando-se a identificação de 34 itens representando 7 dimensões da qualidade em serviços. Após foi realizada nova coleta de dados sobre expectativas e percepções, com 200 novos respondentes, agora sobre os 34 itens e obtendo-se após tratamento estatístico a escala SERVQUAL com 22 itens, distribuídos em 5 dimensões. Foi realizada ainda a verificação da consistência interna da estrutura fatorial e validação da escala, que é a mesma utilizada largamente até os dias atuais e conta com o formato apresentado no Quadro 4.

Item	Expectativa (E)	Desempenho (D)	
1	Aspectos	Eles deveriam ter equipamentos modernos.	XYZ têm equipamentos modernos.
2	Tangíveis	As suas instalações físicas deveriam ser visualmente atrativas.	As instalações físicas de XYZ são visualmente atrativas.
3		Os seus empregados deveriam estar bem vestidos e asseados.	Os empregados de XYZ são bem vestidos e asseados.
4		As aparências das instalações das empresas deveriam estar conservadas de acordo com o serviço oferecido.	A aparência das instalações físicas XYZ é conservada de acordo com o serviço oferecido.
5	Confiabilidade	Quando estas empresas prometem fazer algo em certo tempo, deveriam fazê-lo.	Quando XYZ promete fazer algo em certo tempo, realmente o faz.
6		Quando os clientes têm algum problema com estas empresas elas, deveriam ser solidárias e deixá-los seguros.	Quando você tem algum problema com a empresa XYZ, ela é solidária e o deixa seguro.
7		Estas empresas deveriam ser de confiança.	XYZ é de confiança.
8		Eles deveriam fornecer o serviço no tempo prometido.	XYZ fornece o serviço no tempo prometido.
9		Eles deveriam manter seus registros de forma correta.	XYZ mantém seus registros de forma correta.
10	Presteza	Não seria de se esperar que eles informassem os clientes exatamente quando os serviços fossem executados.	XYZ não informa exatamente quando os serviços serão executados.
11		Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos empregados das empresas.	Você não recebe serviço imediato dos empregados da XYZ.
12		Os empregados das empresas não têm que estar sempre disponíveis em ajudar os clientes.	Os empregados da XYZ não estão sempre dispostos a ajudar os clientes.
13		É normal que eles estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos.	Empregados da XYZ estão sempre ocupados em responder aos pedidos dos clientes.
14	Segurança	Clientes deveriam ser capazes de acreditar nos empregados desta empresa.	Você pode acreditar nos empregados da XYZ.
15		Clientes deveriam ser capazes de sentirem-se seguros na negociação com os empregados da empresa.	Você se sente seguro em negociar com os empregados da XYZ.
16		Seus empregados deveriam ser educados.	Empregados da XYZ são educados.
17		Seus empregados deveriam obter suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.	Os empregados da XYZ não obtêm suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.
18	Empatia	Não seria de se esperar que as empresas dessem atenção individual aos clientes.	XYZ não dão atenção individual a você.
19		Não se pode esperar que os empregados dêem atenção personalizada aos clientes.	Os empregados da XYZ não dão atenção pessoal.
20		É absurdo esperar que os empregados saibam quais são as necessidades dos clientes.	Os empregados da XYZ não sabem das suas necessidades
21		É absurdo esperar que estas empresas tenham os melhores interesses de seus clientes como objetivo.	XYZ não têm os seus melhores interesses como objetivo.
22		Não deveria se esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes.	XYZ não tem os horários de funcionamento convenientes a todos os clientes.

Quadro 4 - SERVQUAL: Uma escala multidimensional

Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988, Apêndice, p. 37-39)

As autoras Zeithaml e Bitner (2003, p. 136), definem que a SERVQUAL é uma “escala multidimensional para captar as percepções e expectativas de qualidade em serviços foi aperfeiçoada desde sua primeira publicação em 1988”. A escala SERVQUAL é composta de duas seções: uma de 22 itens, que registra as expectativas dos clientes de prestadores de serviço e outra, também de 22 itens, que mede as percepções dos clientes frente aos serviços prestados por essa mesma empresa. Os resultados das duas seções são então comparados, para se chegar às pontuações da lacuna em cada uma das cinco dimensões. Quanto maior a lacuna,

“mais distantes são as percepções do cliente em relação às suas expectativas, e mais baixa a avaliação da qualidade do serviço” (HOFMANN; BATESON, 2003, p. 368).

Segundo Hofmann e Bateson (2003), a ferramenta SERVQUAL tem recebido diversas críticas: a extensão do questionário que é considerado por alguns como repetitivo e desnecessariamente extenso, a validade das cinco dimensões que não se mantêm estatisticamente (entretanto os resultados demonstram que os clientes realmente fazem essas distinções) e dificuldade de utilizar o instrumento como previsor de vendas. Muitas das críticas ajudaram a aperfeiçoar a escala SERVQUAL. Na versão inicial do instrumento (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), a qualidade de serviço era mensurada simplesmente pelas medidas de expectativas e performances, não havendo medições de importância dos atributos. Porém, conforme coloca Carman (1990), devido ao fato de a importância de cada atributo ser bastante distinta das expectativas dos clientes, a medição da importância dos atributos é relevante para a medição qualidade de serviços. Foi, então, que Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) introduziram a ponderação por importância de atributos na escala SERVQUAL. Nesse refinamento da escala, os respondentes eram solicitados a alocar ponderações para fornecer uma pontuação média para a qualidade geral de serviços. Embora a escala refinada tenha sido validada por seus autores, pouco mais foi dito sobre os benefícios da utilização da ponderação por importância.

Conforme já anunciado, a escala SERVQUAL teve seus 22 itens agrupados em cinco dimensões da qualidade de serviços, que contemplariam todos os atributos importantes para clientes, esperados de um prestador de serviços. As cinco dimensões definidas pelos autores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) são: 1) Aspectos tangíveis: Aparência das instalações físicas, dos equipamentos, do ambiente e da equipe de serviço; 2) Confiabilidade: Habilidade em cumprir adequadamente as promessas do serviço; 3) Responsividade (presteza/atenção): Disposição, interesse e prontidão em ajudar os clientes; 4) Segurança (garantias): Conhecimento do serviço e polidez demonstrados pelo pessoal de contato e sua habilidade em inspirar confiança; e 5) Empatia: Atenção, cuidado e tratamento individualizado dispensado aos clientes. A seguir é apresentado o Quadro 5, que contempla as cinco dimensões da escala SERVQUAL, com seu texto original traduzido:

Dimensão	Características
Aspectos Tangíveis	Facilidades físicas, equipamentos e a aparência dos funcionários;
Confiabilidade	Habilidade de prestar o serviço proposto com precisão e confiança;
Responsividade	Disposição para atender os clientes e fornecer os serviços quando solicitados;
Segurança	Conhecimento e cortesia dos funcionários e sua habilidade em transmitir confiança e segurança ao cliente;
Empatia	Cuidado e atenção individualizado que a empresa provê aos seus clientes.

Quadro 5 - Dimensões da qualidade de serviços da escala SERVQUAL

Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988, p. 23)

Traduzido pelo autor (2006).

Pesquisas feitas por autores pelo mundo afora aplicaram a metodologia SERVQUAL. Bowers, Swan e Koehler (1994) fizeram estudos junto a pacientes de um hospital utilizando a metodologia SERVQUAL. Brown e Swartz (1989) consideraram a SERVQUAL como instrumento adequado, por estar focado nas diferenças entre expectativas e percepções de clientes. Urdan (1993), em sua tese de doutorado, fez um abrangente relato sobre modelos de qualidade em serviços e atestou que as teorias de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988, 1990 e 1991) são as mais indicadas para determinação de qualidade em diferentes tipos de serviços. Murrow e Murrow (2002) realizaram uma pesquisa utilizando-se do modelo SERVQUAL para aferir a percepção da qualidade do serviço prestado por enfermeiras numa amostra de 105 profissionais de um hospital regional de grande porte americano.

Outra linha teórica trata do paradigma da percepção, onde acredita-se que as expectativas são irrelevantes e até mesmo corrompem a informação de um modelo planejado para avaliar a qualidade de serviço percebida. Eles afirmam que as percepções dos clientes são as únicas medidas necessárias (CRONIN; TAYLOR, 1992). O espaço na literatura dado aos autores que contestam a metodologia desenvolvida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985 e 1988) é quase imperceptível se comparado com a literatura extremamente abundante em autores que utilizam e atestam a superioridade da SERVQUAL. Mesmo havendo divergências entre aquilo que pregam os autores das duas linhas teóricas, em ambos, a percepção dos clientes é considerada muito importante. Dessa forma, busca o presente trabalho através do ponto de convergência – importância de atributos para os clientes – estabelecer referencial para comparar a importância dada para esses aspectos pelos prestadores de serviços.

Autores com publicações de livros (GRÖNROOS, 2003; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; ZEITHAML; BITNER, 2003; BATESON; HOFFMAN, 2001) trazem em seus textos referências sobre a metodologia de Parazuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988, 1990 e 1991).

No segmento de saúde brasileiro, também foram realizados diversos trabalhos utilizando a metodologia SERVQUAL para observação da qualidade sob a ótica de clientes (JOHNSTON, 1998; AVILA, 2001; DIAS, 2001; VEIGA; GONÇALVES; MOURA, 2002; WAZLAWICK, 2002; BRENER, 2003; NOGUEIRA, 2004; HERCOS; BEREZOVSKY, 2006).

Apresentando todos esses autores, pretende-se demonstrar a evidente robustez e a ampla utilização da SERVQUAL para determinação de atributos de qualidade para clientes de serviços, o que também já é sedimentado para os serviços de saúde brasileiros. Por isso, o presente trabalho a considera como adequada para avaliar o entendimento e as percepções de médicos administradores hospitalares e administradores de operadoras sobre os atributos de qualidade para seus clientes comuns.

Para fins desse trabalho é admitida como referência válida para sustentar atributos de clientes as dimensões da qualidade do instrumento SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), que será utilizado como base de comparação entre médicos, administradores de operadoras de planos de saúde e administradores de instituições hospitalares, pois se há *gap* ou hiato entre o que pensam clientes e prestadores de serviços (PARAZURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; GRÖNROOS, 2003; HOFMANN; BATESON, 2003; ZEITHAML; BITNER, 2003), num segmento como o de saúde suplementar, pode ser que haja divergência entre o que pensam esses três tipos de atores de um mesmo ciclo de serviços ou momentos da verdade, que começa na venda ou adesão do cliente a um plano de saúde e perpassa pelo atendimento prestado por médicos, dentro ou fora de hospitais. São metas de prestadores de serviços diminuir a variabilidade potencial na entrega dos serviços aos clientes (DEMING, 1986; PARAZURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991; ZEITHAML; BITNER, 2003) o que determina a necessidade de percepções alinhadas. Adiciona-se isso ao que dizem diversos autores sobre a pouca preocupação com qualidade em serviços de saúde (CHAUVEL, 2000; MARTELOTTE, 2003; MILSTEN, 2004) e oportunismo no mercado de saúde suplementar (SANCHES; ERDMAN;

STADNICK, 2002; ANDREAZZI, 2003), além de outras características de relacionamento deficitário entre médicos, administradores hospitalares e de planos de saúde, e se obtém as condições para que sejam lançadas as duas hipóteses dessa pesquisa:

- H1: Existe diferença significativa de percepção entre médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares sobre a importância de atributos que determinam a qualidade dos serviços para os clientes; e
- H2: A diferença de percepção pode ser notada pelos três atores desse segmento de forma direta (sobre si mesmos) e indireta (o que os outros pensam).

A seguir, é apresentado o Quadro 6, que resume os principais referenciais desse capítulo:

Tópico de Estudo	Autores
-Teoria da desconformação; conceitos da escala SERVQUAL; possibilidade de adaptação ao tipo de serviço; evolução dos estudos até chegar a escala atual;	-PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1985; 1988; 1991; -OLIVER, 1996; -BROWN, CHURCHILL e PETER, 1993;
-O modelo de cinco gaps ou hiatos de percepção entre clientes e prestadores de serviços;	-PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1985; -HOFFMAN e BATESON, 2003; -GRÖNROOS, 2003; -ZEITHAML e BITNER, 2003;
-As cinco dimensões da qualidade de serviços são: aspectos tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia;	-PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988;
-A escala SERVQUAL já foi largamente utilizada em diversos tipos de serviços; estudos que utilizaram a escala em serviços de saúde; importância da SERVQUAL;	-BOWERS, SWAN e KOEHLER, 1994; -BROWN e SWARTZ, 1989; -URDAN, 1993; -MURROW e MURROW, 2002; -GRÖNROOS, 2003; -FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000; -ZEITHAML e BITNER, 2003; -BATESON e HOFFMAN, 2001;
-Pesquisa em serviços de saúde utilizando a escala SERVQUAL;	-JOHNSTON, 1998; -AVILA, 2001; -DIAS, 2001; -VEIGA, GONÇALVES e MOURA, 2002; -WAZLAWICK, 2002; -BRENER, 2003; -NOGUEIRA, 2004; -HERCOS e BEREZOVSKY, 2006;

Quadro 6 - Resumo dos referenciais do item 4.3: A Metodologia SERVQUAL e os Atributos de Qualidade para os Clientes de Serviços de Saúde

Fonte: O autor (2006)

5 METODOLOGIA

Na realização de uma pesquisa, deve ser mantido o foco nas regras do método científico (LEVITT, 1995). Partindo dessa premissa, resume-se metodologicamente o presente trabalho num momento de busca de referenciais teóricos ou fase exploratória (MALHOTRA, 2001) que culmina com realização de uma pesquisa do tipo *survey*, que se serve de dados externos para gerar entendimento sobre o fenômeno estudado (WESTWOOD, 1996). No que tange a natureza do relacionamento entre as variáveis, o estudo foi de ordem descritiva (RÉVILLION, 2002). Os dados obtidos são submetidos a análises estatísticas com o apoio do software SPSS. Os resultados são discutidos e ao final são apresentadas conclusões e considerações finais.

Essas duas fases serão melhor descritas, após a apresentação do desenho da pesquisa, conforme Figura 3.

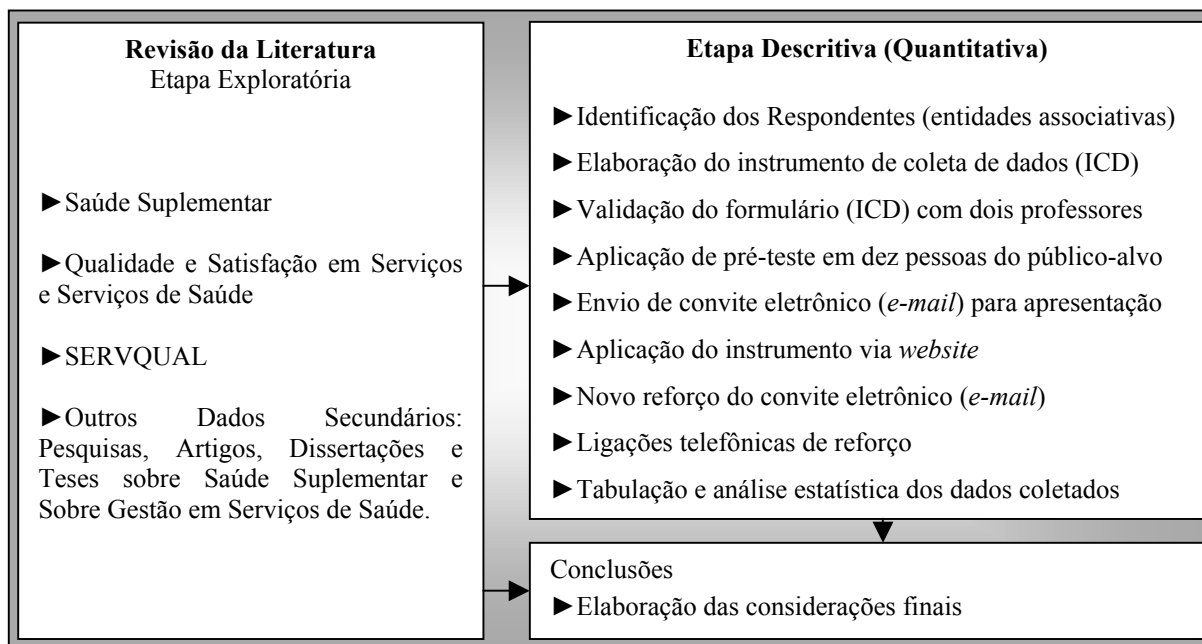


Figura 3 – Desenho da pesquisa

Fonte: O autor (2006)

5.1 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS

5.1.1 Revisão Bibliográfica

Segundo alguns autores, os estudos exploratórios servem para: a) possibilitar contato inicial com o tema a ser analisado, com os sujeitos a serem investigados e com as fontes secundárias disponíveis (SANTOS, 1991); b) aumentar a familiaridade com alguns fenômenos relativamente desconhecidos, pouco estudados ou ainda não abordados (SAMPIERI et al., 1991; MATTAR, 1999); e c) formação de idéias para entendimento do conjunto do problema, gerar hipóteses e identificar variáveis que devem ser incluídas na pesquisa (MALHOTRA, 2001).

Para a realização desse trabalho, foram avaliados referenciais teóricos e dados secundários, obtidos junto a outras pesquisas. O início das revisões bibliográficas se deu em maio de 2004, onde orientador e aluno traçaram as metas iniciais do projeto, que foi apresentado em julho de 2005 para a banca qualificadora.

A etapa exploratória procura conhecer as características de um fenômeno para procurar explicações das suas causas e conseqüências (RICHARDSON, 1989) e visa prover um maior conhecimento sobre o tema ou problema, sendo "apropriada para os primeiros estágios da investigação, quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são geralmente insuficientes ou inexistentes" (MATTAR, 1999, p.84).

Nessa fase, foram realizadas pesquisas em outros referenciais, livros, artigos, teses e dissertações sobre saúde, marketing e qualidade em serviços, qualidade em serviços de saúde, atributos importantes para os clientes de serviços de saúde, entre outras, além da legislação vigente.

5.1.2 Fase Quantitativa (Descritiva)

A etapa quantitativa (descritiva) da pesquisa tem como objetivo procurar quantificar os dados levantados e analisá-los estatisticamente (MALHOTRA, 2001). Nesse estágio, são considerados os dados primários coletados em um levantamento do tipo *survey* (CHURCHILL, 1999), com corte transversal.

A pesquisa *survey* pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993). Fink (1995) discorre sobre o que é esse método, sua utilidade e quando deve ser utilizado, bem como sobre os principais aspectos relacionados com uma *survey*. Como principais características do método de pesquisa *survey* podem ser citadas: o interesse é produzir descrições quantitativas de uma população e fazer uso de um instrumento predefinido.

De acordo com a definição de Pinsonneault e Kraemer (1993), quanto ao propósito da pesquisa *survey* utilizado nesse trabalho, é classificada como descritiva, pois busca identificar quais situações, eventos, atitudes ou opiniões estão manifestos em uma população; descreve a distribuição de algum fenômeno na população ou entre os subgrupos da população ou, ainda, faz uma comparação entre essas distribuições. Neste tipo de *survey* a hipótese não é causal, mas tem o propósito de verificar a percepção dos fatos comparativamente com a realidade.

Quanto ao número de momentos ou pontos no tempo em que os dados são coletados, a presente pesquisa, segundo Sampieri et. al., (1991) é classificada como corte-transversal (*cross-sectional*), pois a coleta dos dados ocorre em um só momento, pretendendo descrever e analisar o estado de uma ou várias variáveis em um dado período de tempo.

Para o desenvolvimento do processo de medição que, segundo Mattar (1999) é a atividade essencial da pesquisa de marketing e que consiste na atribuição de números ou outros símbolos a características de acordo com certas regras predefinidas (MALHOTRA, 2001; AAKER; KUMAR; DAY, 2001), são usadas técnicas não-comparativas, onde cada objeto é escalonado independentemente dos outros no conjunto de estímulo, com escala do tipo *Likert*, em virtude de ser uma escala de classificação amplamente utilizada, exigindo que

os entrevistados indiquem um grau de afirmações sobre objetos de estímulo (MALHOTRA, 2001).

Definir o que será medido, deve ser a primeira questão que o investigador deve colocar no seu projeto (ZIKMUND, 1997). Esse processo deve ser, segundo Pereira (2001), metodicamente estabelecido para minimizar os erros.

De acordo com Mattar (1999, p.194) “para realizar essas medições, o pesquisador precisa desenvolver instrumentos adequados para que as medidas efetuadas correspondam efetivamente ao que se deseja medir (possuir validade) e para que o erro não amostral seja o menor possível (aumentar a confiabilidade) diante dos recursos disponíveis”.

Fink (1995) discute, também, sobre quanto é suficiente o tamanho da amostra e afirma que deve ser estabelecido considerando alguns aspectos: se o universo é finito ou infinito; o nível de confiança estabelecido (usualmente 95%) e o erro permitido (normalmente não superior a 5%); e a proporção em que a característica foco da pesquisa se manifesta na população.

Moscarola (1990) apresenta uma leitura simplificada desse tema. Ele ressalta (p.63) a “lei dos grandes números”, segundo a qual “com uma amostra inferior a 30 observações se tem chances de encontrar tanto um valor errôneo ou defasado como um valor se aproximando da realidade”. As chances de obtenção de valores ou resultados alinhados com a realidade aumentam consideravelmente com 100 observações. Perrien, Chéron e Zins (1984) abordam a questão do tamanho da amostra argumentando que a precisão tende a elevar-se com o aumento do tamanho da amostra. Afirmam que, além dos argumentos estatísticos, o tamanho da amostra é também influenciado em muito pela credibilidade dos usuários da pesquisa.

Dessa forma, todos os respondentes tinham obrigatoriamente que se identificar pelo número de registro profissional, *e-mail* e telefone, com o objetivo de poder identificar e eliminar repetição de respostas ou respondentes. Além disso, os convites foram realizados pelas entidades de classe de médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares, de sorte que tanto a legitimidade da pesquisa quanto a veracidade das respostas fosse mais segura.

A melhor amostra, segundo Fink (1995) é aquela que consegue ser a mais representativa da população ou de um modelo dela. Contudo, nenhuma amostra é perfeita e o

que pode variar é o grau de erro ou viés. Alguns aspectos devem ser fortemente considerados, como ter claramente definido o objetivo que se tem com a realização da *survey*, o que dará melhores condições de assegurar se a amostra é adequada ou não; como definir objetivamente os critérios de elegibilidade dos respondentes, ou seja, quais as condições que definem se uma pessoa pode ou não participar da amostra.

Como técnica de amostragem, foi utilizada a do tipo não probabilística, que é obtida a partir de algum tipo de critério, onde nem todos os elementos da população têm a mesma chance de ser selecionados, o que torna os resultados não generalizáveis. Guardando suas limitações, esse tipo de amostra pode ser conveniente quando os respondentes são pessoas difíceis de identificar, grupos específicos ou, ainda, quando existe restrição no orçamento da pesquisa (FINK, 1995). Foram utilizados concomitantemente dois tipos de amostra não probabilística: por conveniência (*convenience*) – onde os participantes são escolhidos por estarem disponíveis; e bola de neve (*snowball*) – pois os participantes iniciais indicam novos participantes (BICKMAN; ROG, 1997; MALHOTRA, 2001).

Fink (1995), afirma que o tamanho da amostra se refere ao número de respondentes necessário para que os resultados obtidos sejam precisos e confiáveis, e que o aumento do tamanho da amostra diminui o erro. Naturalmente, essa tendência tem limites; a partir de certa quantidade não se tem mais uma forte contribuição agregada por coletar-se maior número de questionários.

O instrumento de coleta de dados consistiu em um formulário com 20 perguntas, adaptadas da metodologia SERVQUAL (que originalmente tem 22 questões) para médicos (Apêndice A), administradores de hospitais (Apêndice B) e administradores de operadoras (Apêndice C), onde cada respondente registrava sua opinião direta sobre sua classe profissional e depois sobre os dois outros tipos de respondentes, ou seja, primeiro cada um respondia como percebia a questão para si próprio e depois como projetava a importância dada aos atributos pelos demais respondentes. Para ilustrar essa questão, é apresentado a seguir parte do formulário de respostas com os três tipos de respostas possíveis, sendo uma direta e duas indiretas para cada respondente, com nove pontos em uma escala do tipo *likert*, com nove pontos, que eram marcados eletronicamente com um *clik* sobre a opção de escolha do respondente, conforme demonstrado na figura a seguir:

I - Tangíveis (instalações, equipamentos e aparência do pessoal na organização). Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:										
1. A aparência moderna/atualizada dos equipamentos.										
Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:										
Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
Eu, acredito que para os administradores dos hospitais , esse item para os clientes:										
Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
Eu, acredito que para os administradores das operadoras , esse item para os clientes:										
Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante

Figura 4 - Exemplo de uma questão do Instrumento de Coleta de Dados

Fonte: O autor (2006)

Na escala original (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1988), são os clientes que atribuem notas ou conceitos para suas expectativas e posteriormente para suas percepções. No presente estudo, como o objetivo era verificar que importância dão médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras para os atributos definidores da qualidade para clientes, foram os três tipos de respondentes que manifestaram suas percepções sobre cada um dos itens do formulário. Abaixo são apresentados os 5 atributos – ou dimensões da qualidade – da escala SERVQUAL adaptada ao público alvo e as 20 questões que compunham o questionário:

I	Tangíveis (refere-se às instalações, equipamentos e aparência do pessoal na organização).
1	Aparência moderna/atualizada dos equipamentos.
2	Instalações físicas (recepção, sala de espera, mobiliário e locais de atendimento/internação) visualmente bonitas e agradáveis, assim como as questões ligadas ao ambiente silencioso, temperatura agradável e isento de odores.
3	Apresentação dos profissionais (roupas, cabelos, barba, etc.)
4	Limpeza, aparência e higiene dos locais de atendimento/internação, banheiros, toalhas, roupas de cama e banho.
5	Insumos e encaminhamentos adequados e no momento certo: receitas para medicamentos; exames; solicitações de procedimentos; solicitações de autorizações; refeições; etc.
6	Acesso aos serviços é fácil (localização, meios de transporte, estacionamento, agendamento).
II	Confiabilidade (refere-se à habilidade de entregar o serviço prometido de maneira confiável e precisa).
7	Cumprimento de promessas implícitas e explícitas (algum compromisso destinado ao cliente) nos prazos ajustados, sem atrasos nem imprevistos.
8	Executar (realizar) os serviços e procedimentos corretamente logo na primeira vez, sem a necessidade de retorno do cliente, correções ou novas intervenções.
9	Manter o cliente completamente informado (esforçar-se realmente para isso), a partir de informações corretas, completas e livres de erros.
III	Atenção (refere-se ao desejo para ajudar o cliente e prover um serviço imediato).
10	Ter prontidão para atender sem demora os pedidos e necessidades dos clientes (Nunca estar ocupado demais para atender as solicitações do cliente).
11	Ter e demonstrar interesse sincero em resolver os problemas e atender quando o cliente precisa de ajuda.
12	Ter permanente disposição para ajudar os clientes.
IV	Garantias (refere-se ao conhecimento e polidez dos profissionais e à sua habilidade em inspirar confiança ao cliente).
13	Fazer com honestidade aquilo que é melhor para os clientes.
14	Fazer com que os clientes se sintam seguros com os serviços prestados/realizados.
15	Ter um comportamento que inspire confiança aos clientes.
16	Ter conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para fazer o melhor para os clientes em cada situação (aspectos técnicos e de relacionamento).
17	Esclarecer previamente os clientes sobre quando e como os serviços e procedimentos serão realizados.
V	Empatia (cuidado individualizado dispensado ao cliente).
18	Tratar os clientes com cortesia e simpatia.
19	Dar atenção especial, individualizada, buscando conhecer e atender as necessidades específicas dos clientes.
20	Disponer de horários cômodos e adequados de acordo com a percepção dos clientes.

Quadro 7 - Escala SERVQUAL adaptada para a pesquisa

Fonte: Adaptado pelo autor (2006) de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)

O formulário para coleta de dados foi validado junto a 2 professores do MAN – Mestrado de Administração e Negócios da PUC/RS e logo após foi realizado pré-teste com dez representantes do público alvo (médicos e gerentes de hospitais e de operadoras de saúde). Os pré-testes foram realizados em agosto, setembro e outubro de 2005, com 3

médicos, 3 administradores hospitalares e 4 funcionários que ocupavam cargos gerenciais em operadoras de planos de saúde. As proposições de alterações para melhor entendimento, após análise, ocasionaram alterações no formulário, comparando-se com a escala SERVQUAL original da seguinte forma: Aspectos Tangíveis: eram quatro questões e passaram a ser seis; Confiabilidade: eram cinco questões e passaram a ser três; Presteza/Atenção: eram quatro questões e passaram a ser três; Segurança/Garantias: eram quatro questões e passaram a ser cinco; e finalmente, Empatia: eram cinco questões e passaram a ser três. Ao final dos ajustes, de vinte e duas questões da escala original, restaram vinte. O objetivo das mudanças ajustar as questões para o público respondente (médicos, administradores de hospitais e administradores de operadoras), vez que o instrumento original tinha como respondentes os próprios clientes. Na presente pesquisa, os respondentes atribuíam notas conforme acreditavam que os clientes valorizariam cada item perguntado.

Aplicação do instrumento de coleta de dados se deu por conveniência (BICKMAN; ROG, 1997; MALHOTRA, 2001) cujo critério utilizado foi de os respondentes pertencerem a alguma entidade associativa e envio dos convites por mensagem eletrônica (*e-mail*) aos possíveis respondentes foi realizado pelas entidades associativas do público-alvo conforme a Tabela abaixo:

Tabela 1 - Possíveis respondentes das entidades associativas

Entidade Associativa	Tipo de Respondentes	Número de Associados
- AMRIGS: Associação Médica do Rio Grande do Sul	Médicos	7.700
- UNIDAS: União Nacional das Entidades de Autogestão em Saúde	Operadoras	150
- CNS – Conselho Nacional de Saúde	Hospitais	2.300
- SINDIHOSPA: Sindicato dos Hospitais e Clínicas de Porto Alegre	Hospitais	150
- Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS	Hospitais	230

Fonte: Cadastro das Entidades Associativas, 2005.

Foram realizados contatos para convidar as entidades associativas no período de junho a dezembro de 2005, em congressos e eventos onde estavam participando os principais gestores dessas entidades e por contatos telefônicos. As entidades AMRIGS, UNIDAS e SINDIHOSPA, além de enviar os e-mails convidando seus associados, disponibilizaram em suas páginas na internet matérias divulgando a pesquisa (Anexo A). Além disso, foram enviadas mensagens de agradecimento pela resposta e pedidos de indicação de outros respondentes do mesmo público alvo.

A sistemática de coleta de dados foi via *website*, com envio anterior de apresentação da pesquisa por (*e-mail*), informando os prazos para acesso e preenchimento. Na metade do tempo hábil para que os respondentes efetuassem acesso ao *site*, foi enviado novo e-mail, reforçando o convite. Nesse mesmo período, foram feitos telefonemas para as entidades associativas, informando o percentual de respondentes, diante de sua população.

A base de dados estava em uma *home page*, hospedada no site da PUC/RS que foi concluída em 22/12/2005, quando foram repassados os primeiros e-mails indicando o endereço eletrônico para preenchimento do questionário. Foram passados reforços em 15/01/2006 e em 06/03/2006 foi passado o último reforço, dando o prazo máximo para 15/03/2006.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados e discutidos da seguinte forma: primeiro são trazidas informações da amostra, perfil de respondentes, período de coleta de dados, etc. e depois serão apresentados e discutidos os resultados em duas partes: a primeira tratando dos resultados diretos (auto-avaliação) de médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras e a segunda tratando dos resultados indiretos, ou como cada respondente acredita que os outros dois avaliam as cinco dimensões da qualidade para clientes da escala SERVQUAL: tangíveis, confiabilidade, atenção/presteza, garantias e empatia.

O número total de respondentes foi de 164, sendo que destes foram considerados válidos 150 questionários, sendo 46 de médicos, 37 de administradores de hospitais e 67 de administradores de operadoras. O número projetado para a amostra por tipo de respondente fora apresentado na tabela 1 da página 52. Esse número ficou aquém do esperado e alguns prováveis motivos sejam o período estabelecido para início e fim da pesquisa coincidir com festas de final de ano, férias e carnaval, além do próprio receio na exposição que está presente no mercado de saúde suplementar. De qualquer forma, em virtude da pesquisa ser por amostragem não-probabilística e conveniência, o número de respostas válidas é suficiente para a realização das análises (MOSCAROLA, 1990; FINK 1995; MALHOTRA, 2001).

Outra questão é que nota-se um maior número de respondentes na mesma área de atuação do pesquisador (administradores de operadoras), o que pode ser considerado consequência da amostragem ser por conveniência. O segundo grupo ou tipo de respondentes com maior número de respostas foram os médicos, onde se acredita que o maior número tenha sido gerado em função do apoio dado pela Associação Médica do Rio Grande do Sul – AMRIGS, que além de enviar convite eletrônico a todos os seus associados por *e-mail*, colocou na página inicial de sua *home page* na internet uma matéria feita sobre a pesquisa. Já sobre os administradores hospitalares, esse tipo de respondentes registrou o menor índice de respostas, mesmo tendo sido acordado o envio dos convites eletrônicos com uma instituição associativa de cunho estadual e outra de cunho nacional. A seguir é apresentado o gráfico da distribuição do número de respondentes por tipo.

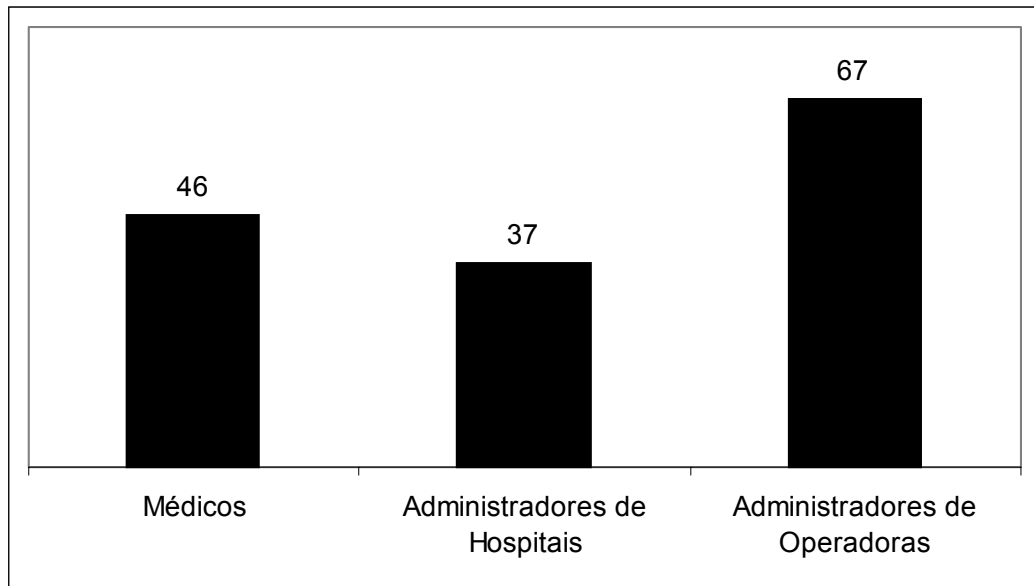


Gráfico 1 - Distribuição do número de respondentes por tipo

Fonte: O autor (2006)

Foi observado que o número de respostas teve seu pico em janeiro, e depois apresentando decréscimo sistemático até o início de março, quando foram registrados os últimos respondentes. Vale ressaltar que em dezembro, quando o período de coleta de dados foi iniciado, foram apenas 7 dias úteis, sendo que 5 deles estavam na semana entre o natal e o ano novo, período em que obteve-se apenas um respondente. A distribuição do número de respondentes por mês pode ser observada no gráfico a seguir:

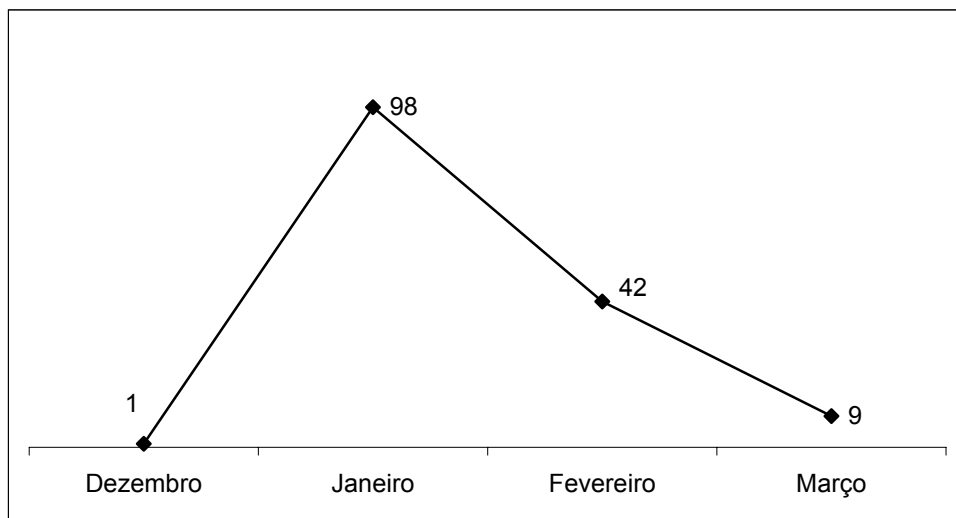


Gráfico 2 - Distribuição do número de respondentes por mês

Fonte: O autor (2006)

Em virtude do critério utilizado para amostragem nessa pesquisa ter sido o de conveniência, ficou evidente que nos estados onde o pesquisador tinha apoiadores (amigos, conhecidos e colegas de trabalho), o número de respondentes foi maior. Cabe destacar o estado do Rio Grande do Sul, onde se obteve o maior número de respondentes em todas as áreas. A distribuição do número de respondentes por estados foi a seguinte:

Tabela 2 - Número de respondentes por estado

Estado	Número de Respostas Válidas		
	Médicos	Hospitais	Operadoras
Amazonas	0	3	2
Espírito Santo	1	0	1
Distrito Federal	1	0	6
Minas Gerais	0	0	5
Mato Grosso do Sul	3	5	0
Paraíba	1	0	3
Paraná	2	0	8
Rio de Janeiro	1	0	7
Rio Grande do Sul	36	22	24
São Paulo	1	7	11
Total	46	37	67

Fonte: O autor (2006)

Nessa condição, não é possível, do ponto de vista da generalização, dizer que os resultados da presente pesquisa possam ser extrapolados para o país inteiro. Por outro lado, importa lembrar que foram mandados convites para entidades de cunho nacional e repassados outros convites (bola de neve) para todo o país, o que não pode ser desmerecido, principalmente por fatores como o baixo número de respondentes (menos de 1% da amostra), que pode ter sido ocasionado por ser a SERVQUAL uma escala muito extensa, conforme já criticado na literatura (CRONIN; TAYLOR, 1992). Outro fator que pode ter contribuído para que o número maior de respondentes fosse do Rio Grande do Sul é que tanto a instituição de ensino, quanto o local de trabalho do pesquisador estão localizados nesse estado, o que aumenta a confiança por parte dos respondentes na seriedade da pesquisa e no sigilo das informações prestadas. A propósito disso, havia no convite eletrônico a informação que tão logo fosse preenchida e enviada a pesquisa eletronicamente, os dados seriam extraídos de sua fonte de identificação para garantir que não seriam mais utilizadas as informações dos respondentes.

Com relação aos dados coletados, vale lembrar que o questionário SERVQUAL foi adaptado para uma escala do tipo *Likert* de 9 pontos e pressupõe a avaliação de cinco dimensões. Cada dimensão é avaliada mediante 3 a 5 itens (perguntas). Cada participante recebeu um escore por dimensão, calculado mediante média dos itens de cada dimensão.

A média dos escores dos três grupos quando da mensuração direta (ou auto-avaliação) sobre a opinião dos clientes foram comparadas mediante teste de análise de variância de um fator, utilizando-se o software SPSS versão 7.0. A análise de variância é indicada na comparação de médias quando a variável dependente é medida em escala intervalar ou de razão e as variáveis dependentes são categóricas e não dicotômicas (dois ou mais grupos). A variável independente categórica também é chamada de fator, e quando apenas um fator é avaliado indica-se a ANOVA de um fator (ou via) (MALHOTRA, 2001). A hipótese de nulidade afirma que não existem diferenças entre as médias dos grupos e a hipótese alternativa afirma que existe diferença entre as médias. Contudo, caso a hipótese alternativa seja aceita, a ANOVA não indica quais médias são diferentes entre si, apenas que existe diferença entre elas. Para avaliar entre quais grupos existem diferenças é necessário aplicar um teste *post hoc* para tal fim. Vários testes *post hoc* são indicados e neste caso optou-se pelo teste *tukey*, pois é um teste conservador e possibilita a comparação dos pares de médias (DAL MORO; LELES, 2005).

Na comparação da percepção indireta se obteve a percepção de uma categoria em relação a outras duas. Para a percepção de cada categoria foi calculado a média dos escores das outras duas categorias. Uma vez que a variável dependente é medida em escala intervalar e a variável independente apresenta apenas duas categorias, indica-se o teste *t de Student* para amostras independentes como método de comparação das médias. O nível de significância considerado foi de 5%.

Para cada item do questionário SERVQUAL o participante avaliava a importância que o cliente atribuiria àquele aspecto do atendimento. O primeiro grupo de perguntas era referente à própria percepção do quão importante aquele aspecto seria considerado importante para o cliente, aqui determinada de avaliação direta ou auto-avaliação. O segundo grupo de resultados trata da avaliação indireta, que fora realizada pelos respondentes relativamente aos dois outros tipos que compunham o público-alvo. Os valores indicados em cada item foram agregados segundo as cinco dimensões avaliadas: tangíveis, confiabilidade, atenção/presteza,

garantias e empatia. Para cada grupo de participantes (médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras) foi possível estabelecer os parâmetros estatísticos necessários a comparação entre eles.

Dessa forma, a apresentação e discussão dos resultados será efetuada em duas partes: a primeira relativamente a avaliação direta (auto-avaliação) e a segunda sobre a avaliação indireta (como cada respondente percebe os outros dois).

Os resultados da avaliação direta dos três grupos pesquisados, indicam em geral que os administradores de hospitais acreditam, quando comparados aos médicos e administradoras de operadoras, que os clientes dão maior importância às questões tangíveis do atendimento bem como a atenção dedicada a eles clientes ($p < 0,01$). Os administradores hospitalares também percebem que os clientes se importam mais com a confiança ($p < 0,05$) e a empatia transmitida ($p < 0,01$), quando comparada à opinião dos Médicos.

Tabela 3 - Resultado da avaliação direta conforme opinião de Médicos, Administradores Hospitalares e Administradores de Operadoras (Porto Alegre, 2006)

Dimensão		Grupo		
		Médicos* n=46	Administradores de Hospitais* n=37	Administradores de Operadoras* n=67
Tangíveis (6 variáveis)	média**	8,19 ^A	8,69 ^B	8,32 ^A
	dp	0,61	0,43	0,57
Confiabilidade (3 variáveis)	média**	8,33 ^a	8,70 ^b	8,64 ^{ab}
	dp	0,71	0,74	0,51
Atenção (3 variáveis)	média**	8,5 ^A	8,96 ^B	8,52 ^A
	dp	0,67	0,16	0,59
Garantias (5 variáveis)	média**	8,58 ^a	8,86 ^a	8,65 ^a
	dp	0,74	0,42	0,59
Empatia (3 variáveis)	média**	8,22 ^A	8,71 ^B	8,48 ^{AB}
	dp	0,77	0,87	0,66

* Comparação dos grupos mediante teste ANOVA de uma via e teste *Tukey post hoc*.

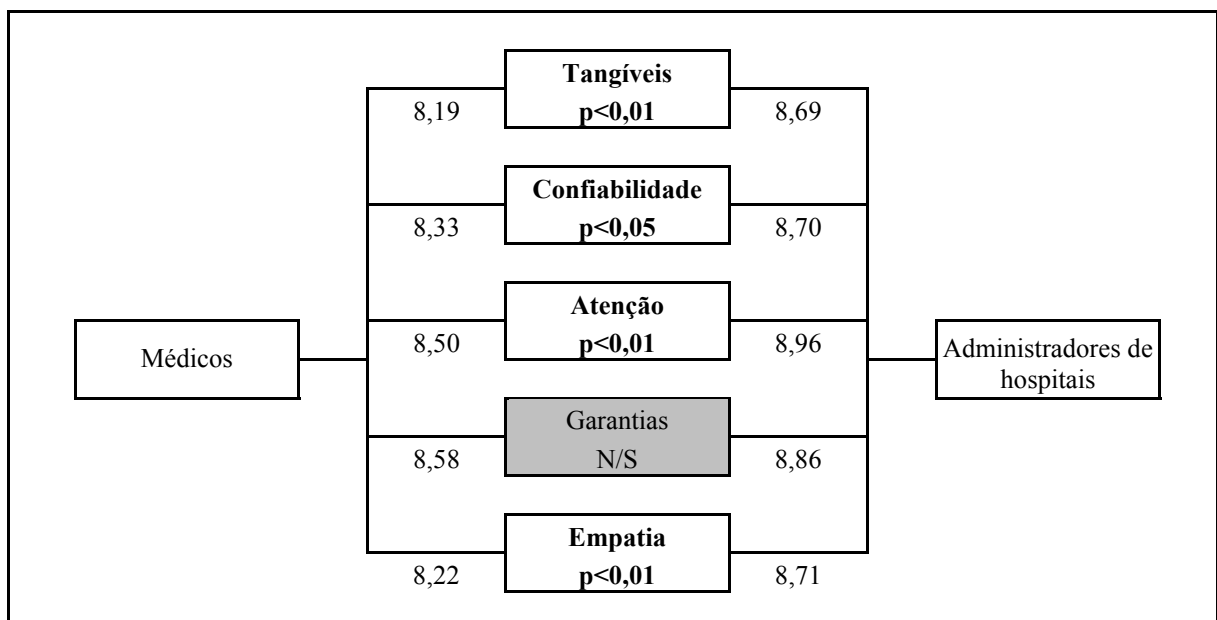
** Letras diferentes nas linhas indicam significância estatística. Letras minúsculas indicam $p < 0,05$ e letras maiúsculas indicam $p < 0,01$

Fonte: O autor (2006) (Coleta de dados - SPSS versão 7.0)

De maneira ampla, os administradores hospitalares atribuíram em média escores maiores que médicos e administradores de operadoras, sendo que em três das cinco dimensões

estas diferenças não mais são atribuídas ao acaso, conforme ilustrado anteriormente ($p < 0,05$). Talvez uma possível explicação para esse achado seja porque médicos e operadoras somente nessa década tenham começado a investir em programas de qualificação da gestão e da assistência, enquanto que os hospitais foram, dentre os três segmentos pesquisados os primeiros a voltarem-se para programas formais de qualidade, há mais de duas décadas (ONA, 2004; RAJU; LONIAL; GUPTA, 1995). Outra possível explicação para esse resultado é que as instituições hospitalares estão se organizando administrativamente há séculos, enquanto que os médicos até muito recentemente estiveram somente voltados para o aprimoramento das técnicas, o que muitas vezes sequer pode ser observado pelos clientes, e as operadoras, até o advento da legislação em 1998, estavam mais voltadas para o gerenciamento dos riscos, ou seja, foco interno (ALCOFORADO, 2003).

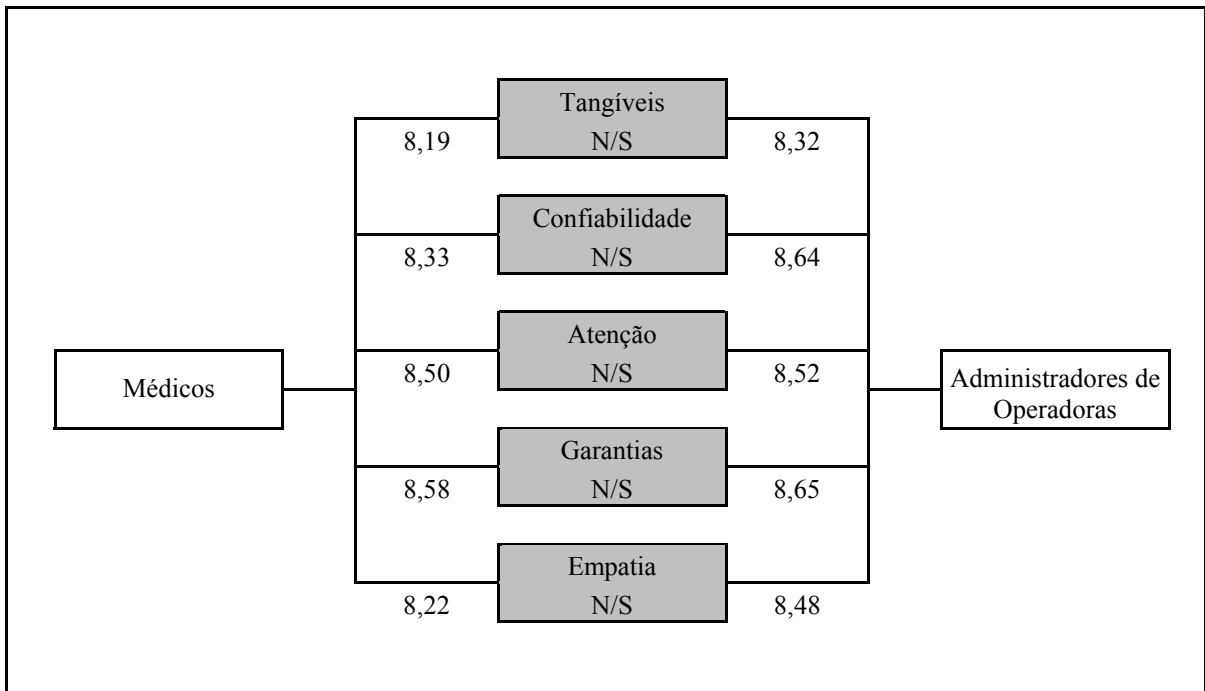
Para facilitar o entendimento dos resultados da avaliação direta (ou auto-avaliação), são apresentados a seguir as figuras 5, 6 e 7 que indicam a comparação das médias obtidas em cada uma das dimensões, sendo respectivamente a primeira entre médicos e administradores hospitalares, a segunda entre médicos e administradores de operadoras e a terceira entre administradores de operadoras e administradores de hospitais. Após cada figura são feitos comentários sobre os resultados obtidos.



Legenda: Dimensão não grifada e com indicação de significância estatística $p < 0,01$ ou $p < 0,05$ indicam que existem diferenças significativas; Dimensão grifada na cor cinza e com a indicação N/S indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Figura 5 - Resultado da comparação dois a dois mediante teste de Tukey, posterior a ANOVA de uma via
Fonte: O Autor

Os resultados apresentados na figura 5 demonstram que existem diferenças significativas entre médicos e administradores de hospitais tangíveis, confiabilidade, atenção/presteza e empatia. Na dimensão garantias, as diferenças não são significantes estatisticamente, o que leva a crer que esse é um ponto de convergência entre médicos e administradores hospitalares. Nas cinco dimensões avaliadas, os administradores hospitalares atribuíram a si próprios escores médios maiores que os atribuídos pelos médicos também na auto-avaliação, sendo que destas, quatro apresentam diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, nessa primeira comparação que trata da avaliação direta, administradores hospitalares dão maior importância aos atributos de clientes do que os médicos.

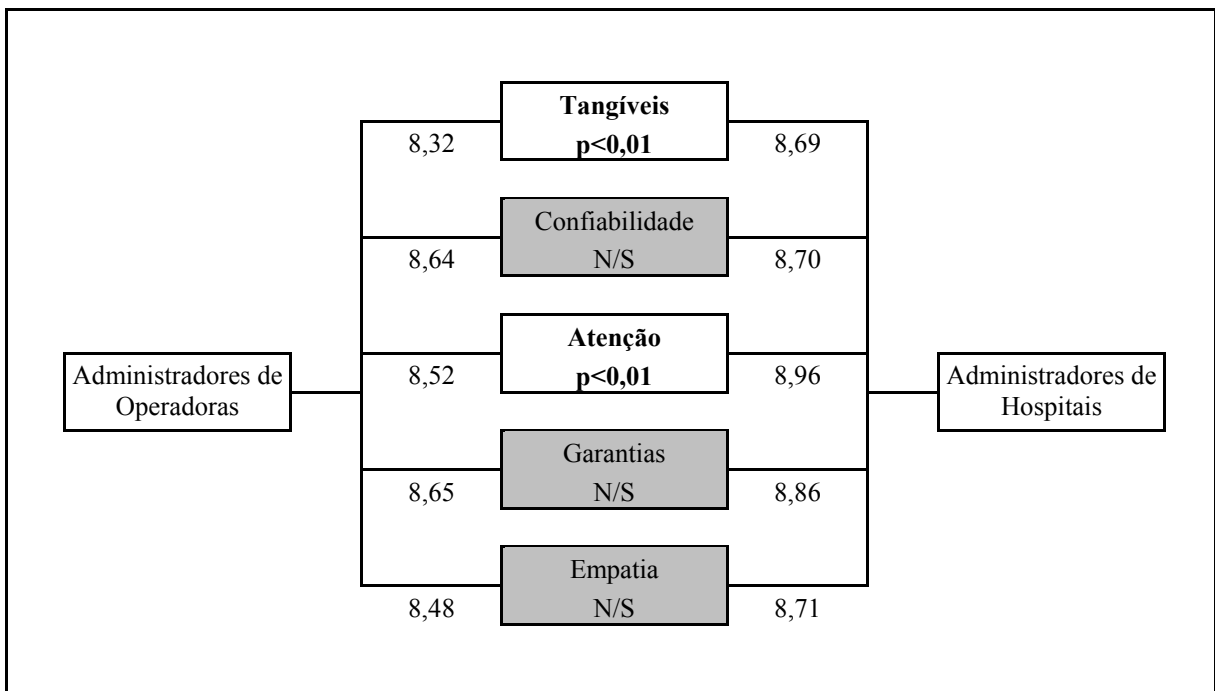


Legenda: Dimensão não grifada e com indicação de significância estatística $p < 0,01$ ou $p < 0,05$ indicam que existem diferenças significativas; Dimensão grifada na cor cinza e com a indicação N/S indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Figura 6 - Resultado da comparação dois a dois mediante teste de Tukey, posterior a ANOVA de uma via
Fonte: O Autor

Se entre médicos e administradores hospitalares os resultados levam a crer que existem mais diferenças do que pontos de convergência, o mesmo não ocorre quando médicos são comparados a administradores de operadoras. Pelo contrário, os resultados apresentados na figura 6 demonstram que não existe diferença significativa no modo como médicos e administradores de operadoras dão importância as cinco dimensões da qualidade em serviços

para clientes. Nas cinco dimensões avaliadas, os administradores de operadoras atribuíram a si próprios escores médios maiores que os atribuídos pelos médicos, também na auto-avaliação. Assim como os administradores de hospitais, os de operadoras dão maior importância aos atributos de clientes do que os médicos, muito embora não exista significância estatística para afirmar-se que há diferença no modo de pensar sobre os atributos de clientes ou dimensões da qualidade para clientes entre os dois tipos de respondentes, conforme resultados apresentados na figura 7.



Legenda: Dimensão não grifada e com indicação de significância estatística $p<0,01$ ou $p<0,05$ indicam que existem diferenças significativas; Dimensão grifada na cor cinza e com a indicação N/S indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Figura 7 - Resultado da comparação dois a dois mediante teste de Tukey, posterior a ANOVA de uma via

Fonte: O Autor

Os resultados apresentados na figura 7 demonstram que existe diferença no modo de pensar sobre atributos importantes para clientes em apenas duas, das cinco dimensões da qualidade, quando se faz a comparação entre administradores de operadoras e administradores hospitalares. As dimensões onde foram constatadas diferenças são tangíveis e atenção/presteza, onde ambos tem sua maior valorização dada pelos administradores

hospitalares. Nas cinco dimensões, os administradores hospitalares atribuem a si próprios escores maiores que os administradores de operadoras.

Ao término da apresentação e discussão das figuras 5, 6 e 7, nota-se que em termos de avaliação direta, na comparação entre dois tipos de respondentes, o maior número de diferenças de percepção (4 dimensões) está entre médicos e administradores de hospitais, seguida de administradores de operadoras e administradores hospitalares (2 dimensões). Em contrapartida, a relação entre médicos e administradores de operadoras não apresentou nenhuma diferença em termos de percepção das dimensões da qualidade em serviços.

As médias gerais da auto-avaliação obtidas por tipo de respondente para os 20 itens ou 5 dimensões foi respectivamente, 8,78 para administradores de hospitais, 8,52 administradores de operadoras e 8,36 para médicos. Essas médias gerais demonstram o nível de importância dada aos atributos de clientes da escala SERVQUAL, ou seja, os administradores de hospitais dão maior importância geral do que os outros dois tipos de respondentes, ficando os médicos com o menor escore médio.

Quando se passa a analisar as médias de importância e se estabelece uma ordem por dimensão, percebe-se novamente a proximidade entre o que pensam médicos e administradores de operadoras. Com o intuito de facilitar a compreensão, foi desenvolvido o Quadro 8 que coloca as cinco dimensões da qualidade em serviços da SERVQUAL em ordem de importância, conforme apresentado a seguir:

Ordem de Importância das Dimensões da Qualidade	Médicos	Administradores de Hospitais	Administradores de Operadoras
1 ^a	Garantias	Atenção/presteza	Garantias
2 ^a	Atenção/presteza	Garantias	Confiabilidade
3 ^a	Confiabilidade	Empatia	Atenção/presteza
4 ^a	Empatia	Confiabilidade	Empatia
5 ^a	Tangíveis	Tangíveis	Tangíveis

Quadro 8 - Ordem de Importância das Dimensões

Fonte: O autor (2006)

A ordem de importância apresentada na última figura, onde três das cinco dimensões apresentam a mesma ordenação para médicos e administradores de operadoras (em primeiro

garantias, em quarto a empatia e em quinto os itens tangíveis) demonstraram que existe maior proximidade na percepção entre esses dois tipos de respondentes. Para esse resultado não foram encontrados argumentos na sustentação teórica e pode ser umas das contribuições do presente trabalho. A primeira dimensão da qualidade atribuída por médicos e administradores de operadoras refere-se ao conhecimento e polidez dos profissionais e à sua habilidade em inspirar confiança ao cliente, o que leva a crer que esses dois tipos de respondentes estão mais preocupados em garantir aos clientes os tratamentos mais adequados, confiáveis e seguros. Já os administradores hospitalares consideraram como primeiro item a atenção/presteza que refere-se ao desejo para ajudar o cliente e prover um serviço imediato, o que talvez possa ser explicado pela característica das instituições hospitalares que lidam com a questão da urgência e da necessidade do pronto atendimento para salvar vidas.

A aplicação da SERVQUAL com os respondentes sendo os profissionais de saúde não é novidade, conforme já levantado no referencial teórico. Outrossim, merece atenção o fato de que em duas outras pesquisas tenham sido encontrados resultados similares, quando avaliada a ordem de importância das dimensões da qualidade. A dimensão tangíveis foi a que obteve as menores médias de avaliação no estudo de Murrow e Murrow (2002) realizado com enfermeiras nos Estados Unidos e também no de BRENER (2003), onde os respondentes eram médicos da cidade de Londrina/PR. O mesmo repetiu-se nessa pesquisa para os três tipos de respondentes, gerando assim um ponto de convergência e atendendo o proposto no terceiro objetivo específico do presente trabalho. Além disso, os clientes valorizam fatores relativos as relações interpessoais com prestadores de serviços (URDAN, 2001; DONABEDIAN, 1982) mais que aspectos tangíveis (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1995).

Em compensação, essa foi a única dimensão na ordenação da importância que ficou na mesma classificação para médicos, administradores de operadoras e de hospitais. Médicos e administradores de operadoras também coincidiram na ordem de importância de mais duas dimensões: A primeira para os dois grupos foi a dimensão garantias e a quarta foi a de empatia. Isso pode demonstrar, de certa forma, que médicos e administradores de operadoras deram importância igual para três das cinco dimensões de qualidade, o que leva a crer que existem mais pontos de convergência entre esses dois grupos do que qualquer um deles com os administradores hospitalares.

Terminada a discussão e análise dos resultados diretos (auto-avaliação), nesse momento passam a ser avaliadas as percepções indiretas da importância atribuída às dimensões importantes da qualidade para clientes da escala SERVQUAL, por cada um dos três grupos de respondentes.

Na tabela a seguir são apresentados os resultados estatísticos da percepção de cada um dos respondentes sobre os demais, onde é demonstrado que quando é feita a avaliação indireta também são atribuídas diferenças de percepção, sendo que na opinião de médicos, administradores hospitalares e de operadoras dão importâncias diferentes em três dimensões (tangíveis, garantias e empatia), na percepção de administradores hospitalares os médicos e os administradores de operadoras pensariam diferente em uma dimensão (garantias) e, por fim, na opinião de administradores de operadoras, médicos e administradores hospitalares pensariam diferente em três dimensões (tangíveis, confiabilidade e atenção).

Tabela 4 - Avaliação Indireta (como cada respondente vê os demais)

Dimensão	Percepção de Médicos			Percepção de Ad. Hospitalares			Percepção de Ad. Operadoras			
	Adm. de Hospitalares	Adm. de Operadoras	Sig	Médicos	Adm. de Operadoras	Sig	Médicos	Adm. de Hospitalares	Sig	
Tangíveis (6 variáveis)	média** dp	7,50 0,91	6,29 2,04	p<0,01	7,89 1,29	7,09 2,38	p>0,05	7,90 0,85	7,30 1,15	p<0,01
Confiabilidade (3 variáveis)	média** dp	7,45 1,18	6,97 1,54	p>0,05	7,77 1,56	7,65 1,87	p>0,05	7,51 1,27	6,92 1,61	p<0,05
Atenção (3 variáveis)	média** dp	7,43 1,02	6,84 1,68	p>0,05	7,69 1,37	7,28 2,63	p>0,05	7,23 1,41	6,50 1,82	p<0,05
Garantias (5 variáveis)	média** dp	7,56 1,05	6,94 1,69	p<0,05	8,36 0,80	7,31 2,59	p<0,05	7,83 1,12	7,66 1,07	p>0,05
Empatia (3 variáveis)	média** dp	7,25 1,05	6,30 2,03	p<0,01	7,46 1,35	6,96 2,50	p>0,05	7,16 1,37	6,61 1,57	p>0,05

* Comparação dos grupos mediante teste t de Student para amostras independentes.

Legenda: Dimensão não grifada e com indicação de significância estatística $p<0,01$ ou $p<0,05$ indicam que existem diferenças significativas; Dimensão grifada na cor cinza e com a indicação N/S indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Fonte: O autor (2006) Coleta de dados (SPSS versão 7.0).

De acordo com a tabela 4, pode ser observado no quadro geral de resultados, foram obtidas 7 das 15 possibilidades de diferenças nas dimensões, enquanto que nos números da avaliação direta, analisados no grupo anterior, haviam sido encontradas 6 das 15 possibilidades de dimensões com diferenças significativas. Isso, de certa forma, leva a crer

que as diferenças de percepções são mais percebidas nos outros respondentes do que em si próprios.

Na figura 8 é demonstrada a opinião dos médicos sobre a percepção dos administradores de hospitais e administradores de operadoras referente aos itens importantes para clientes em um atendimento. Pode se observar as médias obtidas para os administradores hospitalares nos itens tangíveis ($p<0,01$), garantias ($p<0,05$) e empatia ($p<0,01$) foram estatisticamente superiores às médias dos administradores de operadoras. Tal achado indica que os médicos acreditam que os administradores hospitalares estão mais sensíveis que os administradores de operadoras, às dimensões da qualidade ou atributos importantes para o cliente.

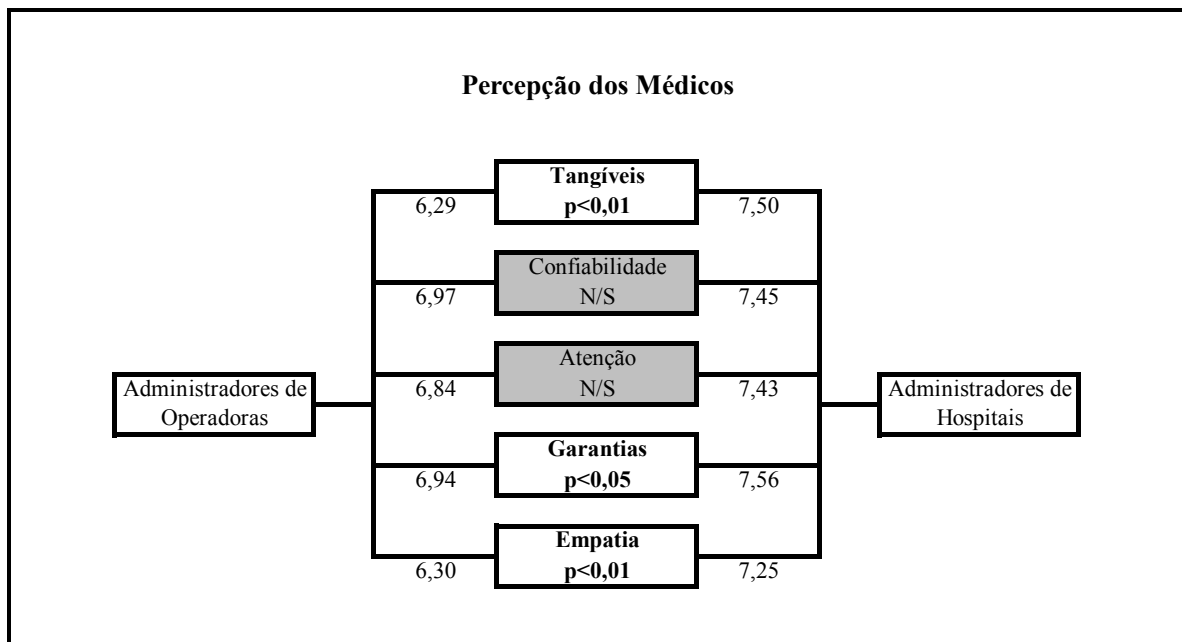


Figura 8 - Comparação dos grupos mediante teste t de Student para amostras independentes
 Fonte: O autor (2006)

Na mesma lógica da avaliação indireta, foi avaliada a percepção dos administradores hospitalares para os outros dois tipos de respondentes. De maneira contrária aos médicos, os administradores hospitalares em média não atribuíram notas diferentes para médicos e administradores de operadoras, exceto na dimensão garantias ($p<0,05$). Conforme tabela abaixo, são observadas médias superiores para os médicos, contudo em apenas uma categoria foi possível observar diferenças significativas nas médias segundo teste *t de Student* para

amostras independentes. Assim, na opinião dos administradores hospitalares sobre as outras duas categorias, os médicos crêem que os clientes se importam mais com as garantias oferecidas em relação a percepção dos administradores de operadoras.

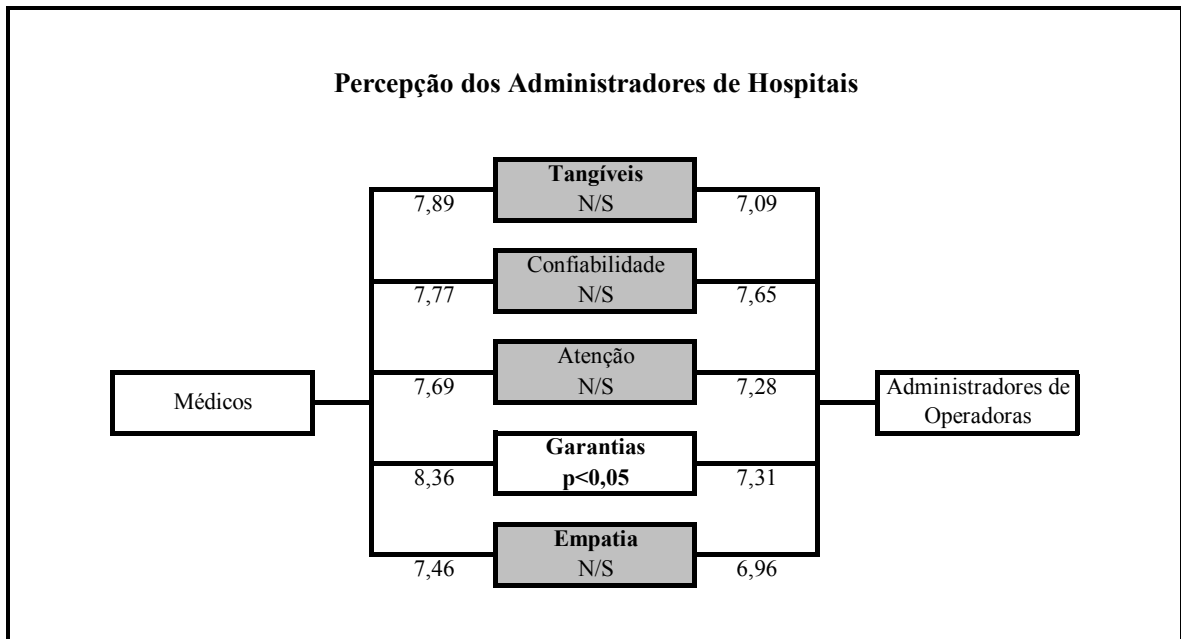


Figura 9 - Comparação dos grupos mediante teste t de Student para amostras independentes
 Fonte: O autor (2006)

Os administradores de operadoras também avaliaram indiretamente a percepção de outros sobre a importância para os clientes em cinco dimensões da qualidade em serviços, conforme tabela abaixo. Em média, para os administradores de operadoras, os médicos consideram que os itens tangíveis ($p < 0,01$), a confiança ($p < 0,05$) e a atenção ($p < 0,05$) são mais importantes para os clientes do que na opinião dos administradores de hospitais.

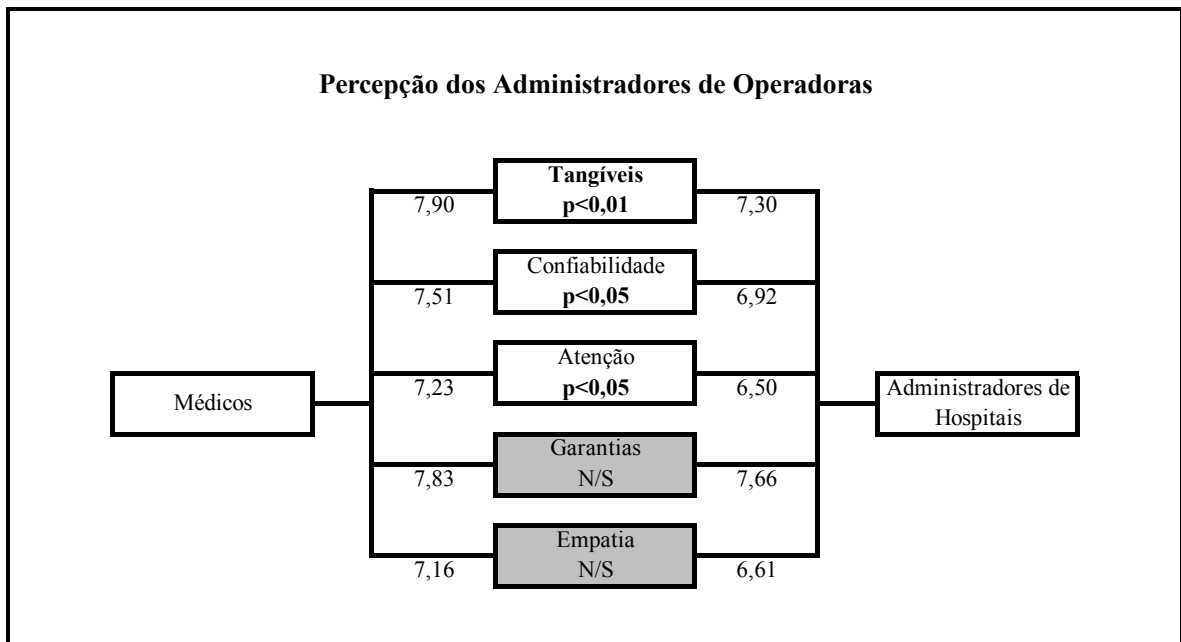


Figura 10 - Comparação dos grupos mediante teste t de Student para amostras independentes
 Fonte: Coleta de dados

Ao comparar os resultados obtidos na auto-avaliação (como cada respondente pensa sobre si) e os da avaliação indireta (como cada respondente pensa sobre os outros), percebe-se que na comparação entre médicos e administradores de operadoras, na auto-avaliação não havia nenhuma dimensão com diferença significativa e na avaliação indireta, feita pelos administradores hospitalares, apenas na dimensão garantias ($p < 0,05$) foi encontrada diferença significativa e, portanto, os três tipos de respondentes acreditam que não há nas quatro outras dimensões (tangíveis, confiabilidade, atenção e empatia).

Em seguimento, quando são feitas as comparações entre as médias atribuídas, confrontando-se médicos e administradores de hospitais, nota-se que na auto-avaliação eram quatro as dimensões com diferenças significativas (tangíveis, $p < 0,01$; confiabilidade, $p < 0,05$; atenção, $p < 0,01$ e empatia, $p < 0,01$) e na avaliação feita por administradores de operadoras (indireta para médicos e administradores de operadoras) três dimensões foram diferentes significativamente (tangíveis, $p < 0,01$; confiabilidade, $p < 0,05$ e atenção, $p < 0,05$), trazendo assim a unanimidade para todos os respondentes nas três primeiras dimensões.

Por fim, quando são confrontadas as médias atribuídas por administradores de operadoras e administradores hospitalares na auto-avaliação com as de médicos sobre esses dois outros (avaliação indireta), apenas a dimensão tangíveis é considerada diferente pelos

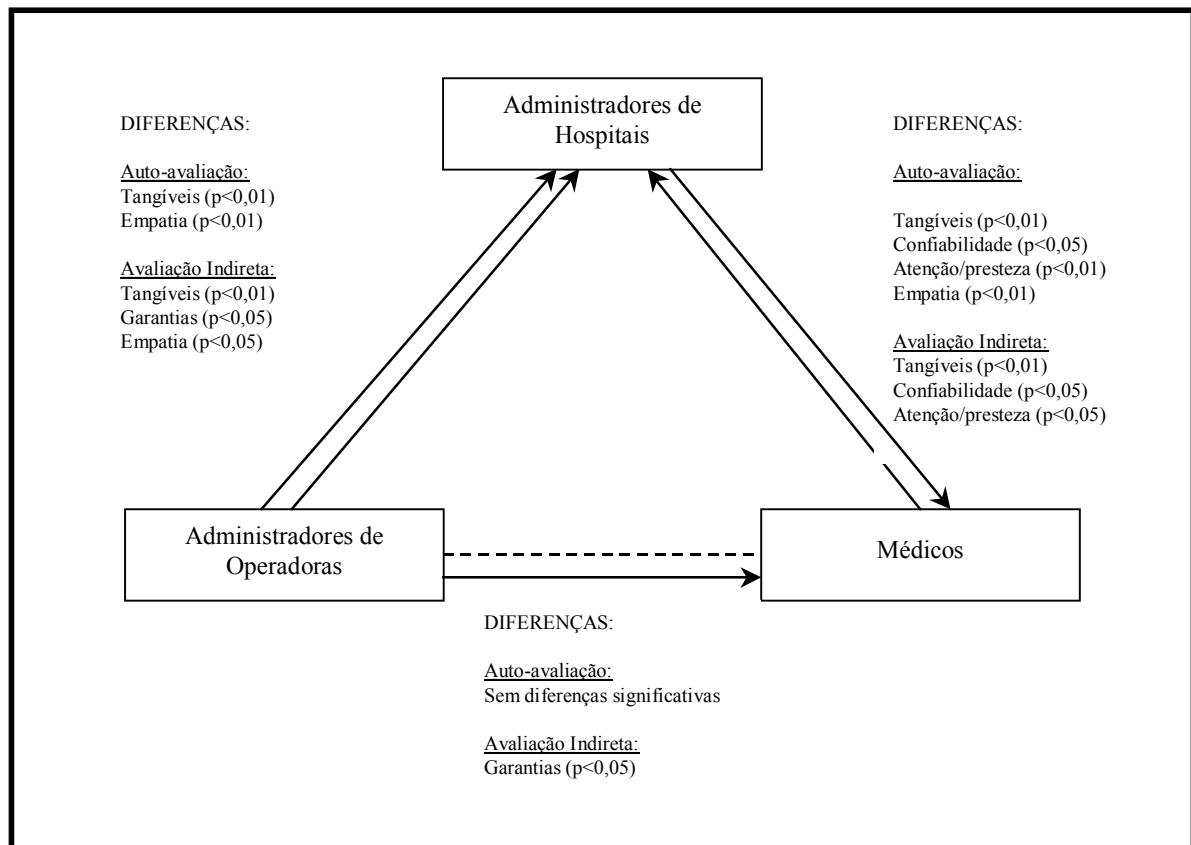
três tipos de respondentes. Nota-se que na auto-avaliação foram encontradas diferenças significativas entre administradores de operadoras e administradores hospitalares nas dimensões tangíveis ($p < 0,01$) e atenção ($p < 0,01$) enquanto que nos conceitos atribuídos por médicos as diferenças estariam presentes nas dimensões tangíveis ($p < 0,01$), garantias ($p < 0,05$) e empatia ($p < 0,01$). A tabela apresentada a seguir condensa esses resultados comparados entre a auto-avaliação e a avaliação indireta.

Tabela 5 - Comparação entre a auto-avaliação e a avaliação indireta

Dimensões	Médicos e Adm. de Operadoras		Médicos e Adm. de Hospitais		Adm. de Hospitais e Adm. de Operadoras	
	Auto-avaliação	Avaliação Indireta	Auto-avaliação	Avaliação Indireta	Auto-avaliação	Avaliação Indireta
Tangíveis	N/S	N/S	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Confiabilidade	N/S	N/S	$p < 0,05$	$p < 0,05$	N/S	N/S
Atenção	N/S	N/S	$p < 0,01$	$p < 0,05$	$p < 0,01$	N/S
Garantias	N/S	$p < 0,05$	N/S	N/S	N/S	$p < 0,05$
Empatia	N/S	N/S	$p < 0,05$	N/S	N/S	$p < 0,01$

Fonte: coleta de dados

Nessa tabela fica evidente que o maior número de diferenças percebidas, somando-se as auto-avaliações e as avaliações indiretas, está nas relações entre médicos e administradores de hospitais, representando 70% das possibilidades. Em segunda colocação em número de divergências somadas, aparecem administradores de hospitais e administradores de operadoras, onde 50% das possíveis diferenças (auto-avaliação mais avaliação indireta) foram confirmadas. Já na relação entre os resultados de médicos e administradores de operadoras o comportamento foi o oposto, onde foi registrada apenas uma dimensão com diferença significativa, o que indica que em 90% das possibilidades de diferença as mesmas não foram confirmadas. Isso aponta para o fato que existem mais pontos de convergência, ou que pensam mais parecido sobre atributos de clientes, médicos e administradores de operadoras, conforme é ilustrado na figura apresentada a seguir:



Legenda:

Duas linhas representam diferença significativa em uma ou mais dimensões na auto-avaliação e na avaliação indireta; Uma linha tracejada indica que não foram encontradas diferenças significativas na auto-avaliação e a linha contínua indica que houve diferença significativa na avaliação indireta; A direção das setas ao final das linhas indicam as maiores médias obtidas em diferenças significativas; As linhas internas representam a auto-avaliação e as linhas externas a avaliação indireta.

Figura 11 - Diferenças de percepção entre médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras na auto-avaliação e na avaliação indireta.

Fonte: O autor (2006)

Com relação aos objetivos do presente trabalho, diante dos resultados apresentados, pode se afirmar que foi atendido completamente o primeiro objetivo específico (mensurar diretamente a percepção de importância dos atributos definidos na escala SERVQUAL) em virtude das auto-avaliações feitas por médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras com relação às cinco dimensões da qualidade para clientes. O segundo objetivo específico também foi plenamente atendido ao serem apresentados os resultados da avaliação indireta. No que concerne ao terceiro dos objetivos específicos, pode-se dizer que também foi plenamente contemplado ao serem feitas a apresentação e discussão nas últimas duas figuras. E finalmente, o quarto e último objetivo específico também foi contemplado ao serem apresentados os resultados da auto-avaliação e da avaliação indireta da relação entre médicos e administradores de operadoras que trazem consigo pontos de convergência, por não

apresentarem diferenças significativas em nenhuma das cinco dimensões na auto-avaliação e na maioria na maioria das dimensões (80%) quando da avaliação feita por administradores hospitalares relativamente ao referido par de respondentes. Dessa forma, entende-se também que o objetivo geral foi atendido ao serem analisadas as diferenças de percepção entre médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras sobre atributos importantes para clientes, segundo as cinco dimensões da escala SERVQUAL.

Tratando-se de avaliar a confirmação de hipóteses, pode ser afirmado que a primeira hipótese (H1) de que existem diferenças de percepção entre médicos, administradores de hospitais e administradores de operadoras foi plenamente confirmada, pois os mesmos dão importância diferente para o mesmo grupo de dimensões de clientes. Já a segunda hipótese (H2) que sugeria que as diferenças de percepção poderiam ser notadas pelos três atores desse segmento de forma direta (sobre si mesmos) e indireta (o que os outros pensam), foi parcialmente confirmada, pois médicos e administradores de operadoras comparados não apresentam médias de pesos atribuídos às dimensões de forma diferente, pelo menos na avaliação direta (sobre si mesmos). A hipótese H2 foi parcialmente atendida, pois foram encontradas diferenças significativas entre médicos e administradores de operadoras em pelo menos uma das cinco dimensões em cada confronto realizado na avaliação indireta (o que os outros pensam).

Nota-se também que os administradores de hospitais receberam as maiores médias tanto na avaliação direta, quanto na avaliação indireta, se comparados aos demais respondentes, para todas as dimensões em que se obteve significância estatística. Isso significa que todos os respondentes acreditam que os administradores de hospitais dão maior importância para as dimensões da qualidade de serviços para os clientes, constantes na escala SERVQUAL (PARAZURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 CONCLUSÕES

Os referenciais teóricos demonstraram que são utilizadas diferentes metodologias e iniciativas para medição da qualidade dos serviços de saúde, tais como SERVQUAL (PARAZURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), Acreditação Hospitalar (ONA, 2004), QPC (URDAN, 2001) e ISCN (FORNELL et al., 1996), além de recentemente, a metodologia de avaliação da qualidade das operadoras (ANS, 2005) proposta pela agência reguladora do mercado de saúde suplementar brasileiro.

O uso original e mais costumeiro da escala SERVQUAL tem como respondentes os clientes e não os prestadores de serviços, muito embora esse uso não seja inédito no segmento de saúde brasileiro e internacional (DIAS, 2001; MURROW; MURROW, 2002; BRENER, 2003). A inovação dessa dissertação está na utilização da referida escala para medir diferenças de percepções de três tipos diferentes de prestadores de serviços, em um mesmo mercado de saúde suplementar brasileiro: médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras. Não foi encontrado na literatura brasileira, destacando a principal fonte de artigos científicos da área de administração que é a ENANPAD (VIEIRA, 1998), qualquer registro anterior de pesquisa nesse sentido. Em virtude disso e das limitações apresentadas logo a seguir, existe no campo acadêmico vasto terreno para aprofundar pesquisas e possivelmente as conclusões ainda sejam muito iniciais, diante do que poderá ser produzido nessa área tão relevante que é a saúde suplementar.

O trabalho desenvolveu-se com o foco de análise sobre o GAP1 – diferenças de percepção entre o serviço esperado pelos clientes e a percepção do prestador de serviços sobre as expectativas dos clientes (GRONROOS, 2003), especificamente no que tange às percepções de médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares. Logo, as diferenças de percepções dos prestadores entre si, de certa forma, podem representar uma

outra faceta de estudos à SERVQUAL, buscando conhecer os detalhes dos pontos de convergência e divergência, em situações onde os serviços não são prestados por um único provedor. Gerencialmente avançar nesse sentido, pode significar trabalhar as necessidades e alternativas identificadas, buscando aumentar a performance e melhorar a qualidade do segmento de saúde suplementar brasileiro.

Os resultados obtidos e a análise dos mesmos possibilitaram o atendimento do proposto no objetivo geral e nos quatro objetivos específicos dessa dissertação. Relativamente às hipóteses de pesquisa a primeira (H1) foi plenamente confirmada e a segunda (H2) foi parcialmente.

As conclusões apontam que existem diferenças de percepção entre médicos, administradores de operadoras e administradores de hospitais com relação à importância dos atributos valorizados pelos clientes – tanto nas avaliações diretas (de si próprios) quanto nas avaliações indiretas (pelos outros respondentes) – caracterizados nesse trabalho pelas cinco dimensões da qualidade em serviços da escala SERVQUAL (PARAZURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988) que são: Aspectos Tangíveis, Garantias, Atenção, Confiabilidade e Empatia. Vale destacar que os três grupos de respondentes isoladamente valorizam de forma bastante acentuada todos os atributos de clientes.

Outra conclusão importante é que médicos e administradores de operadoras se aproximam no modo de perceber muitas questões (dimensões da qualidade e ordem de importância das mesmas), enquanto que os administradores de hospitais são vistos por si próprios e pelos demais como aqueles que dão mais importância aos atributos de clientes. Além disso, os administradores hospitalares também consideram que médicos e administradores de operadoras pensam de forma parecida.

Nos resultados da avaliação indireta de administradores de hospitais sobre médicos e administradores de operadoras, a dimensão garantias foi a única que teve diferença significativa. Por sua vez, essa é a dimensão com as maiores médias de avaliação por médicos e administradores de operadoras e trata de aspectos técnicos e funcionais (GRONROOS, 2003; URDAN, 2001; DONABEDIAN, 1980), o que leva a crer que médicos e administradores de operadoras acreditam ser mais importante para os clientes o prestador de

serviços demonstrar que sabe fazer bem tecnicamente e que tem capacidade e vontade para fazê-lo.

Esses resultados seguem a mesma linha do estudo realizado por Dias (2001), onde os pacientes em consultório médico atribuíram as maiores notas para a dimensão garantias. Trazendo os conceitos dessa dimensão da escala SERVQUAL, temos que para os pacientes da referida pesquisa o mais importante é que o médico no consultório tenha comportamento de inspirar confiança e possuir conhecimentos necessários para não deixar o paciente com dúvidas (PARAZURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Na mesma linha, Urdan (2001) realiza estudo da qualidade percebida em consultórios médicos (QPC) afirma que a ligação entre médico e paciente necessita de uma mudança de foco, “de uma base transacional para um genuíno relacionamento, marcado por maior envolvimento do paciente e compartilhamento bidirecional de informações” (URDAN, 2001, p. 53).

A relação médico-paciente é forte a ponto de tranquilizar uma pessoa que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico (TEIXEIRA; DANTAS, 1997). Esse fenômeno psicológico pode talvez fazer com que o médico fique igualmente mais tranquilo e de médias menores sobre os itens importantes para clientes.

Um outro fator que pode contribuir para a explicação desses resultados é que a concorrência pelos pacientes é muito maior entre hospitais, pois a pessoa pode trocar de hospital a cada novo procedimento. Já a concorrência entre médicos não é tão forte, pois a relação médico-paciente (TEIXEIRA; DANTAS, 1997) faz com que um paciente seja acompanhado por seu médico por muitas fases da vida. Na mesma linha, no relacionamento do cliente com a operadora de planos de saúde, pode se afirmar que existe uma lealdade forçada, pois o custo de mudança é bastante expressivo, principalmente por questões como carências e modo de acesso aos serviços (ALCOFORADO, 2003).

Os direcionamentos de clientes nesse mercado também podem servir de subsídios para a discussão dos resultados do presente trabalho. Quem indica os hospitais para os clientes, na condição de pacientes, geralmente são os médicos e as operadoras de planos de saúde (JACQUES, 2003). Já a indicação de médicos e operadoras de planos de saúde é feita, via de regra, por pessoas que compõem grupos de referências mais próximos, como amigos e familiares, através do boca-a-boca (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Raju, Lonial e Gupta (1995) afirmaram que era importante considerar no planejamento das instituições hospitalares a satisfação de clientes. Talvez os hospitais estejam mais preocupados em atender o conceito de satisfação (relações de curto prazo, transação) e os médicos e administradores de operadoras as relações de longo prazo (GRONROOS, 2003; PARAZURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1998).

Ao concluir que não existe sintonia plena entre o que pensam médicos, administradores de operadoras e de hospitais sobre os atributos considerados importantes para os clientes em serviços de saúde, considera-se que ainda são insuficientes as iniciativas desses segmentos e que há espaço para maior integração e busca por serviços de maior qualidade percebida sob a ótica dos clientes. Outrossim, a Criação da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar há quase uma década traz consigo um início de processo avaliativo que inclui todo o segmento, mesmo que indiretamente para alguns agentes e direciona ações

De tudo, não pode se dizer que os resultados são ruins ou que não seriam de certa forma esperados, mas que com atitude verdadeira e boa vontade de médicos e gestores do segmento de saúde suplementar brasileiro, pode-se chegar mais próximo da relação custo-benefício para os clientes que desembolsam direta ou indiretamente recursos privados para obter melhores condições de saúde, fazendo assim justiça a nobre função que lhes é delegada: cuidar de vidas.

7.2 LIMITAÇÕES

As principais limitações desse trabalho se dão em função da impossibilidade de generalização dos resultados encontrados para o mercado de saúde suplementar como um todo em razão de duas questões: a primeira refere-se à decisão da amostra ter sido do tipo não-probabilística por conveniência, que determina a restrição dos resultados apenas ao público-alvo e a segunda refere-se ao baixo índice de respondentes, o que impossibilitou análises estatísticas mais robustas. O número pequeno de respondentes pode ser explicado em razão de fatores como o tamanho do formulário adaptado da escala SERVQUAL, o período de realização da coleta de dados e a presença de conflitos no mercado de saúde suplementar.

Outra questão que merece ser destacada nas limitações é que 55% dos respondentes trabalham no estado do Rio Grande do Sul, enquanto que os outros 45% estão distribuídos em nove outros estados brasileiros.

7.3 RECOMENDAÇÕES

Como sugestões para futuras pesquisas, a primeira recomendação que surge durante o presente trabalho é que fosse realizada pesquisa onde estivessem juntos os mesmos respondentes, mas que fosse efetuada coleta de dados nos mesmos moldes diretamente dos clientes de planos de saúde, de forma a poder evidenciar com precisão absoluta a grandeza das diferenças entre os prestadores de serviços do mercado de saúde suplementar e seus clientes. Uma outra faceta a ser pesquisada, poderia ser a de buscar o entendimento sobre as razões pelas quais médicos e administradores de operadoras obtiveram tantos pontos de convergência.

REFERÊNCIAS

AAKER, David; KUMAR, Vinay; DAY, George. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 2001.

ACHROL, R.; KOTLER P. Marketing in the network economy. **Journal of Marketing**, p.146-63, 1999.

AGUILAR, Ricardo L.B.; TEIXEIRA, Maria L.M. Qualidade de serviços: aprendendo com os clientes da concorrência. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador, ANPAD, 2002.

AL QATARI, Ghazi; HARAN, Dave. Determinants of user's satisfaction, with primary health care settings and services in saudi arabia. **International Journal for Quality in Health Care**, v.2, n.6, p.523-31, 1999.

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos Serviços**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ALBRECHT, Karl; ZEMKE, Ron. **Serviço ao Cliente: a reinvenção da gestão do atendimento ao cliente**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

ALCOFORADO, Flávio C.G. **Um desafio para a regulação do mercado de assistência à saúde no Brasil: A escolha do consumidor de planos de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. 123 f. Dissertação (Mestrado de Administração – EBAPE), Fundação Getúlio Vargas, 2003.

ALMEIDA, Célia. O mercado privado de assistência à saúde no Brasil: panorama atual e tendências no mercado de saúde suplementar. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA**, n.599, 1998.

ALMEIDA, José L.T. **Respeito à autonomia do paciente e consentimento livre e esclarecido: uma abordagem principialista da relação médico-paciente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 139 f. Tese (Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

AMATO NETO, João; FONSECA, Ricardo S.C. Clusters e iniciativas para o seu desenvolvimento: o caso de Santa Gertrudes - SP. ENEGEP, XXIV, Florianópolis-SC. **Anais**. Florianópolis, 2004.

ANDERSON, Eugene W.; FORNELL, Claes. A customer satisfaction research prospectus. In: RUST, Roland T.; OLIVER, Richard L. (eds.). **Service quality: new directions in theory and practice**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. p.241-68.

ANDERSON, Eugene W.; FORNELL, Claes; LEHMANN, Donald R. **Perceived quality, customer satisfaction, market share, and profitability**. Working Paper, NQRC (National Quality Research Center): The University of Michigan, 1992.

ANDREAZZI, Maria de F.S. Formas de remuneração de serviços de saúde. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**, Brasília, DF, 2003.

ARBUCKLE, J.L. **AMOS users' guide**: version 3.6. Chicago: SPSS. 1997.

ATUAHENE-GIMA, K. Market orientation and innovation. **Journal of Business Research**, v.35, p.93-103, 1996.

ÁVILA, Silvia R.S.A.; ÁVILA, Mário L. Satisfação de usuários: uma análise dos serviços prestados por uma cooperativa médica. **Revista Administração On Line - FECAP**, v.2, n.1, 2001.

BAKER, James M.; SINKULA, William E. Learning orientation, market orientation, and innovation: integrating and extending models of organizational performance. **Journal of Market-Focused Management**, v. 4, n.4, p.295-308, 1999.

BARONE, Sônia R.M. **A regulação no mercado de planos de saúde**: a ação do consumidor e a estratégia da agência nacional de saúde suplementar - ANS. Rio de Janeiro: FGV, 2003. 148 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getulio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 2003.

BATESON, J.E.; HOFFMAN, K.D. **Marketing de Serviços**. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BERRY, Leonard L. **Serviços de satisfação máxima**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

_____. **Descobrimo a essência do serviço**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

BICKMAN, L.; ROG, D.J. **Handbook of applied social research methods**. Thousand Oaks: Sage, 1997.

BITTENCOURT, Otávio S.; KLIEMANN NETO, Francisco. **Análise do setor de saúde sob o ponto de vista dos relacionamentos entre empresas**. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

BLACKSTON, Maxuiling. Observations: building brand equity by managing the brand's relationships. **Journal of Advertising Research**, Nov 2000.

BORGES Jr, A.A.; CUNHA, Marcus V.M. Os mapas perceptuais do consumidor: o uso da técnica de “multidimensional scaling” como estratégia de representação dos mapas perceptuais do consumidor. ENANPAD, 1999, Foz do Iguaçu-PR. **Anais**. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999.

BOSI, Maria L.M.; UCHIMURA, Kátia Y. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.18, v.6, p.1561-9, nov/dez. 2002.

BOWERS, M.R.; SWAN, J.E.; KOEHLER, W.F. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v.19, n.4, p.49-55, fall 1994.

BRASHEAR, Tomas G.; BOLES, James S.; BELLENGER, Danny N.; BROOKS, Charles M. An empirical test of trust-building processes and outcomes in sales manager-salesperson relationships. **Journal of the Academy Marketing Science**, v.31, n.2, p. 189-200, 2003.

BRASIL, Vinícius S. Sistemas de prestação de serviços: um enfoque no processo de escolha do consumidor. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador, ANPAD, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BROWN, S.W.; SWARTZ, T.A. A gap analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v.53, n.2, p.92-8, Apr 1989.

BROWN, T.J.; CHURCHILL, G.A.; PETER, J.P. Improving the measurement of service quality. **Journal of Retailing**, v.69, n.1, p.127-39, 1993.

BURLAMAQUI, Paulo; KELLER, Adair. Estratégia hospitalar: compatibilizando o gestor administrativo e o corpo clínico. Congresso Iberoamericano da Fundação Getúlio Vargas, 2003, São Paulo-SP. **Anais**. São Paulo: FGV, 2003.

CALANTONE, Roger; CAVUSGIL, S.T.; ZHAO, Yuschan. Learning orientation, firm innovation capability and firm performance. **Industrial Marketing Management**, v.31, p.515-24, 2002.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1987.

CARMAN, J.M. Consumers perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. **Journal of Retailing**, Greenwich, v.66, n.1, p.33-55, spring 1990.

CARVALHO, Frederico A.; LEITE, Valdecy F. A ordem dos atributos afeta a avaliação de qualidade? uma investigação empírica a partir da versão mais recente do modelo SERVQUAL. **RAC**, v.1, n.1, p. 35-53, jan/abr. 1997.

CARVALHO, José L.; FARIA, Alexandre; CARVALHO, Frederico A. Educação e desempenho de marketing de empresas de serviços: aprendendo a reconhecer o que vem sendo ignorado. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador: ANPAD, 2002.

CARVALHO, José L.F.S.; MOTTA, Paulo C. Iluminando cenários de serviços: um exame das funções da luz nas "horas da verdade". ENANPAD, 2000, Florianópolis-SC. **Anais**. Florianópolis: ANPAD, 2000.

CHAUDHURI, Arjun; HOLBROOK, Morris B. The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: the role of brand loyalty. **Journal of Marketing**, v.65, p.81-93, 2001.

CHAUVEL, Marie Agnes. Insatisfação e queixa à empresa: investigando os relatos dos consumidores. ENANPAD, 2000, Florianópolis-SC. **Anais**. Florianópolis: ANPAD, 2000.

CHO, Yooncheong; IM, Il; HILTZ, Roxane; FJERMESTAD, Jerry. The effects of post-purchase evaluation factors on online vs. offline customer complaining behavior: implications for customer loyalty. **Journal Advances in Customer Research**, v.29, p.318-28, 2002.

CHRISTENSEN, Clayton M. **O dilema da inovação**. São Paulo: Makron Books, 2001.

_____. **O crescimento pela inovação: como crescer de forma sustentada e reinventar o sucesso**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHURCHIL JR., Gilbert A. **Marketing Research: Methodological Foundations**. Orlando: The Dryden Press, 1999.

_____. **Marketing: criando valor para os clientes**. São Paulo: Saraiva, 2000.

COLGATE, Mark R.; DANAHER, Peter J. Implementing a customer relationship strategy: the asymmetric impact of poor versus excellent execution. **Journal Academy of Marketing Science**, v.28, n.3, p.375-87, 2000.

CORREIA NETO, Jocildo F.; OLIVEIRA, Francisco C. Avaliação do e-procurement como meio de formação de alianças estratégicas nos hospitais de Fortaleza. ENANPAD, 2003, Atibaia-SP. **Anais**. Atibaia: ANPAD, 2003.

CRONIN, J.; TAYLOR, S. Measuring service quality: A reexamination and extension. **Journal of Marketing**, v.56, n.3, p.55-68, 1992.

CRONIN, Joseph J.; BRADY, Michael K.; HULT, Thomas G. Assessing to effects of quality, value, and constumer satisfaction on consumer behavioral intentions inservice environments. **Journal of Retaling**, v.76, n.2, p.193-218, 2000.

CROSBY, Philip B. **Quality is free: the art of making quality certain**. New York: New American Library, 1979.

CZINKOTA, Michael R. et al. **Marketing: as melhores práticas**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

DAMANPOUR, Faroborz. Organizational innovaton: a meta analysis of effects determinats and moderators. **Academy of Management Journal**, v.34, n.3, p.555-90, 1999.

DAY, George S. The capabilities of market-driven organizations. **Journal of Marketing**, v.58, p.37-52, 1994.

DELGADO, Elena; MUNUERA, Jose L. Brand trust in the context of consumer loyalty. **European Journal of Marketing**, v.35, n.11/12, p.1238-58, 2001.

DEMING, Edwards W. **Out of the crisis**. Cambridge: MIT Center for Advanced Engineering Study, 1986.

DIAS, Fábio H. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: consultórios médicos. SEMEAD, V, 2001, Ribeirão Preto-SP. **Anais**. Ribeirão Preto, 2001.

DOMINGUEZ, Sigfried V. O valor percebido como elemento estratégico para obter lealdade dos clientes. **Caderno de Pesquisas em Administração da USP**, São Paulo, v.7, n. 4, 2000.

DONABEDIAN, Avedis. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Explorations in quality – Assessment and Monitoring. Michigan: Health administration Press, 1980. v.1, n.1.

_____. **The criteria and standards of quality.** Explorations in quality – Assessment and Monitoring. Michigan: Health administration Press, 1982. v.2, n.1.

DORNELAS, José C. **Empreendedorismo: transformando idéias em negócios.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.

DOSI, Giovanni. Sources, procedures and microeconomic effects of innovation. **Journal of Economic Literature**, v.26, n.3, p.1120-71, 1988.

DOUGHERTY, D. Organization for innovation. In: _____. **Handbook of organizational studies.** London: Sage Publications, 1996, p. 424-39.

DRUKER, Peter F. **Inovação e espírito empreendedor: princípios e práticas.** 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1998.

_____. **Desafios gerenciais para o século XXI.** 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ENGEL, James; BLACKWELL, Roger; MINIARD, Paul. **Comportamento do consumidor.** Rio de Janeiro: LTC, 2000.

FARRELL, Mark A. Developing a market-oriented - learning organization. **Australian Journal of Management**, v.25, n.2, p.201-22, 2000.

FERREIRA, Gabriela C. Alianças empresariais em cadeias de produção: estrutura, motivação e estratégias na produção de carne bovina. ENANPAD, 2003, Atibaia-SP. **Anais.** Atibaia: ANPAD, 2003.

FINK, Arlene. **The survey handbook.** Thousand Oaks: Sage, 1995. The Survey Kit, v.1-v.9.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M.J. **Administração de serviços: operações, estratégia e a tecnologia da informação.** 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FORNELL, C.; JOHNSON, M.D.; ANDERSON, E.W. et al. The american customer satisfaction index: nature, purpose, and findings. **Journal of Marketing**, v.60, n.4, p.7-18, 1996.

FRANCO, Selma C.; CAMPOS, Gastão W. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, jan/mar. 1998.

GARBARINO, Ellen; JOHNSON, M.S. The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships. **Journal of Marketing**, v.63, n.4, p.70-87, 1999.

GARVIN, David A., NAYAK, Ranganath P., MAIRA, Arun N., BRAGAR, Joan L. Learning organization. **HSM Management**, July/Aug 1998.

GIANESI, I.G.N.; CORRÊA, H.L. **Administração estratégica de serviços**. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, Clandia M.; SCHUCH JR., Vitor F.; MADRUGA, Lúcia R. et al. Orientação ao mercado, gestão do conhecimento de marketing e o sucesso de novos produtos: uma pesquisa empírica no setor industrial. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador: ANPAD, 2002.

GONÇALVES, Ernesto L. A educação médica e a relação médico-paciente. **Revista do Centro de Desenvolvimento da Educação Médica da Faculdade de Medicina da USP**, São Paulo, v.21, n.3, p.174-81, 1999.

GRONROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços - a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

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

GUENZI, Paolo. Sales force activities and customer trust. **Journal of Marketing Management**, v.18, p.749-78, 2002.

HAIR JR., Joseph F.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L.; BLACK, William C. **Multivariate analysis**. 5.ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

HAMEL, G.; PRAHALAD, C.K. **Competindo pelo Futuro**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HAMMER, Michael. The superefficient company. **Harvard Business Review**, , p.82-91, Sept 2001.

HAN, Jim K.; KIM, Namwoon; SRIVASTAVA, Rajendra K. Market orientation and organizational performance: is innovation a minning link? **Journal of Marketing**, v.62, n.4, p.35-45, 1998.

HEINS, Richard A. Market orientation: toward an integrated framework. **Academy of Marketing Science Review**, v.1, 2000.

HERCOS, Benigno V.S.; BEREZOVSKY, Adriana. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, Belo Horizonte, n.69, p.213-9, 2006.

HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing: as melhores práticas**. Porto Alegre: Bookman, 2001. p.260-93.

HOFFMAN, K. Douglas; BATESON, John E.G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2003.

HOPPEN, N.; MOREAN, E.; LAPARTNE, L. Avaliação de artigos de pesquisa em sistemas de informação: proposta de um guia. ENANPAD, 1997, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: ANPAD, 1997.

HUFF, Lenard; FORNELL, Claes; ANDERSON, Eugene W. **Quality and productivity: contradictory and complementary**. Working Paper, NQRC (National Quality Research Center). The University of Michigan, 1994.

HURLEY, Robert F.; HULT, G. Thomas M. Innovation, market orientation, and organizational learning: an integration and empirical examination. **Journal of Marketing**, v. 62, n. 3, p. 42-54, 1998.

JACQUES, Édison. Implantação de unidade intermediária hospitalar através de sistema gerencial estratégico integrado ao *balanced scorecard*. ENANPAD, 2003, Atibaia-SP. **Anais**. Atibaia: ANPAD, 2003.

JOHNSON, Michael D.; FORNELL, Claes. A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. **Journal of Economic Psychology**, v.12, p.267-86, 1991.

JOHNSTON, David M. Hospital service quality measurement: an empirical assessment of the gap model and the performance model. ENANPAD, 1998, Foz do Iguaçu-PR. **Anais**. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.

JUNQUEIRA, Luciano A.P.; AUGÉ, Antonio P. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, 1995.

JURAN, Joseph M. **Juran on leadership for quality**. New York: Free Press, 1989.

KLEM, Laura. “**Path analysis**”, reading and understanding multivariate statistics. Washington: American Psychological Association, 1995. p.65-98.

KLIN, Rex B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: Guilford Press, 1998.

KOHLI, A.; JAWORSKI, B. Market orientation: the construct, research propositions, and managerial implications. **Journal of Marketing**, n.54, p.1-18, 1990.

KOTABE, Masaaki; WU, Wann-Yih; MINOR, Michael. Innovative behavior and firm performance: a comparative study of U.S., Japanese and Taiwanese firms. **Winter Educator's Conferencec – AMA**, v.8, p.15-18, 1997.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing: a edição do novo milênio**. 10.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

_____. **Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros**. Barueri: Manole, 2002.

KUNST, Paul; LEMMINK, Jos. Quality management and business performance in hospitals: a search for success parameters. **Journal Total Quality Management**, Netherland, v.11, n.8, p.1123-33, 2000.

LAM, Shun Yin; SHANKAR, Venkatesh; ERRAMILI, M. Krishna; MURTHY, Bvsan. Customer value, satisfaction, loyalty, and switching costs: an illustration from a business-to-

business service context. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.32, n.3, p.293-311, 2004.

LAROCHE, Michel; BERGERON, Jasmin ; GOUTALAND, Christine. How intangibility affects perceived risk: the moderating role of knowledge and involvement. **The Journal of Services Marketing**, v.17, 2003.

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

LEVITT, Theodore. **Imaginação de marketing**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1990.

LINDEN, Ane I. **A satisfação de pacientes internados pelo sistema único de saúde, por convênios ou privativos com o atendimento da enfermagem**: um estudo no hospital de clínicas de porto alegre. São Leopoldo: UNISINOS, 2001. 112f. Dissertação (Mestrado), Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2001.

LOVELOCK, Christopher H.; GUMMESSON, Evert. **Whither services marketing?** in search of a new paradigm and fresh perspectives. Artigo não publicado. Disponível em: <www.google.com.br>. Acesso em: 05/08/04.

MACSTRAVIC, Scott. Continuous partnerships with consumers deliver value through a lasting relationship rather than infrequent encounters. **Marketing Health Services – American Marketing Association**, 2004.

MALHOTRA, Nasaresh. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. 3.ed. Porto Alegre, Bookman, 2001.

MALIK, Ana M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cadernos FUNDAP**, jan/abr. 1996.

MARTELOTTE, Marcela Cohen. **Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar**: sua influência no credenciamento de hospitais em operadoras de planos de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2003. 116f. Dissertação (Mestrado de Administração – EBAPE). Fundação Getúlio Vargas, 2003.

MATSUDA, Lura; ÉVORA, Yolanda; BOAN, Flávio. O foco no cliente no processo de atendimento da enfermagem: visão dos enfermeiros. **Nursing**, out. 2000.

MATTAR, Fause N. **Pesquisa de marketing**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. v.1.

_____. **Pesquisa de marketing**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. v.2.

McDONALD, Julie. **Consumer vision for a safer health care system**. Report of a Consumer Workshop sponsored by the Australian Council for Safety and Quality in Health Care. Sydney, 2001.

MILSTEIN, Arnold. Consumer directed health benefit plans could greatly improve quality of care and health insurance affordability. **Journal of Joint Economic Committee - Mercer Human Resource Consulting**, California, 2004.

- MINOTTO, Ricardo. **Estratégia em organizações hospitalares de grande porte: estudo de caso de três hospitais**. Porto Alegre: PUC/RS, 2001. 160f. Dissertação (Mestrado de Administração e Negócios – MAN), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2001.
- MIRANDA, Luiz C.; SILVA, José D.; CAVALCANTI, Rosa F. et al. Olhando para fora da empresa: combinando “*balanced scorecard*” com “*supply chain management*” para considerar o fornecedor na medição de desempenho. ENANPAD, 2001, Campinas-SP. **Anais**. Campinas: ANPAD, 2001.
- MOSCAROLA, J. **Enquêtes et analyse de données**. Paris: Vuibert, 1990.
- MOTTA, F.C.P. **Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.
- MOWERY, David C.; OXLEY, Joanne E.; SILVERMAN, Brian S. Technological overlap and interfirm cooperation: implications for the resource-based view of the firm. **Research Policy**, v.27, p.507-23, 1998.
- MURROW, Carol A.; MURROW, Jim. What makes a good nurse? **Marketing Health Service**, p.15 -8, Winter 2002.
- NAUGHTON, Rod B.; OSBORNE, Phil; IMRIE, Brian C. Market-oriented value creation in service firms. **European Journal of Marketing**, v.36, n.9/10, 2002.
- NEGRI, Barjas; GIOVANI, Geraldo Di. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001.
- NEGROPONTE, Nicholas. **A vida digital**. Traduzido por Sérgio Tellaroli. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.
- NIJSSEN, Edwin; SINGH, Jagdip; SIRDESHMUKH, Deepak; HOLZMÜELLER, Hartmut. Investigating industry context effects in consumer-firm relationships: preliminary results from a dispositional approach. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.31, n.1, p.44-60, 2003.
- NOGUEIRA, Nelson. Em que medida a comunicação afeta a percepção da qualidade nos serviços de saúde? **Revista Digital de Comunicação e Saúde**, v.1, n.1, dez. 2004.
- NONAKA, Ikujiro; TOYMA, Ryoko, KONNO, Noboru. SECI, Ba and leadership: a unified model of dynamic knowledge creation. **Long Range Planning**, London, v.33, n.4, p.5-34, 2000.
- OLIVEIRA, Bráulio; TOLEDO, Geraldo; IKEDA, Ana A. Fidelização e valor: uma interdependência inequívoca. SEMEAD, VII, Ribeirão Preto-SP. **Anais**. Ribeirão Preto, 2003.
- OLIVER, Richard L. **Satisfaction: a behavioral perspective of the consumer**. Boston: Irwin/McGraw-Hill, 1996.

- OLSEN, Svein O. Comparative evaluation and the relationship between quality, satisfaction, and repurchase loyalty. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.30, n.3, p.240-9, 2002.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, New York, American Marketing Association, v.49, p.41-50, Fall 1985.
- _____. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, Greenwich, v.64, n.1, p.12-40, Spring 1988.
- _____. Guidelines for conducting service quality research. **Marketing Research**, v.2, n.6, p.34-44, 1990.
- _____. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of Retailing**, v.67, n.4, p.42-50, winter 1991.
- PARASURAMAN, A.; ZINKHAN, George M. Marketing to and serving customers through the internet: an overview and research agenda. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.30, n.4, p.286-95, 2002.
- PEREIRA, J.C.R. **Análise de Dados Qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: Edusp, 2001.
- PERIN, Marcelo G.; SAMPAIO, Cláudio H. A relação entre as dimensões de orientação para mercado e a performance. ENANPAD, 2001, Campinas-SP. **Anais**. Campinas: ANPAD, 2001.
- PERIN, Marcelo G.; SAMPAIO, Cláudio H.; FALEIRO, Sandro N. A relação entre orientação para o mercado, orientação para aprendizagem e inovação de produto. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador: ANPAD, 2002.
- PERIN, Marcelo; SAMPAIO, Cláudio; BREI, Vinícius; PORTO, Cristina. As Relações entre confiança, valor e lealdade: um estudo intersectorial. ENANPAD, 2004, Curitiba-PR. **Anais**. Curitiba: ANPAD, 2004.
- PERRIEN, J.; CHÉRON, E.J.; ZINS, M. **Recherche en marketing: méthodes et décisions**. Montreal: Gaetan Morin, 1984.
- PETERS, Tom. **O círculo da inovação: você não deve evitar o caminho para o seu sucesso**. São Paulo: HARBRA, 1998.
- PINSONNEAULT, A.; KRAEMER, K.L. Survey research in management information systems: an assesement. **Journal of Management Information System**, 1993.
- PRAHALAD, C.K. Em busca do novo. **HSM Management**, São Paulo, n.7, p.6-12, 1998.
- QUINTO NETO, Antonio. **Acreditação Hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Da Casa, 1997.

- RAJU, P.S.; LONIAL, S.; GUPTA, Yash. Market orientation and performance in the hospital industry. **Journal of Healthcare Marketing**, v.15, n.4, p.34-41, 1995.
- RÉVILLION, Anya S. A utilização de pesquisas exploratórias na área de marketing. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador, ANPAD, 2002.
- RICHARDSON, Roberto J. **Pesquisa social, métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.
- ROGERS, Everett M. **Diffusion of innovations**. 2.ed. London: Free Press, 1983.
- ROSA, José M.F. **A mudança de modelo de gestão de uma organização hospitalar: a estratégia de implantação através da pesquisa-ação**. Porto Alegre: PUCRS, 2003. 160p. Dissertação (Mestrado de Administração e Negócios – MAN). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2003.
- SAMPIERI, R.H.; COLLADO, C.F.; LUCIO, P.B. **Metodología de la investigación**. México: McGraw-Hill, 1991.
- SANCHEZ, Kristiane R.; ERDMANN, Rolf H.; STADNICK, Kamile T. Balanced scorecard: uma ferramenta de inovação gerencial na gestão de organizações hospitalares. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador: ANPAD, 2002.
- SANTERRE, Rexford; NEUN, Stephen. **Health economics: theory, insights and industry studies**. Chicago: Irwin, 1996.
- SANTOS, J.V.T. A construção da viagem inversa. Ensaio sobre a investigação nas ciências sociais. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v.3, n.3, p.55-88, 1991.
- SCOGGINS, John F. The effect of practitioner compensation on HMO consumer satisfaction. **Research and Planning Consultants Managed Care**, p.49-52, 2002.
- SEKI, Mário, et al. A inovação de valores nos laboratórios clínicos. **Revista Gestão Laboratorial**, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p.211-4, 2003.
- SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem**. São Leopoldo: UNISINOS, 1998.
- SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EDUSP, 1974.
- SENGE, Peter. **A quinta disciplina: estratégias e ferramentas para construir uma organização que aprende**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.
- SHUGAN, Steven M. **Service marketing and management: capacity as a strategic marketing variable**. University of Florida, 2003.
- SINGH, Jagdip; SIRDESHMUKH, Deepak. Agency and trust mechanisms in consumer satisfaction and loyalty judgements. **Journal of the Academy Marketing Science**, v.28, n.1, p.150-67, 2000.
- SIRDESHMUKH, Deepak; SINGH, Jagdip; SABOL, Barry. Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges. **Journal of Marketing**, v.66, p.15-37, 2002.

SLATER, Stanley F.; NARVER, John C. Intelligence generation and superior customer value. **Journal Academy of Marketing Science**, v.28, n.1, p.120-7, 2000.

SORLIE et al. Predictors of satisfactions with surgical treatment. **International Journal for Quality in Health Care**, v.13, n.3, p.267-9, 2001.

STANCIOLI, Anderson E. **Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil**. São Paulo: USP, 2002. 96f. Dissertação (Mestrado em Economia). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, 2002.

STONEMAN, Paul; DIEDEREN, Paul. Technology diffusion and public policy. **The Economic Journal**, v.104, p.918-30, 1994.

SUNDBO, Jon; GALLOUJ, Faïz. Innovation in services. **Synthesis Paper - European Comission**, n.2, 1998.

TAX, Stephen S.; BROWN, Stephen W.; CHANDRASHEKARAN, Murali. Customer evaluations of service complaint experiences: implications for relationship marketing. **Journal of Marketing**, v.62, p.60-76, 1998.

TEIXEIRA, Hélio; DANTAS, Flávio. O bom médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.21, n.1, p.39-46, jan/abr. 1997.

THOMAS, Jacquelyn S. A methodology for linking customer acquisition to customer retention. **Journal of Marketing Research**, v.28, p.262-8, 2001.

THOMAZ, José C.; BRITO, Eliane P.Z.; MOORI, Roberto G. O uso do *value shop* na análise da criação de valor em serviços: uma aplicação em serviços médico-hospitalares. ENANPAD, 2003, Atibaia-SP. **Anais**. Atibaia: ANPAD, 2003.

THURAU, Thorsten H. Relationship quality and customer retention through strategic communication of customer skills. **Journal of Marketing Management**, v.16, p.55-79, 2000.

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

_____. A qualidade de serviços médicos na perspectiva de cliente. **R.A.E.**, São Paulo, v.41, n.4, p.44-55, out/dez. 2001.

URDAN, André; HUERTAS, Melby K. O médico e a qualidade percebida pelo paciente. ENANPAD, 2003, Atibaia-SP. **Anais**. Atibaia: ANPAD, 2003.

VEIGA, Ricardo T.; GONÇALVES, Carlos A.; MOURA, Alexandre. Um exame empírico do modelo de conseqüências comportamentais da qualidade de serviços. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador: ANPAD, 2002.

VERHOEF, Peter C.; FRANCES, Philip H.; HOEKSTRA, Janny C. The effect of relational constructs on customer referrals and number of services purchased from a multiservice provider: does age of relationship matter? **Journal Academy of Marketing Science**, v.30, n.3, p.202-16, 2002.

VIEIRA, F. G. D. Por quem os sinos dobram? Uma análise da publicação científica na área de marketing do ENANPAD. ENANPAD, 22, 1998, Rio de Janeiro. **Anais**, Rio de Janeiro: ANPAD, 1998.

VIEIRA, Ruy C. Diplomas acadêmicos, títulos e sistematização do exercício profissional. In: CONSELHO FEDERAL de Engenharia, Arquitetura e Agronomia: **Texto Referencial**. Brasília: CONFEA, 2003.

WAZLAWICK, Daniele. **Guia para formulação de estratégias de e-business para home care**. Florianópolis: UFSC, 2002. 123 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

WESTWOOD, John. **O plano de marketing**. 2.ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

WITTMANN, Milton L. Aprendizagem nas organizações: uma estratégia para o desenvolvimento do conhecimento. ENANPAD, 2002, Salvador-BA. **Anais**. Salvador: ANPAD, 2002.

WITTMANN, Milton L.; NEGRINI, Fernando; VENTURINI, Tiago. As redes empresariais como uma alternativa para aumentar a competitividade de empresas do setor de comércio varejista. ENANPAD, 2003, Atibaia-SP. **Anais**. Atibaia: ANPAD, 2003.

ZANON, Uriel. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

ZEITHAML, Valarie; BITNER, Mary. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZIKMUND, W. **Exploring Marketing Research**. 6.ed. USA: The Dryden Press, 1997.

www.ans.gov.br - Site oficial da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Acessado em 15/10/05.

www.cbr.com.br - Site oficial do CBR - Colégio Brasileiro de Radiologia. Acessado em 15/12/04.

www.cfm.org.br - Site oficial do CFM - Conselho Federal de Medicina. Acessado em 15/12/04.

www.cnpq.br site oficial do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Acessado em 15/02/05.

www.dti.gov.uk site oficial do DTI - Department of Trade and Industry do Reino Unido. Acessado em 15/02/05.

www.earto.org site oficial do EARTO - European Association of Research and Technology Organizations. Acessado em 15/12/04.

www.fapesp.br site oficial da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Acessado em 15/02/05.

www.fast.org site oficial da FASTS - Federation of Australian Scientific and Technological Societies. Acessado em 15/02/05.

www.firjan.org.br site oficial da FIRJAN - Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Acessado em 15/12/04.

www.fpnq.org.br site oficial da FPNQ - Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade. Acessado em 15/02/05.

www.ibge.gov.br site oficial do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em 15/02/05.

www.inovacao.unicamp.com.br site oficial do Boletim Eletrônico dedicado a Inovação Tecnológica da UNICAMP. Acessado em 15/02/05.

www.institutoinovacao.com.br site oficial do Instituto Inovação. Acessado em 15/02/05.

www.mvsoft.com - Site oficial do software EQS. Acessado em 15/12/04.

www.ona.com.br - Site oficial da ONA - Organização Nacional da Acreditação em Saúde. Acessado em 15/12/04.

www.sbpc.com.br - Site oficial da SBPC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Acessado em 15/12/04.

www.sebrae.com.br site oficial do Sebrae - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. Acessado em 15/02/05.

www.smallwaters.com/amos - Site oficial do software AMOS. Acessado em 15/12/04.

www.ssi.com - Site oficial do software LISREL. Acessado em 15/12/04.

www.un.org - Site oficial da ONU - Organização das Nações Unidas. Acessado em 15/02/06.

Apêndices

Apêndice A

FORMULÁRIO DE PESQUISA MÉDICOS



Prezado(a) Senhor(a) Médico(a),

Essa é pesquisa de cunho acadêmico-científico e faz parte do Programa de Mestrado em Administração e Negócios da PUC/RS e é dirigida pelo Prof. Dr. Paulo Burlamaqui (PhD) e realizada pelo mestrando Maurício Esswein Fogaça.

Caso queira conhecer um pouco mais do Mestrado em Administração e Negócios da PUC/RS acesse o site www.pucrs.br/man.

Gostaríamos que você assinalasse com um "X" a sua opinião em cada uma das questões apresentadas a seguir. Para tanto, utilize a escala de 1 a 9, onde 1 significa mínima importância e 9 significa máxima importância.

A mesma escala serve para a atribuição dos pesos da sua percepção e também para indicar pesos à percepção que você acredita ser a realidade da maioria dos outros componentes do público-alvo (Administradores de Hospitais e de Operadoras).

Para preenchimento, solicitamos a gentileza de preencher o campo identificação. Seus dados serão mantidos sob sigilo e o banco de dados está programado para aceitar apenas uma resposta por respondente.

Agradecemos pela participação. Sua opinião é muito importante!

IDENTIFICAÇÃO:

NOME (OPCIONAL):

CPF (OPCIONAL):

CIDADE:

REGISTRO PROFISSIONAL:

E-MAIL (OBRIGATÓRIO):

TELEFONE (OBRIGATÓRIO): DDD

FONE

Questionário

I - Tangíveis (instalações, equipamentos e aparência do pessoal na organização).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

1. A aparência moderna/atualizada dos equipamentos.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

2. As instalações físicas (recepção, sala de espera, mobiliário e locais de atendimento/internação) visualmente bonitas e agradáveis, assim como as questões ligadas ao ambiente silencioso, temperatura agradável e isento de odores.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

3. A apresentação dos profissionais (roupas, cabelos, barba, etc.)

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

4. A limpeza, aparência e higiene dos locais de atendimento/internação, banheiros, toalhas, roupas de cama e banho.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5. Insumos e encaminhamentos adequados e no momento certo: receitas para medicamentos; exames; solicitações de procedimentos; solicitações de autorizações; refeições; etc.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

6. O acesso aos serviços fácil (localização, meios de transporte, estacionamento, agendamento).

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

II - Confiabilidade (habilidade de entregar o serviço prometido de maneira confiável e precisa).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

7. O cumprimento de promessas implícitas e explícitas (algum compromisso destinado ao cliente) nos prazos ajustados, sem atrasos nem imprevistos.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

8. A execução (realização) dos serviços e procedimentos corretamente logo na primeira vez, sem a necessidade de retorno do cliente, correções ou novas intervenções.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

9. Manter o cliente completamente informado (esforçar-se realmente para isso), a partir de informações corretas, completas e livres de erros.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

III - Atenção (desejo de ajudar o cliente e prover um serviço imediato).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

10. Ter prontidão para atender sem demora os pedidos e necessidades dos clientes (Nunca estar ocupado demais para atender as solicitações do cliente).

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

11. Ter e demonstrar interesse sincero em resolver os problemas e atender quando o cliente precisa de ajuda.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

12. Ter permanente disposição para ajudar os clientes.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

IV - Garantias (conhecimento e polidez dos profissionais e sua habilidade em inspirar confiança ao cliente).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

13. Fazer com honestidade aquilo que é melhor para os clientes.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

14. Fazer com que os clientes se sintam seguros com os serviços prestados/realizados.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

15. Ter um comportamento que inspire confiança aos clientes.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

16. Ter conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para fazer o melhor para os clientes em cada situação (aspectos técnicos e de relacionamento).

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

17. Esclarecer previamente os clientes sobre quando e como os serviços e procedimentos serão realizados.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

V - Empatia (cuidado individualizado dispensado ao cliente).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

18. Tratar os clientes com cortesia e simpatia.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

19. Dar atenção especial, individualizada, buscando conhecer e atender as necessidades específicas dos clientes.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

20. Dispor de horários cômodos e adequados de acordo com a percepção dos clientes.

Eu, enquanto médico, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!

Apêndice B

FORMULÁRIO DE PESQUISA ADMINISTRADORES DE HOSPITAIS

Prezado(a) Senhor(a) Administrador de Instituição Hospitalar,

Essa é pesquisa de cunho acadêmico-científico e faz parte do Programa de Mestrado em Administração e Negócios da PUC/RS e é dirigida pelo Prof. Dr. Paulo Burlamaqui (PhD) e realizada pelo mestrando Maurício Essvein Fogaça.

Caso queira conhecer um pouco mais do Mestrado em Administração e Negócios da PUC/RS acesse o site www.pucrs.br/man.

Gostaríamos que você assinalasse com um "X" a sua opinião em cada uma das questões apresentadas a seguir. Para tanto, utilize a escala de 1 a 9, onde 1 significa mínima importância e 9 significa máxima importância.

A mesma escala serve para a atribuição dos pesos da sua percepção e também para indicar pesos à percepção que você acredita ser a realidade da maioria dos outros componentes do público-alvo (Médicos e Administradores de Operadoras).

Para preenchimento, solicitamos a gentileza de preencher o campo identificação. Seus dados serão mantidos sob sigilo e o banco de dados está programado para aceitar apenas uma resposta por respondente.

Agradecemos pela participação. Sua opinião é muito importante!

IDENTIFICAÇÃO:

NOME (OPCIONAL):

CPF (OPCIONAL):

CIDADE:

REGISTRO PROFISSIONAL:

E-MAIL (OBRIGATÓRIO):

TELEFONE (OBRIGATÓRIO): DDD

FONE

Questionário

I - Tangíveis (instalações, equipamentos e aparência do pessoal na organização).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

1. A aparência moderna/atualizada dos equipamentos.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

2. As instalações físicas (recepção, sala de espera, mobiliário e locais de atendimento/internação) visualmente bonitas e agradáveis, assim como as questões ligadas ao ambiente silencioso, temperatura agradável e isento de odores.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

3. A apresentação dos profissionais (roupas, cabelos, barba, etc.)

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

4. A limpeza, aparência e higiene dos locais de atendimento/internação, banheiros, toalhas, roupas de cama e banho.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

5. Insumos e encaminhamentos adequados e no momento certo: receitas para medicamentos; exames; solicitações de procedimentos; solicitações de autorizações; refeições; etc.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

6. O acesso aos serviços fácil (localização, meios de transporte, estacionamento, agendamento).

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

II - Confiabilidade (habilidade de entregar o serviço prometido de maneira confiável e precisa).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

7. O cumprimento de promessas implícitas e explícitas (algum compromisso destinado ao cliente) nos prazos ajustados, sem atrasos nem imprevistos.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

8. A execução (realização) dos serviços e procedimentos corretamente logo na primeira vez, sem a necessidade de retorno do cliente, correções ou novas intervenções.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

9. Manter o cliente completamente informado (esforçar-se realmente para isso), a partir de informações corretas, completas e livres de erros.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

III - Atenção (desejo de ajudar o cliente e prover um serviço imediato).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

10. Ter prontidão para atender sem demora os pedidos e necessidades dos clientes (Nunca estar ocupado demais para atender as solicitações do cliente).

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

11. Ter e demonstrar interesse sincero em resolver os problemas e atender quando o cliente precisa de ajuda.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

12. Ter permanente disposição para ajudar os clientes.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

IV - Garantias (conhecimento e polidez dos profissionais e sua habilidade em inspirar confiança ao cliente).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

13. Fazer com honestidade aquilo que é melhor para os clientes.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

14. Fazer com que os clientes se sintam seguros com os serviços prestados/realizados.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

15. Ter um comportamento que inspire confiança aos clientes.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

16. Ter conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para fazer o melhor para os clientes em cada situação (aspectos técnicos e de relacionamento).

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

17. Esclarecer previamente os clientes sobre quando e como os serviços e procedimentos serão realizados.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

V - Empatia (cuidado individualizado dispensado ao cliente).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

18. Tratar os clientes com cortesia e simpatia.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

19. Dar atenção especial, individualizada, buscando conhecer e atender as necessidades específicas dos clientes.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

20. Dispor de horários cômodos e adequados de acordo com a percepção dos clientes.

Eu, enquanto administrador de hospital, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores das operadoras, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!

Apêndice C

FORMULÁRIO DE PESQUISA OPERADORAS DE SAÚDE

Prezado(a) Senhor(a) Administrador de Operadora de Saúde,

Essa é pesquisa de cunho acadêmico-científico e faz parte do Programa de Mestrado em Administração e Negócios da PUC/RS e é dirigida pelo Prof. Dr. Paulo Burlamaqui (PhD) e realizada pelo mestrando Mauricio Esswein Fogaça.

Caso queira conhecer um pouco mais do Mestrado em Administração e Negócios da PUC/RS acesse o site www.pucrs.br/man.

Gostaríamos que você assinalasse com um "X" a sua opinião em cada uma das questões apresentadas a seguir. Para tanto, utilize a escala de 1 a 9, onde 1 significa mínima importância e 9 significa máxima importância.

A mesma escala serve para a atribuição dos pesos da sua percepção e também para indicar pesos à percepção que você acredita ser a realidade da maioria dos outros componentes do público-alvo (Médicos e Administradores de Hospitais).

Para preenchimento, solicitamos a gentileza de preencher o campo identificação. Seus dados serão mantidos sob sigilo e o banco de dados está programado para aceitar apenas uma resposta por respondente.

Agradecemos pela participação. Sua opinião é muito importante!

IDENTIFICAÇÃO:

NOME (OPCIONAL):

CPF (OPCIONAL):

CIDADE:

REGISTRO PROFISSIONAL:

E-MAIL (OBRIGATÓRIO):

TELEFONE (OBRIGATÓRIO): DDD

FONE

Questionário

I - Tangíveis (instalações, equipamentos e aparência do pessoal na organização).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

1. A aparência moderna/atualizada dos equipamentos.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

2. As instalações físicas (recepção, sala de espera, mobiliário e locais de atendimento/internação) visualmente bonitas e agradáveis, assim como as questões ligadas ao ambiente silencioso, temperatura agradável e isento de odores.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

3. A apresentação dos profissionais (roupas, cabelos, barba, etc.)

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

4. A limpeza, aparência e higiene dos locais de atendimento/internação, banheiros, toalhas, roupas de cama e banho.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

5. Insumos e encaminhamentos adequados e no momento certo: receitas para medicamentos; exames; solicitações de procedimentos; solicitações de autorizações; refeições; etc.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

6. O acesso aos serviços fácil (localização, meios de transporte, estacionamento, agendamento).

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

II - Confiabilidade (habilidade de entregar o serviço prometido de maneira confiável e precisa).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

7. O cumprimento de promessas implícitas e explícitas (algum compromisso destinado ao cliente) nos prazos ajustados, sem atrasos nem imprevistos.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

8. A execução (realização) dos serviços e procedimentos corretamente logo na primeira vez, sem a necessidade de retorno do cliente, correções ou novas intervenções.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

9. Manter o cliente completamente informado (esforçar-se realmente para isso), a partir de informações corretas, completas e livres de erros.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

III - Atenção (desejo de ajudar o cliente e prover um serviço imediato).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

10. Ter prontidão para atender sem demora os pedidos e necessidades dos clientes (Nunca estar ocupado demais para atender as solicitações do cliente).

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

11. Ter e demonstrar interesse sincero em resolver os problemas e atender quando o cliente precisa de ajuda.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

12. Ter permanente disposição para ajudar os clientes.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

IV - Garantias (conhecimento e polidez dos profissionais e sua habilidade em inspirar confiança ao cliente).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

13. Fazer com honestidade aquilo que é melhor para os clientes.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

14. Fazer com que os clientes se sintam seguros com os serviços prestados/realizados.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

15. Ter um comportamento que inspire confiança aos clientes.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

16. Ter conhecimentos, atitudes e habilidades necessários para fazer o melhor para os clientes em cada situação (aspectos técnicos e de relacionamento).

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

17. Esclarecer previamente os clientes sobre quando e como os serviços e procedimentos serão realizados.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

V - Empatia (cuidado individualizado dispensado ao cliente).

Refere-se a atributos valorizados pelos clientes, confirmados em pesquisa anteriores, do tipo:

18. Tratar os clientes com cortesia e simpatia.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

19. Dar atenção especial, individualizada, buscando conhecer e atender as necessidades específicas dos clientes.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 É muito importante

20. Dispor de horários cômodos e adequados de acordo com a percepção dos clientes.

Eu, enquanto administrador de operadora, acredito que esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os administradores dos hospitais, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Eu, acredito que para os médicos, esse item para os clientes:

Não é importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	É muito importante
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO!

Anexos

Anexo A

DIVULGAÇÃO DA PESQUISA NO SITE DA AMRIGS

AMRIGS - Associação Médica do Rio Grande do Sul

http://www.amrigs.com.br/noticia_detalle.asp?NoticiaID=281



AMRIGS
Medicina que vive o social.

Vem aí, UniAMRIGS. A universidade corporativa da AMRIGS.



UniAMRIGS
Universidade Corporativa
AMRIGS



Instituto
Vida Solidária
Mantenedora AMRIGS

Segunda-feira, 07 de Agosto de 2006.

AmrigsServiçosEventosInstituto Vida Solidária🔍 📄 📧

Canais AMRIGS

- Palavra do Presidente
- Sociedades
- Seccionais
- Projeto Social
- Encontre Colegas
- Entidades Médicas
- Ensino Médico
- Noticias
- Entrevista
- WebMail
- Contato

Cursos



INSCRIÇÕES AQUI



Anunciantes

anuncie aqui
(51) 3023-3595
CSA - AMRIGS

Associe-se já

Formulário
Relacionamento

**SUA CHANCE DE
CONHECER OUTRA
CULTURA**

Publicações
da AMRIGS

Confira aqui todas
as edições

Notícias.

Mestrando de Administração da PUCRS realiza pesquisa inédita na área da saúde - 23/1/2006

O mestrando em Administração e Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Mauricio Essevein Fogaça, está realizando uma pesquisa inédita na área da saúde. Com a supervisão do PHD Paulo Burlamarqui, a pesquisa do mestrando tem como objetivo, analisar as diferenças de percepção entre médicos, que atendam convênios e/ou planos de saúde, administradores hospitalares e administradores de operadoras de saúde sobre atributos importantes para os clientes, a partir dos itens da escala Servqual (Zeithaml, Parazuraman e Berry, 1988), que foi aplicada com sucesso em muitos serviços de saúde do mundo inteiro. A AMRIGS apoia o projeto e disponibiliza para que os médicos participem preenchendo o formulário sigiloso em anexo. <http://www.pucrs.br/face/formularios/forms.htm>

Fonte: Imprensa AMRIGS

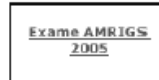
[Voltar](#)



Biblioteca Virtual

Acesse a Biblioteca
Virtual da UniAMRIGS

amrigs Conteúdo



Planos de Saúde:
Médicos têm prazo
para cadastramento
no CNES



Associação dos
Médicos
Residentes do Rio
Grande
do Sul

40º Congresso Nacional



de Médicos Residentes

21 a 25 de setembro de 2006
Esporimado-Gramado/RS