

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

GI SELA MARIA SCHEBELLA SOUTO DE MOURA

**ENCONTROS DE SERVIÇO E
SATISFAÇÃO DE CLIENTES EM HOSPITAIS**

Porto Alegre
2006

Gisela Maria Schebella Souto de Moura

**ENCONTROS DE SERVIÇO E
SATISFAÇÃO DE CLIENTES EM HOSPITAIS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Bins Luce

Porto Alegre
2006

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M929e	<p>Moura, Gisela Maria Schebella Souto de Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais / Gisela Maria Schebella Souto de Moura – Porto Alegre, 2005. 213 f. : il.</p> <p>Tese. (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2006.</p> <p>“Orientador: Prof. Dr. Fernando Bins Luce”</p> <p>1. Marketing. 2. Estudo de caso. 3. Marketing de serviços. 4. Cliente: Satisfação. 5. Serviços hospitalares: Qualidade. I. Título</p> <p style="text-align: right;">CDU 658.8</p>
-------	---

**Elaborada pela equipe da Biblioteca da Escola de Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS pela oportunidade de aprimoramento acadêmico e, em especial, aos professores *Dr. Fernando Bins Luce*, pela orientação, amizade e paciência na elaboração desta tese; *Dr. Luiz A. Slongo* e *Dr. Carlos A. V. Rossi* pelos ensinamentos em sala de aula.

Ao *Departamento de Assistência e Orientação Profissional* da Escola de Enfermagem da UFRGS, por possibilitar meu afastamento das atividades docentes para frequentar o Curso de Doutorado.

Às colegas *Ana, Lia, Clarice, Êrica, Enaura, Débora, Dagmar, Maria Alice, Isabel, Carmen, Maria Henriqueta e Christine* pela amizade e estímulo ao longo desta caminhada.

Aos meus familiares, especialmente, meus pais – *Gerter (in memoriam)* e *Gladys* - pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência.

Ao meu marido, *Luís César*, pelo amor, carinho e estímulo constante nesta minha vida acadêmica.

Aos meus filhos, *Ricardo e Artur*, pelo amor, carinho e compreensão que demonstraram, mesmo nos momentos em que precisei estar ausente.

Muito obrigada!

RESUMO

A presente tese aborda o tema dos encontros de serviço e a satisfação de clientes investigados no contexto hospitalar. Os encontros de serviço são aqueles momentos em que o cliente interage com a empresa prestadora de serviços, através dos seus funcionários de linha-de-frente. A literatura pertinente aponta esses eventos como influenciadores da satisfação de clientes, pois é no momento da interação que os clientes avaliam os serviços. A investigação realizada buscou verificar a relação dos encontros de serviço com a satisfação de clientes em hospitais. Para tanto foi realizada uma pesquisa composta por uma etapa exploratória e outra descritiva. A *survey* teve como participantes pacientes diferenciados submetidos a procedimentos cirúrgicos. Os dados foram submetidos à análise estatística utilizando a técnica de modelagem de equações estruturais. Os resultados evidenciaram a influência dos encontros de serviço na satisfação dos clientes, observados ao longo de todo o processo de atendimento hospitalar, bem como a relação entre a satisfação desses clientes com a intenção de recomendação do serviço. Concluindo o trabalho, são apresentados os principais achados, as implicações gerenciais, limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

Descritores: marketing de serviços de saúde/normas; administração hospitalar/normas; relações hospital-paciente

ABSTRACT

The present thesis discusses service meetings and customer satisfaction investigated in a hospital context. Service meetings are moments at which the customer interacts with the company that supplies services, through its front-line employees. Literature on the subject indicates that these events influence customer satisfaction, since it is at the time of interaction that customers evaluate the services. This investigation attempted to look at the relationship between service meetings and customer satisfaction in hospitals. For this purpose, a survey was performed with an exploratory stage and a descriptive one. The survey participants were patients who had health insurance and undergone surgical procedures. The data were submitted to statistical analysis using the structural equation modeling technique. The results showed the influence of service meetings on customer satisfaction, observed throughout the hospital care process, as well as the relationship between the satisfaction of these customers and the intention to recommend the service. Finally, the main findings, managerial implications, study limitations and suggestions for future research are presented.

Descriptors: health services marketing/standards; hospital administration/standards; hospital-patient relations.

RESUMEN

La presente tesis aborda el tema de los encuentros de servicio y la satisfacción de los clientes investigados en el contexto hospitalario. Los encuentros de servicio son aquellos momentos en que el cliente interactúa con la empresa que le brinda servicios, a través de los funcionarios que los atienden. La literatura pertinente destaca esos eventos porque ellos influyen en la satisfacción de pacientes, pues es en ese momento de interacción en el cual los pacientes evalúan sus servicios. La investigación realizada buscó evidenciar la relación de los encuentros de servicio con la satisfacción de clientes en hospitales. Con este fin, fue realizada una investigación compuesta por una etapa de exploración y otra descriptiva. La survey tuvo la participación de pacientes diferenciados sometidos a procedimientos quirúrgicos. Los datos fueron sometidos a un análisis estadístico utilizando la técnica del modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados demostraron la influencia de los encuentros de servicio en la satisfacción de los clientes, observados a lo largo de todo el proceso de atención hospitalaria, así como la relación entre la satisfacción de esos clientes con la intención de recomendación del servicio. Concluyendo el trabajo, serán presentadas las principales manifestaciones, las implicaciones gerenciales, limitaciones de estudio y sugerencias para futuras investigaciones.

Descriptores: marketing de servicios de salud/reglas; administración hospitalaria/reglas; relación hospital-paciente.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Inicial	49
Figura 2 – O processo de admissão e seus encontros de serviço	74
Figura 3 – O processo de internação, subcategorias e encontros de serviço	77
Figura 4 – O processo de alta e seus encontros de serviço	78
Quadro 1 – Quadro-síntese das categorias, subcategorias e encontros de serviço	79
Quadro 2 – Quadro-síntese dos encontros de serviço e seus atributos de satisfação	90
Figura 5 – Modelo dos encontros de serviço e satisfação de clientes	98
Figura 6 – Modelo re-especificado dos encontros de serviço e satisfação de clientes ...	129
Figura 7 - Modelo 1	130
Figura 8 - Modelo 2	132
Figura 9 - Modelo 3	134
Figura 10 - Modelo 4	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade	100
Tabela 2 – Sexo	100
Tabela 3 – Estado civil	100
Tabela 4 – Escolaridade	101
Tabela 5 – Principal ocupação	101
Tabela 6 – Renda domiciliar mensal	101
Tabela 7 – Convênio	102
Tabela 8 – Tempo de permanência no hospital	102
Tabela 9 – Tipo de acomodação	103
Tabela 10 – Encontros de serviço no processo de admissão	105
Tabela 11 – Encontros de serviço no subprocesso centro cirúrgico	107
Tabela 12 – Encontros de serviço no subprocesso locomoção	108
Tabela 13 – Encontros de serviço com a equipe médica	109
Tabela 14 – Encontros de serviço com a equipe de enfermagem	110
Tabela 15 – Encontros de serviço com a equipe de nutrição.....	111
Tabela 16 – Encontros de serviço com a equipe de limpeza	116
Tabela 17 – Encontros de serviço na unidade de internação	117
Tabela 18 – Encontros de serviço no processo de alta hospitalar	114
Tabela 19 – Ambiente físico do hospital	115
Tabela 20 – Funcionamento do hospital	116
Tabela 21 – Satisfação geral	116
Tabela 22 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Admissão – ADM	120
Tabela 23 – Estatísticas do Construto Admissão – ADM	120
Tabela 24 – Análise Fatorial Confirmatória Construto Centro Cirúrgico – CENT CIR	121
Tabela 25 – Estatísticas do Construto Centro Cirúrgico – CENT CIR	121
Tabela 26 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Locomoção – LOCOM	121
Tabela 27 – Estatísticas do Construto Locomoção – LOCOM	121
Tabela 28 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Equipe Médica – EQ MED .	122

Tabela 29 – Estatísticas do Construto Equipe Médica – EQ MED	122
Tabela 30 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Equipe de Enfermagem – EQ ENF	123
Tabela 31 – Estatísticas do Construto Equipe de Enfermagem – EQ ENF	123
Tabela 32 – Análise Fatorial Confirmatória Construto Equipe de Nutrição – EQ NUT	123
Tabela 33 – Estatísticas do Construto Equipe de Nutrição – EQ NUT	124
Tabela 34 – Análise Fatorial Confirmatória Construto Equipe de Limpeza – EQ LIM	124
Tabela 35 – Estatísticas do Construto Equipe de Limpeza – EQ LIM	124
Tabela 36 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Alta – ALTA	125
Tabela 37– Estatísticas do Construto Alta – ALTA	125
Tabela 38 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Ambiente do Hospital – AMB HOSP	126
Tabela 39 – Estatísticas do Construto Ambiente do Hospital – AMB HOSP	126
Tabela 40 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Recomendação – RECOM .	126
Tabela 41 – Estatísticas do Construto Recomendação – RECOM	127
Tabela 42 – Variância extraída e variância compartilhada	128
Tabela 43 - Coeficientes de correlação	128
Tabela 44 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 1	130
Tabela 45 – Coeficientes das relações hipotetizadas para o Modelo 1	131
Tabela 46 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 2	133
Tabela 47 – Coeficientes das relações hipotetizadas para o Modelo 2	133
Tabela 48 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 3	135
Tabela 49 – Coeficientes das relações hipotetizadas para o Modelo 3	135
Tabela 50 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 4	137
Tabela 51 – Coeficientes das relações hipotetizadas para o Modelo 4	138
Tabela 52 – Análise Fatorial Confirmatória dos Modelos	138
Tabela 53 –. Valores de R^2	139

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Delimitação do tema e definição do problema	14
1.2	Objetivos	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	Encontros de Serviço	20
2.1.1	Definições e importância	20
2.1.2	Composição dos encontros de serviço	22
2.1.2.1	Enfoque nos participantes	24
2.1.2.2	Enfoque na organização prestadora de serviços	27
2.1.3	Tipos de encontros de serviços	30
2.2	Satisfação de Clientes	31
2.2.1	Definições e importância	32
2.2.2	Mensuração da satisfação de clientes	35
2.2.3	Considerações sobre serviços, satisfação com serviços e encontros de serviços	37
2.3	Serviços Hospitalares	40
2.3.1	Hospitais - empresas de serviço	41
2.3.2	Alguns estudos de marketing em serviços hospitalares	43
2.4	O Modelo Inicial	47
3	MÉTODO	50
3.1	Etapa Exploratória	50
3.1.1	Amostra	51
3.1.2	Coleta de Dados	52
3.1.3	Protocolos de Coleta	53
3.1.4	Análise dos Dados	54
3.1.5	Validade	55
3.1.6	Aspectos Éticos	56

3.2	Etapa Descritiva	58
3.2.1	População e Amostra	59
3.2.2	Coleta de Dados	60
3.2.3	Instrumento de Coleta de Dados	61
3.2.3.1	Estrutura do instrumento de coleta de dados	61
3.2.3.2	Etapas da elaboração do instrumento estruturado	62
3.2.3.3	Escala de medida adotada	64
3.2.4	Análise dos Dados	65
3.2.4.1	Preparação da base de dados	65
3.2.4.2	Procedimentos estatísticos	68
3.2.5	Aspectos Éticos	70
4	RESULTADOS DA ETAPA EXPLORATÓRIA	72
4.1	Os Encontros de Serviço	72
4.1.1	Categoria 1: Processo 1 (P1) – Admissão	73
4.1.2	Categoria 2: Processo 2 (P2) – Internação	74
4.1.2.1	Subcategoria: P 2.1 Centro Cirúrgico	74
4.1.2.2	Subcategoria: P 2.2 Transporte	76
4.1.2.3	Subcategoria: P 2.3 Unidade de Internação	76
4.1.3	Categoria 3: Processo 3 (P3) – Alta Hospitalar	78
4.2	Os Atributos de Satisfação	80
4.2.1	Processo de Admissão	81
4.2.2	Processo de Internação	82
4.2.2.1	Centro Cirúrgico	82
4.2.2.2	Transporte	83
4.2.2.3	Unidade de Internação	84
4.2.3	Processo de Alta	88
4.3	Os Componentes dos Encontros de Serviço	91
4.4	Contribuições da Etapa Exploratória: reformulação do modelo e geração de hipóteses	94
5	RESULTADOS DA ETAPA DESCRITIVA	99
5.1	Caracterização da Amostra	99
5.2	Os Encontros de Serviço e a Satisfação dos Clientes	103
5.2.1	Resultados da estatística descritiva e regressão múltipla	103

5.2.1.1	Os encontros de serviço no processo de admissão no hospital	104
5.2.1.2	Os encontros de serviço no processo de internação no hospital	105
5.2.1.3	Os encontros de serviço no processo de alta hospitalar	113
5.2.1.4	O hospital	114
5.2.1.5	Satisfação Geral, Comparações e Recomendação	116
5.2.2	Resultados da ANOVA	118
5.2.3	Análise fatorial confirmatória dos construtos	119
5.2.4	Análise geral do modelo proposto	128
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
6.1	Principais constatações	140
6.2	Implicações gerenciais	145
6.3	Limitações do estudo	146
6.4	Sugestões para futuras pesquisas	148
	REFERÊNCIAS	151
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS	161
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CLIENTES	162
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I	163
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II	164
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO	165
	APÊNDICE F – ROTEIRO PARA ABORDAGEM NA ENTREVISTA POR TELEFONE	166

1 INTRODUÇÃO

A vida do homem contemporâneo é permeada por diversas situações que determinam sua necessidade de interagir com empresas prestadoras de serviços. Alimentação, transporte, educação e lazer são exemplos de algumas necessidades humanas que podem ser atendidas pelos serviços oferecidos por empresas, por exemplo, restaurantes, companhias aéreas, escolas e cinemas.

A íntima relação dos serviços com as atividades inerentes ao cotidiano do homem impulsiona o surgimento de grande número de empresas que oferecem serviços de diferentes naturezas e voltados a distintos segmentos de clientes. Esses serviços representam uma parcela significativa da atividade econômica, assumindo uma posição de destaque na economia de todo o país (CORRÊA e CAON, 2002).

A expansão dos serviços e o reconhecimento de sua importância como atividade econômica configura essa área como um interessante campo de pesquisa. A literatura pertinente mostra que várias pesquisas foram desenvolvidas utilizando os serviços como objeto de estudo e enfocando os temas características, qualidade, ambiente, encontros de serviço, dentre outros. Isso se reflete, também, no quantitativo de publicações na área de marketing de serviços que, em 1980, totalizava 120 obras e, no ano de 1993, 720 unidades (FISK, BROWN e BITNER, 1993).

Serviço é definido como “ações, processos e atuações” (ZEITHAML e BITNER, 2003, p.28) ou um ato ou desempenho que uma parte oferece a outra, sendo essencialmente intangível e que, normalmente, “não resulta na propriedade de nenhum fator de produção” (LOVELOCK e WRIGHT, 2002, p.6). Um serviço pode estar relacionado a um bem físico, por exemplo, o conserto de um equipamento, ou a prestação direta de serviços por profissionais às pessoas: cabeleireiro, professor, etc. O atendimento à saúde também configura-se como prestação de serviços. Nele, o cliente interage com a empresa de serviços, representada por hospitais, clínicas, laboratórios de exames diagnósticos, consultórios, dentre outros.

Os serviços implicam existência de um momento em que o provedor e o cliente entram em contato. Esse contato, denominado “encontros de serviço” ou “momentos da verdade”, pode acontecer de diferentes formas. Há situações em que cliente e provedor se aproximam

fisicamente; em outras, o contato ocorre via telefone e, em outras ainda, não existe contato físico e a interação ocorre mediante tecnologia da informação, por exemplo, os caixas eletrônicos do serviço bancário.

Pesquisadores em marketing de serviços enfocam, com frequência, em seus estudos, o momento da interação entre provedor e cliente. Esse tema, reconhecidamente relevante por sua estreita relação com questões ligadas à satisfação, ao ser estudado revela que “as percepções do cliente nos encontros de serviço são importantes elementos para a satisfação de clientes, percepções de qualidade e lealdade” (FISK, BROWN e BITNER, 1993, p.80).

Durante o encontro de serviço o cliente avalia a oferta e forma sua opinião acerca da qualidade do serviço (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000). A cada evento, o processo é retomado, acrescentando-se ou subtraindo-se pontos em uma avaliação geral (ZEITHAML e BITNER, 2000). As expectativas dos clientes sobre o valor de um serviço são ancoradas por sua satisfação cumulativa prévia e atualizadas por novas informações (BOLTON, 1998). É no decorrer desse processo de formação de opinião que o cliente elabora a imagem da organização, a qual exercerá influência sobre decisões posteriores. Sabe-se que uma imagem ou experiência positiva ficará armazenada na memória do cliente e o mesmo tenderá a retornar à empresa em situações futuras. Inversamente, uma imagem ou experiência negativa poderá afastar o cliente de forma definitiva (ZEITHAML e BITNER, 2000).

A aproximação entre cliente e provedor não apenas favorece a construção e a manutenção de relacionamentos, mas também funciona como uma barreira para o término dessa relação, conduzindo a uma vantagem competitiva sustentada (PEPPERS, ROGERS e ADAMSON, 1998; ROWE e BARNES, 1998). Os encontros de serviço passam a ter importância fundamental sobre a performance e o futuro da empresa – o provedor pode tanto encantar o cliente quanto decepcioná-lo. O cliente, nesse cenário, passa a ser o elemento nuclear da atenção de marketing.

O cliente, ao se tornar o centro das atenções da empresa implica mudança do paradigma de gestão, anteriormente focado nos processos organizacionais. Empresas com foco no cliente desenvolvem práticas permanentes para identificar suas necessidades. O domínio do conhecimento das expectativas e necessidades do cliente permite à empresa adotar procedimentos que respondam a essas necessidades. O pressuposto básico é: o cliente satisfeito tenderá a retornar à empresa em situações futuras e, de modo espontâneo, exercerá influência positiva sobre outros clientes.

Assim, conhecer a dinâmica dos encontros de serviço e sua relação com a satisfação de clientes representam ferramenta de inestimável valor na gestão de serviços, possibilitando

que a empresa desenvolva mecanismos capazes de gerar satisfação em seus clientes e, concomitantemente, encontre estratégias de diferenciação que permitam a obtenção de vantagens competitivas em seu mercado. Essas considerações apontam para a possibilidade do desenvolvimento de um estudo, caracterizado como uma pesquisa de campo, focando as relações entre os encontros de serviço e a satisfação de clientes.

1.1 Delimitação do tema e definição do problema

Pesquisar serviços envolve lidar com a complexidade dos fatores implícitos em seu contexto, quer por elementos decorrentes de suas características – intangibilidade, simultaneidade, heterogeneidade e perecibilidade –, quer pelas peculiaridades do binômio provedor-cliente, em que cada um dos componentes possui necessidades, expectativas, objetivos próprios.

Serviços envolvem, também, questões de qualidade, tanto técnicas quanto funcionais (GRÖNROOS, 1994). A qualidade técnica está relacionada ao “o quê” é entregue durante o processo: o conhecimento do empregado traduzido no procedimento realizado ou o equipamento utilizado. A qualidade funcional diz respeito ao “como” o serviço é entregue, ou seja, ao componente pessoal ou interacional manifesto pelo prestador do serviço.

A situação envolvida na prestação de um serviço também adiciona um elemento a mais à complexidade do contexto. Existem situações acompanhadas de forte carga emocional em contraposição àquelas com pouco envolvimento. Há serviços que implicam grande quantidade de contatos; outros, nem tanto. Também existem aqueles que operam com grande quantidade de informações sobre o cliente, e outros que possuem pouca ou nenhuma informação sobre ele.

Essa discussão, quando enfoca a esfera dos serviços de saúde, mais especificamente o ambiente hospitalar, parece apontar para o fato de que este é um campo profícuo para estudo dos encontros de serviço e satisfação do cliente. O alto envolvimento do prestador de serviço com o doente, a intensidade dos contatos, a permanência do cliente dentro do ambiente de serviços, sua participação, sua interação com outros que compartilham o mesmo espaço, dentre outros aspectos, apresentam peculiaridades que merecem ser comentadas.

Um primeiro aspecto a ser considerado é que a internação hospitalar implica permanência do cliente no interior do ambiente do hospital. Ao longo das 24 horas do dia, o

cliente interage com o provedor em “tempo real” e inúmeros “momentos da verdade” ocorrem, cabendo ao provedor demonstrar seu potencial como prestador de serviços continuamente, isto é, a cada novo evento de interação. O tempo de permanência ou internação varia conforme a gravidade do quadro de saúde apresentado pelo cliente, podendo ir de 24 horas a vários meses (ou anos) de hospitalização. Assim, esse serviço caracteriza-se pela frequência com que os encontros acontecem, incorporando uma dimensão temporal ao estudo do tema.

O cuidado hospitalar, além de acarretar freqüentes interações, implica proximidade física entre os participantes dos encontros de serviço. Essa proximidade física, mediada pelo diálogo constante entre cliente e provedor, favorece o desenvolvimento de maior intimidade com o cliente. Portanto, muitas vezes, os clientes revelam aos profissionais de saúde informações privativas do âmbito de sua vida pessoal ou familiar, estabelecendo-se uma relação de confiança. Esse compartilhar de informações pessoais leva a maior proximidade entre os envolvidos.

Acredita-se que outro aspecto a apreciar é que a necessidade de execução de determinados procedimentos, por exemplo, a realização de um curativo ou de um banho no leito, por implicar exposição corporal, possa desvelar aspectos da privacidade e sua relação com a satisfação nos encontros de serviço. A privacidade tanto pode estar relacionada a aspectos físicos quanto a informações.

Por se tratar de um serviço prestado por pessoas para pessoas as dimensões técnica e humana se fazem presentes e, em algumas situações, uma se sobrepõe à outra. Percebe-se que a introdução de novos equipamentos vem qualificando o serviço prestado, entretanto não dispensam a ação humana do trabalhador de saúde no cuidado ao doente.

Não se deve entender o aprimoramento técnico como uma substituição do cuidado humanizado e individualizado. Marquis e Huston (1999) mencionam que a satisfação do usuário com os serviços de saúde depende não apenas da qualidade técnica: os pacientes desejam cortesia, atendimento rápido à chamada da campainha, atmosfera de alegria e atitudes dos funcionários que demonstrem sua sensibilidade diante do inconveniente da hospitalização. As autoras também pontuam que a satisfação com o companheiro de quarto é um dos elementos que influenciam na satisfação com o serviço.

Pessoas próximas – amigos e familiares – também são consideradas capazes de exercerem influência sobre a satisfação do paciente no hospital (BRYANT et al., 1998). Relatos de experiências prévias ou de vivências recentes de atendimento em saúde são

incorporadas ao conjunto de informações que o próprio paciente já dispõe e são por ele ponderadas em sua avaliação.

Por sua vez, o próprio cliente, ao interagir com os demais clientes que buscam atendimento, também observa como eles são atendidos pelos profissionais do setor (ZEITHAML e BITNER, 2000). Assim, ele elabora julgamentos e forma sua opinião acerca do serviço, a partir de sua própria experiência, do que observa e compartilha no local de atendimento e das vivências das pessoas ligadas à sua rede de influências representada por amigos e familiares.

Além desses aspectos, deve-se ponderar que a hospitalização mobiliza, nos clientes, uma série de sentimentos, podendo ser considerada uma situação de alto envolvimento. Sentimentos de medo, culpa ou insegurança, adicionados ao pouco conhecimento diante do quadro da doença que se apresenta, muitas vezes fazem com que o cliente assuma o papel que o adjetivo “paciente” lhe confere, adotando uma atitude passiva frente às situações que surgem.

Também é preciso considerar que a utilização dos serviços de um hospital, na maioria das vezes não é desejada por ninguém. Em realidade, o que as pessoas desejam é não precisar utilizar o hospital. Assim, almejar atingir altos níveis de satisfação em eventos não desejados pelo cliente passa a ser um grande desafio para os gestores desse tipo de serviços.

Considerando-se a diversidade de situações vivenciadas no ambiente hospitalar, quer seja pela grande variedade de pessoas atendidas – com diferentes patologias, faixa etária, procedências -, quer seja pelas peculiaridades e propósitos que diferenciam o atendimento de um setor para outro, escolhe-se, para desenvolver esta pesquisa, o Setor de Internação Cirúrgica como campo de estudo dos encontros de serviço e da satisfação. Nesse setor, selecionam-se as unidades de internação que atendem exclusivamente a clientes de convênios ou particulares, também conhecidos como clientes diferenciados¹.

Nesse setor hospitalar internam clientes - denominados pacientes - que deverão ou são submetidos a algum procedimento cirúrgico. Os clientes, utilizando as acomodações do quarto hospitalar, mantêm contato intenso com os profissionais (enfermagem, nutrição, etc.) que ali atuam, e contato de caráter mais eventual com os profissionais de outros setores do hospital – bloco cirúrgico e sala de recuperação. Também utilizam os serviços e equipamentos

¹ Clientes diferenciados são aqueles que, embora com direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde, não o utilizam quando necessitam de atendimento em saúde, isto é, são clientes ou usuários provenientes de operadoras de planos de saúde.

relacionados aos procedimentos diagnósticos necessários à identificação de sua patologia e dos relativos a sua terapêutica.

Portanto, vários são os momentos em que o cliente interage com os diversos profissionais que atuam no hospital, ou seja, os encontros de serviço ocorrem em diferentes situações. Por exemplo, ao chegar ao hospital o cliente entra em contato com o pessoal do setor de admissão para o preenchimento da documentação necessária. A seguir, ele é encaminhado até a unidade ou setor onde ficará internado. Ali, ele entra em contato com os profissionais específicos do setor, várias vezes ao dia. Durante o período pré-operatório, também contata com os coletadores de sangue que atuam no laboratório de exames clínicos, com os técnicos de Raio-X, dentre outros, conforme sua situação o exigir. No dia e horário agendado para a cirurgia, ele é encaminhado ao Bloco ou Centro Cirúrgico. Concluída a cirurgia, ele é transferido para a Sala de Recuperação, permanecendo ali até o completo restabelecimento de seu estado de consciência e estabilização dos sinais vitais (frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e temperatura corporal). Quando os profissionais encarregados de sua recuperação o consideram “estável”, o cliente retorna ao antigo leito e restabelece o contato com os profissionais responsáveis pelo período pré-operatório. Posteriormente, já em condição de alta hospitalar, ele ou um familiar é encaminhado ao setor de contas de pacientes para os procedimentos necessários antes da saída do hospital.

Assim, ponderando-se os aspectos até aqui abordados, busca-se, nesta pesquisa de campo, responder à seguinte questão:

- *Qual a relação entre os encontros de serviço e a satisfação dos clientes em hospitais?*

1.2 Objetivos

Considerando-se a discussão apresentada na seção introdutória e a questão de pesquisa formulada, delineiam-se os objetivos da presente pesquisa:

Objetivo geral

- Verificar a relação dos encontros de serviço com a satisfação dos clientes em hospitais.

Objetivos específicos

- Identificar os encontros de serviço em um hospital.
- Gerar os atributos de satisfação para os encontros de serviço.
- Descrever os componentes dos encontros de serviço em um hospital.

Este estudo está organizado em seis seções. A primeira é a seção introdutória. A segunda contém a abordagem teórica sobre o tema encontros de serviço, satisfação de clientes e serviços hospitalares. A terceira seção descreve o método de pesquisa. Na seqüência, a quarta e quinta seções apresentam os resultados das etapas exploratória e descritiva, respectivamente. As considerações finais compõem a sexta seção deste estudo. Por fim, incluem-se as referências que fazem parte do estudo e, por último, anexam-se os apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Estudar os serviços é uma tarefa desafiadora por implicar inúmeras variáveis. O tipo de serviço, o cliente, o local, os recursos, o momento ou o período de tempo envolvido originam grande diversidade de situações de serviços. Um atendimento odontológico a um indivíduo adulto, por exemplo, difere de um programa de lazer para um grupo de turistas. Ambos os casos envolvem serviços, mas com objetivos, clientes, recursos, locais e perspectivas temporais diferentes.

Um dos recursos bastante utilizado para auxiliar a compreender e analisar uma área tão complexa é o referencial acerca das características dos serviços. Bateson e Hoffman (2001), baseando-se no estudo de Zeithaml, Parasuraman e Berry (1985), apresentam uma classificação que contempla quatro tipos de características: heterogeneidade, intangibilidade, simultaneidade e percipiabilidade.

Essas características são consideradas influenciadoras do julgamento da qualidade dos serviços e, no caso deste estudo, talvez a intangibilidade seja a mais significativa, em decorrência da impossibilidade de prever o resultado do serviço e a incerteza inerente a esse contexto. Esse fato, portanto, pode gerar maior subjetividade nos critérios de avaliação.

Zeithaml e Bitner (2000) afirmam que, devido à dificuldade de avaliar a qualidade de um serviço antes de consumi-lo, os clientes buscam evidências em cada interação com o provedor. Essas evidências do serviço são relacionadas às pessoas que prestam o serviço (suas ações ou atitudes), ao processo de trabalho (como o trabalho está organizado, o tempo de espera) e as condições do ambiente físico (por exemplo, limpeza e conforto). Essas três categorias auxiliam a formar uma imagem do serviço e possibilitam torná-lo, de certa forma, mais tangível.

As autoras recorrem a um evento de consulta médica para ilustrar o fato. Quando um cliente vai a uma consulta médica ele observa a maneira como é tratado pela recepcionista (se é cordial, prestativa, demonstra conhecimento), como o trabalho está organizado (se existe uma seqüência lógica, registros precisos, tempo de espera aceitável) e as condições do ambiente (se é limpo, confortável, iluminação agradável).

A busca de evidências adicionada à própria experiência vivenciada com o provedor fornecem elementos para o cliente avaliar a qualidade do serviço e elaborar sua opinião acerca

da organização. A avaliação de uma empresa de serviços, afirma Bitner (1990), freqüentemente depende da avaliação que o cliente faz do encontro de serviço, ou seja, do período no qual interagiu com ela.

Outro elemento balizador nesse processo é a expectativa que o cliente já possui acerca do serviço. No processo de avaliação, ele compara o serviço que recebe com aquele o até então esperado e, a partir daí, emite sua opinião.

A revisão da literatura que aqui se faz demonstra que vários caminhos são abertos na investigação dos encontros de serviço e da satisfação de clientes, com diferentes contribuições para a construção do conhecimento nessa área. A fim de favorecer a compreensão do tema e, concomitantemente, oferecer o suporte teórico para a investigação que se realiza e contextualizar o campo no qual se desenvolve, estrutura-se este capítulo a partir de três abordagens teóricas: os encontros de serviço, a satisfação de clientes e os serviços hospitalares. Um quarto elemento é adicionado no fechamento do capítulo - o modelo inicial proposto.

2.1 Encontros de Serviço

O conteúdo desta primeira parte do capítulo contempla as definições da expressão encontros de serviço, os elementos que participam de sua composição e os tipos de encontros de serviço. No decorrer do texto, diversos estudos empíricos são mencionados com vistas a ampliar a compreensão e aprofundar o conhecimento sobre o tema.

2.1.1 Definições e importância

Os serviços configuram momentos de proximidade ou interação entre provedor e cliente, denominados “encontros de serviço” ou “momentos da verdade” ou, ainda, “incidentes críticos”. As definições encontradas na literatura, embora não contraditórias, evidenciam pequenas diferenças de autor para autor.

Uma das primeiras definições de encontros de serviço é de Surprenant et al. (1985): a interação diádica entre um cliente e um provedor de serviço. Mais recentemente, Winsted

(1999) também utiliza a expressão encontros de serviço para designar a interação entre o provedor de serviço e o cliente. Stauss e Mang (1999) afirmam que a expressão encontros de serviço indica o contato entre um cliente e um provedor de serviço. Essas concepções focam os aspectos interpessoais, conferindo ao cliente e ao provedor um papel a desempenhar.

Já, para Dasu e Rao (1999) encontros de serviço assume uma conotação um pouco mais ampla. Eles o definem como o período de tempo e o ambiente no qual o serviço é entregue através da interação entre o cliente e o sistema de serviço. Zeithaml e Bitner (2000) empregam essa expressão, ou “momentos da verdade”, para se referirem àqueles eventos nos quais o cliente interage com a empresa prestadora de serviço.

Assim, as primeiras definições parecem transmitir uma idéia mais pessoalizada do conceito, representada pela interação entre dois indivíduos e o papel que cada um tem a desempenhar. Já, a definição de Dasu e Rao (1999), aborda o cliente e o sistema de serviço - contemplando dimensões de tempo e lugar – permitindo uma interpretação mais ampla do conceito. A definição de Zeithaml e Bitner (2000) abrange o cliente e a empresa, parecendo focar não só os aspectos relacionados aos papéis que desempenham cada um dos elementos, mas, também, podendo englobar outros aspectos relacionados à empresa.

Definições mais amplas, como as de Dasu e Rao (1999) e de Zeithaml e Bitner (2000), parecem mais robustas, pois sabe-se que as interações entre as pessoas sofrem influência de variáveis contingenciais, como a situação envolvida, o local, o tempo utilizado no contato, etc. Além disso, sabe-se que os progressos tecnológicos alteram significativamente não apenas as tarefas do pessoal de linha de frente, mas, também, as dimensões de tempo e lugar no ambiente de serviços.

Para fins desta investigação, considerando-se as definições destacadas da literatura, a expressão “encontros de serviço” é concebida como o momento de interação entre o cliente e a empresa prestadora de serviços. Já, a expressão “momento de interação” é aqui entendida como abrangendo três dimensões: interacional, espacial e temporal. A dimensão interacional diz respeito ao “como” ocorre a interação, partindo do comportamento (ou dos papéis) dos participantes. A dimensão espacial está relacionada às condições do local onde este evento acontece; a temporal é relativa ao tempo de contato, considerando-se sua frequência e duração. Ainda em relação à definição aqui adotada, cabe esclarecer que a empresa prestadora do serviço engloba os profissionais que nela atuam, o ambiente físico e os processos.

Zeithaml e Bitner (2000) destacam a importância desses eventos afirmando que, do ponto de vista do cliente, a mais vívida impressão do serviço ocorre quando o cliente interage com a empresa e, do ponto de vista da empresa, cada encontro representa uma oportunidade

para que ela evidencie seu potencial como provedora de serviço de qualidade e aumente a lealdade do cliente, influenciando futuras decisões de compra.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p.223) também dizem que “cada momento da verdade é uma oportunidade para influir na maneira pela qual o cliente percebe a qualidade do serviço.” Um cliente participa de vários encontros com um mesmo provedor ou de vários encontros com vários provedores. Os autores ilustram a situação, relatando que um passageiro de uma empresa aérea experiencia uma série de encontros, desde a compra da passagem, o *check-in* de bagagem realizado no aeroporto, o serviço de bordo, o recebimento da bagagem no ponto de chegada e, por último, quando credita os pontos recebidos no programa de milhagem. Dessa forma, uma viagem aérea é composta por um conjunto de encontros de serviço, sendo que em cada um deles a empresa pode demonstrar seu potencial para atender ao cliente.

A qualidade dos momentos da verdade ou incidentes críticos, para Hoffman e Bateson (2003, p.24), “é muitas vezes a força propulsora das avaliações da satisfação do cliente”. Assim, enfatizam os autores, se o propósito da empresa é servir ao cliente, conseqüentemente, “a empresa deveria ser organizada de maneira a apoiar as pessoas que servem ao cliente” (HOFFMAN e BATESON, 2003, p.22). Estudos anteriores, como os publicados por Bitner (1990) e Bitner, Booms e Tetreault (1990), já destacam a importância dos encontros de serviço na satisfação de clientes e nas avaliações de qualidade de serviços.

Deve ser lembrado que desse processo de interação, resulta um serviço a ser entregue ao cliente. As interações que ocorrem na prestação de serviço, de acordo com Kotler (1998), são influenciadas por mais variáveis do que as interações em decorrência da aquisição de produtos. Isto evidencia a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os elementos que compõem os encontros de serviço.

2.1.2 Composição dos Encontros de Serviço

Os encontros de serviço apresentam particularidades que devem ser consideradas quando utilizados como objeto de análise e de investigação científica. Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), abordando essa questão, dizem que tanto o cliente quanto o provedor têm um papel a desempenhar em um ambiente preparado pela organização de serviço. Os

autores, partindo do esquema proposto por Bateson (1985), apresentam um modelo de representação do encontro de serviço – o qual denominam de Tríade de Serviço.

A tríade é representada pela figura de um triângulo. Em cada um de seus vértices posiciona-se um dos componentes dos encontros de serviço: o cliente, o pessoal de linha de frente e a organização de serviço². Cada elemento pode ser assim entendido:

- O pessoal da linha de frente: representado pelos funcionários que entram em contato direto com o cliente, que, de preferência, devem possuir os atributos de personalidade de flexibilidade, tolerância, adaptação e empatia com cliente.
- O cliente: é o indivíduo que busca a organização para a obtenção de um serviço, possuindo expectativas que orientam suas atitudes em situações de compra ou de procura por um serviço e cujo grau de envolvimento – alto ou baixo - varia conforme a situação.
- A organização de serviço: ela estabelece o ambiente do encontro de serviço, estando relacionada a aspectos, por exemplo, de cultura organizacional, delegação de poder aos funcionários da linha de frente e as instalações físicas.

Vale lembrar que o importante é que exista um equilíbrio entre as três forças para que o encontro tenha resultados benéficos para as partes. Quando o encontro é dominado por uma das partes, assinalam Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), sérios prejuízos podem ocorrer nesta interação. Por exemplo, quando o cliente faz um pedido especial durante o serviço e o funcionário responde que não pode atendê-lo devido às regras da empresa a serem obedecidas, danos importantes no relacionamento do cliente com a empresa podem ocorrer.

Zeithaml e Bitner (2000) alertam que existem momentos que podem estragar para sempre o relacionamento da empresa com o cliente, mesmo que as experiências anteriores sejam positivas. De forma similar, encontros positivos podem unir um cliente com a organização para sempre.

Dessa maneira, pode-se pensar que existe uma linha muito tênue nessa relação, sensível aos diversos estímulos e percepções que surgem durante a interação. A diferença das visões e expectativas entre provedor e cliente pode ocasionar sérios danos ao processo, pois o

² Estudos mais recentes publicados por Bitner (2001) e Bitner, Brown e Meuter (2000) têm discutido a influência da tecnologia da informação nos encontros de serviço e proposto a utilização de uma figura geométrica piramidal para representar esses eventos, posicionando esse novo elemento no quarto vértice. Entende-se que essa proposta seja mais um recurso para isolar essa variável como objeto de estudo, pois, certamente, a tecnologia da informação também pode ser considerada um elemento componente da organização de serviço. Contudo, não pode ser negada a profunda alteração acarretada por ela nos encontros que anteriormente ocorriam face-a-face, como é o caso dos serviços bancários.

que poderia ser considerado pelo funcionário como um detalhe de pouca importância, na visão do cliente pode ser interpretado como uma grande falha.

Aprofundar o conhecimento sobre os aspectos interpessoais pode auxiliar na investigação dos encontros de serviço. O enfoque nos participantes, através do estudo do desempenho de papéis – tanto do cliente quanto do funcionário de linha de frente, da influência da emoção, do afeto e da comunicação não-verbal nos encontros de serviço são referenciais que contribuem para a compreensão do tema.

2.1.2.1 O enfoque nos participantes

Uma interessante trajetória de pesquisa acerca dos encontros de serviço vem sendo desenvolvida por Bitner e colaboradores. Dentre seus trabalhos, que enfocam os participantes, podem ser destacados o que analisa os encontros de serviço do ponto de vista do cliente (BITNER, BOOMS e TETREAULT, 1990) e o que analisa os encontros de serviço do ponto de vista do funcionário (BITNER, BOOMS e MOHR, 1994).

No estudo desenvolvido em 1990, os autores investigam incidentes que causam encontros de serviço considerados satisfatórios e os considerados insatisfatórios. A pesquisa parte de dados coletados junto aos clientes, ou seja, consideram os encontros de serviço unicamente a partir das opiniões dos clientes. Os incidentes que os autores relatam – satisfatórios ou insatisfatórios - são todos relacionados a comportamentos dos empregados. Identificam três principais grupos de incidentes: 1) resposta do funcionário às falhas no sistema de entrega do serviço; 2) resposta do funcionário às necessidades e pedidos dos clientes; 3) ações espontâneas dos empregados e não solicitadas pelo cliente (BITNER, BOOMS e TETREAULT, 1990).

Já, na pesquisa de 1994, partindo do ponto de vista do funcionário, Bitner, Booms e Tetreault (1990), mostram que o próprio cliente pode ser a fonte de insatisfação, através da manifestação de comportamentos inadequados ou solicitações exageradas. Dentre os aspectos relacionados a comportamentos problemáticos dos clientes identificam quatro categorias: embriaguez, agressão verbal ou física, desrespeito às políticas ou regulamentos da empresa e clientes que não cooperam. Dizem, ainda, os autores que reconhecer a existência de clientes errados, mesmo em um contexto que enfatiza a filosofia de que o ‘cliente sempre tem razão’,

aliado a um gerenciamento criativo, pode aumentar a capacidade de cultivar relacionamentos (BITNER, BOOMS e MOHR, 1994).

O papel desempenhado pelo participante e sua influência nos encontros de serviço tem recebido atenção em alguns estudos desenvolvidos por Broderick (1999), Webb (2000) e Weatherly e Tansik (2001), os quais utilizam a Teoria dos Papéis para a compreensão dos encontros de serviço.

De acordo com Broderick (1999), essa teoria permite administrar melhor a interface provedor-cliente, ao focar a performance dos papéis e as dimensões interpessoais da qualidade de serviços. A teoria pressupõe que a troca social que ocorre entre duas ou mais pessoas demonstra certos padrões, os quais são determinados, em grande parte, por expectativas de papéis e papéis atuais que os participantes desempenham. A adoção de comportamentos apropriados nos encontros de serviço – tanto por parte do provedor quanto do cliente - aumenta a probabilidade de sucesso em situações atuais e futuras.

Webb (2000), ao estudar a compreensão do papel do cliente e sua importância na formação de expectativas acerca da qualidade em serviço, diz que existe a necessidade de identificar não somente o modo com que os clientes definem os padrões e parâmetros da avaliação, mas, também de que modo eles compreendem que seu papel, durante a interação com o serviço, afeta a formação de suas expectativas. A contribuição mais notável do estudo, segundo o próprio autor, é que a “compreensão do papel” parece agir como mediadora no processo de formação de expectativas. Assim, a “compreensão do papel” é entendida como uma consequência do “conhecimento” e um antecedente das “expectativas”.

A teoria dos papéis também é utilizada para compreender a relação entre a satisfação do funcionário no trabalho e a satisfação de clientes. Funcionários satisfeitos no trabalho têm mais probabilidade de se empenharem para satisfazer os consumidores. Já, os funcionários insatisfeitos “podem ficar mais propensos a ‘se fazer de desentendidos’ e agir como se não estivessem cientes das expectativas relativas a seu papel como funcionários de linha de frente” (WEATHERLY e TANSIK, 2001, p.134).

Hartline e Ferrell (2001), também discutindo essa questão, afirmam que a auto-eficácia e a satisfação no trabalho dos funcionários que fazem contato com o cliente aumentam a qualidade do serviço, a qual é percebida pelo cliente. Funcionários confiantes e satisfeitos tendem a um desempenho melhor durante o encontro de serviço do que os apreensivos e insatisfeitos. Porém, quando há ambigüidade no papel, o desempenho do funcionário pode não ser adequado e comprometer a percepção da qualidade do serviço pelo cliente.

Sinteticamente, pode-se afirmar, com base nos estudos mencionados, que a teoria dos papéis representa um referencial teórico importante para a análise dos encontros de serviço, evidenciando implicações gerenciais. Também, traz à discussão o componente educacional, revelando que para encontros de serviço satisfatórios é necessário que cada integrante compreenda exatamente o que se espera dele e desempenhe seu papel com base nessa expectativa. Assim, se a satisfação no trabalho influencia a qualidade percebida pelo cliente acerca do serviço é importante a adoção de práticas voltadas aos recursos humanos da empresa.

O estudo de Pugh (2001), também com enfoque no funcionário, investiga de que modo as emoções dos empregados influenciam os clientes e seu julgamento sobre a qualidade do serviço. O estudo se fundamenta na Teoria do Contágio Emocional. Dentre os achados da pesquisa, o autor identifica que as emoções manifestas pelos empregados têm importantes conseqüências para a organização, pois são positivamente relacionadas aos efeitos no cliente e às avaliações que ele faz da qualidade do serviço. Alerta, também, que fatores situacionais afetam a manifestação de emoção por parte do empregado. Assim, por exemplo, ambientes lotados ou de intensa quantidade de serviço, caracterizados por situações de estresse nos empregados, transmitem esses sentimentos para o cliente através de canais verbais ou não-verbais, produzindo um relacionamento negativo. O autor conclui que a emoção é parte do serviço e, sendo assim, o contágio emocional ocorre nos encontros de serviço.

O componente afetivo e o desempenho do provedor são estudados por Price et al. (2001) em encontros de serviço que ocorrem em contextos de proximidade espacial (inferior a 90 cm), com alto componente afetivo e temporalmente prolongados (EAI³). Os resultados de campo confirmam que o desempenho do provedor influencia fortemente o afeto positivo e este, por sua vez, a satisfação com o encontro. Além disso, o contato prolongado⁴ possibilita o desenvolvimento do afeto com o provedor e, conseqüentemente, um relacionamento com menos barreiras (PRICE et al., 2001, p.287-88).

Um outro aspecto não pode ser esquecido, quando se trata de discutir a interação entre os participantes de um encontro de serviço, é a comunicação. Ela é elemento de fundamental importância para viabilizar resultados satisfatórios nesses momentos.

Sundaram e Webster (2000) estudam o papel da comunicação não-verbal nos encontros de serviço, abordando a linguagem corporal, o contato dos olhos, a paralinguagem

³ EAI é a sigla utilizada pelos pesquisadores para designar encontros de serviço temporalmente prolongados, afetivamente carregados e espacialmente íntimos.

⁴ O termo “prolongado” utilizado pelos autores refere-se ao encontro de serviço com certa extensão de duração, oposto ao encontro breve que dura apenas alguns minutos.

– amplitude da voz, pausas, fluência, etc. - e o toque. Concluem que a comunicação não-verbal é importante porque reforça a comunicação verbal e reduz a distância psicológica entre os participantes, proporcionando um momento de interação mais agradável.

A performance dos encontros de serviço, como evidenciam os estudos acima, é influenciada por fatores interpessoais. A teoria dos papéis auxilia a compreender a dinâmica desse relacionamento e traz a dimensão gerencial ao tema. Busca, através de maior atenção ao preparo dos participantes, a manifestação de comportamentos apropriados que possibilitem o atendimento das expectativas e, conseqüentemente, a satisfação do cliente. A teoria do contágio emocional fornece elementos para compreender como as emoções são transmitidas nos encontros de serviço. Já, a questão do afeto, proximidade física, contato prolongado e comunicação não-verbal geram novas perspectivas de análise, contribuindo, também, para aprofundar o conhecimento acerca do assunto em pauta.

Embora os aspectos relacionados às pessoas ofereçam um considerável arsenal teórico para o estudo do tema, outras abordagens trazem contribuições relacionadas ao ambiente organizacional.

2.1.2.2 O enfoque na organização prestadora de serviços

Algumas pesquisas contribuem para a compreensão da influência do ambiente organizacional nos encontros de serviço, sendo o ambiente aqui entendido com seus aspectos físicos, estruturais e de processos. O estudo de Nielsen e Host (2000) desvela questões estruturais enquanto que o de Baker, Grewal e Parasuraman (1994) examina a influência do ambiente de loja. Bitner (1992, 1990), também em relação a essa área, aborda o ambiente físico e a cultura organizacional.

Nielsen e Host (2000) analisam a performance dos encontros de serviço em burocracias públicas e privadas, com base nas percepções dos empregados acerca da qualidade do serviço. O estudo tem o propósito de investigar de que modo as variáveis humanas, tecnológicas e estruturais auxiliam a prever a performance dos encontros de serviço no âmbito da tarefa de linha de frente. A variável humana aborda os aspectos de treinamento dos recursos humanos; a tecnológica, o suporte que a tecnologia da informação pode fornecer para a melhoria da qualidade do serviço e os necessários ajustes no processo de

trabalho. A variável estrutural, por sua vez, relaciona-se ao poder delegado ao indivíduo e à reduzida independência do supervisor.

A qualidade do serviço é significativamente relacionada com a variável estrutural – a delegação é positivamente associada ao potencial motivacional, o qual é e esse foi positivamente relacionado à qualidade do serviço. Os resultados desse estudo enfatizam a importância de delegar autoridade aos funcionários de linha de frente, tanto no setor privado quanto no público, sendo o enriquecimento da tarefa e o envolvimento do empregado antecedentes fundamentais para o sucesso do encontro de serviço. Já, as variáveis humana (treinamento) e tecnológica (suporte da tecnologia da informação - TI) não apresentam qualquer poder explicativo nesse estudo. Os autores alertam sobre o fato de que esses resultados necessitam ser analisados com cautela e que pesquisas adicionais precisam ser realizadas para uma análise mais aprofundada. Quanto ao aspecto burocrático, o estudo encontra baixa demanda por regras tanto entre empregados do setor público quanto os do privado, relacionando esse achado ao alto nível de competência e preparo desses profissionais.

O estudo de Baker, Grewal e Parasuraman (1994) investiga de que modo o ambiente de loja influencia as inferências que os clientes fazem acerca da qualidade das mercadorias e dos serviços e qual sua relação com a imagem da loja. Os autores reconhecem que o ambiente de loja é importante ferramenta de marketing e que as inferências sobre a qualidade influenciam as decisões de compra dos consumidores. No ambiente de loja são considerados aspectos ambientais propriamente ditos e aspectos sociais (presença física de outras pessoas – clientes e vendedores - número, tipo, comportamento). As conclusões do estudo sustentam que fatores do ambiente e inferências de qualidade dos produtos e dos serviços são antecedentes da imagem e não componentes da imagem como concluem outras pesquisas revisadas pelos autores.

Bitner (1992) salienta que se deve dar atenção especial ao ambiente físico, pois ele influencia a qualidade das interações humanas e a satisfação do cliente com o serviço. O estudo mostra que a importância de determinadas características ambientais varia conforme o tipo de encontro. Por exemplo, em ambientes de auto-serviço – o bancário – um *layout* simples e funcional é importante. Já, em ambientes que envolvem grande contato interpessoal – hospitais e hotéis, por exemplo – condições ambientais são importantes para a produtividade dos funcionários e devem ser contrabalançadas com as necessidades dos clientes.

Inspirado no modelo *servicescape* de Bitner, Oakes (2000) propõe o *musicscape*, que enfoca somente elementos musicais. Para o autor, a música é um dos vários fatores que

podem influir no comportamento de empregados e clientes num ambiente de serviços. A música pode, por exemplo, diminuir a percepção do tempo de espera num restaurante e reduzir a insatisfação dos clientes com a demora no atendimento.

Ainda quanto ao componente denominado “organização de serviço”, integrante da tríade de serviço, podem-se focar aspectos relativos à cultura organizacional. Aqui Bitner (1990) também contribui, afirmando que uma forte cultura de serviços pode favorecer a manifestação de ações espontâneas dos empregados para melhor atender ao cliente. Isso implica que o processo de recrutamento e seleção seja capaz de identificar, nos candidatos ao cargo, características pessoais que indiquem forte orientação para serviços.

Assim constata-se que o ambiente - elemento integrante do serviço - inspira pesquisas com variados enfoques. Cada uma insere sua parcela de contribuição ao estudo e aprofundamento do tema. Recentemente, artigos publicados por Meuter et al. (2000), Bitner, Brown e Meuter (2000) e Bitner (2001) incorporam um elemento adicional na discussão dos encontros de serviço: o impacto da tecnologia da informação.

Bitner, Brown e Meuter (2000) comentam que a tecnologia está mudando os encontros de serviço até então amparados num paradigma de alto contato e baixa tecnologia. Embora essa mudança ocorra numa trajetória crescente, alguns clientes ainda preferem preservar as características pessoais geradas na interação com o provedor ou com outros clientes, conforme o modelo tradicional.

Em outra publicação, Bitner (2001) declara que, embora a tecnologia altere drasticamente o relacionamento com o cliente, esse cliente ainda espera o mesmo de sempre: resultados confiáveis, acesso fácil, sistemas que respondam às suas solicitações, flexibilização, pedidos de desculpas e compensação quando as coisas saem erradas. Bitner conclui afirmando que os clientes ainda desejam que lhe prestem serviço.

A tecnologia trouxe, sem dúvida, maior precisão aos processos organizacionais. Em alguns ambientes de serviço, por exemplo, os bancários, ela assume um papel de elemento facilitador, oferecendo condições para que o próprio cliente execute a tarefa que anteriormente solicitaria a um funcionário da empresa. Assim, um novo papel é designado ao cliente e, conseqüentemente, é necessário seu preparo para um desempenho adequado, trazendo à tona a dimensão educativa nos encontros de serviço.

Almejando conhecer ainda mais a dinâmica da relação cliente-empresa, busca-se conhecer os tipos de encontros de serviço existentes.

2.1.3 Tipos de encontros de serviços

Os encontros de serviço, segundo Zeithaml e Bitner (2000), podem ser classificados em três diferentes tipos: encontros remotos, encontros por telefone e encontros face a face. Cada tipo pode ser assim explicitado:

- *Encontros remotos* – este tipo de encontro pode ocorrer sem qualquer contato humano, por exemplo, uma transação bancária através do caixa automático. Embora não haja contato humano, a qualidade dos processos e sistemas técnicos tornam-se a base primária para o julgamento da qualidade.
- *Encontros por telefone* – ocorrem em situações de pesquisa ou solicitação de serviços. O julgamento de qualidade está sujeito a um grande potencial de variabilidade na interação. Dentre os critérios utilizados para julgamento da qualidade, citam-se o tom de voz, o conhecimento do empregado e a eficiência em manejar situações dos clientes.
- *Encontros face a face* – ocorre quando cliente e funcionário estão em contato direto. A avaliação da qualidade do serviço neste tipo de encontro é a mais complexa de todas, estando envolvidos comportamentos verbais e não-verbais, aspectos tangíveis, entre os quais vestimenta ou uniforme dos empregados, equipamentos disponíveis e instalações físicas. Neste tipo de encontro, o comportamento do cliente também desempenha papel importante ao criar um serviço de qualidade para si mesmo.

As pesquisas sobre encontros de serviço têm contemplado esses diferentes tipos de encontros, contribuindo para maior conhecimento da dinâmica e fatores envolvidos, além de trazer contribuições específicas para a melhoria de sua performance.

Encontros remotos – sem qualquer contato humano – buscam auxílio na tecnologia para a execução de serviços. Esses tipos de encontros são ilustrados nos trabalhos de Meuter et al. (2000) e Bitner, Brown e Meuter (2000) e Bitner (2001), constantes nesta revisão.

Os encontros do tipo face a face também constam nos estudos de Pugh (2001), Bitner, Booms e Mohr (1994), Baker, Grewal e Parasuraman (1994), Bitner, Booms e Tetreault (1990).

Encontros por telefone constam no estudo de Ruyter e Wetzels (2000), ao analisar o comportamento de “ouvir ou escutar” em encontros de serviço em centrais de atendimento por telefone. Em encontros de serviço desse tipo, a habilidade de ouvir torna-se essencial.

Num esforço de síntese do material consultado, pode-se constatar que a evolução tecnológica vem impulsionando o surgimento e o desenvolvimento de outras formas de encontros de serviço: por telefone e remotos. A classificação dos tipos de encontros de serviço existentes possibilita a análise do tema sob outro ângulo. Os aspectos atenção, confiança e satisfação, por exemplo, até então investigados nos encontros face a face, são agora, investigados com base em um cenário com forte influência da tecnologia.

Assim, após apresentar o referencial teórico para a compreensão e análise dos encontros de serviço, as definições de termos, os elementos que compõem os encontros de serviço e os tipos de encontros existentes, apresenta-se na seqüência, o referencial que ampara a abordagem da satisfação de clientes nesta pesquisa.

2.2 Satisfação de Clientes

Satisfação do cliente é um tema contemporâneo que vem conquistando a atenção dos profissionais tanto da área acadêmica quanto daqueles que atuam na gestão das empresas. Na academia, o tema é responsável pelo desenvolvimento de estudos científicos que buscam estudar o fenômeno da satisfação em diferentes tipos de empresas ou áreas de atuação profissional e suas repercussões nas atitudes dos clientes em relação às empresas com as quais interagem e, conseqüentemente, na condução dos negócios. Na esfera empresarial, o tema também integra as metas estratégicas de muitas empresas que buscam, construir relacionamentos com seus clientes, agindo para que se sintam satisfeitos e, assim, obter vantagem competitiva sustentada nos mercados onde atuam.

Embrionariamente, esse tema surge a partir do movimento em busca da qualidade desencadeado por empresas japonesas (RÉVILION, 1999). A qualidade, inicialmente assunto de preocupação advinda da área de engenharia, busca a melhoria dos processos internos da empresa, estabelecendo-se como uma questão a ser conduzida pelos gerentes de operações. Entretanto, “melhorias de processos não estavam necessariamente vinculadas às prioridades de serviço dos clientes” (LOVELOCK e WRIGHT, 2002, p.102). Isso quer dizer que, à época, nem sempre os padrões de qualidade definidos pelo fabricante contemplam as expectativas e necessidades do cliente em relação ao produto. Essa constatação conduz a um outro movimento caracterizado como um desdobramento da função qualidade, denominado QFD – *Quality Function Deployment*.

O QFD passa considerar a opinião do cliente no processo de projeto e desenvolvimento de produtos e serviços. Esse movimento, originário do Japão, é amplamente utilizado pela Toyota e seus fornecedores (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000). No contexto americano, segundo Iacobucci, Grayson e Ostrom (2001), a década de 1980 marca o movimento pela qualidade na indústria de bens, enquanto que a década de 1990 torna-se a era da satisfação do cliente no setor de serviços.

A introdução e a valorização da opinião do cliente no ambiente de produção de bens e serviços provocam uma inversão das práticas gerenciais: do conceito anterior de que o cliente deve se adaptar àquilo que a empresa pode oferecer, passa-se ao de que a empresa se organiza para melhor atender ao cliente. Isso implica mudança de paradigma, em que a empresa precisa se adequar para satisfazer às necessidades do cliente. O cliente conquista, então, uma posição privilegiada, e passa a ser o centro das atenções de toda a empresa que busca implantar uma moderna prática de gestão.

2.2.1 Definições e importância

As empresas existem para atender às necessidades de seus clientes e satisfazê-los (SHETH, MITTAL e NEWMAN, 2001). Se uma empresa não cumprir sua função social estará fadada à extinção. Logo, a satisfação do cliente emerge como uma preocupação de todo gerente, passando a ser um tema integrante da missão da empresa e implicando, na prática, a adoção de uma cultura voltada ao cliente por parte dos diversos departamentos que compõem a estrutura da organização.

A satisfação das necessidades do cliente justifica não apenas a existência de uma empresa, mas, também, traz benefícios para sua sobrevivência e crescimento. Sheth, Mittal e Newman (2001) destacam que clientes satisfeitos tendem não apenas a comprar repetidamente o produto de um mesmo fornecedor, mas a adquirir produtos novos de um fornecedor já conhecido, além de elevarem a incidência da propaganda boca a boca. Iacobucci, Grayson e Ostrom (2001, p. 403) também dizem que “a avaliação que o cliente faz de uma compra determina a probabilidade de uma nova compra e, em última análise, afeta as variações do resultado final do sucesso empresarial”.

Além disso, deve-se considerar que as estratégias para manter clientes costumam ser de menor custo do que para atrair novos clientes, por exemplo, os decorrentes dos custos com

marketing de massa (BATESON e HOFFMAN, 2001). De acordo com esses autores, clientes insatisfeitos elevam os custos das transações comerciais, pois atrasam pagamentos, tentam dissuadir outros clientes de negociarem com aquele fornecedor e utilizam práticas para denegrir a imagem da empresa. Esses clientes deixam de negociar com a empresa sem, muitas vezes, apresentar sua queixa a essa empresa.

A satisfação, segundo Zeithaml e Bitner (2003, p.88), é “uma avaliação feita pelo cliente com respeito a um produto ou serviço como contemplando ou não as necessidades e expectativas do próprio cliente”. As autoras pontuam que seu entendimento acerca da satisfação se alicerça nos estudos de Oliver. Este autor define a satisfação é definida como um prazeroso atendimento, isto é, o consumidor percebe que o consumo atende plenamente a alguma necessidade, desejo ou objetivo e que com ele se atinge determinado nível de prazer (OLIVER, 1999).

Essa definição tem por base o Paradigma da Desconfirmação. Segundo esse referencial, o cliente realiza uma avaliação, comparando o serviço recebido com padrões previamente estabelecidos, isto é, com base nas suas expectativas. Se o desempenho do serviço superar as expectativas, tem-se a desconfirmação positiva; se estiver abaixo das expectativas, tem-se a desconfirmação negativa; e, se corresponder às expectativas, tem-se a confirmação (OLIVER e DeSARBO, 1988; OLIVER e SWAN, 1989). O modelo da desconfirmação das expectativas é amplamente utilizado nos estudos sobre satisfação no campo dos serviços (PETERS, 2004).

Szymanski e Henard (2001) acrescentam que, além da desconfirmação das expectativas, estudam-se outros fatores como modeladores da satisfação de clientes: expectativas, performance, equidade e afeto. As expectativas são estudadas como antecipação da satisfação e padrão de comparação (o que, de certa forma, evolui para a abordagem da desconfirmação). A performance é reconhecida por seu efeito direto na satisfação porque, provavelmente, o consumidor ficará mais satisfeito se a oferta prover o que ele necessita, espera ou deseja em relação aos custos envolvidos. A abordagem da equidade enfoca o julgamento de justiça (distributiva, processual e interacional) em relação ao tratamento que outros clientes recebem. E, por fim, o afeto, em que a satisfação não é somente um julgamento cognitivo, porque as emoções que os clientes experimentam durante o processo de consumo afetam os julgamentos de satisfação.

A satisfação do cliente, explicam Zeithaml e Bitner (2003), é influenciada não apenas por atributos específicos do produto ou serviço, mas, também, pelas contrapartidas

emocionais dos clientes, pelas causas percebidas para o sucesso ou fracasso dos produtos e serviços e pelas percepções de ganho ou de preço justo.

Comprar representa um evento de certa importância para o cliente (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000). Existem situações de pouco envolvimento emocional, por exemplo, a compra rotineira de produtos em um supermercado. Em contraposição, existem aquelas compras em que o envolvimento emocional é grande: a compra de um carro ou da casa própria. A compra de serviços também pode ser concebida nessas duas abordagens, existindo situações que poderiam ser posicionadas num *continuum* entre os extremos de pequeno a grande envolvimento emocional: um serviço de manicure e uma cirurgia plástica, respectivamente.

Cabe esclarecer que esses exemplos não devem ser entendidos como uma regra geral, pois a atribuição de maior ou menor importância para um evento depende de seu significado para o cliente. Assim, algo que pode ser muito importante para uma pessoa pode não sê-lo para outra. A atribuição de valor é determinada pelo indivíduo.

Lovelock e Wrigth (2002, p.113) afirmam que “a satisfação é um estado emocional” do cliente o qual, pode apresentar reações de “raiva, insatisfação, irritação, indiferença ou alegria”. O cliente experiencia diferentes níveis de satisfação ou descontentamento a cada experiência com o serviço, dizem os autores e isso aponta para a necessidade de a empresa desenvolver um sistema de monitoramento ou acompanhamento dos índices de satisfação de seus clientes.

Já, Kotler (1998, p.53) entende a satisfação como “o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa”. O autor explica, ainda, que se o desempenho for próximo ao esperado, o cliente ficará satisfeito; se abaixo do esperado, estará insatisfeito; e, se acima do esperado, ficará altamente satisfeito ou encantado. Essa última condição seria significativamente importante para a empresa porque “cria uma afinidade emocional com a marca, não apenas preferência racional, e isso desperta grande lealdade dos consumidores” (KOTLER, 1998, p.53).

Sheth, Mittal e Newman (2001, p.778) concebem a satisfação do cliente como um “sentimento positivo gerado pelo bom resultado de uma transação de mercado”. Já, Wirtz e Bateson (1998) a entendem como uma resposta de avaliação em relação à percepção de uma experiência particular de consumo.

A satisfação do cliente com um produto é um estado relacionado à fase posterior da aquisição. A satisfação com o serviço, contudo, é um estado experienciado durante o processo de recebimento ou prestação do serviço.

Hoffman e Bateson (2003, p.330) explicam a satisfação como a “comparação das expectativas do cliente com suas percepções a respeito do encontro de serviço real”. A satisfação geral com o serviço é “resultante das várias percepções que o cliente vai tendo ao longo da seqüência de momentos de contato” com um provedor (CORRÊA e CAON, 2002, p.103). Para Hoffman e Turkey (2002), a satisfação com o serviço ocorre na fase de consumo e na fase de pós-consumo.

Abstraindo o fato de a satisfação estar relacionada a um bem físico ou a um serviço, percebe-se, nas suas diversas definições, a existência de um componente avaliativo que, embora se baseie em critérios (com base nas expectativas ou padrões de desempenho) sofre a influência de fatores emocionais do próprio indivíduo, do contexto e da ponderação acerca da relação custo-benefício. A resultante deste processo avaliativo também se situa na esfera emocional da satisfação ou desapontamento que se manifesta através do prazer, raiva, indiferença, alegria, entre outros.

2.2.2 Mensuração da Satisfação do Cliente

A abordagem anterior mostra que a satisfação é um tema ligado aos sentimentos do cliente em relação a determinado fornecedor, seja de bens ou de serviços. Também destaca a importância que o tema satisfação de clientes tem para as empresas como estratégia de negócio por sua influência nos comportamentos futuros do cliente em relação à empresa. Isto faz com que as empresas monitorem os índices de satisfação de seus clientes, pois, a partir das informações procedentes da pesquisa de satisfação, podem desenvolver e aprimorar suas ações no sentido de aproximar os serviços oferecidos das necessidades e expectativas do cliente.

De acordo com Morgan, Anderson e Mittal (2005) as empresas utilizam as informações da pesquisa de satisfação de clientes de diferentes maneiras: quando estão frente a algum problema específico, por exemplo, perda de mercado; juntamente com outros sistemas de controle, como vendas e financeiro; mecanismo de aprendizagem organizacional focado no cliente; ou como um caminho para a obtenção de vantagem estratégica. Os autores

também dizem que a forma de obtenção dessas informações sobre o cliente varia de uma empresa para outra.

A satisfação dos clientes, para Hoffman e Bateson (2003), pode ser avaliada através de medidas indiretas e diretas. As medidas indiretas, concebidas como abordagens passivas, envolvem “rastrear e monitorar registros de vendas, lucros e reclamações de clientes” (BATESON e HOFFMAN, 2001, p.322). Já, as medidas diretas – pesquisas de satisfação de clientes - variam de uma empresa para outra quanto às escalas utilizadas, perguntas elaboradas - genéricas ou específicas, e métodos de coleta - entrevistas pessoais ou questionários auto-aplicáveis.

Motta (1999, p.1) afirma que a satisfação “é na verdade uma medida de sentimento, não de cognição”, sendo realizada a partir de um padrão de comparação entre o serviço esperado e o recebido. Assim, faz-se necessário estabelecer sistemas lógicos, com base em medidas subjetivas que serão submetidas à apreciação dos próprios clientes após a experiência com o serviço (MOTTA, 1999).

Referindo-se às pesquisas de satisfação de clientes, Rossi e Slongo (1997) dizem que a validade desse tipo de estudo está na utilização de indicadores que realmente sejam valorizados pelo cliente, e propõem que a pesquisa seja realizada em duas etapas: uma exploratória e outra descritiva. A primeira, de natureza qualitativa, tem o objetivo de gerar os indicadores de satisfação a partir da perspectiva do cliente, utilizando-os para elaborar o instrumento de coleta de dados da etapa seguinte; a segunda, de natureza quantitativa, tem o propósito de mensurar o grau de satisfação dos clientes.

Lovelock e Wright (2002) também defendem uma proposta semelhante, recomendando que primeiro se identifiquem os fatores importantes para a satisfação de clientes e, depois, se avalie o serviço com base nesses fatores. Em relação aos escores das pesquisas, os autores explicam que nos extremos das escalas posicionam-se dois principais grupos de clientes: os “apóstolos” e os “terroristas”. Os primeiros são aqueles cujos níveis ou graus de satisfação situam-se próximo ao valor máximo e que, estando tão satisfeitos com o serviço, desejam compartilhar essa experiência com outras pessoas de suas relações. Já, os denominados “terroristas” são aqueles que, após viverem uma experiência ruim com a empresa dedicam-se a disseminar esse fato.

Para Corrêa e Caon (2002) somente os clientes que se situam muito próximos ao valor máximo da escala, isto é, clientes muito satisfeitos podem ser considerados “razoavelmente leais”. Aqueles que se posicionam em valores intermediários, chamados clientes satisfeitos, são vulneráveis à troca de fornecedor. Os primeiros tendem a se manter vinculados ao

prestador de serviços, enquanto que os demais não necessariamente retornarão àquela empresa.

Os aspectos que os autores abordam apontam para a necessidade de monitorar não apenas a satisfação dos clientes, mas, também, de acompanhar os índices do extremo inferior, superior e centro da escala. Além disso, planejar ações para transformar “terroristas” em “apóstolos” ou mesmo clientes vulneráveis em fiéis é, ao mesmo tempo, uma meta e um desafio para a empresa que trabalha focada no cliente.

Outro aspecto a ser considerado nos estudos sobre satisfação refere-se às dimensões que compõem esse construto. Para Fornell (1992), a satisfação do cliente não é um construto observável diretamente, sendo uma função de três indicadores: satisfação geral, confirmação das expectativas e distância de um produto (serviço) hipoteticamente ideal, com o real. Rossi et al (2004), amparados nos estudos de Homburg e Rudolph (2001) e Kristensen et al. (2000), sugerem a inclusão de variáveis intenção de recomendação do provedor/fornecedor e a comparação com uma situação idealizada, para tornar esse construto mais robusto, além da avaliação da satisfação global habitualmente utilizada.

2.2.3 Considerações sobre serviços, satisfação com serviços e encontros de serviço

Iacobucci, Grayson e Ostrom (2001) pontuam que, na discussão sobre serviços, uma distinção importante deve ser feita entre serviço nuclear e serviços complementares. Na área da saúde, exemplificam dizendo que um diagnóstico e tratamento adequados realizados por um médico é um serviço “nuclear” enquanto que o comportamento amigável do médico é considerado “complementar”. Contudo, dizem os autores, freqüentemente os clientes julgam os serviços com base nos itens complementares, pois são mais fáceis de serem avaliados. A avaliação do serviço “nuclear” torna-se mais complexa porque nem sempre o cliente dispõe de todas as informações necessárias para julgá-lo “[...] em uma avaliação de uma experiência de serviço ou em uma escolha entre prestadores de serviço, os serviços complementares fornecem mais informações para os consumidores e tornam-se as características da oferta do produto que geram satisfação e preferência” (Iacobucci, Grayson e Ostrom, 2001, p.405).

Lovelock e Yip (2001, p.392), também abordando serviços nucleares e complementares, afirmam que os “elementos complementares não só agregam valor, mas

também fornecem a diferenciação que separa empresas de sucesso de empresas que não se destacam [...]”. Quanto aos nucleares, eles contribuem através da proposição de uma classificação com base em três categorias, dependendo da natureza do processo: serviços com processamento de pessoas, serviços com processamento de bens e serviços baseados em informação. Os primeiros relacionam-se a ações dirigidas diretamente ao cliente de tal forma que o cliente torna-se parte do processo de produção, por exemplo, um atendimento em saúde. Os segundos envolvem ações direcionadas a objetos físicos, como o conserto de equipamentos. Os terceiros estão ligados a atividades de coleta, manipulação e interpretação de dados, como os serviços bancários.

Antes dessas abordagens, Walker (1985) já discute os serviços utilizando a terminologia de serviços centrais e periféricos e, ainda, afirma que os clientes avaliam os serviços com base na performance dos elementos centrais e periféricos. O autor, nessa mesma publicação, vai um pouco mais além, propondo um modelo de satisfação para os encontros de serviço. Partindo do pressuposto de que serviços são processos, o autor considera que as expectativas do cliente mudam de um estágio para outro no processo de serviço. Assim, existiriam três estágios integrados de desconformação e, por serem considerados integrados, a satisfação num estágio influenciaria na satisfação do estágio posterior.

A discussão acerca da satisfação com os serviços é permeada por elementos que se voltam aos aspectos técnicos e funcionais. Os técnicos abordam “o que” é entregue ao cliente, enquanto os funcionais contemplam a maneira ou “o como” os serviços são entregues. A dimensão técnica é considerada muito difícil de ser avaliada pelo cliente, pois está ligada ao conhecimento técnico profissional o qual, em grande parte das vezes, não é de domínio do cliente. Já, a funcional é mais fácil de ser avaliada por ele, estando fortemente direcionada aos aspectos da interação com o pessoal de linha de frente e ambientais.

Contempla-se a interação do cliente com o pessoal de linha de frente da empresa na discussão que precede essa seção, ou seja, quando se busca um referencial teórico acerca dos encontros de serviço. Naquele momento, dedica-se espaço maior para os estudos que enfocam os participantes dos encontros de serviço e um pouco menor, mas não menos importante, para aspectos relacionados à organização prestadora de serviços. O ambiente físico, contudo, merece ser mais comentado por sua relação com a satisfação.

Na década de 1990, Bitner já investiga a influência do ambiente na satisfação com os encontros de serviço. À época, desenvolvem-se estudos experimentais que demonstram que o ambiente, por ter um significado simbólico, emite mensagens não-verbais para o cliente o qual faz uso dessa informação para avaliar o serviço (BITNER, 1990).

Posteriormente, em outro estudo, a autora retoma a argumentação de que o ambiente influencia o comportamento de clientes e funcionários da empresa. Utilizando uma tipologia para organizações de serviço baseada nas ações desempenhadas - auto-serviço, serviços interpessoais e serviços remotos - e na complexidade dos recursos físicos – elaborados e simplificados - analisa os efeitos desses aspectos nos participantes dos encontros de serviço. O estudo mostra que a importância de determinadas características ambientais variam entre os diferentes tipos de organizações de serviço e que o ambiente assume uma variedade de papéis estratégicos para o marketing de serviços, seja como facilitador das atividades, como elemento de diferenciação ou como uma metáfora da qualidade do serviço (BITNER, 1992).

O papel do ambiente físico, de acordo com Hutton e Richardson (1995), é mais importante para a área de serviços do que para a produção de bens. Em decorrência da inseparabilidade das fases de produção e consumo, o cliente está presente no ambiente onde o serviço é produzido e percebe esse ambiente como parte do serviço entregue.

Hutton e Richardson (1995) discutem, ainda, a influência psicológica e clínica do ambiente nos pacientes e argumentam que, a segurança relacionada ao ambiente é um tipo de instinto humano básico e que as pessoas naturalmente buscam por segurança nos ambientes onde estão presentes. Assim, o hospital, por ser um ambiente desconhecido ou “não-familiar” pode gerar medo nas pessoas ou até ser visto como “ameaçador”, afetando o bem-estar físico e emocional dos pacientes, ou seja, ele pode não ser saudável.

Schiffman e Kanuk (2000, p. 124) enfatizam a importância do ambiente físico para a elaboração de uma impressão favorável dos serviços, destacando que ele “cria entre os consumidores a percepção de que o serviço em si satisfaz melhor suas necessidades”. A intangibilidade, característica dos serviços, leva o cliente a buscar elementos no ambiente físico para assegurar-se da qualidade do serviço e da competência daquele provedor.

Hoffman e Turley (2002) também destacam a importância do fator ambiental ou “atmosfera” como elemento influenciador de comportamentos, tanto do cliente quanto do funcionário da empresa de serviços. Seguindo na argumentação, os autores afirmam que o ambiente não apenas representa uma fonte de informação para o cliente no estágio pré-consumo, como deve ser um fator facilitador e motivador para o cliente interagir com o funcionário durante o estágio de consumo, contribuindo para o atendimento das expectativas do cliente e conduzindo-o à satisfação.

Sintetizando o referencial, entende-se a satisfação como um sentimento do cliente, em relação a um provedor, que decorre de um processo avaliativo. Nesse processo, o cliente compara o serviço que recebe com aquele que espera receber. Os critérios de avaliação do

serviço utilizados pelo cliente estão muito vinculados ao componente interacional e do próprio ambiente físico, pois, em determinadas circunstâncias, ele possui pouco conhecimento para avaliar os aspectos técnicos do serviço. Além disso, como os serviços são reconhecidos como processos, o cliente possui diferentes expectativas em cada etapa desse processo, conferindo-lhe um caráter dinâmico e evolutivo. Assim, a satisfação também se modifica de um estágio para outro, podendo interferir na satisfação do estágio subsequente. A importância que se atribui, na atualidade, para o tema satisfação é fundamentada no seu poder de influência sobre comportamentos futuros do cliente em relação à empresa, apontando para a premência da empresa monitorar os índices de satisfação de seus clientes.

Após se estabelecer uma base teórica para fundamentar a investigação dos encontros de serviço e a satisfação de clientes, entende-se necessário abordar alguns aspectos do contexto dos serviços hospitalares para melhor compreender e analisar os futuros achados da pesquisa.

2.3 Serviços Hospitalares

A doença é um fenômeno que acompanha a existência humana. Nos primórdios, os povos a vêem como uma manifestação do castigo divino ou do poder diabólico, e os doentes são tratados pelos feiticeiros e sacerdotes locais, detentores de poderes para lidar com essas entidades superiores, acumulando “funções de médico, farmacêutico e enfermeiro” (PAIXÃO, 1969, p.13). O tratamento consiste de sacrifícios e penitências para purificação do corpo e da alma, tais como massagens, banhos, purgativos, etc.

Com o aumento do conhecimento prático sobre plantas medicinais dos sacerdotes médicos, as funções de preparo e administração das drogas, aos poucos, são delegadas para um assistente, surgindo, assim, as profissões de farmacêutico e enfermeiro, respectivamente. No Egito e Grécia antigos, os médicos aprendem medicina junto aos templos e cuidam dos doentes no domicílio (TEIXEIRA, 1983). Já, na Idade Média, o preparo do médico começa a ser feito na universidade, consolidando uma divisão do trabalho intelectual e manual entre os três elementos – médico, farmacêutico e enfermeiro - que cuidam dos doentes (DI LASCIO, 1985).

A palavra hospital origina-se do adjetivo “hospitalis” que, no latim deriva de “hospes”. Esse termo significa hóspede, viajante, estrangeiro e também se refere àquele que hospeda e dá agasalho (MIRSHAUAWKA, 1994, p. 16). À época, os hospitais recebem diferentes designações de acordo com o tipo de público que atendem: *Brenophotrophia* e *Orphanotrophia* (crianças); *Gerontodochia* (idosos); *Ptocotrophia* (pobres e desamparados); *Xenodochia*, *Hospitium* e *Pandochaeion* (forasteiros); *Lobotrophia* (leprosos e inválidos) e *Nosocomia* (doentes em geral) (ANTUNES, 1991).

Historicamente, os primeiros hospitais surgem como instituições cristãs por volta do ano de 400 D.C na Itália e em 542 D.C na França (SCLIAR, 1996). Após a Idade Média surgem diversos hospitais, sendo um marco a criação do Hospital Saint Thomas, em 1215, na Inglaterra, onde Florence Nightingale implantou a primeira Escola de Enfermagem, em 1860 (TEIXEIRA, 1983; NIGHTINGALE, 2005).

Os hospitais, no início, destinam-se aos pobres e desfavorecidos sociais, pois, as pessoas de melhores posses são cuidadas no aconchego do próprio lar. Essas instituições configuram verdadeiros depósitos de doentes e têm a função de isolar do convívio social os indivíduos pobres portadores de moléstias infecciosas, buscando evitar a disseminação de doenças (PAIXÃO, 1969; ANTUNES, 1991).

A evolução do conhecimento científico sobre o corpo humano e as doenças, e a ação das substâncias terapêuticas e o desenvolvimento de tecnologia para auxílio nos diagnósticos e tratamentos, gera uma nova perspectiva de utilização do ambiente hospitalar. Sobre esse enfoque, Lunardi (1998, p.42) afirma que “a evolução das ciências biológicas, o desenvolvimento do saber médico e o nascimento da clínica, com o estudo e o conhecimento crescente do corpo do homem, deslocam o trabalho do médico para o interior dos hospitais”. Assim, os hospitais tornam-se centros de referência para o tratamento dos doentes.

2.3.1 Hospitais - empresas de serviço

Os hospitais, embora surjam para atender aos desfavorecidos sociais e à doença, atualmente são reconhecidos como empresas prestadoras de serviços de saúde. A Constituição Brasileira prevê o acesso universal dos cidadãos ao atendimento de saúde, através do Sistema Único de Saúde, independente da sua classe social.

Os hospitais modernos tornam-se organizações complexas, pois, além das atividades assistenciais - voltadas à manutenção e recuperação da saúde, também desenvolvem funções de ensino e pesquisa (TEIXEIRA, 1983). O conhecimento científico traz para seu interior um grande contingente de profissionais com diferentes áreas e níveis de formação e, concomitantemente, um vasto aparato tecnológico para utilizar como recurso auxiliar no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

A introdução da tecnologia no ambiente hospitalar, diferentemente da área industrial, não acarreta substituição de mão-de-obra. A tecnologia proporciona maior segurança e precisão aos procedimentos. Embora haja uma evolução fantástica nesse ambiente, desde sua origem até os dias atuais, a ação humana no cuidado ao indivíduo hospitalizado ainda é imprescindível.

Os hospitais são considerados por Mintzberg (2001, p.273) como organizações profissionais e “dependem das habilidades e conhecimentos de seus funcionários operacionais”. No nível operacional há profissionais de diferentes áreas e que são submetidos a programas de formação profissional padronizados, configurando “casulos” ou “categorias profissionais”. Os indivíduos que ali trabalham têm duas funções básicas: (1) categorizar ou diagnosticar as necessidades do cliente com base nos programas recomendados em sua formação profissional e (2) aplicar ou executar o programa escolhido. A “essência operacional é a parte-chave da organização profissional” (MINTZBERG, 2001, p.274).

Outra forma de ver os hospitais é através da sua estrutura hierárquica. Para Quinn, Anderson e Finkelstein (2001, p.162), os hospitais são consideradas organizações invertidas e, neste tipo de organização, “servir o consumidor no ponto de contato é a atividade mais importante no empreendimento, e ainda⁵ quando a pessoa no ponto de contato tem mais informações sobre os problemas individuais do cliente e de suas soluções em potencial [...]”.

Os serviços que os hospitais prestam também podem ser considerados de alto contato, pois, o cliente interage diretamente com a organização prestadora de serviços ou os trabalhadores por um longo período, possibilitando uma comunicação intensa, íntima e com grande conteúdo de informações (GOLDSTEIN, 2003). Abordagem semelhante é utilizada por Solomon et al. (1985), em que os hospitais, por serem caracterizados por um alto grau de interação pessoa-pessoa, são denominados serviços “puros”.

Além de serem considerados organizações de serviços interpessoais, os hospitais são ambientes denominados “elaborados” (BITNER, 1992). Essa denominação se deve ao fato de serem compostos por muitos elementos: diversos andares, quartos e setores; equipamentos

sofisticados; diversidade de funções profissionais; etc. Especial atenção deve ser direcionada ao ambiente de serviços interpessoais, que deve ser concebido de forma a favorecer a interação dos clientes e funcionários.

2.3.2 Alguns estudos de marketing em serviços hospitalares

Uma busca na literatura pertinente evidencia alguns estudos na área de marketing de serviços de saúde que podem auxiliar para ampliar a compreensão acerca dos encontros de serviço e satisfação de clientes neste contexto e subsidiar a análise dos dados.

Além das características desses serviços, constantes na introdução, uma peculiaridade do contexto hospitalar diz respeito aos participantes dos encontros de serviço. No hospital, observa-se que nem sempre o indivíduo para quem o serviço está sendo prestado é o mesmo que interage com as equipes profissionais. Existem situações em que o paciente está inconsciente ou não possui condições de dialogar com a equipe - recém-nascidos ou outros pacientes pediátricos ou psiquiátricos -, além dos casos de doentes graves internados em CTIs⁶. Nesses casos, é a família quem interage com as equipes.

Abordando a questão da família, Duffy, Duffy e Kilbourne (2001) afirmam que uma situação de doença pode ser considerada de alto envolvimento para o paciente e sua família, sendo que as expectativas desta última interferem no componente emocional dos encontros de serviço. O estudo desses autores mostra que os familiares têm expectativas mais altas em relação ao serviço do que o próprio paciente. Uma das razões para explicar tal fato é de que o conhecimento que o paciente adquire sobre as limitações do sistema de atendimento modera suas expectativas em relação ao serviço (DUFFY, DUFFY e KILBOURNE, 2001).

Bryant et al. (1998) destacam o papel da família e dos amigos como elementos influenciadores na satisfação do cliente. Os autores consideram a família e os amigos fatores relacionados à rede de influência que, juntamente com fatores socioemocionais, afetariam a satisfação com o serviço que o hospital oferece.

Outro estudo realizado em serviços de emergência também aponta para a importância do conhecimento e da familiaridade com o serviço na formação das expectativas. A

⁵ *Grifo do autor.*

⁶ *CTIs = Centros de Tratamento Intensivos, também conhecidos como UTIs (Unidades de Tratamento Intensivos)*

compreensão que o cliente possui acerca de seu papel exerceria efeito mediador nesse processo, aproximando os níveis de desempenho esperado e percebido (WEBB, 2000).

Dasu e Rao (1999) concordam com essa abordagem e destacam que à medida que os clientes vão obtendo informações acerca das normas e políticas da empresa prestadora de serviços sua insatisfação diminui. Apontam, ainda, que as expectativas possuem uma natureza dinâmica e que podem evoluir durante o serviço.

O caráter dinâmico das expectativas também é foco de investigação de Peltier, Schibrowsky e Westfall (2000) em estudo sobre pacientes de serviços obstétricos. O estudo confirma que as expectativas mudam de um estágio para outro no processo do nascimento, sugerindo que os profissionais necessitam conhecer as expectativas de cada etapa para melhor atender o cliente.

Entendendo-se o atendimento em saúde como uma situação de intenso contato, parece oportuno lembrar da abordagem de Kelley et al. (1990) sobre a socialização organizacional do cliente. Essa proposta apresenta-se extremamente afinada com o ambiente hospitalar, pois propõe que a organização desenvolva mecanismos que favoreçam a adoção de comportamentos por parte do cliente que venham a facilitar os encontros de serviço. Sabe-se que quanto mais familiarizado com o contexto no qual está inserido, mais ele poderá contribuir para sua recuperação. Dessa forma, o indivíduo não apenas se faz presente no ambiente de produção de serviços, mas deve ser estimulado a participar desse processo produtivo através do preparo para o autocuidado.

Referindo-se ao contexto hospitalar, Zeithaml e Bitner (2000) afirmam que os encontros com a equipe de enfermagem são mais importantes para predizer satisfação do que aqueles com o pessoal de outros serviços. Parece oportuno lembrar que a maioria das interações do paciente hospitalizado ocorre com a equipe de enfermagem, pois esta permanece continuamente ao seu lado, ao longo de todo o período da internação, enquanto que as demais categorias desenvolvem atividades parcelares devido às características de seu trabalho. Destacando a importância do pessoal que interage com o cliente, Hutton e Richardson (1995) mencionam que o pessoal de contato ou de linha de frente é responsável pela imagem da organização perante os clientes.

Em relação à enfermagem, Silva (1999, p.86) diz que os usuários de serviços de saúde “... têm na enfermagem, uma referência para onde convergem suas expectativas de terem atendidas suas necessidades para recuperação, e que estas envolvem tanto ações diretas como as indiretas, permitindo que seu tratamento possa evoluir de forma satisfatória”. Essa afirmação não apenas destaca a participação da enfermagem no processo de atendimento das

expectativas, como o intenso contato com o cliente a coloca numa posição central quando o assunto em pauta são os encontros de serviço no hospital.

Ainda em relação à enfermagem, Marquis e Huston (1999), discorrendo sobre a satisfação do usuário com os serviços de saúde, declaram que os pacientes desejam cortesia, atendimento rápido à chamada da campainha, atmosfera de alegria e atitudes dos funcionários que demonstrem sua sensibilidade diante do inconveniente da hospitalização, além do conhecimento técnico da equipe. A responsabilidade pelo atendimento dessas expectativas recai, em grande parte, sobre os cuidadores diretos que atuam no setor onde o paciente encontra-se internado, ou seja, a equipe de enfermagem, a qual, segundo Erdmann e Erdmann (1996), tem condições de estabelecer uma relação não apenas de profissional-cliente, mas de ser humano-ser humano, em que as situações de troca entre cuidadores e clientes venham ao encontro dos interesses ou necessidades produzindo satisfação mútua.

A satisfação do cliente no ambiente hospitalar, para Harbarger (2000), é resultante de múltiplos encontros entre o provedor e o paciente, indo além das habilidades técnicas do pessoal. Um processo de atendimento amável ou atencioso aliado a uma equipe gentil, cuidadosa e competente são elementos que contribuem para a satisfação nos encontros de serviço. Taylor (1994) também compartilha a idéia de que a satisfação do paciente com o serviço hospitalar é uma função de sua satisfação com os encontros de serviço.

Atributos relacionados ao comportamento dos funcionários ou à forma com que tratam os pacientes são identificados por Brasil (1994) no seu estudo acerca da qualidade em serviços hospitalares. O autor constata que o “atendimento pessoal” é a dimensão mais importante dentre todos os aspectos investigados. O atendimento pessoal está relacionado ao respeito à privacidade do paciente; confiabilidade, conhecimentos e habilidades, simpatia e alegria da equipe de enfermagem; segurança no uso dos serviços do hospital; educação e cortesia da equipe de enfermagem e dos funcionários da admissão; conhecimento das necessidades dos pacientes; disposição dos funcionários e da enfermagem em auxiliar o paciente.

Schaack (2003) investiga a satisfação de pacientes diferenciados internados em um Complexo Hospitalar de Porto Alegre. O estudo revela que as maiores médias de satisfação estão relacionadas a aspectos do tratamento humano dos funcionários para com o paciente, e os três aspectos que mais se destacam são a educação e cortesia dos médicos, a cordialidade e a presteza das enfermeiras e a cordialidade dos prestadores de exames.

Numa hospitalização, o paciente interage com os profissionais do hospital em vários momentos, num ambiente preparado para esse contato. No setor de admissão, interage com as

recepcionistas, por ocasião de sua entrada no sistema. Na unidade de internação, interage com um grande contingente de profissionais: pessoal de enfermagem, intensamente, em virtude dos cuidados que necessita; com outros profissionais que vêm até o setor para atendê-lo - tais como médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, ou os que vêm executar serviços em seu quarto, por exemplo, manutenção ou limpeza e os serviços complementares de diagnóstico (raio-X e laboratório). E, por fim, no momento de sua alta – saída do sistema – com o pessoal do setor de faturamento, portaria e outros.

A cada um desses encontros o paciente tem a oportunidade de fazer uma avaliação e elaborar um referencial de qualidade do serviço, comparando-a com suas experiências anteriores ou com experiências vivenciadas por amigos e familiares. A cada encontro, o hospital, por sua vez, tem chance de mostrar sua competência como provedor de serviços de saúde, satisfazendo o cliente e contribuindo para a formação de uma imagem favorável.

Peltier, Boyt e Schibrowsky (1998) afirmam que a satisfação do paciente é resultante de múltiplos encontros entre uma ampla variedade de parceiros de troca dentro da organização de cuidado à saúde. Um estudo desenvolvido pelos autores evidencia o impacto que as diferentes equipes que atuam no ambiente hospitalar têm na satisfação geral com a instituição, identificando cinco dimensões, na seguinte ordem de influência: qualidade da equipe médica, qualidade da equipe de enfermagem, ambiente e processos, qualidade dos serviços da clínica em relação às outras clínicas existentes e qualidade técnica dos outros profissionais.

Outro aspecto que merece reflexão, embora não emergja de estudos com clientes de empresas prestadoras de serviços de saúde, mas que parece possível aplicá-lo nesse contexto, é o da existência de clientes-problema. Bitner, Booms e Mohr (1994) relatam que o comportamento do próprio cliente pode propiciar situações problemáticas nos encontros de serviço. A maneira com que o indivíduo enfermo ou sua família lidam com a situação de doença pode desencadear comportamentos inadequados ou solicitações exageradas. Negação ou não-aceitação da doença podem se manifestar através de atitudes agressivas em relação à equipe ou mesmo de familiares e pacientes com comportamento poliqueixoso⁷. A insatisfação decorrente da situação de doença é equivocadamente direcionada ao atendimento ou aos profissionais que ali atuam.

Outro aspecto a ser pontuado diz respeito ao ambiente físico do hospital. Durante muito tempo, parece que os hospitais permanecem à margem das questões estéticas do ambiente de serviços. Historicamente, desde sua origem, os hospitais se atrelam ao trabalho

caritativo das congregações religiosas. Por essa razão, a simplicidade é uma das características básicas desses ambientes. Aliado a isto está a predominância da cor branca no aposento e mobiliário, para evidenciar o cuidado com a limpeza e a preocupação com transmissão de infecções.

Atualmente, contudo, observa-se maior atenção com a aparência física, o conforto e o prazer nesses ambientes. Aspectos relacionados ao conforto e aparência física afetam a satisfação com o hospital, a intenção de retorno ao serviço e de recomendação (HUTTON e RICHARDSON, 1995; BRYANT et al., 1998). Um ambiente hospitalar com acomodações limpas e agradáveis juntamente com equipamentos de trabalho adequados e em boas condições de funcionamento favorecem os encontros de serviço (HARBARGER, 2000).

A discussão e os estudos acima apresentados evidenciam que ao pensar nos participantes dos encontros de serviço no contexto da saúde é preciso considerar a participação não só dos funcionários de linha de frente e do doente, mas também a da família que o acompanha nesse evento. Para Gaidzinski e Kurcgant (2000, p. 31), a família exige atenção “principalmente da enfermeira, pois são os elementos que mais controlam a assistência prestada aos familiares”. Assim, o cliente desse tipo de serviço é o indivíduo doente e sua família, ou seja, é um conceito com uma dimensão coletiva.

Além disso, quando são analisados os encontros que ocorrem no ambiente hospitalar, é necessário ponderar que uma ampla gama de profissionais com diferentes formações entram em contato com os clientes – sejam eles o paciente, os familiares ou os amigos. Também não se deve negligenciar o fato de que ninguém deseja estar na condição de cliente de um hospital. A situação de doença é, por si só, evitada por todos. O ambiente – através dos aspectos físicos e equipamentos adequados – surge, nesse cenário, como fator que contribui para experiências de serviço satisfatórias. Esses elementos conferem um caráter extremamente complexo à análise da dinâmica dos encontros de serviço e da satisfação de clientes nos hospitais.

2.4 O Modelo Inicial

A literatura apresenta várias definições do que seja um modelo. Um modelo “é um conjunto de variáveis e seus inter-relacionamentos concebidos para representar, no todo ou

⁷ Comportamento poliqueixoso é evidenciado através de queixas de dor ou desconforto em vários órgãos ou regiões do corpo, bem como constantes reclamações relacionadas ao ambiente físico do setor onde está internado ou às pessoas que realizam o

em parte, um sistema ou processo real” (MALHOTRA, 2001, p. 77). Ele tem a função de descrever, explicar e simular fenômenos, sendo “a representação de um sistema construído para estudar algum aspecto daquele sistema ou o sistema como um todo” (COOPER e SCHINDLER, 2003, p.60). Um modelo é uma simplificação da realidade, sendo que na sua representação são utilizadas caixas – que contêm os temas ou conceitos - e setas – que representam os relacionamentos entre eles (GARVER e MENTZER, 1999; RYAN e BERNARD, 2000).

Os modelos, habitualmente, podem ser expressos através de estruturas verbais, gráficas e matemáticas. O modelo verbal apresenta as relações entre as variáveis por escrito. O modelo gráfico “é visual e é usado para isolar variáveis e sugerir direções de relações, mas não serve para prover resultados numéricos [...] são etapas preliminares lógicas para o desenvolvimento de modelos matemáticos” (MALHOTRA, 2001, p. 77). O modelo matemático, por sua vez, demonstra as relações entre as variáveis na forma de equações e tem como vantagem a possibilidade de serem manipulados.

O relacionamento entre as variáveis (observadas ou latentes) pode ser expresso em termos de indicador formativo ou refletivo (ou reflexivo). Um indicador formativo, também denominado construto formativo, é aquele em que “a variável latente é definida como uma combinação linear dos itens manifestos” (DIAMANTOPOULOS e WINKLHOFER, 2001, p.270), sendo que “as variáveis observadas são reconhecidas como causadoras da variável latente” (DILLON, 2001, p.64). Já, no construto refletivo ou reflexivo, os itens compondo uma escala (variáveis observadas) são percebidos como um efeito ou reflexo de um construto subjacente (variável latente); nesse caso, a variável latente é a causa da variável observada (DIAMANTOPOULOS e WINKLHOFER, 2001).

Modelos que utilizam equações estruturais são considerados, pela área da estatística, um integrante das denominadas técnicas avançadas ou emergentes. Eles vêm conquistando um espaço cada vez maior nas pesquisas acadêmicas pela possibilidade de analisar fenômenos complexos. Essa técnica possibilita o estudo das relações entre variáveis dependentes e independentes, inclusive quando uma variável dependente se converte em independente em outras relações (HAIR et al., 1999). Um modelo contribui “para a passagem de um procedimento exploratório para a fase confirmatória” (SCHÜLLER, 1997, p.105).

O referencial teórico consultado possibilita maior compreensão teórica do tema de pesquisa e familiarização com trabalhos de investigação já realizados, permitindo, também, a

elaboração de um modelo inicial com a representação do fenômeno em estudo (Figura 1).
Elabora-se esse modelo, em linhas gerais, partindo-se, principalmente,

- dos conceitos de encontros de serviço e satisfação de clientes;
- do pressuposto de que os encontros de serviço exercem influência na satisfação de clientes;
- da sugestão de investigar o construto satisfação do cliente como sendo composto pela satisfação geral com o serviço e pela comparação com o ideal, influenciando na intenção de recomendação/retorno.

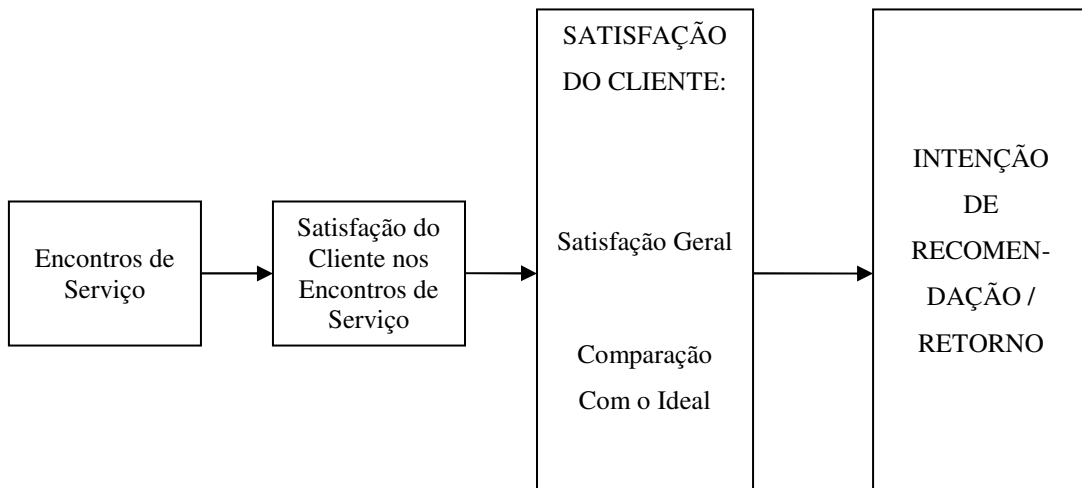


Figura 1 – Modelo Inicial

A partir desse modelo, delineia-se o método de pesquisa, buscando-se investigar as relações dos encontros de serviço com a satisfação de clientes em hospitais.

3 MÉTODO

Este capítulo apresenta a descrição do método utilizado para o desenvolvimento da presente tese, constituindo-se numa pesquisa do tipo descritiva e transversal. O estudo classificado como descritivo provê a descrição de uma situação específica, permitindo ao pesquisador identificar relações do tipo causa e efeito (BOYD et al., 1989; COOPER e SCHINDLER, 2003). Já, o estudo transversal é aquele que “envolve a coleta de informações de uma dada amostra de elementos da população somente uma vez”, constituindo-se na “concepção de pesquisa descritiva mais comumente usada em pesquisa de marketing” (MALHOTRA, 2001, p. 109).

Para a escolha do método considera-se o problema a ser investigado e os objetivos do estudo (BOYD et al., 1989). A ponderação acerca desses dois aspectos conduz ao desenho de uma investigação composta por duas etapas sucessivas: a primeira, chamada exploratória e, a seguinte, descritiva. Esse tipo de abordagem é denominado como “desenho em dois estágios” (COOPER e SCHINDLER, 2003, p.135).

Este capítulo está organizado da seguinte forma: inicialmente relatam-se aspectos do método utilizado na realização da etapa exploratória e, a seguir, aqueles relativos à etapa descritiva. O relato contempla as características de cada etapa, o detalhamento dos componentes da amostra, a forma como os dados são coletados, o protocolo de coleta e os aspectos éticos da pesquisa desenvolvida em serviços de saúde.

3.1 Etapa Exploratória

A pesquisa exploratória tem o propósito de aproximar o pesquisador de seu objeto de estudo, fornecendo maior conhecimento sobre o problema de pesquisa. A “exploração é particularmente útil quando os pesquisadores não têm uma idéia clara dos problemas que vão enfrentar durante o estudo” (COOPER e SCHINDLER, 2003, p.131).

Os estudos exploratórios servem para aumentar o grau de familiaridade com o fenômeno investigado, permitindo ao pesquisador avaliar com maior precisão a possibilidade

de investigar problemas da vida real e relacionados aos comportamentos humanos, identificar conceitos e variáveis relevantes, estabelecer prioridades na investigação ou sugerir hipóteses de pesquisa. Esses estudos raramente representam um fim em si mesmos, desvelando possibilidades para outras investigações sobre o tema (SAMPIERI et al., 1991).

A pesquisa exploratória “proporciona melhor visão e compreensão do contexto do problema”, sendo reconhecida como uma abordagem qualitativa (MALHOTRA, 2001, p.155). Apresenta como características a “flexibilidade e versatilidade com respeito aos métodos, porque não são empregados protocolos e procedimentos formais de pesquisa” (MALHOTRA, 2001, p.106).

No caso específico deste estudo, a etapa exploratória, além dos aspectos acima citados, contribui para o alcance dos três primeiros objetivos específicos da investigação, quais sejam:

- ◆ Identificar os encontros de serviço em um hospital;
- ◆ Gerar os atributos de satisfação para cada um dos encontros de serviço;
- ◆ Descrever os componentes dos encontros de serviço em um hospital.

A resposta a esses três objetivos será apresentada, oportunamente, por ocasião da apresentação e análise dos dados. A etapa exploratória também gera as hipóteses de pesquisa, possibilita o refinamento do modelo proposto e a elaboração do instrumento de coleta de dados da etapa descritiva.

3.1.1 Amostra

Considerando-se os objetivos da etapa exploratória entrevistam-se dois grupos de participantes: clientes e profissionais. As entrevistas com os profissionais buscam identificar e descrever os encontros de serviço; já, aquelas realizadas com os clientes, além dos aspectos mencionados, também têm o propósito de gerar os atributos de satisfação dos clientes.

A amostra se constitui de profissionais e clientes de quatro hospitais da cidade de Porto Alegre, sendo dois hospitais universitários e dois não-universitários. Os hospitais universitários atendem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de outros convênios e clientes particulares. Os hospitais não-universitários destinam-se aos clientes de convênios que não o SUS e particulares.

Os profissionais, sujeitos participantes deste estudo, atuam na área administrativa (gerentes, recepcionistas/secretárias) e assistencial (enfermeiros). Opta-se por esses sujeitos

em virtude de seu maior tempo de permanência no setor onde o cliente está hospitalizado, situação que não ocorre com profissionais médicos, nutricionistas ou fisioterapeutas, por exemplo, que desenvolvem atividades pontuais e específicas em virtude das características de seu trabalho. Realizam-se nove entrevistas com esse grupo cujo tempo de trabalho nas instituições varia entre um a 15 anos, observando-se, durante essa coleta de informações também os aspectos do ambiente físico.

O grupo de clientes que se entrevista estão no hospital para se submeter a algum tipo de procedimento cirúrgico, lá permanecendo por, pelo menos, três dias. Escolhe-se a amostra por conveniência, buscando-se aqueles clientes cujas condições de saúde lhes permitam discorrer sobre as questões abordadas na entrevista e que concordem em participar do estudo. Em algumas situações, os familiares (esposa, filha, acompanhante) que acompanham o paciente durante sua hospitalização, também participam das entrevistas complementando as informações. Os entrevistados têm idade entre 29 e 90 anos e possuem ocupações variadas, por exemplo, engenheiro, médico, designer, comerciante, advogado, jornalista, dona-de-casa, aposentado, etc. Alguns com histórico de outras hospitalizações, outros não. Nesse grupo de indivíduos realizam-se 20 entrevistas em profundidade.

3.1.2 Coleta de Dados

A coleta na etapa exploratória envolve a busca de dados primários, mais especificamente o levantamento de experiências dos sujeitos, isto é, a identificação dos encontros de serviço, seus componentes e das vivências que trazem satisfação para clientes internados em hospitais. Esses dados são obtidos nas entrevistas, pela própria pesquisadora, no período compreendido entre junho e outubro de 2003.

As entrevistas com os profissionais ocorrem no próprio hospital e durante o turno de trabalho, conforme autorização prévia das chefias. Já, as entrevistas com os clientes são agendadas após a alta hospitalar, quando o cliente já está em seu domicílio. Entende-se que essas entrevistas devam ser realizadas após o cliente ter deixado o ambiente do hospital para evitar possíveis constrangimentos aos participantes e, principalmente, pelo fato de que o evento da hospitalização somente se conclui após a alta hospitalar. Para a coleta, obteve-se junto ao hospital as informações para localizar o cliente: nome, endereço e telefone. Após contato com o entrevistado via telefone, agenda-se a entrevista pessoal.

3.1.3 Protocolos de Coleta

A coleta de dados se realiza através de entrevistas em profundidade. Esse tipo de entrevista é um dos métodos utilizados para obter dados qualitativos através de uma abordagem direta, pessoal e não-estruturada (MALHOTRA, 2001).

As entrevistas em profundidade com os profissionais do hospital têm o propósito de mapear os diversos encontros de serviço. Essas entrevistas seguem um roteiro pré-estruturado que serve de guia para o seu desenvolvimento (apêndice A). Este procedimento possibilita conhecer a trajetória que o cliente percorre por ocasião de sua internação hospitalar, ou seja, os diversos setores por onde transita e os profissionais com quem estabelece contatos.

No levantamento de experiências dos clientes, a entrevista utiliza a técnica do incidente crítico. Esta técnica parece estar sendo consagrada em estudos sobre encontros de serviço, já utilizada em diversas investigações, tais como as de Froemming (2001), Meuter et al. (2000), Stauss e Mang (2000), Dasu e Rao (1999), Bitner, Booms e Mohr (1994), Bitner, Booms e Tetreault (1990).

Um incidente crítico descreve um exemplo específico de desempenho de um serviço (HAYES, 1996). Para ser considerado crítico “um incidente deve ocorrer em uma situação onde o propósito ou intenção do ato pareça satisfatoriamente claro ao observador e suas conseqüências sejam suficientemente definidas de modo a deixar poucas dúvidas sobre seus efeitos” (FROEMMING, 2001, p.73).

Nessa técnica, obtêm-se os dados por meio de perguntas estruturadas com final aberto, em que se solicita ao informante o relato de eventos recentes e sua provável (in)satisfação (BITNER, BOOMS e MOHR, 1994). A principal vantagem reside no fato de que o participante pode descrever, com suas próprias palavras, os incidentes e a maneira como ele os percebe.

Para essa pesquisa, solicita-se ao cliente que relate um ou mais eventos, relacionados ao atendimento no hospital, que lhe produzam estado de satisfação (apêndice B). Embora este estudo esteja focado nos eventos relacionados à satisfação, em grande parte das entrevistas os participantes espontaneamente verbalizam a inexistência de fatos geradores de insatisfação. Mesmo nas entrevistas em que essas informações não surgem naturalmente, os participantes são questionados acerca da ocorrência de eventos insatisfatórios. Esses relatos, contudo,

representam pequeno número. As situações mencionadas são utilizadas para gerar os atributos de satisfação e elaborar o instrumento da etapa quantitativa da pesquisa.

Também se utiliza a observação como forma complementar de coleta de dados da etapa exploratória. As informações provenientes de observações, muitas vezes, “dão subsídios para analisar os dados coletados de outra forma” (VÍCTORA et al., 2000, p.73). No caso específico deste estudo, a observação enfoca mais as questões relacionadas ao ambiente físico dos diferentes hospitais e seus setores de atendimento, servindo como elemento adicional na interpretação dos dados das entrevistas.

3.1.4 Análise dos Dados

Para a análise das entrevistas dos dois grupos de sujeitos utiliza-se a técnica de análise de conteúdo, indicada para o estudo de material do tipo qualitativo, ao qual não se podem aplicar técnicas aritméticas (RICHARDSON, 1989).

Historicamente, utiliza-se a análise de conteúdo, pela primeira vez, por volta de 1915, na área do jornalismo com o objetivo de analisar as mensagens da imprensa escrita e da propaganda. Posteriormente, em torno de 1930, ela passa a também ser empregada na área da ciência política, sociologia e psicologia social (CORTES, 1998).

A análise de conteúdo consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1977, p.38). Ela é feita através de um processo de codificação, em que os dados brutos são transformados e agrupados em unidades que representem o conteúdo do texto (RICHARDSON et al., 1989). O resultado do tratamento dos dados dá origem às categorias, as quais emergem desse processo. As categorias representam os conceitos mais importantes e possuem uma conotação classificatória (MINAYO, 1994).

A técnica de análise de conteúdo empregada nesta investigação é a análise temática. “A noção de TEMA está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo” (MINAYO, 1994, p.208). A análise temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p.105).

Nessa técnica seguem-se os seguintes passos: (1) codificação das entrevistas, identificando-as por letras e números; (2) leituras do material obtido em cada entrevista, com o objetivo de limpar e prepará-lo para as fases posteriores; (3) definição das unidades de análise ou unidades de registro ou unidades de significado, processo denominado de *unitarização do corpus*; (4) categorização, que é a classificação dos elementos seguindo critérios previamente estabelecidos (MORAES, 1999). Além disso, ilustra-se o texto com “... passagens retiradas diretamente dos depoimentos ou entrevistas. Isso costuma tornar as descrições mais consistentes e contribui para a construção da validade do produto resultante.” (MORAES, 1999, p.22).

O processo de categorização implica classificação de elementos de um conjunto com base em critérios definidos, podendo ocorrer de duas formas inversas: a) existe um sistema de categorias pré-definidas e os elementos de análise são classificados da melhor maneira possível à medida que vão sendo encontrados; b) o sistema de categorias resulta da análise analógica e progressiva dos elementos, isto é, não existe um sistema pré-definido e o nome da categoria é estabelecido somente no final da classificação (BARDIN, 1977).

No caso específico deste estudo, no primeiro conjunto de dados – referentes às entrevistas com os profissionais – as categorias emergem do processo de análise. Já, nos dados referentes aos clientes, a categorização se realiza a partir do sistema de categorias emanados da primeira análise, isto é, das categorias preexistentes.

3.1.5 Validade

É pertinente esclarecer que se observam alguns procedimentos específicos a fim de assegurar a validade desta etapa qualitativa. A validade “não é uma propriedade inerente de determinado método, mas sim está relacionada aos dados, registros e conclusões obtidas pelo uso do método em um particular contexto para um particular propósito” (MAXWELL, 1992, p.284). Ponderando acerca dos aspectos mencionados por esse autor, dos objetivos deste estudo e do tipo de compreensão necessária para seu alcance, entende-se que procedimentos relativos à validade descritiva e interpretativa deveriam ser contemplados.

A validade descritiva preocupa-se com a precisão fatural dos dados registrados, ou seja, se eles estão sendo fiéis ao que foi dito pelos participantes ou observado pelo pesquisador. Em suma, o que se deseja assegurar é que as informações não sejam distorcidas. Este

procedimento é de fundamental importância, pois, a pesquisa qualitativa é construída a partir de uma descrição feita (MAXWELL, 1992).

A fim de certificar-se de que o ponto de vista do participante é captado com precisão, o material é testado “junto aos próprios informantes” (GODOY, 1995, p.63). Isto na prática quer dizer que há necessidade de retornar aos entrevistados (profissionais), submetendo a descrição dos dados e a análise realizada a sua apreciação. Assim, consolida-se a análise dos dados referentes a esse grupo.

Na coleta dos incidentes críticos, os participantes (clientes) relatam eventos durante a hospitalização que lhes trazem satisfação. No entanto, a interpretação destes é uma tarefa de responsabilidade do pesquisador. Assim, neste caso, é importante não apenas a precisa descrição dos dados – validade descritiva, mas também a compreensão do significado dos incidentes para desvelar os atributos de satisfação – validade interpretativa. Este tipo de validade lida com a inferência feita a partir de palavras ou ações dos envolvidos no fenômeno estudado (MAXWELL, 1992).

Para assegurar a validade descritiva, adotam-se alguns cuidados: gravação das entrevistas, transcrição literal com posterior conferência entre gravação e transcrição. Já, em relação à validade interpretativa, a busca do significado dos eventos mencionados é assegurada não apenas pela descrição oriunda das transcrições, mas também implica retorno às fitas para identificar a ênfase dada pelo participante em determinados momentos da entrevista. Com isto se quer dizer que, na análise realizada, é necessário ir além da mera constatação do vocábulo utilizado para identificação dos temas e sim, entendê-lo no contexto do relato.

3.1.6 Aspectos Éticos

Para viabilizar a coleta de dados, encaminha-se o projeto de pesquisa à Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética dos hospitais para apreciação. Um dos hospitais não possui Comitê de Ética, à época, então, encaminha-se o projeto para apreciação no Comitê de Ética da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O projeto acadêmico, dessa forma, tem que ser adequado às normas do Ministério da Saúde para pesquisa que envolve seres humanos, incluindo a documentação referente ao consentimento do participante da pesquisa (Termo de Consentimento – apêndices C e D).

O uso do consentimento do participante, no Brasil, teve início com a resolução do Conselho Nacional de Saúde de 1988, que estabeleceu as Normas de Pesquisa em Saúde, devendo ser “observadas por todos os pesquisadores e instituições que realizam investigações que envolvem seres humanos no país” (GOLDIM, 1997, p.109).

Historicamente, as primeiras manifestações acerca das questões da ética em pesquisa remontam ao Código de Hammurabi de 1772 a.C. Contudo discussões mais acaloradas passam a ocorrer após a segunda guerra mundial:

A pesquisa científica começou a contar com normas internacionais relativas à participação de seres humanos após o final da segunda grande guerra, devido ao grande impacto causado pela divulgação de experimentos realizados com prisioneiros civis e militares. Isto ocorreu, apesar da legislação nacional existente na Alemanha, devido ao não reconhecimento do status humano para grupos de pessoas, tais como ciganos, poloneses, russos e judeus. Vale salientar que durante a guerra outros países, como os Estados Unidos e Japão, também fizeram pesquisas envolvendo seres humanos que são totalmente inadequadas, sob o ponto de vista ético. (GOLDIM, 1997, p.107-8)

Diversos eventos e organizações internacionais passam a discutir a questão ética na pesquisa dando origem a vários documentos sobre o assunto: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração de Helsinki I (1964) e Helsinki II (1975), o Pacto Internacional relativo aos direitos econômicos, sociais e culturais (1966), a Declaração de Manila (1981 e 1989), dentre outros. Posteriormente, em 1993, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas juntamente com a Organização Mundial da Saúde publicam a segunda edição das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas que envolvem Seres Humanos (GOLDIM, 1997).

Essas diretrizes internacionais influenciam a elaboração das Normas de Pesquisa em Saúde de 1988 e as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas em Seres Humanos de 1996 (Resolução 196/96), ambas elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde no Brasil. Assim, atualmente, toda pesquisa a ser desenvolvida com pacientes necessita ser apreciada pela Comissão de Pesquisa e Comitê de Ética dos hospitais quanto aos seus aspectos éticos e metodológicos, incluindo-se a exigência da utilização do termo de consentimento do participante. Somente após essa apreciação, obtêm-se a autorização para o início da coleta de dados.

3.2 Etapa Descritiva

A segunda etapa desta investigação, denominada descritiva, se desenvolve com base na literatura acerca da pesquisa descritiva. Esse tipo de abordagem busca especificar as propriedades importantes de um fenômeno que está sendo submetido a análise; sendo que o termo descrever significa medir, buscando a maior precisão possível nos procedimentos de mensuração (SAMPIERI et al., 1991).

A pesquisa descritiva difere da exploratória na questão da formalidade, pois os estudos exploratórios caracterizam-se pela flexibilidade, enquanto que os descritivos buscam obter uma completa e precisa descrição da situação. Além disso, recorrem a amostras grandes e representativas e seus dados são submetidos a análise quantitativa, enquanto que os estudos exploratórios utilizam amostras pequenas e seus dados são analisados qualitativamente.

As constatações desse tipo de pesquisa são “consideradas de natureza conclusiva, uma vez que são usadas como dados para a tomada de decisões gerenciais” (MALHOTRA, 2001, p. 106). A pesquisa descritiva, assim como a causal, é um dos tipos de pesquisa conclusiva utilizada em marketing.

Os estudos descritivos são empregados com diferentes objetivos: a) descrever fenômenos ou características associadas a uma determinada população; b) estimar proporções da população relacionada a características específicas; c) descobrir associações entre diferentes variáveis; e, d) descobrir e mensurar relações de causa-efeito entre variáveis. Este tipo de estudo caracteriza-se por uma estrutura formal, possuindo hipóteses ou questões de pesquisa claramente definidas (COOPER e SCHINDLER, 2003).

No caso específico deste estudo, a etapa anterior, denominada exploratória, gera maior conhecimento sobre o tema de pesquisa, permitindo o alcance dos três primeiros objetivos descritos no capítulo introdutório desta investigação. Além disso, possibilita a re-elaboração do modelo, a elaboração das hipóteses e do instrumento de coleta de dados.

A etapa descritiva, por sua vez, busca investigar as relações existentes entre os conjuntos de atributos dos encontros de serviço com a satisfação de clientes em hospitais, procurando compreender que tipos de relações existem, se são significativas ou não, ou mesmo que associações podem ser feitas entre as variáveis, com vistas ao alcance do objetivo geral, qual seja:

- ◆ Verificar a relação dos encontros de serviço com a satisfação do cliente em hospitais.

O método empregado nesta etapa é o *survey* com corte transversal. Esse método é utilizado para coletar informações e “se baseia no interrogatório dos participantes, aos quais se fazem várias perguntas sobre seu comportamento, intenções, atitudes, percepções, motivações, e características demográficas e de estilo de vida” (MALHOTRA, 2001, p.179).

3.2.1 População e Amostra

No hospital existem diferentes tipos de clientes que buscam seus serviços pelos mais variados motivos e, conseqüentemente, que demandam por variados atendimentos. Assim, é necessário definir um segmento específico para o desenvolvimento desta pesquisa.

A população considerada para fins deste estudo é composta por pacientes diferenciados que internam no hospital para procedimentos cirúrgicos. Pacientes considerados como diferenciados são aqueles que utilizam os serviços hospitalares através de convênios - que não o SUS - ou particulares.

A amostra é composta por 207 clientes cirúrgicos e que permanecem no hospital por um período de três dias ou mais. Dos 238 pacientes contatados ainda no hospital e que consentem em participar do estudo, constata-se uma perda de 31 (13%) dos possíveis participantes: quatro por óbito; seis permanecem hospitalizados; três desistem de participar; cinco porque os números de telefone fornecidos não coincidem com o nome ou residência do sujeito que assinou o Termo de Consentimento e 13 porque ninguém atende quando se liga para o número disponível.

Em sua composição final, a amostra contém clientes dos quatro hospitais da cidade de Porto Alegre que autorizam o desenvolvimento do estudo, sendo dois hospitais universitários (um ligado à Universidade Pública e outro à Universidade Privada) e dois hospitais privados e não-universitários. Os participantes provenientes do hospital universitário público (Hospital A) representam 24,2% da amostra; do hospital universitário privado (Hospital B), 21,3%; e aqueles dos hospitais não universitários (Hospital C e D) representam 54,59% (24,2% e 30,4%, respectivamente).

3.2.2 Coleta de Dados

A entrevista na coleta de dados do método *survey* pode ser realizada, segundo Malhotra (2001), de quatro diferentes maneiras: por telefone, pessoalmente, pelo correio ou por meio eletrônico. No caso específico deste estudo, as entrevistas se realizam após a alta do cliente do hospital, portanto, opta-se pelo contato tradicional através do telefone.

A entrevista telefônica tradicional “consiste em telefonar para uma amostra de entrevistados e fazer uma série de perguntas”, sendo que o coletador utiliza o questionário para guiar a entrevista e registra manualmente as respostas (MALHOTRA, 2001, p.179). Uma das vantagens deste tipo de entrevista está no custo reduzido, quando comparada a entrevista pessoal “os custos de amostragem e coleta de dados para pesquisas telefônicas podem ser de 45% a 64% mais baixos do que o das entrevistas pessoais” (COOPER e SCHINDLER, 2003, p.258).

A coleta de dados por telefone se realiza no período compreendido entre o sétimo e o 45º dia após a alta hospitalar. Antes dessa abordagem por telefone, faz-se um contato com o cliente - durante o período da internação hospitalar, com o objetivo de convidá-lo a participar do estudo. Àqueles que manifestam disponibilidade solicita-se o número do telefone e o turno preferencial para o contato (apêndice E). Para a realização desta atividade conta-se com a colaboração de três auxiliares de pesquisa voluntárias, treinadas para esse contato com os possíveis sujeitos da pesquisa. A atividade de seleção dos participantes estende-se de maio a setembro de 2004.

As entrevistas são realizadas pela pesquisadora e por duas das auxiliares de pesquisa que participam da seleção dos participantes no hospital. A coleta por telefone estende-se de maio a outubro de 2004.

Constata-se uma receptividade muito boa dentre aqueles entrevistados que efetivamente participam da coleta. A impressão subjetiva destas entrevistas é de que o entrevistado queria contar sua experiência no hospital e não apenas responder aos itens solicitados. Assim, por várias vezes no decorrer da entrevista por telefone, o entrevistador precisa retomar a atenção do respondente para a seqüência das questões do instrumento.

A duração das entrevistas varia de 10 a 30 minutos. Esta duração coincide com os parâmetros mencionados na literatura que estabelecem um tempo de, aproximadamente, 10 minutos por entrevista, mas também admitem que, com certa freqüência, existem situações em que a duração é de 20 minutos ou mais (COOPER e SCHINDLER, 2003).

3.2.3 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento para coleta de dados da etapa quantitativa da pesquisa caracteriza-se como um questionário composto por perguntas estruturadas. Um questionário é um “conjunto formal de perguntas cujo objetivo é obter informações dos entrevistados” (MALHOTRA, 2002, p.274). Talvez ele seja o tipo de instrumento que mais se utiliza para coletar dados de pesquisa (SAMPIERI et al., 1991). Perguntas estruturadas, por sua vez, são aquelas que especificam previamente as alternativas de respostas e o seu formato (MALHOTRA, 2002; SAMPIERI et al., 1991; RICHARDSON, 1989).

Para este estudo, elabora-se o questionário com o objetivo de obter dados que permitam analisar a relação entre o conjunto dos atributos dos encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. As informações obtidas na etapa exploratória contribuem de diferentes formas para sua elaboração, conforme descrição a seguir.

3.2.3.1 Estrutura do instrumento de coleta de dados

As categorias e subcategorias que emergem, denominadas processos e subprocessos do atendimento hospitalar, possibilitam a identificação dos encontros de serviço que os compõem. Os elementos deste conjunto de dados dão origem às seções do questionário a eles relacionados: processo de admissão (P1); processo de internação (P2), composto pelos subprocessos centro cirúrgico (P2.1), transporte (P2.2) e unidade de internação (P2.3); e, por último, o processo de alta (P3). Os atributos de satisfação relacionados a cada um dos encontros de serviço identificados nos diferentes processos dão origem aos itens existentes em cada seção.

As entrevistas possibilitam, ainda, a identificação dos componentes relativos aos aspectos organizacionais, tais como o ambiente e o próprio funcionamento. Assim, uma quarta seção se incorpora ao instrumento relacionada ao hospital, composta por itens que avaliam seu ambiente físico e seu funcionamento.

Em seu formato final, o instrumento se compõe de quatro seções, cada uma composta por uma quantidade variável de itens para sua mensuração. O número variável decorre da quantidade de incidentes críticos relatados nos diferentes encontros de serviço ou processos, refletindo a expressividade da categoria ou subcategoria no conjunto dos depoimentos.

Além dos aspectos originados da análise dos dados do trabalho de campo da etapa exploratória são incluídas questões que avaliam aspectos relativos à intenção de recomendação do serviço e de re-utilização do mesmo em caso de necessidade futura, e de comparação com uma situação idealizada. A inclusão desses elementos como integrantes do construto satisfação são sugeridos por Rossi et al. (2004).

3.2.3.2 Etapas da elaboração do instrumento estruturado

1ª. Etapa: *Preparo do material*

Para a elaboração do questionário é necessário preparar o material qualitativo de tal forma que permitia sua transformação em instrumento estruturado. Dessa maneira, os elementos da análise são dispostos em uma tabela composta de duas colunas: na primeira, listam-se as categorias, subcategorias e atributos, com os trechos de depoimentos selecionados; na segunda, destina-se o espaço à redação dos itens para a composição do questionário.

Este procedimento favorece a redação dos itens, pois possibilita uma clara visualização dos temas a serem abordados, isto é, do conteúdo de cada item. Além disso, a visualização dos depoimentos permite a utilização de expressões ou mesmo de frases dos participantes na redação do item com o intuito de aproximar a linguagem do questionário à do respondente.

2ª. Etapa: *Redação dos itens*

Na redação, procura-se observar que cada item avalie somente um atributo, evitando-se efeitos indesejáveis em decorrência de perguntas de duplo efeito (MALHOTRA, 2002). A utilização de sentenças simples e curtas, de vocábulos com significado único e de um vocabulário comum entre entrevistador e respondente são algumas das recomendações que se busca contemplar na elaboração do texto do questionário (COOPER e SCHINDLER, 2003).

3^a. Etapa: *Uso de perguntas-filtro*

Na etapa exploratória, constata-se que serviços médicos, de enfermagem, de nutrição e limpeza são utilizados por todos os clientes. Entretanto, serviços de fisioterapia, exames diagnósticos ou pastoral da saúde nem todos os clientes necessitam. Assim, empregam-se perguntas-filtro para verificar se o entrevistado já utiliza alguns desses serviços durante a sua permanência no hospital. Em caso de negativa, os itens referentes aquele(s) serviço(s) são suprimidos de sua entrevista.

4^a. Etapa: *Formatação do questionário e avaliação inicial*

Após a redação, os itens são transportados para um novo documento sob a forma de questionário. A partir dessa formatação, o instrumento é submetido a uma apreciação por parte do pesquisador com o objetivo de verificar a existência de itens que avaliem o mesmo conteúdo. Para tanto, recorre-se ao dicionário para verificação do real significado de cada termo ao mesmo tempo em que este é comparado com sua utilização nos depoimentos.

5^a. Etapa: *Avaliação dos experts*

Com os procedimentos de avaliação da etapa anterior, suprimem-se alguns itens e acrescentam-se outros. Essa nova versão é submetida à apreciação de *experts* em busca da validade do conteúdo. Esse tipo de validade, também chamado de validade nominal, “consiste de uma avaliação subjetiva mas sistemática da representatividade do conteúdo de uma escala para o trabalho de medição em questão” (MALHOTRA, 2001, p.265). A validade de conteúdo é o quanto o instrumento de mensuração “fornece cobertura adequada das questões investigativas que orientam o estudo” (COOPER e SCHINDLER, 2003, p.184).

Para realizar a validação, solicita-se a 10 *experts* que avaliem o instrumento, apontando itens sobre os quais haja dúvidas e apresentando suas críticas e sugestões. Dos 10 *experts*, oito elaboram seus pareceres; os outros dois, embora solicitado novamente, não retornam o material. Os colaboradores desta fase possuem formação superior em diferentes áreas – enfermagem, medicina, psicologia, economia, publicidade e propaganda, nutrição; alguns são mestres, ocupam cargos variados nos locais onde trabalham - chefia de serviço de enfermagem, direção de hospital, gerente de qualidade, professores de 3^o grau, pesquisador; alguns têm experiência de passar por um evento de hospitalização. Outros, fazem sua avaliação com base no conhecimento da situação vivida por familiares ou amigos ou por atuarem profissionalmente em hospital.

6^a. Etapa: *Julgamento da comunidade científica*

Após a avaliação dos *experts*, na etapa anterior, o instrumento é analisado por três professores da área de conhecimento do tema, com o intuito de validar os conceitos. A

validade de um conceito deve ser julgada pela comunidade científica no sentido de avaliar se o construto e sua mensuração são válidos (RYAN e BERNARD, 2000).

7^a. Etapa: *Reformulação do instrumento*

As sugestões emitidas pelos professores são utilizadas para novos ajustes no instrumento, o que implica a modificações na redação de três questões do instrumento.

8^a. Etapa: *Testagem do instrumento e formatação final*

Testa-se o instrumento com 10 sujeitos da amostra. Nessa testagem, constata-se a existência de quatro questões com sentido ambíguo. Assim, suprimem-se duas questões por avaliarem aspectos semelhantes.

Em sua formatação final, o instrumento se compõe de 84 questões relacionadas ao tema central desta pesquisa e por 14 questões que buscam caracterizar o perfil dos entrevistados (apêndice F). Esse último conjunto possui variáveis nominais, referindo-se ao sexo, estado civil, escolaridade, principal ocupação, convênio, tipo de acomodação e hospital; e variáveis discretas, relacionadas à idade, renda e número de dias de internação. As variáveis nominais são aquelas que representam categorias, enquanto que as discretas assumem valores inteiros (STEVENSON, 1981).

Cabe esclarecer que a questão 96 consta no questionário para se assegurar de que a entrevista se realiza dentro do período estabelecido, isto é, entre o sétimo e o quadragésimo-quinto dia após a alta hospitalar. Assim, essa questão não se submete aos procedimentos estatísticos como as demais.

3.2.3.3 A escala de medida adotada

Utiliza-se a escala de medida bi-etápica para avaliar as questões 1 a 82. A opção por este tipo de escala baseia-se na experiência do Centro de Estudos e Pesquisa em Administração (CEPA/UFRGS), a qual se tem mostrado bastante confiável nas coletas de dados por telefone. Nesta escala, o participante inicialmente posiciona-se entre duas alternativas, definindo se está satisfeito ou insatisfeito em relação a determinado atributo e, a seguir (segunda etapa), emite sua opinião sobre a intensidade desse sentimento. Por exemplo: se satisfeito, ele se posiciona nos graus de intensidade de pouco satisfeito, satisfeito ou muito satisfeito; o mesmo ocorrendo em relação à escala de insatisfação.

Para as questões 1 a 79 utiliza-se uma escala intervalar de 1 a 6 pontos, representando graus de satisfação: muito insatisfeito, insatisfeito, pouco insatisfeito, pouco satisfeito, satisfeito e muito satisfeito. Escala intervalar é aquela “em que se utilizam números para classificar objetos, de tal modo que distâncias numericamente iguais na escala representam distâncias iguais na característica que está sendo medida” (MALHOTRA, 2001, p.240). Para as questões relativas à intenção de recomendação e retorno - questões 80 a 82 – também se utiliza uma escala de seis posições, com a terminologia de improvavelmente e provavelmente, variando na intensidade do muito ao pouco. Nas questões 83 e 84 se utiliza uma escala de cinco posições do tipo Likert, sendo que, neste caso específico, não se faz a abordagem bi-etápica.

3.2.4 Análise dos Dados

Para o desenvolvimento da etapa de análise dos dados, adota-se preliminarmente, procedimentos de verificação dos instrumentos respondidos e da base de dados gerada. A seguir, utilizam-se testes estatísticos que serão descritos na seqüência.

3.2.4.1 Preparação da Base de Dados

Concluída a fase de coleta, revisam-se os questionários com o intuito de verificar possíveis problemas no seu preenchimento e, se possível, buscar um novo contato com o participante para complementar dados porventura ausentes. Nessa etapa de verificação do preenchimento do instrumento, constata-se que um número significativo dos participantes não opina sobre os itens referentes à equipe de fisioterapia, exames e pastoral. Cabe lembrar que a possibilidade de ocorrência de tal fato está prevista por ocasião da elaboração do instrumento de coleta, pois já na etapa exploratória observa-se que apenas parte dos clientes utiliza os serviços prestados por essas equipes.

Após a verificação dos instrumentos respondidos, o material é enviado para digitação. Ao ser constituída a base de dados, um novo procedimento de verificação se realiza com o objetivo de identificar possíveis falhas na digitação dos dados.

Resolvidos os problemas de digitação, procede-se nova inspeção da base de dados, pois, para Hair et al. (2005), o exame dos dados é parte essencial da análise multivariada. Assim, são feitas avaliações no sentido de identificar os dados omissos, *outliers*, a multicolinearidade, a normalidade, a linearidade e a homocedasticidade.

- *Dados omissos*

A visualização da base de dados e o somatório do número de respondentes por questão permitem a identificação dos *missings* ou dados ausentes. Ainda, por recomendação de Hair et al (2005), além da identificação dos dados ausentes, é importante compreender as causas que possam contribuir para este fato.

No processo de admissão, as questões 1 e 5 apresentam 99 e 92 dados faltantes, respectivamente, sendo informado pelo participante que o próprio familiar que o acompanha se encarrega da bagagem, dispensando a atuação do profissional do hospital. No processo de internação, as questões 42 a 56, que dizem respeito aos serviços de fisioterapia, exames e pastoral, apresentam de 55 a 166 dados faltantes em virtude do paciente não necessitar daquele serviço. Além destas, na questão 63 encontram-se 176 casos de não-respostas em decorrência de, em muitas situações, o fechamento da conta se realizar pelo familiar e não pelo paciente. As questões 76 e 77, referentes à solução dada às intercorrências e ao atendimento a pedidos especiais, apresentam 120 e 135 dados faltantes, respectivamente, e os pacientes dizem não vivenciar este tipo de situação. Com este procedimento de verificação da base de dados, suprimem-se 15 questões (variáveis) constantes no instrumento original por apresentarem *missings* elevados.

Outro cuidado com a base de dados refere-se à retirada de casos que apresentam mais de 10% de variáveis omissas em todo o instrumento (KLINE, 1998) e casos com dados faltantes concentrados em um bloco. Com base nesse procedimento, suprimem-se 28 e 7 casos respectivamente. Dos 207 respondentes iniciais, restam 172 casos para compor a amostra.

A existência de dados incompletos ou *missing data* são situações habituais na análise multivariada (HAIR et al, 1998). Para lidar com os dados ausentes adota-se o método de imputação, mais especificamente, da substituição pela média. Assim, os valores ausentes são substituídos por um valor médio calculado a partir dos questionários que contém esses mesmos itens respondidos. Esse procedimento tem a vantagem de ser facilmente implementado e provê a todos os casos a informação completa (HAIR et al, 1998).

- *Outliers*

A verificação da existência de casos atípicos ou *outliers* é outro cuidado que se tem com a base de dados. Casos atípicos são aquelas observações com uma combinação única de

características, distinguindo-se claramente das demais, isto é, são os casos discrepantes. Hair *et al* (1998) sugerem que seja verificada a existência desses casos no conjunto de dados e que se mantenha esses dados, menos nos casos em que demonstrem ser aberrações e não-representativos da população em estudo.

Neste estudo, identificam-se dois casos com essas características (casos 59 e 136). Mantêm-se esses dois casos na base de dados por representarem um pequeno número e, além disso, por ser um estudo que coleta opiniões, entende-se não ser adequado suprimir opiniões com comportamentos discrepantes.

- Normalidade, multicolinearidade, linearidade e homocedasticidade

Com a base de dados consolidada, iniciam-se, então, os procedimentos estatísticos para verificar a normalidade dos dados. Graficamente, a representação de uma distribuição normal “se assemelha muito a um sino”, sendo “simétrico em relação à sua média” (STEVENSON, 1981, p. 137). A normalidade dos dados pode ser avaliada através da análise do gráfico de normalidade, podendo ser identificada a ocorrência de alterações no desenho da curva como assimetria (Skewness) e curtose (Kurtosis) (MALHOTRA, 2001). A primeira é identificada quando o formato de sino assume uma forma para a direita ou para a esquerda; e, a segunda, quando a curva torna-se achatada ou pontiaguda. Também a aplicação de testes estatísticos como Shapiro-Wilks e uma forma modificada do teste Kolmogorov-Smirnov, disponíveis nos programas estatísticos, podem revelar a existência de normalidade na distribuição dos dados (HAIR *et al*, 1998).

Quanto à assimetria, verifica-se sua ocorrência em 18 questões (questões: 6, 11, 13, 16, 19, 20, 21, 23, 26, 31, 32, 33, 35, 38, 39, 65, 75 e 80), tendo como parâmetro o módulo 3. A variação é de 3.1 a 4.1, sendo que a maioria (13 variáveis) estão entre 3.1 e 3.5. Com relação à curtose, verifica-se a ocorrência em 29 questões (questões: 2, 3, 6, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 29, 31, 32,33, 35, 38, 39, 41, 60, 65, 66, 74, 75, 80 e 81), tendo como parâmetro o módulo 10. A variação é de 10.4 a 23, sendo que a maioria (19 variáveis) está entre 11 e 15.

Empregam-se alguns procedimentos corretivos na tentativa de melhorar a não-normalidade dos dados, tais como inverso da variável, raiz quadrada e logaritmo da variável (HAIR *et al*, 2005). Entretanto, aqui, nenhum desses procedimentos melhora os índices de curtose e assimetria.

Embora esses resultados relativos à normalidade não sejam animadores, adicionalmente, ainda, os dados são avaliados em relação à multicolinearidade, à linearidade e à homocedasticidade.

A multicolinearidade é a “extensão em que uma variável pode ser explicada pelas outras variáveis na análise” (HAIR et al., 2005, p. 24), sendo que Kline (1998) sugere que variáveis com R² acima de 0,9 podem estar medindo o mesmo aspecto. Testes realizados identificam caso de multicolinearidade entre as variáveis Q9 e Q10.

A homocedasticidade é “um pressuposto relacionado, principalmente, a relações de dependência entre variáveis. Isto se refere ao pressuposto de que a(s) variável(is) dependente(s) apresenta(m) iguais níveis de variância ao longo do percurso das variáveis predictoras”⁸ (HAIR et al., 1998, p.73). Seguindo a recomendação desses autores, a avaliação deste efeito se realiza através da análise gráfica, tendo demonstrado aceitável distribuição.

Através da linearidade, outro pressuposto das técnicas multivariadas, analisa-se se as correlações representam uma associação linear entre variáveis (HAIR et al., 1998). Os autores recomendam examinar as relações para identificar possíveis desvios da linearidade que possam impactar na correlação, sugerindo a análise dos gráficos de dispersão. Ao realizar essa avaliação encontra-se um comportamento não-linear dos dados.

Dessa forma, como as avaliações não apresentam resultados favoráveis, assume-se que os dados da investigação possuem uma distribuição não-normal e que, então, necessitam ser submetidos a procedimentos estatísticos destinados a trabalhar com esse tipo de dados.

3.2.4.2 Procedimentos Estatísticos

Os dados quantitativos são submetidos a testes da estatística univariada e multivariada disponibilizados no programa estatístico SPSS. Utiliza-se o programa AMOS para a modelagem de equações estruturais. Os testes estatísticos empregados são:

- Valores absolutos (frequências) e percentuais: utilizados para analisar as variáveis de caracterização da amostra (questões 88 a 98).
- Média: medida de tendência central utilizada para analisar a distribuição de frequência nos diferentes graus de satisfação para cada atributo.
- Regressão múltipla: técnica estatística é utilizada para “analisar a relação entre uma única **variável dependente (critério)** e várias **variáveis independentes (preditoras)**”⁹,

⁸ Tradução do autor.

⁹ *Grifos do autor*

sendo que os pesos encontrados expressam a “contribuição relativa das variáveis independentes para a previsão geral” (HAIR et al., 2005, p.137).

- Análise fatorial: analisa as relações entre um grande número de variáveis e explica essas variáveis em termos de suas dimensões comuns, representadas pelos fatores (HAIR et al., 1998). Além de auxiliar a compreensão de como as variáveis se inter-relacionam, a análise fatorial serve, também, para reduzir os dados (MALHOTRA, 2001).

- Modelagem de equações estruturais (SEM): utilizada para analisar as relações entre os construtos do modelo proposto. De acordo com Hair et al. (1999, p.612), esta técnica caracteriza-se pela “(1) estimação de relações de dependência múltiplas e cruzadas; e (2) capacidade de representar conceitos não-observados nestas relações e ter em conta o erro de medida no processo de estimação”. Ainda segundo os autores, a técnica apresenta as vantagens de possibilitar o exame de várias relações de dependência simultaneamente e a capacidade de avaliar exaustivamente essas relações, proporcionando uma transição da análise exploratória para a confirmatória, isto é, uma visão mais holística e sistemática do fenômeno em estudo.

Para a análise através da SEM, seguem-se os passos sugeridos por Hair et al. (2005), definindo o modelo de mensuração e o modelo estrutural. O modelo de mensuração especifica os indicadores para cada construto e avalia a confiabilidade deste para estimar as relações causais. O modelo estrutural é o conjunto de uma ou mais relações de dependência conectando os *construtos*¹⁰ hipotetizados do modelo” (HAIR et al., 2005, p.469).

Na análise destes modelos utilizam-se as medidas de ajuste absoluto: qui-quadrado (Q^2), índice de qualidade do ajuste (GFI) e raiz do erro quadrático médio (RMSEA). A utilização do qui-quadrado é adequada para amostras entre 100 e 200 casos, com um nível de significância de 0,05 como o mínimo recomendado. O GFI representa o grau geral de ajuste, cujo valor varia de 0 a 1,0 , sendo este último valor considerado ajuste perfeito. O valor do RMSEA representa a qualidade de ajuste que pode ser esperada se o modelo estimar a população e não somente a amostra, tendo como valores aceitáveis entre 0,05 e 0,08 (HAIR et al., 2005).

Medidas de ajuste incremental como o índice de Tucker-Lewis (TLI), índice de qualidade de ajuste calibrado (AGFI), índice de ajuste normado (NFI) e índice de ajuste comparativo (CFI) também são utilizadas. O TLI combina uma medida de parcimônia com um índice comparativo entre os modelos proposto e nulo ou modelos proposto e alternativo, resultando em valores entre 0 e 1,0 , sendo o valor recomendado de 0,9 ou mais. O AGFI é

uma extensão do GFI ajustado pela razão entre os graus de liberdade para o modelo proposto e nulo, tendo como nível de aceitação recomendado valor maior ou igual a 0,9. NFI é uma das medidas mais populares e representa uma comparação relativa do modelo proposto com o modelo nulo, sendo o valor recomendado de 0,9 ou mais. O CFI representa comparação entre o modelo estimado e um modelo nulo ou de independência, com valores variando entre 0 e 1,0 (HAIR et al., 2005, p. 523-24)

Como medida de ajuste parcimonioso, se utiliza o qui-quadrado normado (Q^2/GL), que é o qui-quadrado ajustado pelos graus de liberdade para avaliar o ajuste para diversos modelos. Valores até 5,0 são considerados aceitáveis (HAIR et al., 2005, p.524-25).

A matriz de entrada de dados é a de covariância. Solicita-se ao software que execute o procedimento *bootstrap* para 200 amostras, utilizando a técnica de estimação máxima verossimilhança (ML – *maximum likelihood*). O procedimento *bootstrap* é recomendado por Byrne (2001, p,268) por ser “uma abordagem para manejar com a presença de dados não normais”. Babakus, Ferguson e Jöreskog (1987) discutem a sensibilidade da análise ML e argumentam que a técnica é suficientemente robusta para lidar com os problemas encontrados com a base de dados, desde que os ajustes estatísticos sejam conhecidos.

Hair et al. (2005, p. 466) definem o procedimento *bootstrap* como sendo uma “forma de reamostragem na qual os dados originais são repetidamente amostrados com substituição para estimação do modelo. Estimativas de parâmetros e erros padrão não são mais calculados com suposições estatísticas, mas, em vez disso, são baseados em observações empíricas”. Nessa técnica, a amostra original é assumida como a população e dela são extraídas várias amostras, sendo que “as estimativas finais de parâmetro são calculadas como a média das estimativas ao longo de todas as amostras” (HAIR et al., 2005, p.486).

Nos estágios de análise do modelo de mensuração e estrutural utilizam-se as medidas de qualidade de ajuste – absoluto, incremental e parcimonioso – descritos anteriormente, acrescidos da confiabilidade composta (valor de referência: 0,7) e variância extraída (valor aceitável acima de 0,5).

3.2.5 Aspectos Éticos

¹⁰ Grifo do autor.

Nesta etapa também se respeita a exigência da obtenção do Termo de Consentimento do participante, também denominado de Consentimento Informado. Esta documentação se obtém durante as visitas que as auxiliares de pesquisa fazem aos hospitais para seleção dos sujeitos participantes, quando falam sobre os objetivos da pesquisa e informam aos futuros participantes sobre o caráter voluntário da participação, assegurando-lhes o anonimato e a liberdade de desistirem mesmo após terem assinado o documento. Aos que se dispõem a participar do estudo são solicitadas as autorizações por escrito, o número do telefone e o turno preferencial para o contato posterior, documentados no Termo de Consentimento (apêndice E).

Neste capítulo, discorre-se sobre o método utilizado nesta pesquisa. No próximo, apresentam-se os resultados da etapa qualitativa e, ao final, as contribuições desta etapa para a reformulação do modelo e geração das hipóteses de pesquisa.

4 RESULTADOS DA ETAPA EXPLORATÓRIA

Este capítulo apresenta os dados da etapa exploratória e sua análise. Esta etapa se desenvolve orientada por uma abordagem qualitativa do tema em estudo. Na discussão dos resultados, opta-se por apresentá-los constituindo um capítulo da tese em virtude da importância que se atribui à pesquisa exploratória para a compreensão de um tema e, conseqüentemente, seu desenvolvimento teórico. A pesquisa qualitativa, na literatura contemporânea, tem sido reconhecida como uma abordagem relevante no estudo das relações sociais em virtude da pluralização das esferas da vida, onde se encontram uma diversidade de ambientes, subculturas, estilos e formas de vida (FLICK, 2004).

Assim, entende-se que os achados não devem simplesmente ser tratados como uma fase instrumental da pesquisa conclusiva, mas merecem um espaço próprio a exemplo do que se destina aos dados da pesquisa descritiva mais adiante. Alguns dos objetivos específicos conseguem ser atingidos com o desenvolvimento da etapa exploratória. Não se pode desmerecer o valor desta etapa, também, na identificação de elementos importantes para o seguimento do estudo, permitindo a elaboração do instrumento de coleta de dados da etapa descritiva, o estabelecimento de hipóteses de pesquisa e o refinamento do modelo proposto.

A pesquisa exploratória busca dados junto a dois diferentes grupos de indivíduos - profissionais e clientes, em virtude dos objetivos pretendidos. Portanto, na análise dos dados, há necessidade de tratá-los separadamente, ou seja, os dados referentes aos profissionais fornecem um conjunto independente de informações, e os referentes aos clientes, outro.

4.1 Os Encontros de Serviço

As entrevistas com os profissionais têm o objetivo de identificar os encontros de serviço que ocorrem no ambiente do hospital. Através do relato dos profissionais é possível conhecer a trajetória percorrida pelo cliente que interna no hospital para realizar um procedimento cirúrgico, desde o momento de sua chegada até sua saída do sistema de atendimento.

É pertinente esclarecer que os hospitais apresentam variações nas suas rotinas de atendimento, ou seja, nos seus processos internos. Por exemplo, quando o cliente chega ao hospital para fazer sua internação, num dos hospitais o procedimento de admissão¹¹ é realizado na recepção do bloco cirúrgico; no outro, no setor de internações de convênios; no outro, ainda, pode ser realizado na recepção do próprio andar. Às vezes, num mesmo hospital, existem mais de uma forma de internação, por exemplo, pela emergência, pelo setor de internação de convênios ou pela recepção do andar de internação. Assim, o que existe de comum em todos os hospitais é que ocorre um processo de admissão do cliente, mas com as peculiaridades da instituição e da própria situação de saúde do cliente.

Tendo em vista essa diversidade de situações, busca-se, através da análise, identificar os diversos processos de atendimento ao cliente, para identificar os encontros de serviço relacionados a cada um dos processos. Cada processo representa, em realidade, uma das categorias que emergem da análise de conteúdo das entrevistas.

Considerando-se, então, toda a trajetória do cliente dentro do hospital, identificam-se três categorias: admissão, internação e alta.

4.1.1 Categoria 1: Processo 1 (P1) – Admissão

P1 Admissão é o processo que caracteriza os procedimentos de admissão do cliente no hospital, representando a entrada do cliente no sistema de prestação de serviço hospitalar. Inicia no instante em que o paciente chega na porta de entrada do hospital e solicita ao porteiro ou vigilante orientação para chegar ao setor para o qual é encaminhado, que pode ser o setor de internação ou também chamado de admissão de convênios (no caso dos hospitais que prestam atendimento a convênios e aos usuários do SUS), a recepção do bloco cirúrgico ou do andar onde está localizada a unidade de internação onde permanecerá hospitalizado. Caso o cliente seja procedente do Setor de Emergência do próprio hospital, a admissão é processada naquele setor ou mesmo no setor de admissão (ou internação) de convênios com a participação de um familiar.

O P1, então, origina encontros de serviço decorrentes da necessidade de preenchimento de formulários e documentação para formalizar o ingresso do cliente no

¹¹ Procedimento de admissão: consiste na apresentação de documentos, preenchimento de formulários, cadastramento, etc. Também conhecido como “baixa” na linguagem cotidiana.

sistema de atendimento hospitalar, e o acompanhamento do cliente ao setor específico. Assim, identifica-se o primeiro encontro de serviço (ES) como sendo aquele que ocorre na portaria do hospital, denominado **ES Portaria (ES1.1)**. Posteriormente, tem-se o atendimento na recepção do setor de convênios ou do bloco cirúrgico (BC) ou do próprio andar, denominados **ES Admissão (ES1.2)**, que pode ser representado pelo **ES Admissão Convênios** ou **ES Admissão BC** ou **ES Admissão SAC¹² Andar**. O P1 pode ser representado graficamente da seguinte forma:

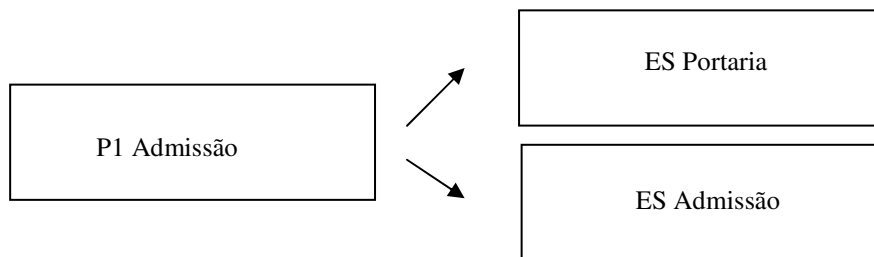


Figura 2 – O processo de admissão e seus encontros de serviço

Fonte: Dados da pesquisa

4.1.2 Categoria 2: Processo 2 (P2) – Internação

A categoria denominada “P2 Internação” é constituída por todos os processos de atendimento à saúde do cliente no ambiente hospitalar. Por constituir-se uma categoria que engloba grande número de elementos, há necessidade de dividi-la em subcategorias. Dessa forma, emergem as subcategorias: P2.1 Centro Cirúrgico, P2.2 Transporte¹³ e P2.3 Unidade de Internação, que serão descritas a seguir.

4.1.2.1 Subcategoria: P2.1 Centro Cirúrgico

P2.1 Centro Cirúrgico é a subcategoria composta pelas atividades relacionadas à cirurgia, compreendendo o período de tempo que vai desde o momento em que o cliente

¹² SAC = Serviço de Atendimento ao Cliente

ingressa na área física do bloco cirúrgico (BC) até sua alta da sala de recuperação. Esta área é de uso restrito aos profissionais que ali trabalham e aos doentes em atendimento. Assim, o cliente passa por diversos elementos que compõem a área física, tais como: sala de espera do BC, sala cirúrgica e sala de recuperação pós-anestésica.

O P2.1 origina encontros de serviço decorrentes das características de atendimento em cada uma destas salas:

- ◆ *Sala de Preparo ou Pré-operatório ou Espera:* destinada a acolher o cliente no período imediatamente anterior ao seu encaminhamento à sala cirúrgica. Nela inicia-se o preparo pré-operatório do cliente que não está internado, por exemplo: troca de roupas, tricotomia, verificação de sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e respiração), etc. O cliente internado realiza seu preparo pré-operatório no quarto e sua presença nesta sala é requerida cerca de 30 minutos antes do horário do início do procedimento. Os encontros de serviço que ocorrem nesta sala são denominados **ES Pré-operatório**, tendo como participantes o cliente e a técnica/auxiliar de enfermagem e, por vezes, a enfermeira, o cirurgião e o anestesista.
- ◆ *Sala Cirúrgica:* é a sala destinada ao procedimento cirúrgico propriamente dito. Ocorrem diversos encontros do cliente com os profissionais que estão na sala – por exemplo: anestesista, cirurgião, instrumentadora, circulante, etc. A interação está na dependência, também, do tipo de anestesia a que será submetido. Dessa forma, o paciente pode estar consciente durante todo o procedimento e presenciar os acontecimentos ou não. Estes momentos de interação são chamados de **ES Sala Cirúrgica**.
- ◆ *Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA):* destinada ao atendimento dos pacientes no período imediatamente posterior à cirurgia. A permanência nesta sala decorre da necessidade de acompanhamento do cliente no seu período de recuperação do procedimento anestésico, isto é, até recuperar seu estado de consciência e estabilização dos sinais vitais. Durante esse período, o cliente também recebe serviços, por exemplo, administração de medicações, troca de curativos, sondagem, controle de sinais vitais, etc. Esse atendimento caracteriza encontros de serviço relacionados à terapêutica medicamentosa e aos cuidados de enfermagem, denominados **ES Sala de Recuperação**.

¹³ Transporte é a subcategoria que engloba os eventos relacionados aos deslocamentos do paciente no interior do hospital.

4.1.2.2 Subcategoria: P2.2 Transporte

P2.2 Transporte é a subcategoria que envolve o deslocamento do cliente no interior do hospital antes ou após cirurgia, podendo ser da unidade de internação para o centro cirúrgico, do centro cirúrgico para a unidade de internação ou mesmo da unidade de internação para outros serviços do hospital, como o serviço de radiologia, por exemplo. Nos hospitais, de modo geral, esse transporte é realizado pela equipe de enfermagem da unidade de internação responsável pelo paciente. Existe, também, a situação de hospitais que possuem uma equipe específica para esta atividade. O P2.2 origina encontros de serviço decorrentes da necessidade de deslocamento do cliente no interior do hospital, sendo denominado **ES Transporte**.

4.1.2.3 Subcategoria: P2.3 Unidade de Internação

P2.3 Unidade de Internação é a subcategoria relacionada ao atendimento na unidade ou setor onde o cliente permanece hospitalizado. Compreende o período de tempo que inicia no momento da chegada do cliente neste setor até a assinatura de sua alta hospitalar.

Ao chegar na unidade, o paciente é colocado no leito do andar pela equipe de enfermagem. Quando conduzido por uma equipe de transporte, ao chegar à unidade uma técnica/auxiliar de enfermagem do setor ajuda o profissional do transporte na transferência do paciente da maca da SRPA para o leito do setor. Essa profissional dá as orientações iniciais ao paciente: campainha do quarto, cama, funcionário que será responsável pelo atendimento, etc. A seguir, a enfermeira faz a avaliação do paciente e fornece outras orientações necessárias. Após esse contato inicial, a técnica/auxiliar de enfermagem responsável pelo leito inicia a verificação dos sinais vitais e realiza os demais procedimentos agendados para aquele horário.

É pertinente mencionar que a admissão na unidade de internação pode ocorrer após a cirurgia ou no dia anterior à cirurgia, isto é, o paciente é hospitalizado nas 24 horas anteriores ao horário agendado para o procedimento cirúrgico. A ocorrência de uma ou outra situação dependerá de vários fatores: tipo de procedimento a ser realizado, condições do paciente, rotinas do hospital, realização de exames, etc.

Durante a permanência na unidade de internação, o atendimento envolve os cuidados de controle de sinais vitais, troca de curativos, administração de medicações, troca e controle

de soro, alimentação, banho no leito ou chuveiro, etc. Esse atendimento caracteriza encontros de serviço relacionados à terapêutica médica, aos cuidados de enfermagem e à alimentação.

Além desses encontros, os clientes são avaliados diariamente pelo seu médico, pela enfermeira e pela nutricionista do setor, representando momentos de interação em que o profissional busca informações junto ao cliente para adequação da terapêutica medicamentosa, dos cuidados e da dieta. Esses eventos são aqui denominados de **ES com Equipe Médica**, **ES com Equipe de Enfermagem** e **ES com Equipe de Nutrição**.

Eventualmente, outros profissionais entram em contato com o paciente, se a sua situação exigir, por exemplo, o fisioterapeuta, dando origem aos **ES com Equipe de Fisioterapia**. A equipe da pastoral da saúde presta atendimento espiritual aos pacientes do hospital, originando os **ES com Pastoral**. Ainda conforme a necessidade de cada caso, serão realizados exames complementares (Raio X, ECG¹⁴ e laboratoriais), aqui denominados **ES Exames**. A categoria “internação”, suas subcategorias e os encontros de serviços a elas relacionadas estão representados na Figura 2.

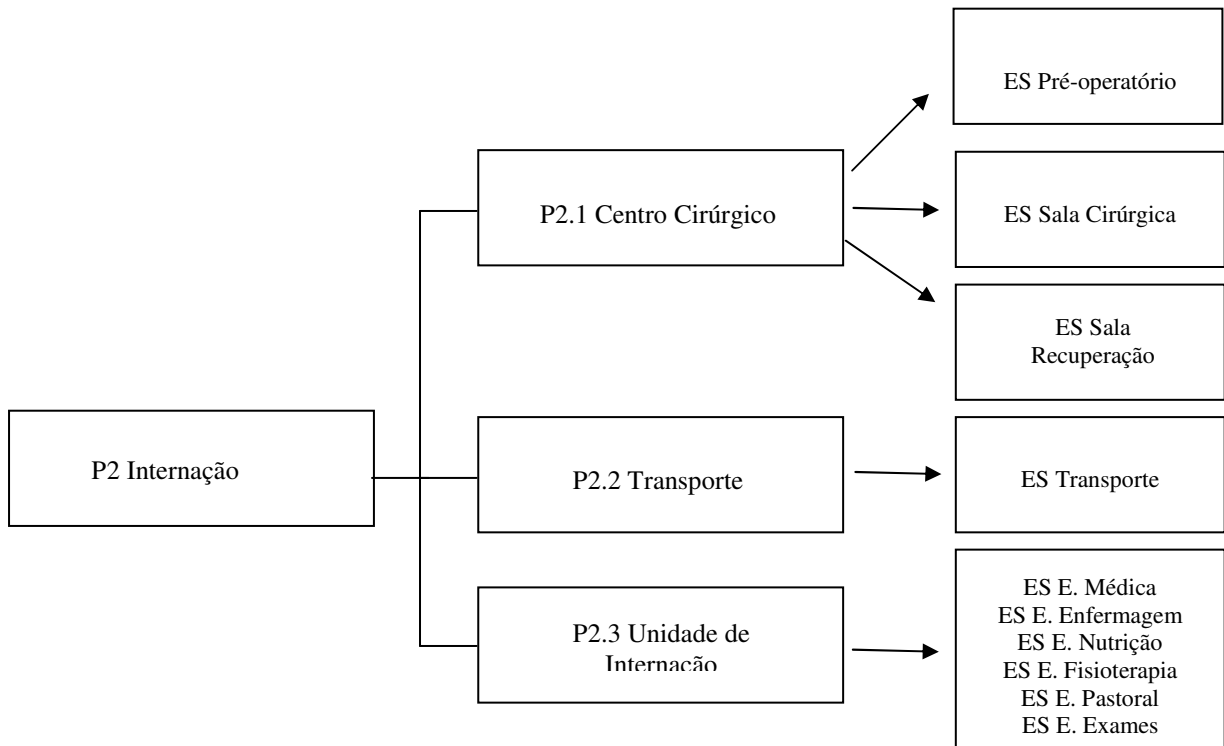


Figura 3 – O processo de internação, subcategorias e encontros de serviço

Fonte: Dados da pesquisa

¹⁴ ECG: sigla utilizada para designar o exame de Eletrocardiograma.

4.1.3 Categoria 3: Processo 3 (P3) – Alta Hospitalar

A categoria denominada “Alta Hospitalar” é o processo relacionado ao momento no qual o paciente recebe a autorização do médico para seu retorno ao domicílio, representando a finalização do atendimento hospitalar. Compreende o período que inicia no instante em que o médico comunica ao paciente sua alta e termina quando o paciente deixa o ambiente hospitalar. Desta forma, o processo de alta envolve eventos que ocorrem dentro da unidade de internação (por exemplo, trocar roupas, arrumar bagagem, etc.) e fora dela (no setor de contas e na portaria).

O P3 origina diferentes encontros relacionados a aspectos deste momento de saída do sistema de atendimento. O P3 envolve o momento em que o médico responsável orienta o paciente sobre a alta e a terapêutica no domicílio, denominado **ES Alta Médica**. A enfermeira interage com o paciente e sua família orientando sobre os cuidados de enfermagem em casa e a técnica/auxiliar de enfermagem ajuda na saída do paciente, transportando-o na cadeira de rodas ou auxiliando-o na deambulação, quando necessário, denominado **ES Alta Enfermagem**. A secretária do setor procede a entrega de documentos e exames para o cliente, configurando o encontro de serviço denominado **ES Secretária**. Quando o paciente ou familiar realiza o fechamento da conta hospitalar no setor de contas, tem-se novamente um ES, denominado **ES Conta Hospitalar**. E, quando os aspectos referentes à documentação de alta estão finalizadas, o cliente aguarda na portaria enquanto o familiar busca o carro ou espera a chegada do táxi, interagindo com o vigilante, denominado **ES Portaria** (Figura 4).

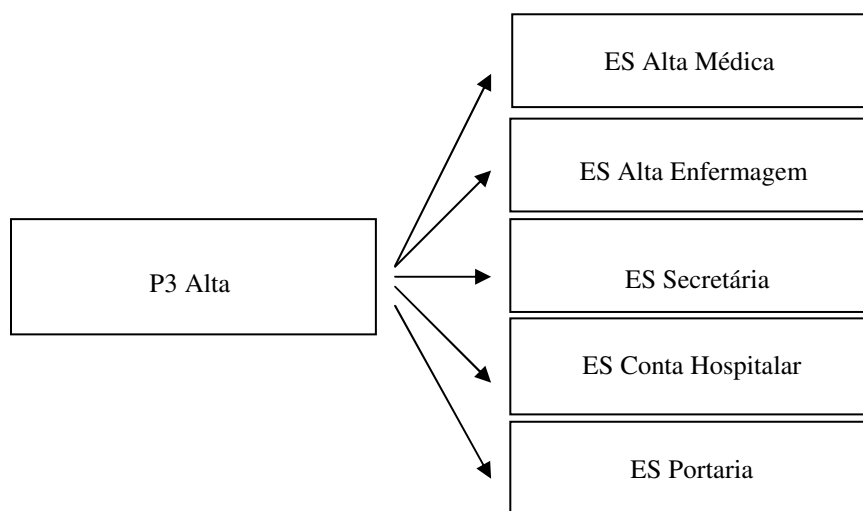


Figura 4 – O processo de alta e encontros de serviço

Fonte: Dados da pesquisa

Num esforço de síntese da análise realizada, apresentam-se as diversas categorias emergentes - Processo de Admissão, Processo de Internação e Processo de Alta, as subcategorias do Processo de Internação e os respectivos Encontros de Serviço, no Quadro 1.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENCONTROS DE SERVIÇO
<i>P1 – Processo de Admissão</i>		<ul style="list-style-type: none"> ◆ ES Portaria (ES1.1) ◆ ES Admissão (ES1.2):
<i>P2 – Processo de Internação</i>	P2.1 - Centro Cirúrgico P2.2 – Transporte P 2.3 – Unidade de Internação	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ES Pré-operatório ◆ ES Sala Cirúrgica ◆ ES Sala de Recuperação ◆ ES Transporte ◆ ES Equipe Médica ◆ ES Equipe de Enfermagem ◆ ES Equipe Nutrição ◆ ES Equipe Fisioterapia ◆ ES Equipe Pastoral ◆ ES Exames
<i>P3 – Processo de Alta</i>		<ul style="list-style-type: none"> ◆ ES Alta Médica ◆ ES Alta Enfermagem ◆ ES Secretária ◆ ES Conta Hospitalar ◆ ES Portaria

Quadro 1 – Quadro-síntese das Categorias, Subcategorias e Encontros de Serviço

Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos dados permite identificar que o atendimento ao paciente cirúrgico é composto por uma série de eventos que determinam seu contato direto com os profissionais que atuam no hospital, caracterizando-os como encontros do tipo face a face, segundo a classificação de Zeithaml e Bitner (2000). Esse contexto também pode ser classificado com a terminologia dos serviços de alto contato, utilizada por Goldstein (2003), por configurar uma comunicação intensa, íntima e com grande conteúdo de informações entre os participantes dos encontros de serviço. Chandon, Leo e Philippe (1997) também contribuem com esse tema dizendo que serviços com alto grau de contato interpessoal, como os dos hospitais, devem ter profissionais não apenas com grande habilidade técnica, mas, também, com competência para trocas humanas.

Sabe-se que os outros dois tipos de encontros de serviço – remotos e por telefone – também podem existir nesse tipo de ambiente, embora não caracterizem a situação em estudo.

Os encontros de serviço somente ocorrem no momento em que há demanda por atendimento, isto é, por serviço. No contexto do atendimento ao cliente cirúrgico, esses eventos se configuram numa série de ações, temporal e seqüencialmente encadeadas, desde sua admissão até sua alta. Essa constatação reforça a afirmação de Walker (1995, p.10) que diz: “serviços são processos”.

O autor ainda propõe que os serviços sejam compreendidos dentro de um modelo composto por uma fase central, denominada serviço central, e por outras duas fases – anterior e posterior ao serviço central - denominadas serviços periféricos. Esse modelo poderia auxiliar na compreensão da situação estudada, possibilitando entender o processo de internação como o serviço central e os processos de admissão e de alta como periféricos.

A análise das entrevistas com os profissionais, permite que se conheçam os encontros de serviço no hospital. Assim, considera-se alcançado o primeiro objetivo específico desta investigação: “Identificar os encontros de serviço em um hospital”.

4.2 Os Atributos de Satisfação

Utilizam-se as entrevistas em profundidade para gerar os atributos de satisfação nos encontros de serviço a partir da visão do cliente. Para Rossi e Slongo (1997) essa é uma etapa de fundamental importância na pesquisa de satisfação de clientes, pois, os elementos que os clientes valorizam na sua relação com a empresa é que asseguram a validade desse tipo de estudo.

Os incidentes críticos coletados nas entrevistas são analisados, como se menciona no capítulo do método, através da técnica de análise de conteúdo. No caso específico deste estudo, utiliza-se esta análise para gerar os atributos de satisfação, segundo a opinião dos clientes, relacionados aos encontros de serviço no hospital.

Seguindo as orientações sugeridas para utilização da técnica de análise de conteúdo, procede-se a codificação das entrevistas utilizando-se uma letra para designar o sexo - sendo as letras “F” e “M” para identificar se feminino ou masculino – e, um número, para indicar a idade do cliente. Desta forma, o informante identificado com o código, por exemplo, M63, trata-se de um cliente do sexo masculino e com 63 anos. Ainda de acordo com as recomendações de Moraes (1999), várias leituras das entrevistas são feitas com o objetivo de

limpar e preparar o material para as etapas posteriores. As unidades de análise são selecionadas para a posterior categorização.

4.2.1 Processo de Admissão

Esta categoria apresenta aspectos relacionados ao momento de ingresso do cliente no sistema de prestação de serviço hospitalar, envolvendo a chegada no hospital, o preenchimento de documentação para a internação hospitalar, a disponibilização do leito e o acompanhamento do cliente até o setor. Os atributos que se evidenciam são: a atenção demonstrada pelas funcionárias do setor de internação, a rapidez na conferência e preenchimento da documentação, a rapidez na disponibilização do leito, o acompanhamento do cliente até o setor, a orientação do cliente sobre procedimentos na sua internação, a capacidade de resolução de situações problemáticas ou o atendimento às solicitações especiais por parte do cliente. Identificam-se esses atributos nos depoimentos abaixo:

- Atenção demonstrada pelas funcionárias do setor:

Desde o atendimento da recepção, a gente ficou muito satisfeito com o hospital porque ... Isso foi uma coisa que me chamou a atenção: elas eram muito rápidas e atenciosas, tudo se resolvia rapidamente. (M77)
As meninas do setor de admissão foram muito atenciosas. (M70)

- Rapidez no preenchimento da documentação e na disponibilização do leito:

Eu achei esse atendimento do guichê muito bom, é muito mais rápido e você faz tudo ali. É para o próprio conforto do paciente que não tem que ficar esperando. Foi super rápido! (F42)
Isso foi tudo muito rápido, pois eu já tinha ido na UNIMED para pegar os papéis e a UNIMED já deu tudo pronto. Então foi tudo muito rápido. (F74)

- Acompanhamento do cliente ao setor:

Ele (o marido) foi ali (na recepção do hospital) e preencheu a documentação e depois a gente foi pro quarto. Tinha um rapaz do hospital que levou as malas, num carrinho de bagagem, até o quarto. Ele nos acompanhou até lá. (F60)
Aí um funcionário do setor de baixa me acompanhou até o quarto. (F74)

- Orientação do cliente:

Ele chegou lá e mostrou como funcionam as coisas no quarto ... (F60)
Aí, quando cheguei, tive uma surpresa: o atendimento foi “fora de série” . Já na portaria me encaminharam para onde eu tinha que ir ... eu não fiquei na dúvida em nenhum momento. ... Então eu já sabia o dia e o horário que deveria estar no hospital e já tinha a documentação toda pronta. Tinham me

explicado a que horas eu deveria chegar no hospital, como deveria ser o jejum ... Então não teve problema nenhum. (M57)

- Capacidade para resolver situações problemáticas ou solicitações especiais:

O atendimento das gurias foi tudo OK, fomos muito bem atendidos, elas foram muito rápidas. Inclusive, quando nós baixamos, faltou alguma coisa do convênio que não tinha vindo junto – acho que a autorização - e elas nos disseram que poderíamos baixar assim mesmo, que fossemos para o quarto para não precisar esperar lá embaixo. Nos mandaram para o quarto, inclusive isso era à noite e no outro dia era sábado, mas nos mandaram assim mesmo que na 2ª feira elas resolveriam o problema com o convênio. (M70)

Nós só demoramos um pouquinho por causa da cama, porque elas estavam procurando onde tinha uma cama daquelas novas (eletrônica) ... Isso foi uns 15-20 minutos... (M74)

No conjunto de relatos acerca do processo de admissão não ocorrem manifestações que envolvam os vigilantes ou funcionários da portaria do hospital.

4.2.2 Processo de Internação

Esta categoria apresenta os atributos de satisfação relacionados ao Processo de Internação e seus subprocessos: Centro Cirúrgico, Transporte e Unidade de Internação. Considerando-se as peculiaridades destes três elementos, opta-se por apresentar separadamente os atributos a eles relacionados.

4.2.2.1 Centro Cirúrgico

Esta subcategoria apresenta os atributos de satisfação relacionados ao atendimento do cliente nos diversos setores do centro cirúrgico: sala de pré-operatório, sala cirúrgica, sala de recuperação. É oportuno lembrar que alguns dos relatos referentes a situações vivenciadas neste local ficam prejudicados em virtude do procedimento anestésico, tanto nos períodos pré e trans quanto no pós-operatório. Contudo, evidenciam-se alguns atributos, tais como: o cumprimento do horário estabelecido para início do procedimento (ausência de períodos de espera); relacionamento amigável com a equipe médica e a atenção dos médicos na sala

cirúrgica; a atenção, a disponibilidade e a competência da equipe de enfermagem na sala de recuperação. Estes atributos podem ser identificados nos depoimentos abaixo:

- Cumprimento do horário estabelecido para início do procedimento:

[...] mais a questão de demora no hospital até começar a cirurgia. E a gente não está acostumado com isso, as pessoas que estão lá dentro estão. Quando internei, eu tinha a cirurgia marcada para as 14:30h e o hospital pediu para eu estar lá duas horas antes. Eu cheguei lá meio dia e trinta e só fui para a sala de preparo às 14:30h e a minha cirurgia foi começar às 15:30. (M29)

Aquele tempo pareceu uma eternidade para mim, foi mais ou menos uma meia hora que eu fiquei, isto não é muito, mas nessa situação, isto representa muito. (F60)

- Relacionamento com a equipe médica e a atenção dos médicos na sala cirúrgica:

Eu estava consciente e ficava conversando com eles. Eles ficavam brincando comigo ... um relacionamento de velhos conhecidos ... a gente falava em comida, em assados,... Então, a gente passa todo o tempo da anestesia brincando, o que eles estão fazendo, que tão tirando tudo prá dar pros cachorros ... Sinceramente, o relacionamento é muito bom, é muito bom. (M70)

No bloco cirúrgico eu achei a equipe médica muito atenciosa, nos momentos antes da cirurgia, no momento da anestesia. (M54)

- A atenção, a disponibilidade e a competência da enfermagem na sala de recuperação:

A todo momento eles estão ali tirando temperatura e verificando tudo. Eu tinha dor e pedia prá eles me ajudarem a me virar. Eles prontamente me ajudavam. Eu pedia água e eles me passavam o algodão molhado em água nos lábios. A todo momento que eu pedia eles estavam sempre prontos. (F58)

[...] eu achei o atendimento maravilhoso, nem sabia que poderia ter um atendimento assim. Eu tive um problema de uma dor de ciático que era de não agüentar ... era assim ... banhos quentes, massagens, eu via que aquelas moças realmente não queriam que eu sentisse dor [...] elas estavam preocupadas em aliviar aquela minha dor [...] Aquele atendimento era assim ... cuidadoso (F63)

4.2.2.2 Transporte

Essa subcategoria apresenta os atributos de satisfação relacionados ao atendimento do cliente nos eventos que implicam no seu deslocamento dentro do ambiente do hospital: do quarto ao bloco cirúrgico, da sala de recuperação ao quarto, ou do quarto a outros serviços do hospital - por exemplo, radiologia, ecografia, etc. Os atributos de satisfação que se evidenciam são: transporte cuidadoso e delicado, ausência de desconfortos em virtude de

problemas no piso, equipamento utilizado no transporte (maca ou cadeira de rodas) em boas condições de uso, agilização do retorno ao quarto.

- Atenção do funcionário:

Inclusive, quando fiz a ecografia pela segunda vez, que eu fui de novo na maca, eu pedi que ela fosse devagar e ela prontamente me tranquilizou [...] Essa moça foi muito mais delicada que a moça que me levou na primeira vez. (M56)

- Transporte cuidadoso e delicado:

Eu lembro que me doía muito o movimento da maca [...] e aquilo dói porque a maca passa por alguns lugares onde tem emendas no piso ou diferenças no chão, como nos elevadores, e aquilo faz com que a gente sinta mais dor. (M56)

Olha, a única coisa que lembro [...] e quando essa cama passou no elevador deu dois baques horríveis, eu não sei se era por causa da cama ou do elevador [...] Eu até pensei que se eu fizesse aquela avaliação do hospital, eu iria colocar isso do elevador, pois isso foi muito ruim. [...] Mas foi a única coisa, o atendimento foi excelente. (VF63)

- Condições do equipamento utilizado no transporte (maca ou cadeira de rodas):

Outra situação que eu vi foi quando eu fui removido para sala de gesso; eu fui numa cadeira de rodas que eu achei muito precária, ela estava com muito uso, muito antiga [...] todos que me encontraram no corredor olhavam estranhamente para a cadeira de rodas que andava toda mal, até com certa dificuldade para a enfermeira que me conduziu, porque ela não andava reta, ela andava em curvas e as rodas todas “bambas”. [...] Não me causou nenhum transtorno, mas as pessoas que olhavam, acredito que não tinham uma boa impressão do “carrinho”. (M54)

- Agilização do retorno ao quarto:

[...] mas a demora é prá voltar pro andar, a demora é de quem vem buscar, pois são os mesmos que atendem o andar. Às vezes demora uma hora ou uma hora e tanto prá gente conseguir voltar ... Eu sabia que já estava pronto no Raio X, mas que ninguém vinha buscar ... (M74)

4.2.2.3 Unidade de Internação

Essa subcategoria apresenta os atributos de satisfação relacionados ao atendimento do cliente na unidade de internação, isto é, no setor onde se localiza o quarto ou o apartamento ocupado pelo cliente. Da totalidade dos incidentes críticos relatados referentes a todo o período no hospital, a maioria se relaciona aos eventos que ocorrem no setor destinado à internação. Credita-se essa maior incidência ao fato de o cliente permanecer mais tempo no quarto do que nos demais locais do hospital.

No centro cirúrgico e na sala de recuperação o cliente permanece algumas horas; nos outros setores do hospital - -setor de admissão (no momento da baixa hospitalar) e faturamento (no momento da alta) - ele permanece durante alguns minutos (frações de hora). Já, na unidade de internação, a medida de tempo é em dias (exemplo: 1 dia de internação, 2 dias, 7 dias, 30 dias, etc.). Assim, é plausível que ele narre um número maior de eventos que ocorrem neste setor.

Considerando-se a grande quantidade de depoimentos obtidos, e a necessidade de organizá-los para a análise, opta-se por categorizá-los de acordo com os serviços profissionais das diversas equipes que atuam no hospital.

- **Equipe Médica**

Os atributos evidenciados estão relacionados ao acolhimento e atenção dos médicos, demonstrados por comportamentos de alegria, bom humor; a sua competência técnica e a facilidade de comunicação em caso de necessidade.

- Acolhimento e atenção:

O cirurgião era muito alegre e dizia que eu era sua paciente “preferida”. (F62)

[...] o atendimento dos médicos, que passavam no quarto todos os dias. (M65)

Também tem um fato ... o anestesista foi maravilhoso, foi lá na véspera [...] Ele foi lá e ficou me explicando sobre a anestesia [...] ele conversava, era agradável, distraía o paciente, muito atencioso, muito carinhoso. (F60)

- Competência técnica:

Sobre os médicos de lá: são excelentes todos, são muito bons ... Meu problema de bexiga foi resolvido, foi como “tirar com a mão”. (F74)

Eu estava muito confiante, porque o médico conseguiu me deixar muito tranquilo. (M65)

- Facilidade de comunicação em virtude de intercorrências:

Os médicos também eram muito bons, vinham logo em seguida que a gente chamava... (M74)

- **Equipe de Enfermagem**

Os depoimentos relatando eventos com a equipe de enfermagem representam, sem dúvida, os mais numerosos. É possível que este fato se deva ao intenso contato da enfermagem com o cliente nas 24 horas do dia, pois, dentre todas as categorias profissionais que atuam no hospital, a enfermagem é a que mais tempo permanece ao lado do cliente. Os atributos que se evidenciam são: acolhimento e atenção, aparência pessoal, atendimento rápido à chamada da campainha, capacidade de atender às necessidades do cliente e na resolução de situações problemáticas, respeito à privacidade e competência técnica.

- Acolhimento e atenção:

Ah, além disso, elas eram alegres e bem humoradas ... e esse tipo de manifestação torna o clima mais familiar, mais aconchegante. (F49)

Eram alegres, carinhosas e animadas. (M77)

E, depois, teve também a atenção constante das enfermeiras. (F62)

- Aparência pessoal:

Todas eram muito [...] limpas, tinham boa aparência, muito distintas. (F49)

- Atendimento rápido à chamada da campainha:

Então eu tocava a campainha e parecia que o auxiliar de enfermagem já estava passando na porta. Excepcionalmente isso não acontecia. (M65)

- Capacidade de resolver os problemas ou atender pedidos do cliente:

Estão sempre dispostos a procurar atender o que a gente solicita. (F58)

[...] o pessoal fazendo tudo o que a gente pedia sem fazer cara feia. (M45)

- Respeito à privacidade:

[...] não é muito fácil para um homem deixar uma mulher lhe dar banho. Eu lembro que eu senti muita vergonha, muita vergonha [...] Ela percebeu isso e falou [...] com essa conversa conseguiu me deixar à vontade... (M45)

- Competência técnica (conhecimento do trabalho):

E sempre me explicavam o porquê de fazer tal procedimento [...] sempre tinha uma conversa, uma conversa entre o paciente e o enfermeiro. (F42)

[...] todos eles com uma delicadeza exemplar. Realmente, muito profissionais, mas ao mesmo tempo um atendimento com muita humanidade: delicadeza, respeito, a fala num tom de voz muito agradável, sempre sorrindo. [...] O pessoal de enfermagem muito bom... (F90)

- Equipe de Nutrição

Os depoimentos que contemplam o serviço de nutrição envolvem aspectos relacionados ao comportamento desta equipe e com a qualidade das refeições. Os atributos que se evidenciam são: atenção, cortesia e rapidez e qualidade das refeições.

- Atenção, cortesia e rapidez:

A nutricionista sempre ao meu dispor, vendo o que eu queria comer ... (M56)

O pessoal da copa também era muito gentil, qualquer coisa que tu pedisse elas traziam ... (M65)

Aí ela prontamente levou a comida e aqueceu novamente e logo depois trouxe a comida de volta ... (M65)

- Qualidade das refeições:

[...] pra mim nunca veio nenhuma refeição que não tivesse carne ou peixe, uma sobremesa [...] Pra comida de hospital estava superboa. (M57)

- Equipe de Fisioterapia

O serviço de fisioterapia é pouco mencionado nos depoimentos. Isto, talvez, se deva ao fato de que nem todos os clientes necessitam deste tipo de atendimento. Os atributos

evidenciados dizem respeito ao comportamento do profissional, como a atenção dispensada ao cliente e ao seu preparo profissional:

- Atenção com o cliente e competência do profissional:

O pessoal da fisioterapia também eram todos muito bem preparados e atenciosos ... foi tudo muito satisfatório ... (M77)
[...] eu diria, assim, que eu não gostei muito do pessoal da fisioterapia [...] eu achava que ela (paciente) deveria ser estimulada para sair da cama, apesar dela não querer. Um que outro (fisioterapeuta) dizia assim: “Ah, ela está muito sonolenta, não dá pra trabalhar com ela”. Então, trabalhavam só na cama. Pra mim foi insatisfatório [...] (F90)

- Equipe de Limpeza

Aspectos referentes aos encontros de serviço com a equipe da higienização e limpeza, também denominado serviço de hotelaria, surgem somente nos relatos dos clientes, portanto, não constam no Quadro 1, anteriormente apresentado. Esta categoria emerge somente neste conjunto de dados, pois nos dados que se apresenta e se discute anteriormente, referente às entrevistas com os profissionais, esses elementos não são abordados. Embora seja do conhecimento de todos os profissionais a existência desse serviço no hospital, ele não é mencionado pelos respondentes. Assim, os encontros de serviço que ora se evidenciam complementam a análise apresentada no Quadro 1.

Os atributos referentes ao serviço de higienização e limpeza dizem respeito ao comportamento dos profissionais, o momento e a qualidade da limpeza. Assim, surgem: cordialidade, disponibilidade, manutenção do ambiente silencioso e limpo.

- Cortesia:

Até aqueles que vem fazer a faxina no quarto: eles entram, cumprimentam e quando saem desejam bom repouso. (F63)

- Momento da realização da limpeza:

Até as faxineiras [...] quando elas chegavam lá e tinha o médico ou visita ou alguém aplicando alguma medicação, então, elas diziam: “Depois eu volto” e voltavam mesmo, sem a gente precisar chamar, elas não esqueciam. (M65)

- Qualidade da limpeza:

[...] o que foi mais ou menos foi a limpeza diária do quarto... a pessoa que fazia “tapeava” um pouco ... não limpava atrás da porta, se o banheiro estava sendo usado ela ficava de voltar depois e não voltava [...] (M77)

- Equipe de Exames

Os depoimentos que mencionam os serviços auxiliares de diagnóstico – laboratório e radiologia - não são muitos. Sabe-se que a maioria dos clientes realiza exames pré-operatórios imediatamente antes da hospitalização, ficando um número reduzido para ainda ser feito no hospital antes da cirurgia. No pós-operatório, dependendo da situação, o cliente necessitará ou

não de algum exame para controle. Assim, não surpreende o pequeno número de relatos. Os atributos evidenciados dizem respeito à rapidez na realização do procedimento e disponibilização do resultado, e ao comportamento dos profissionais, expresso em cortesia e atenção.

- Cortesia e atenção:

O pessoal do raio X me atendeu muito bem e eram bem humorados.[...] eram todos muito atenciosos, pude observar o atendimento que era dado [...] (F42)

- Rapidez na realização do procedimento e disponibilização do resultado:

[...]eu fui fazer raio X na manhã da véspera de quando eu fui sair, eu tive que esperar quase uma hora [...] demorei entre ir e voltar quase duas horas. (M45)

O que mais me chamou a atenção foi a rapidez com que as coisas aconteciam [...] precisou fazer um Raio X e depois de 10 min já entrou no quarto a assistente do médico com o resultado do exame. (M77)

- Equipe da Pastoral

Poucos foram os depoimentos que mencionaram a equipe da pastoral. Os atributos evidenciados dizem respeito a cortesia e atenção, como no relato:

“[...] a irmã passa nos quartos, conversa... lá no hospital “X” tem o pastor, que também vai no quarto e conversa bastante comigo”. (F62)

“[...] tinha uma irmã que dava a comunhão no quarto. Isso é muito importante para quem é religioso como eu...” (M77)

4.2.3 Processo de Alta

Esta categoria apresenta os atributos relacionados ao momento de finalização do atendimento hospitalar. Os atributos que se evidenciam são: a cortesia em despedir-se do cliente, a disponibilidade em auxiliar na saída, a rapidez no preparo da documentação de alta e a capacidade de resolução de situações problemáticas de forma favorável para o cliente. Esses atributos são identificados nos depoimentos abaixo:

- Cortesia em despedir-se do cliente e disponibilidade em auxiliar na saída:

Olha, eu saí na quarta feira de manhã,. Então... o pessoal que estava ali, nos corredores da unidade, todos se despediram de mim e ... deram tchau ... (F42)

[...] uma enfermeira me levou na cadeira de rodas e a outra levou as malas. Coisa que foge da obrigação delas [...] E fizeram isso com um sorriso [...] (M45)

- Rapidez no preparo da documentação de alta:

Essa liberação da saída não foi tão ágil quanto a da baixa [...] (M60)

- Capacidade de resolução de situações problemáticas de forma favorável:

O hospital foi superatencioso, chegou e disse: “[...] tu vais lá no teu convênio e pede a autorização e traz pra gente”. Não me pediu cheque-caução, não me pediu nada e não bloqueou minha saída por causa disto. (M29)

Buscando-se sintetizar a análise e, concomitantemente, responder ao segundo objetivo específico deste estudo - “Gerar os atributos de satisfação para cada um dos encontros de serviço” – elabora-se um quadro-síntese, Quadro 2, no qual se apresentam os encontros de serviço (já descritos no Quadro 1) e os atributos evidenciados na análise das entrevistas com os clientes.

Os atributos de satisfação que se evidenciam no Quadro 2 demonstram que a satisfação dos clientes depende, em grande parte, de elementos relacionados à qualidade funcional do serviço, ou seja, a maneira como o serviço é entregue (GRÖNROOS, 1994). Os atributos acolhimento, atenção e cortesia exemplificam esta situação.

Já, a qualidade funcional do serviço surge apenas em algumas situações, estando relacionada à competência do profissional que atende o cliente. Entende-se este achado como previsível num estudo desenvolvido no ambiente do atendimento hospitalar, pois, o cliente, de maneira geral, possui pouco conhecimento para avaliar a qualidade técnica desse tipo de serviço. Como o conhecimento sobre o serviço é pequeno, o cliente utiliza os aspectos interacionais na avaliação, que constituem a essência dos encontros de serviço. Assim, os encontros de serviço são o próprio serviço.

Também pode-se observar que os aspectos tangíveis dos encontros de serviço, como a aparência do pessoal e as condições dos equipamentos de transporte, são atributos utilizados para avaliar o serviço. Elementos relacionados à dimensão tempo, como o cumprimento do horário previsto para o início do procedimento cirúrgico, a rapidez no atendimento ao chamado da campainha e a agilização do transporte para retorno ao quarto, também são atributos gerados na análise.

CATEGORIAS/ SUB-CATEGORIAS	ENCONTROS DE SERVIÇO	ATRIBUTOS
P1 – ADMISSÃO	ES Portaria	*
	ES Admissão	Atenção das funcionárias; rapidez no atendimento; acompanhamento do cliente até o setor e orientações para/na internação.
P2- INTERNAÇÃO P2.1 – Centro Cirúrgico	ES Pré-Operatório	Cumprimento do horário previsto para início do procedimento.
	ES Sala Cirúrgica	Relacionamento com a equipe médica; atenção dos médicos na sala cirúrgica.
	ES Sala de Recuperação	Atenção, disponibilidade e competência da enfermagem.
P2.2 - Transporte	ES Transporte	Transporte cuidadoso e delicado; condições do equipamento; agilização no retorno ao quarto.
P2.3 – Unidade de Internação	ES Equipe Médica	Acolhimento e atenção, competência técnica; facilidade de comunicação nas intercorrências.
	ES Equipe Enfermagem	Acolhimento e atenção; aparência pessoal; atendimento rápido à campainha; capacidade de resolver problemas ou pedidos do cliente; respeito à privacidade e competência técnica.
	ES Equipe Nutrição	Atenção e cortesia; rapidez e qualidade das refeições.
	ES Equipe Fisioterapia	Cortesia e atenção; competência do profissional.
	ES Equipe de Higienização e Limpeza	Cortesia; momento da realização da limpeza e qualidade.
	ES Exames	Cortesia e atenção; rapidez.
	ES Pastoral	Cortesia e atenção.
P3 - ALTA	ES Alta Médica	Cortesia em despedir-se do cliente.
	ES Alta Enfermagem	Cortesia em despedir-se do cliente; disponibilidade em auxiliar na saída.
	ES Secretária	Rapidez no preparo da documentação.
	ES Conta Hospitalar	Rapidez no preparo da conta hospitalar; capacidade de resolver situações problemáticas de forma favorável.
	ES Portaria	*

Quadro 2 – Quadro-síntese dos encontros de serviço e seus atributos de satisfação

Fonte: Dados da pesquisa

* Não foram evidenciados atributos para os ES Portaria.

Finalizando, cabe mencionar que, para os denominados ES Portaria que ocorrem no processo de admissão e de alta, não foram mencionados atributos de satisfação. Tal fato leva a pensar que talvez o tempo de contato seja tão pequeno ou que, praticamente, nem ocorra interação com o funcionário da portaria, que esse evento passe quase despercebido pelo cliente.

4.3 Os Componentes dos Encontros de Serviço

A análise dos relatos dos profissionais e dos clientes permite, ainda, a identificação dos componentes dos encontros de serviço no hospital, quais sejam: os clientes, os profissionais envolvidos no atendimento direto e o próprio hospital. Esses três elementos correspondem aos componentes dos encontros de serviço mencionados por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) e Bateson (1985), graficamente representados pela figura geométrica do triângulo, onde em cada vértice se posiciona um dos componentes.

O cliente aqui é concebido numa visão ampliada, ou seja, engloba não apenas o indivíduo doente como também seus familiares. Nas entrevistas, é possível constatar que grande parte dos entrevistados possui um acompanhante no quarto, em algumas horas do dia ou durante praticamente toda a hospitalização. Assim, em alguns momentos da coleta dos dados esses acompanhantes – esposo, esposa e filha - participam da entrevista, complementando o relato do paciente.

Em relação ao acompanhante, em alguns dos depoimentos constata-se que ele pode ser percebido assumindo duplo papel: às vezes é cliente e, noutras, é prestador de serviço. Como cliente, ele é reconhecido como alguém que também está recebendo serviço do hospital, como pode ser exemplificado através do relato:

Elas eram ótimas, eram mesmo muito boas... sempre diziam “Olha, qualquer coisa vocês me chamem, vocês me chamem pro que precisar...” E o C. chama mesmo, qualquer coisa ele chama, mas comigo não. Elas sempre vinham e atendiam ele muito bem. Elas eram muito atenciosas com ele (o marido), comigo, com meus filhos e até com os amigos que também dormiram lá, com todo mundo. Durante uns 10 dias ficaram uns amigos nossos e não houve nenhum problema, com ninguém mesmo. (M74)

Noutros relatos, ele é percebido pelo doente como alguém que está ali para auxiliar no seu atendimento, conferindo-lhe, então, um papel de prestador de serviço, o que se constata através do depoimento:

[...] o acompanhante é um auxiliar de enfermagem para eles, porque muitas vezes durante a noite quando eu precisava (três ou quatro vezes) eu chamava a minha esposa prá me dar o papagaio, prá me ajudar a levantar e ir no banheiro, prá me dar água e, se ela não estivesse lá, eu teria que chamar a enfermeira. Então isso é ... o acompanhante, não deveria ser cobrado todo esse valor, eu acho que deveriam cobrar um valor mais simbólico como pela roupa de cama, o café da manhã, [...] isso nós botamos na carta, porque você está lá colaborando com o trabalho deles, o acompanhante está lá para ajudar [...] se o acompanhante não estivesse lá

eu realmente iria ocupar muito mais as enfermeiras [...] Eu acho que se não tivesse acompanhante, eu acredito que eles teriam que ter mais umas três ou quatro enfermeiras prá atender as pessoas dignamente, dentro daquilo que tu estás pagando. (M56)

Embora essa duplicidade de papéis do acompanhante pareça estranha, ela traz à discussão dois elementos relacionados ao serviço: o conceito de cliente para um serviço de saúde e as implicações da característica da simultaneidade.

O conceito de cliente para um serviço de saúde deve ser concebido numa dimensão coletiva: paciente–familiar. Existem situações em que, por vezes, sabe-se que, mesmo que o serviço seja prestado para um indivíduo doente a interação ocorre com a família, como nos casos de pacientes inconscientes nos CTIs ou mesmo no caso dos paciente pediátricos, em que ocorre uma intensa interação com a mãe ou o pai ou ambos.

A simultaneidade entre a produção e o consumo do serviço traz o cliente para dentro do ambiente de serviços e, no caso do atendimento em saúde, ele é participante do processo. Assim, parece aceitável que o cliente, representado por dois elementos – doente e familiar, tenha participação direta ou indireta na produção de cuidados e contribua com seus esforços para a recuperação da saúde, através de ações, por exemplo, cuidados físicos ou de apoio emocional.

Os funcionários de contato são representados por todos aqueles profissionais que estão envolvidos no atendimento, por exemplo: enfermeiros e técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, copeiras, fisioterapeutas, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório, religiosos (pastoral da saúde), serventes de limpeza, secretárias, recepcionistas, auxiliares administrativos (faturamento) e porteiros. Cada um desses profissionais desenvolve uma parcela do trabalho relacionado ao atendimento, em virtude do seu preparo profissional e das necessidades do cliente em termos de atendimento.

Analisando os componentes “cliente” e “funcionários de contato” constata-se que uma série de atores protagoniza os encontros de serviço no hospital. Esses atores envolvidos acarretam uma variabilidade nas formas de interação e na produção de serviços, tornando a avaliação do serviço uma tarefa extremamente complexa.

O hospital, como organização prestadora de serviços, tem sua maneira própria de funcionar. Cada hospital possui suas normas e rotinas de funcionamento, embora todos ofereçam serviços hospitalares. Por exemplo: em todo o processo de atendimento hospitalar existe um momento em que ocorre a formalização da internação do doente. Contudo, em um determinado hospital ela pode ser realizada no setor de internações de convênios; no outro, na recepção do próprio bloco cirúrgico; e, noutro ainda, no *guichê* do setor de admissão de

convênios existente no andar. Horários de visita ou mesmo rotinas de atendimento variam de um hospital para outro.

O ambiente físico do hospital, das unidades de internação e dos próprios quartos também apresentam variações. Alguns hospitais passam por processos de reforma em sua área física, evidenciando a preocupação em oferecer um ambiente agradável e dentro de padrões estéticos contemporâneos, enquanto que outros ainda apresentam ambientes com propostas mais próximas ao convencional.

Nos depoimentos há interessantes opiniões acerca do ambiente físico do hospital, sob vários aspectos:

- Aspectos de conforto (ar condicionado, colchões, cama com controle remoto, estacionamento):

O quarto era muito quente, o ar condicionado não funcionava. A água quente do banheiro é muito difícil de regular, minha esposa é que reclamava muito disso, pois ela quase se queimava quando ia regular a água do banho para mim. (M56)

O estacionamento era muito bom, cobravam R\$ 2,00 por dia, daí a gente podia deixar o carro ali. (F63)

Outra coisa, ... Tinha uma cadeira estofada, mas tu não podias sentar nela porque “estourava” as costas da gente ... mas todos os dias amanhecia um punhado de cupim do lado da cadeira. Isso no andar que era o melhor. Era um monte de cupim que todos os dias tinha que ficar limpando aquilo ... Eu até fico pensando que a gente tem que, agora, escolher primeiro o hospital e depois o médico. E pode por isso aí mesmo, porque eu quero que eles saibam que a gente não é trouxa, que a gente percebe isso tudo. (M74)

A cama com controle remoto também era bárbara, eu nunca tinha visto aquilo. Ela também era muito confortável. (F49)

Acho que os colchões poderiam ser modernizados, Foi a única coisa que eu tive de ruim durante todo o tempo foi o colchão, foi a cama. (F62)

O andar era muito calmo e silencioso, isso também chamou atenção. (M77)

- Aspectos estéticos (cores e material utilizado):

Uma coisa que me surpreendeu foi o ambiente do setor. Eu não esperava um ambiente assim. Quem sugeriu o hospital foi meu médico e eu aceitei. O ambiente era muito bonito ... as cores utilizadas nas paredes, pias com tampo em granito, cama com controle remoto, frigobar, duas pias ... uma logo na entrada do quarto e outra no banheiro. (F49)

Mas a parte nova está muito boa, os banheiros são novos e bons, aquela pia logo na entrada do quarto ... Mas no sul, até as gurias da copa quando vinham trazer a comida no quarto percebiam aquele cheiro ruim ... Claro que é ruim você estar ali servindo a comida e sentindo aquele cheiro ... (M70)

- Segurança (pia para lavagem das mãos):

Aquela pia logo na entrada do quarto ... eu via que todas as pessoas que entravam para me atender lavavam as mãos ali, isso dá segurança para a gente. A gente sabe da importância da lavagem das mãos no hospital para

evitar transmissão de infecções ... Então, com aquela pia logo na entrada ... a gente pode ver as pessoas lavarem as mãos. Todas as outras pessoas sempre lavaram as mãos. (CF49)

- Lazer (NET, vídeo):

Podiam, com certeza, ter uma NET no quarto ... tem uma televisão e podiam instalar uma NET. Isso é importante naqueles momentos em que a gente fica absolutamente só. (F62)

Eu sei que ter NET em todos os pontos seria um custo muito elevado; mas talvez uma sugestão de deixar um vídeo; um vídeo que o paciente pudesse locar algumas fitas e ver alguma coisa diferente ... (M54)

A leitura destes relatos revela a atenção que o cliente dispensa ao ambiente, valorizando aspectos de conforto (ar condicionado, colchões, cama com controle remoto, estacionamento), estética (cores e material utilizado), segurança (pia para lavagem das mãos) e lazer (NET, vídeo). Para Bitner (1992), o ambiente físico pode influenciar comportamentos e auxilia a criar uma imagem organizacional, influenciando na satisfação do cliente com o serviço.

É pertinente recordar que a literatura sobre o tema menciona que o cliente utiliza os elementos tangíveis do ambiente para avaliar o serviço que, por característica, é intangível. Ele desenvolve um processo para tangibilizar o intangível (HUTTON e RICHARDSON, 1995; SCHIFFMAN e KANUK, 2000; HOFFMAN e TURLEY, 2002).

Cabe também mencionar que os relatos acerca do ambiente surgem espontaneamente nas entrevistas, o que parece reforçar a idéia de que o cliente percebe o serviço como um todo, isto é, como ele está fisicamente dentro do ambiente em que o serviço é prestado, o ambiente passa a ser parte do serviço. Assim, a categoria “ambiente” emerge da análise dos relatos dos clientes.

Através da discussão apresentada acredita-se ter respondido ao terceiro objetivo específico desta investigação: “Identificar e descrever os componentes dos encontros de serviço em um hospital”.

4.4 Contribuições da Etapa Exploratória: reformulação do modelo e geração de hipóteses

O estudo do tema evidencia que os encontros de serviço ocorrem desde o momento em que o cliente chega ao hospital até o momento de saída desse ambiente, sendo protagonizados,

de um lado, pelo cliente - paciente e seus familiares e, de outro, pelos profissionais que ali atuam. Os profissionais de contato, por sua vez, compõem um grupo numeroso e heterogêneo, possuindo formação em cursos ligados à área da saúde, administrativa, espiritual (religiosos), etc. Além da formação em diferentes profissões, dentro de uma mesma equipe, há profissionais com diferentes níveis de formação – superior ou médio – como no caso da enfermagem e da nutrição.

A etapa exploratória da pesquisa permite identificar os encontros de serviço no hospital e os atributos de satisfação a ele relacionados. Entretanto, para os denominados ES portaria não se evidenciam atributos, o que leva a pensar que talvez o exíguo tempo de contato não configure este fato como importante para o cliente e, portanto, não marcante. Outra possibilidade de interpretação talvez esteja relacionada ao fato de que, ao chegar ao hospital, o cliente está preocupado com o procedimento cirúrgico a que será submetido. Já, na saída, ele está na expectativa do retorno ao domicílio e, como em algumas circunstâncias está acompanhado por um membro da equipe de enfermagem, o contato com o vigilante da portaria torna-se efêmero ou inexistente.

Os incidentes críticos relatados apresentam situações que produzem satisfação nos clientes e estão relacionados com os encontros de serviço que ocorrem em todo o processo de atendimento, desde a admissão até a alta. Isso configura o atendimento hospitalar como um processo. Indica, também, que os encontros de serviço que compõem cada um dos processos - admissão, internação e alta - influenciam a satisfação do cliente com o serviço oferecido pelo hospital. Essas constatações vêm ao encontro das afirmações feitas por Harbarger (2000) e Peltier, Boyt e Schibrowsky (1998) de que a satisfação do cliente no ambiente hospitalar é resultante de múltiplos encontros de serviço entre uma variedade de parceiros de troca, indo além das habilidades técnicas do profissional. Partindo-se das idéias dos autores citados e dos resultados da pesquisa de campo, elabora-se a primeira hipótese de pesquisa:

H1: Os encontros de serviço decorrentes dos processos de admissão, internação e alta influenciam a satisfação do cliente atendido no hospital.

Outro ponto evidenciado na etapa exploratória diz respeito ao próprio hospital, mais especificamente aos aspectos relacionados ao seu ambiente físico e funcionamento como empresa prestadora de serviços. Bitner (1992) menciona que o ambiente é um dos fatores que influenciam na satisfação do cliente, pois, em virtude da simultaneidade das fases de produção e consumo, o cliente está presente no ambiente de serviços, fazendo com que perceba esse ambiente como parte do serviço recebido. Os hospitais, segundo Zeithaml e Bitner (2000), comunicam-se fortemente por evidências físicas que lhes conferem credenciais como

provedores de serviço. Bitner (1992) ainda identificou que empresas orientadas por uma forte cultura de serviços favorecem a manifestação de ações espontâneas dos empregados para melhor atender o cliente. Assim, esses aspectos próprios do hospital originam outra hipótese de pesquisa:

H2: O ambiente físico e o funcionamento do hospital exercem influência na satisfação do cliente.

Zeithaml e Bitner (2000) afirmam que nem todos os contatos são igualmente importantes num ambiente de serviços, sendo que alguns adquirem uma posição mais central para a satisfação de clientes. O trabalho de campo junto aos clientes evidencia um volume maciço de relatos ligados à unidade de internação, que é o local onde se situa o quarto do paciente. Acredita-se que esse fato possa ser explicado com base em dois fatores: primeiro, que o procedimento anestésico e as drogas utilizadas comprometem os registros na memória do paciente, o que implica lembrança pobre do que ocorre naquele período; e, segundo, que o período de permanência no quarto é mais longo, sendo habitualmente contado em dias, enquanto que a passagem pela sala cirúrgica e de recuperação é contada em horas. Assim, elabora-se a terceira hipótese de pesquisa:

H3: Os encontros de serviço que ocorrem na unidade de internação são os que exercem maior influência na satisfação do cliente no processo de internação.

Durante os encontros de serviço é que o cliente avalia e forma sua opinião sobre o serviço (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000). Numa situação de internação hospitalar, como já mencionado, ocorrem inúmeros eventos de interação. A cada evento, o processo de avaliação é retomado, podendo-se acrescentar ou subtrair pontos em uma avaliação geral (ZEITHAML e BITNER, 2000). É no decorrer desse processo que o cliente vai formando a imagem da organização. Esta imagem, por sua vez, exercerá influência sobre suas decisões posteriores de utilizar o serviço novamente.

A satisfação do cliente com o atendimento recebido poderá exercer influência sobre seu comportamento futuro em relação ao hospital, manifestados através de um desejo de voltar a utilizar o serviço em caso de necessidade ou mesmo de recomendá-lo a outras pessoas. Portanto, esse pressuposto dá origem a última hipótese de pesquisa:

H4: A satisfação com o atendimento recebido exercerá influência sobre a intenção de recomendação do serviço oferecido pelo hospital ou de retorno ao mesmo em caso de necessidade.

A etapa exploratória evidencia, ainda, que nos relatos sobre a unidade de internação praticamente metade da quantidade de incidentes mencionados envolva situações com a

equipe de enfermagem. Sabe-se que esta é a equipe que estabelece maior contato com o cliente hospitalizado, acompanhando-o durante as 24 horas do dia e durante toda sua internação. Num período de 24 horas ocorrem vários encontros de serviço em virtude dos medicamentos a serem administrados, do controle de sinais vitais, dos curativos, dos cuidados de higiene e conforto, etc. Isto torna o contato muito intenso, pela frequência com que ocorrem os encontros, e também de proximidade física em decorrência dos cuidados diretos. Zeithaml e Bitner (2000) afirmam que os encontros de serviço com a equipe de enfermagem são os mais importantes para predizer a satisfação do que os encontros com o pessoal dos outros serviços do hospital. Este comentário desperta o interesse pela investigação de outra hipótese: “Os encontros de serviço com a equipe de enfermagem são os que exercem maior influência na satisfação do cliente na unidade de internação”.

A etapa exploratória permite o estabelecimento das hipóteses de pesquisa acima descritas. Cooper e Schindler (2003) explicam que proposições (ou hipóteses) de pesquisa devem ser submetidas a testagem e desempenham importante papel para o desenvolvimento da teoria.

No caso específico deste estudo, o trabalho de campo da fase exploratória e as hipóteses formuladas possibilitam um refinamento do modelo inicialmente proposto para analisar a relação entre os encontros de serviço e a satisfação de clientes de serviços hospitalares. Assim, a nova versão do modelo busca representar o fenômeno em estudo de maneira mais detalhada e direcionada ao contexto do serviço hospitalar (Figura 5).

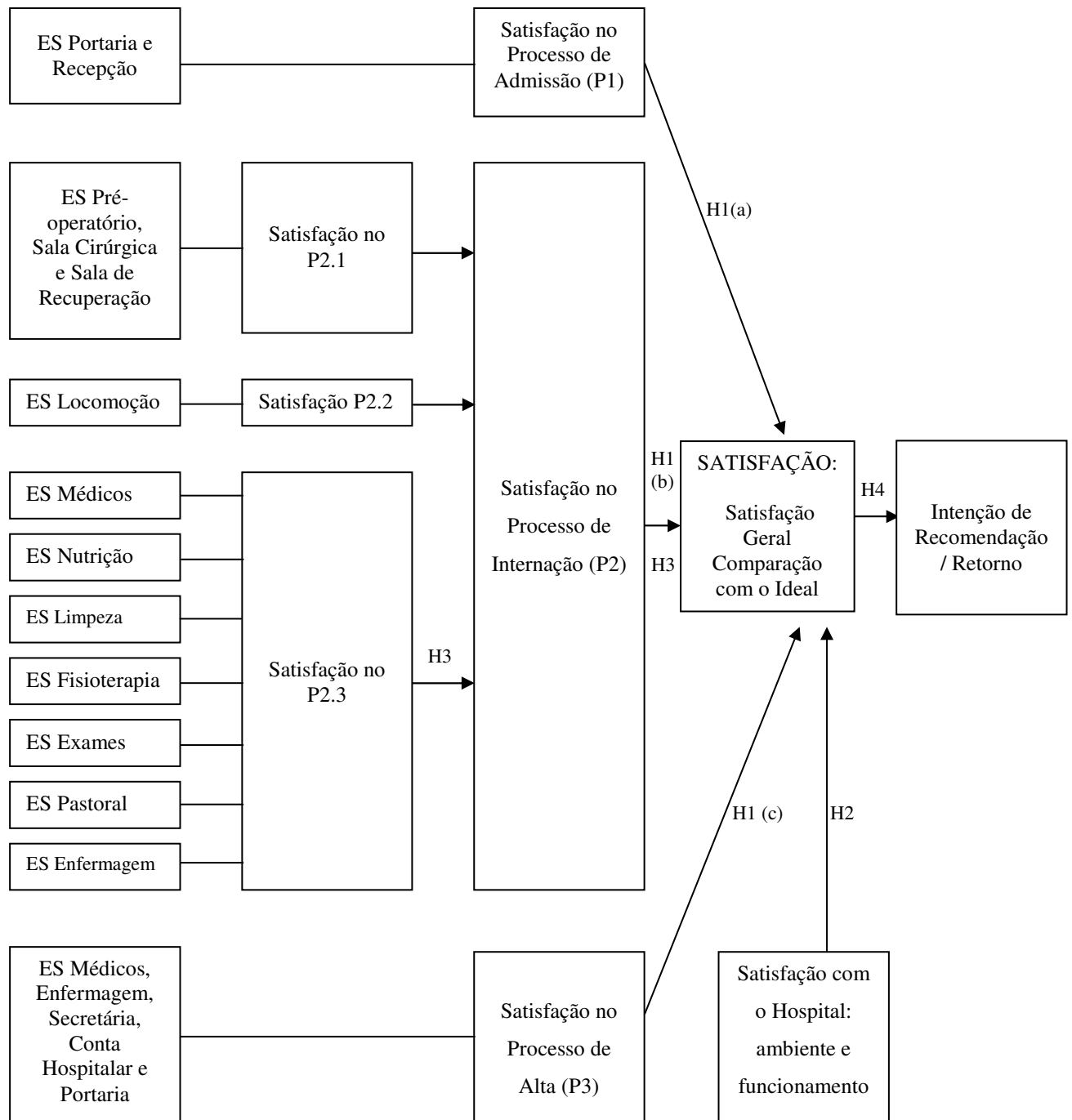


Figura 5 – Modelo de encontros de serviço e satisfação de clientes

Fonte: Dados da pesquisa

5 RESULTADOS DA ETAPA DESCRITIVA

Este capítulo apresenta os dados da etapa descritiva e sua análise, caracterizando a abordagem quantitativa do tema em estudo. Inicialmente são apresentados os dados relativos aos respondentes com o intuito de traçar um perfil dos participantes. A seguir, então, são apresentados os dados relativos às variáveis do estudo, sendo a análise realizada em quatro etapas distintas: na primeira, encontram-se as médias obtidas em cada uma das variáveis, o correspondente nível de satisfação e os resultados da regressão múltipla; na segunda, os resultados da ANOVA; na terceira, a análise de cada um dos construtos, através da análise fatorial confirmatória; na quarta apresenta-se a última etapa referente à análise do modelo proposto com os respectivos resultados dos testes estatísticos.

5.1 Caracterização da Amostra

O perfil dos participantes surge a partir dos dados referentes às questões 88 a 98 do instrumento de coleta. Os recursos estatísticos utilizados nesta etapa são a frequência absoluta e o percentual. Buscando-se facilitar a compreensão e visualização desse perfil, os dados referentes a cada questão estão apresentados individualmente, ou seja, item por item.

- Idade

Os entrevistados têm entre 19 e 92 anos de idade. Em virtude da amplitude do intervalo entre a menor e a maior idade, se estabelecem faixas etárias. Na caracterização dessas faixas, utiliza-se a classificação proposta por Mosquera e Stobäus (1984). Os autores, estudando o desenvolvimento humano do nascimento à morte, concebem a personalidade humana como formada por seis círculos interpenetrados e conjugados, denominados: infância (0 a 6 anos), meninice (6 aos 12 anos), adolescência (12 aos 20 anos), adulez jovem (20 aos 40 anos), adulez média (40 aos 65 anos) e adulez velha (65 em diante). No grupo estudado constata-se uma concentração maior de sujeitos adultos com mais de 41 anos, isto é, adultos médios e velhos (Tabela 1).

Tabela 1 - Idade

FAIXAS ETÁRIAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Até 40 anos	46	22,2%
De 41 a 65 anos	85	41,1%
Mais de 65 anos	76	36,7%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Sexo

O grupo de entrevistados apresenta uma distribuição semelhante quanto ao sexo, sendo composto por 103 integrantes do masculino e 104 do feminino (Tabela 2).

Tabela 2 - Sexo

SEXO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Masculino	103	49,8%
Feminino	104	50,2%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Estado Civil

Em relação ao estado civil, o grupo é composto, em sua maioria, por indivíduos casados, representando 67,6% da amostra (Tabela3).

Tabela 3 – Estado civil

ESTADO CIVIL	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Solteiro	19	9,2%
Casado	140	67,6%
Viúvo	33	15,9%
Divorciado	15	7,2%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Escolaridade

Em relação à escolaridade constata-se maior concentração naqueles indivíduos que possuem 2º grau completo e ensino superior completo, representando 27,5% e 25,6% da amostra, respectivamente. Caso se adicione ao primeiro grupo aqueles que possuem o ensino superior incompleto (57+27), o percentual aumentará para 40,58%, tornando este grupo o mais expressivo (Tabela 4).

Tabela 4 – Escolaridade

ESCOLARIDADE	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
1º grau completo	30	14,5%
1º grau incompleto	18	8,7%
2º grau completo	57	27,5%
2º grau incompleto	15	7,2%
Ensino superior completo	53	25,6%
Ensino superior incompleto	27	13,0%
Pós-graduação	7	3,4%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Principal Ocupação

Em relação à atividade profissional do entrevistado, constata-se que 33,8% é de aposentados. Alguns participantes, representando 19,3% da amostra, optam pela alternativa “outro”, relacionando com as atividades “do lar” (Tabela 5).

Tabela 5 – Principal ocupação

PRINCIPAL OCUPAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Empresário	18	8,7%
Profissional liberal	6	2,9%
Funcionário público	21	10,1%
Funcionário empresa privada	32	15,5%
Autônomo	11	5,3%
Estudante	8	3,9%
Aposentado	70	33,8%
Desempregado	1	0,5%
Outro	40	19,3%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Renda Domiciliar

A renda domiciliar mensal é um item do questionário respondido por apenas parte dos entrevistados, pois 34,8% expressam o desejo de não revelar essa informação. Dentre aqueles que informam a renda, isto é, 65,2% da amostra, constata-se uma variação entre R\$ 500,00 a R\$ 30.000,00. Assim, se estabelecem faixas de rendas cuja concentração maior dos sujeitos respondentes está na faixa entre R\$ 2.001,00 até R\$ 4.000,00 (Tabela 6).

Tabela 6 – Renda domiciliar mensal

RENDA DOMICILIAR	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Até R\$ 2000	21	10,1%
De R\$ 2001 a R\$ 4000	52	25,1%
De R\$ 4001 a R\$ 6000	26	12,6%
De R\$ 6001 a R\$ 8000	17	8,2%
Mais de R\$ 8000	19	9,2%
Não respondentes	72	34,8%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Convênio

Os entrevistados são usuários de diferentes convênios, mais de 20 tipos, com maior incidência para a Unimed (40,1%), seguida pelo IPE (16,4%). Os convênios classificados como outros, representam 29,0%, englobam clientes particulares (1,9%) ou usuários de convênio diversos – Amil, Cabergs, Copesul, Eletrosul, Ipiranga, etc., - porém, nenhum com expressão superior a 5% isoladamente (Tabela 7).

Tabela 7 – Convênio

CONVÊNIO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Unimed	83	40,1%
Ipe	34	16,4%
Bradesco	19	9,2%
Golden Cross	11	5,3%
Outros	60	29,0%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Tempo de Permanência

Os entrevistados têm diferentes períodos de permanência no hospital, com limite mínimo de internação de três dias – incluído como critério de seleção da amostra – e tempo máximo de 90 dias. Nesse grupo, as permanências de até cinco dias e de seis a 10 dias representam a maioria (64,2%) dos entrevistados (Tabela 8).

Tabela 8 – Tempo de permanência no hospital

TEMPO DE PERMANÊNCIA	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Até 5 dias	52	25,1%
De 6 a 10 dias	81	39,1%
De 11 a 15 dias	36	17,4%
Mais de 15 dias	38	18,4%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

- Acomodação

A acomodação refere-se ao tipo de quarto ou apartamento ocupado pelo cliente, compartilhando-o ou não com outro paciente. Essa acomodação depende do tipo de plano de saúde, existindo planos que prevêm internação hospitalar em quarto privativo e outros em quartos semi-privativos.

De acordo com o Ministério da Saúde, quarto é o “elemento destinado à internação de um ou dois pacientes ou de um paciente e um acompanhante”, enquanto que a enfermaria

acomoda de três a seis pacientes (BRASIL, 1987, p.11)¹⁵. Para fins deste estudo, adota-se a denominação de quarto privativo para a internação de um paciente ou um paciente e um acompanhante, e de quarto semi-privativo para acomodar dois pacientes.

Por ocasião da etapa exploratória da pesquisa, constata-se que um dos hospitais adotava a denominação de semi-privativo também para instalações que acomodam três e quatro pacientes. Clientes hospitalizados nesse tipo de acomodação não estão incluídos nesta pesquisa, porém, constam no item 97 do questionário apenas para fins de certificação dos critérios de inclusão na amostra. Assim, o grupo participante da pesquisa caracteriza-se por internações em quartos privativos, representando 69,1% da amostra (Tabela 9).

Tabela 9 – Tipo de acomodação

TIPO DE ACOMODAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Quarto privativo	143	69,1%
Quarto semi-privativo	64	30,9%
Total	207	100,0%

Fonte: Dados da pesquisa

5.2 Encontros de Serviço e Satisfação dos Clientes

Os encontros de serviço e a satisfação dos clientes são avaliados através das questões 1 a 79, considerando-se os três processos de atendimento no hospital definidos na etapa exploratória desta pesquisa - admissão, internação e alta – e nos aspectos relativos ao hospital propriamente dito, quanto ao seu ambiente físico e funcionamento. Essa mesma seqüência de categorias será seguida na apresentação e discussão dos resultados encontrados na etapa descritiva.

5.2.1 Resultados da estatística descritiva e regressão múltipla

¹⁵ Oficialmente, o Ministério da Saúde classifica dois tipos de acomodações para pacientes: quarto e enfermaria (BRASIL, 1987). Na prática, de modo geral, os hospitais têm utilizado a denominação de quarto privativo para acomodar um paciente; quarto semi-privativo, para dois; enfermaria para três ou mais.

A estatística descritiva permite conhecer a média dos escores por item e, a partir desta, calcular o nível de satisfação (em percentagem) dos participantes relacionado a cada item do questionário. Para o cálculo do nível de satisfação (NS) utiliza-se a fórmula $NS = (X - 1) \cdot 20$, em que X representa a média obtida no item. Para avaliar a influência dos atributos na satisfação, ou seja, o quanto cada um dos atributos auxilia a explicar este fenômeno utiliza-se a técnica de análise de regressão múltipla.

5.2.1.1 Os encontros de serviço no processo de admissão no hospital

O processo de admissão do cliente caracteriza o momento de seu ingresso no sistema de atendimento hospitalar. As questões de número 2, 3, 4 e 6 avaliam aspectos dos encontros de serviço deste processo, encontrando-se níveis de satisfação que variam entre 89,76% a 91,67%, sendo o menor relacionado ao atributo rapidez no atendimento e o maior com a atenção do funcionário da recepção (Tabela 10). A questão 7, que sintetiza a satisfação com os encontros de serviço que ocorrem no momento da chegada, apresenta nível de satisfação de 91,11%.

A análise de regressão evidencia que a orientação dada pelo funcionário da recepção do hospital e a rapidez do atendimento neste setor são os atributos que influenciam na satisfação nos encontros de serviço que ocorrem no processo de admissão.

O evento da hospitalização, normalmente, é acompanhado de apreensão e expectativa. O cotidiano de trabalho nos hospitais tem mostrado que o cliente é receptivo às orientações dos profissionais, tornando-se mais cooperativo quando sabe antecipadamente o que vai ocorrer ou como deve proceder:

Aí, quando cheguei, tive uma surpresa: o atendimento foi “fora de série” . Já na portaria me encaminharam para onde eu tinha que ir ... eu não fiquei na dúvida em nenhum momento. ... Então eu já sabia o dia e o horário que deveria estar no hospital e já tinha a documentação toda pronta. Tinham me explicado a que horas eu deveria chegar no hospital, como deveria ser o jejum ... Então não teve problema nenhum. (M57)

Esse procedimento de orientação remete à proposta de socialização organizacional do cliente, mencionada por Kelly (1990) e Froemming (2001). De acordo com essa abordagem, o cliente necessita conhecer qual o comportamento que é esperado dele para melhor desempenhar seu papel quando em contato com o prestador de serviço. No caso do atendimento em saúde, esse aspecto é fundamental, pois, o sucesso de um tratamento

depende, em muito, do grau de colaboração e comprometimento do paciente com sua recuperação.

Da mesma forma, é preciso ponderar que o momento da admissão caracterizado pela formalização do ingresso no sistema de atendimento, envolvendo documentação e preenchimento de formulários, o cliente tem a expectativa de que esses procedimentos se realizem rapidamente para, então, dirigir-se ao bloco cirúrgico (como no relato anterior) ou acomodar-se no quarto:

A minha chegada no hospital foi muito boa. Eu cheguei e preparei os papéis e, em seguida, eles colocaram um apartamento a minha disposição. [...] Então foi tudo muito rápido. Aí um funcionário do setor de baixa me acompanhou até o quarto. (F74)

Também cabe esclarecer que as questões 2 e 6 não apresentam valores para o beta (β) em decorrência do procedimento de estimação Stepwise utilizado na análise por regressão. Nesse procedimento, as variáveis com coeficientes estatisticamente significativos são selecionadas em termos do seu poder explicativo, enquanto que outras podem ser eliminadas, caso seu poder explicativo caia para um nível não-significante (HAIR et al., 2005). Dessa forma, tanto no primeiro conjunto de dados, quanto naqueles que serão apresentados na seqüência, existem variáveis que não apresentam valores para o β .

Tabela 10 – Encontros de serviço no processo de admissão

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
2. A atenção demonstrada pelos funcionários da recepção (setor de admissão).	5,58	91,67%	-
3. A orientação dada pelo funcionário da recepção do hospital.	5,57	91,45%	0,578*
4. A rapidez no atendimento no setor de admissão.	5,49	89,76%	0,302*
6. O auxílio para carregar as bagagens até o quarto.	5,57	91,37%	-
7. Considerando esse momento de chegada no hospital (admissão), qual seu grau de satisfação?	5,56	91,11%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,716$

Fonte: Dados da pesquisa

5.2.1.2. Os encontros de serviço do processo de internação no hospital

O segundo processo, denominado na etapa exploratória de processo de internação, envolve os encontros de serviço que compõem os subprocessos centro cirúrgico, locomoção e

unidade de internação. Por se tratar de uma categoria com grande conjunto de dados, estes serão apresentados respeitando-se seus subprocessos.

5.2.1.2.1 Centro Cirúrgico

O subprocesso denominado centro cirúrgico envolve os encontros de serviço relacionados mais diretamente ao procedimento cirúrgico. As questões de número 8 a 13 avaliam diversos aspectos dos encontros de serviço deste subprocesso, encontrando-se níveis de satisfação que variam entre 88,36% a 95,43%, sendo o menor relacionado ao atributo cumprimento do horário previsto para a cirurgia e o maior com a acolhida da equipe médica na sala cirúrgica (Tabela 11). A questão 14, que sintetiza a satisfação com os encontros de serviço no centro cirúrgico, apresenta nível de satisfação de 92,33%.

A análise de regressão no centro cirúrgico mostra que a capacidade da equipe de enfermagem para resolver os problemas apresentados pelo paciente e a atenção desta para com o mesmo na sala de recuperação são os atributos com maior influência na satisfação nos encontros neste subprocesso. A atenção da equipe médica e o cumprimento do horário também são atributos que auxiliam a explicar a satisfação neste subprocesso.

Como já se menciona ao abordar os resultados da etapa exploratória, os relatos sobre a experiência no centro cirúrgico ficam comprometidos em decorrência do procedimento anestésico. Assim, não causa surpresa que os eventos que exercem maior impacto na satisfação sejam aqueles relacionados à sala de recuperação, local onde o paciente está retornando ao seu estado de consciência. A maioria dos encontros de serviço nesta sala é protagonizada pela equipe de enfermagem e o paciente.

Nesse período, imediatamente posterior à cirurgia, o paciente apresenta desconfortos físicos necessitando do auxílio e da atenção constante da enfermagem, isto é, de serviços de enfermagem para minimizar o desconforto, conforme o depoimento a seguir:

[...] na sala de recuperação uma atenção muito forte, uma pessoa (enfermagem) para cada dois pacientes, quer dizer você tem durante 100% do tempo alguém te olhando; em termos de segurança para o paciente foi genial [...] então foi 100% o acompanhamento ali. (M54).

Situação similar também aparece no relato de outra participante:

[...] eu fiquei encantada com o atendimento, porque eu sentia aquela dor horrível, que não tinha como parar. [...] elas estavam preocupadas em

aliviar aquela minha dor, então vinham com compressas quentes, com bolsa de água quente, [...] (F63).

É uma etapa do atendimento que requer acompanhamento e cuidados constantes. A proximidade física, a frequência dos contatos e a dependência do paciente em relação ao profissional que lhe presta cuidados são características marcantes do atendimento neste setor. Como a enfermagem é a equipe responsável pelo cuidado direto ao paciente, sobre ela recai grande parcela de responsabilidade no que diz respeito à satisfação do cliente em relação ao serviço.

Tabela 11 – Encontros de serviço no subprocesso centro cirúrgico

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
8. O cumprimento do horário previsto para o início da cirurgia.	5,42	88,36%	0,195*
9. A atenção demonstrada pela equipe médica na sala de cirurgia.	5,76	95,21%	0,189*
10. A acolhida da equipe médica na sala de cirurgia.	5,77	95,43%	-
11. A atenção do pessoal de enfermagem na sala de recuperação, acompanhando seu caso, verificando a temperatura, a pressão, o pulso e fazendo os procedimentos necessários.	5,59	91,72%	0,244*
12. A rapidez da equipe de enfermagem em atender quando você chamava.	5,60	91,95%	-
13. A capacidade da equipe de enfermagem para resolver os seus problemas.	5,57	91,41%	0,410*
14. Considerando esse momento em que você esteve no centro cirúrgico e sala de recuperação, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,62	92,33%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,654$

Fonte: Dados da pesquisa

5.2.1.2.2 Locomoção

O subprocesso denominado locomoção abarca os encontros de serviço que ocorrem em virtude da necessidade de deslocamento do paciente de um setor a outro dentro do hospital, que se avalia nas questões de número 15 a 18. Os níveis de satisfação variam entre 90,24% a 95,35%, sendo o menor relacionado ao atributo tempo de espera para ser levado de um setor ao outro e o maior com a cortesia do funcionário que realiza o transporte (Tabela 12). A questão 19, que sintetiza a satisfação com os encontros de serviço relativos à locomoção, apresenta nível de satisfação de 93,37%.

A análise de regressão na locomoção evidencia que o cuidado no deslocamento e o tempo de espera são os atributos com maior influência na satisfação nos encontros de serviço

que ocorrem nesse subprocesso. O cuidado no transporte é mencionado na etapa exploratória como importante fator para evitar o desconforto e a dor, por exemplo, quando da passagem da maca em locais onde há emendas ou imperfeições no piso ou o desnível do elevador em relação ao corredor. O tempo de espera, também referido nas entrevistas em profundidade, está relacionado ao desejo de retorno ao quarto, o que parece bastante compreensível, pois no quarto geralmente estão presentes os familiares, tornando o ambiente hospitalar menos “estranho”.

As condições de funcionamento do equipamento (maca ou cadeira de rodas) também exercem influência na satisfação nesse subprocesso. Entende-se que as condições de funcionamento do equipamento estejam vinculadas aos aspectos de segurança e conforto do paciente no ambiente do hospital.

Tabela 12 – Encontros de serviço no subprocesso locomoção

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
15. A cortesia demonstrada pelo funcionário que levava você de um setor a outro dentro do hospital (p. ex. da sala de recuperação para o quarto)	5,77	95,35%	-
16. O cuidado no deslocamento, demonstrando preocupação em não causar desconforto durante o transporte.	5,69	93,72%	0,673*
17. As condições de funcionamento do equipamento utilizado no transporte (p.ex.maca/cadeira de rodas).	5,71	94,27%	0,139*
18. O tempo de espera para o deslocamento do quarto para outro setor do hospital (raio X, centro cirúrgico, ecografia, etc.) ou deste para o quarto.	5,51	90,24%	0,211*
19. Considerando os momentos em que você necessitou deslocar-se de um local a outro dentro do hospital, qual seu grau de <u>satisfação?</u>	5,67	93,37%	-

* $p < 0,01$

Fonte: Dados da pesquisa

$R^2 = 0,819$

5.2.1.2.3 Unidade de Internação

O subprocesso unidade de internação¹⁶ envolve os encontros de serviço que ocorrem enquanto o paciente está no quarto e são protagonizados por várias equipes profissionais. Esse

¹⁶ O termo “unidade” é oficialmente definido pelo Ministério da Saúde como “conjunto de elementos funcionalmente agrupados, onde são executadas atividades afins. Podem variar em número, dimensão e denominação em função da capacidade operacional, finalidade, técnicas adotadas” (BRASIL, 1987, p.9). A Unidade de Internação é o setor do hospital onde se situam os quartos ou enfermarias destinadas à acomodação dos pacientes.

fato implica na elaboração de um questionário que apresente atributos para cada categoria profissional e, conseqüentemente, num conjunto de dados referente a cada equipe.

- Equipe Médica

Os atributos que dizem respeito aos encontros de serviço com a equipe médica estão contidos nas questões 20 a 23. Os níveis de satisfação variam entre 95,06% e 97,44%, sendo o menor relacionado ao atributo facilidade de comunicação e o maior à competência dos médicos (Tabela 13). A questão 24 sintetiza a satisfação com os encontros de serviço com a equipe médica, isto é, engloba todos os aspectos conjuntamente e apresenta nível de satisfação de 96,40%.

A análise de regressão nos encontros de serviço com a equipe médica evidencia a facilidade de comunicação e a competência dessa equipe como os atributos que maior influência exercem na satisfação, como se constata no relato “Sobre os médicos de lá: são excelentes todos, são muito bons ... Meu problema de bexiga foi resolvido, foi como ‘tirar com a mão’”(F74).

Tabela 13 – Encontros de serviço com a equipe médica

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
20. A acolhida da equipe médica.	5,81	96,16%	-
21. A atenção demonstrada pela equipe médica na visita diária.	5,80	96,05%	-
22. A competência da equipe médica para resolver seu problema de saúde.	5,87	97,44%	0,427*
23. A facilidade de comunicação com a equipe médica em virtude de problemas.	5,75	95,06%	0,542*
24. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe médica, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,82	96,40%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,772$

Fonte: Dados da pesquisa

- Equipe de Enfermagem

Os atributos que dizem respeito aos encontros de serviço com a equipe de enfermagem estão contidos nas questões 25 a 31, e níveis de satisfação que variam entre 89,76% a 97,91%, em que o menor é relacionado ao atributo a rapidez no atendimento ao chamado da campanha e o maior à aparência da equipe de enfermagem (Tabela 14). A questão 32, que sintetiza a satisfação com os encontros de serviço com a equipe de enfermagem, apresenta nível de satisfação de 95,67%.

A análise de regressão evidencia que a competência da equipe é destacadamente o atributo com maior influência na satisfação nesses encontros. A capacidade da equipe de enfermagem para resolver os problemas apresentados pelo paciente e a acolhida ao paciente também são atributos que influenciam na satisfação. Esses aspectos podem ser ilustrados no depoimento acerca da equipe de enfermagem:

Realmente, muito profissionais, mas ao mesmo tempo um atendimento com muita humanidade: delicadeza, respeito, a fala num tom de voz muito agradável, sempre sorrindo. [...] O pessoal de enfermagem muito bom. (F90).

Tabela 14 – Encontros de serviço com a equipe de enfermagem

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
25. A acolhida da equipe de enfermagem.	5,83	96,63%	0,376*
26. A atenção da equipe de enfermagem, acompanhando seu caso, verificando a temperatura, a pressão, o pulso e fazendo os procedimentos necessários.	5,82	96,40%	-0,418*
27. A aparência do pessoal de enfermagem, como por exemplo, limpeza, vestuário, etc.	5,90	97,91%	-
28. A rapidez no atendimento ao chamado da campainha.	5,49	89,76%	-
29. A capacidade da equipe de enfermagem para resolver seus problemas.	5,66	93,21%	0,321*
30. A preocupação demonstrada pelo pessoal de enfermagem em respeitar sua privacidade.	5,85	97,08%	-
31. A competência da enfermagem para lhe atender.	5,73	94,50%	0,564*
32. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de enfermagem, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,78	95,67%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,694$

Fonte: Dados da pesquisa

O atributo atenção apresenta valor negativo, o que talvez possa ser interpretado como uma atenção excessiva por parte da enfermagem. Na prática isso pode representar, por exemplo, que a enfermagem esteja desencadeando encontros de serviço com muita frequência, ou seja, que talvez alguns cuidados prestados devam ser agrupados em determinados momentos e, assim, possibilitem espaços de tempo maiores para o descanso e privacidade do paciente. A fala de um dos entrevistados expressa essa idéia:

[...] um atendimento muito personalizado e intenso, de um contato humano com muita dedicação. Até mesmo à noite, quando a gente queria dormir um pouco era um entra e sai da parte do pessoal de enfermagem muito intenso (M45).

- Equipe de Nutrição

Os atributos que dizem respeito aos encontros de serviço com a equipe de nutrição estão contidos nas questões 33 a 37, com níveis de satisfação que variam entre 83,60% a 95,06%, estando o menor relacionado ao atributo qualidade das refeições e o maior à cortesia do pessoal (Tabela 15). A questão 37, que sintetiza a satisfação com os encontros de serviço com a equipe de nutrição, apresenta nível de satisfação de 90,47%.

Tabela 15 – Encontros de serviço com a equipe de nutrição

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
33. A atenção da nutricionista em acompanhar sua adaptação à dieta.	5,59	91,72%	0,398*
34. A cortesia do pessoal da copa.	5,75	95,06%	-
35. A rapidez do pessoal da copa em atender aos seus pedidos.	5,59	91,85%	0,183*
36. A qualidade das refeições.	5,18	83,60%	0,508*
37. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de nutrição, qual sua <u>satisfação</u> ?	5,52	90,47%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,792$

Fonte: Dados da pesquisa

A análise de regressão evidencia que a qualidade das refeições é o atributo com maior influência na satisfação. Parece pertinente comentar que a qualidade das refeições obteve o nível mais baixo de satisfação neste conjunto de atributos e o mais baixo nível de satisfação dentre todos os itens do questionário.

Há de se ponderar que a satisfação com a qualidade das refeições é influenciada não apenas por fatores relacionados ao desempenho dos profissionais responsáveis por seu preparo, mas, também, pela dieta prescrita. Com isto se quer dizer que, por vezes, a dieta adequada ao estado de saúde do paciente vem de encontro às preferências e hábitos alimentares. Noutras situações, a qualidade da refeição é avaliada positivamente pelos participantes: “[...] prá comida de hospital estava superboa. Eu é que não tinha apetite para comer, mas a comida era boa (M57)”. Outro atributo que auxilia a explicar a satisfação neste bloco é a atenção da nutricionista para com o paciente e valorizada por ele, como no relato “a nutricionista também sempre ao meu dispor, para trocar minha comida, vendo o que eu queria comer...” (M56).

- Equipe de Limpeza

Os atributos que dizem respeito aos encontros de serviço com a equipe de limpeza, contidos nas questões 38 a 40, evidenciam níveis de satisfação entre 90,18% a 95,32%, sendo

o menor relacionado ao atributo qualidade da limpeza e o maior à cortesia do pessoal (Tabela 16). A questão 41, que sintetiza a satisfação com os encontros de serviço com a equipe de limpeza, apresenta nível de satisfação de 91,35%.

A análise de regressão evidencia que a qualidade da limpeza é, destacadamente, o atributo com maior influência na satisfação, seguido pelo momento em que a limpeza é realizada. A avaliação da limpeza do quarto, na etapa exploratória, é mencionada como “... o que foi mais ou menos foi a limpeza diária do quarto ... a pessoa que fazia “tapeava” um pouco, não limpava atrás da porta, se o banheiro estava sendo usado ela ficava de voltar depois e não voltava ... (M77)”

Tabela 16 – Encontros de serviço com a equipe de limpeza

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
38. A cortesia do pessoal que limpava o quarto.	5,77	95,32%	-
39. O momento em que era realizada a limpeza do quarto.	5,63	92,51%	0,298*
40. A qualidade da limpeza do quarto.	5,51	90,18%	0,658*
41. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de limpeza, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,57	91,35%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,811$

Fonte: Dados da pesquisa

- Os encontros de serviço na Unidade de Internação

Dentre as diversas equipes que protagonizam os encontros de serviço na Unidade de Internação, a nutrição é a que obtém a satisfação mais baixa (90,47%) e a médica a mais alta (96,40%). A questão 57 sintetiza a avaliação neste local e revela um nível de satisfação de 93,85% (Tabela 17). Esse nível é discretamente mais elevado do que os níveis de satisfação que se observa nos encontros relacionados ao centro cirúrgico e locomoção: 92,60% que, no conjunto, compõem o processo denominado Internação. Isto permite pensar que existe um desempenho homogêneo nos três elementos que compõem esse processo, refletindo num nível de satisfação semelhante.

Por outro lado, também parece ser possível supor que, em decorrência de um número maior de encontros de serviço no quarto e, conseqüentemente, um contato mais intenso, os níveis de satisfação manifestam-se mais elevados por haver maior proximidade física e carga emocional/afetiva. Price, Arnould e Tierney (2001) afirmam que a satisfação nos encontros de serviço com alta carga afetiva e especialmente próximos é mediada por reação afetiva.

A análise de regressão em relação aos encontros de serviço com os profissionais que atuam na unidade de internação, evidencia que a enfermagem é a equipe com maior influência na satisfação. As equipes de limpeza e médica também exercem influência.

É oportuno comentar que, na etapa exploratória, aventa-se a influência dos encontros de serviço com a equipe de enfermagem na satisfação do paciente em decorrência do grande número de incidentes críticos relatados. Essa grande incidência gera a suspeita de que se existem tantos incidentes a serem relatados é porque, provavelmente, sejam fatos marcantes.

Por outro lado, causa estranheza o fato de a equipe de limpeza obter índice mais elevado do que a médica. Talvez essa equipe esteja tendo um relacionamento mais próximo com o paciente, interagindo maior número de vezes ao longo do dia, em virtude da necessidade de limpeza do quarto e do banheiro. Já, os encontros com a equipe médica não ocorrem apenas na unidade de internação. Em realidade, o relacionamento com o médico inicia antes da hospitalização – quando o paciente procura pelo serviço do profissional no seu consultório, e continua após a saída do hospital – quando retorna ao consultório para a revisão pós-cirúrgica. O relacionamento com o médico extrapola o ambiente hospitalar, isto é, não é característico desse espaço físico.

Tabela 17 – Os encontros de serviço na unidade de internação

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
24. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe médica, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,82	96,40%	0,164*
32. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de enfermagem, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,78	95,67%	0,496*
37. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de nutrição, qual sua <u>satisfação</u> ?	5,52	90,47%	-
41. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de limpeza, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,57	91,35%	0,354*
57. Considerando <u>todo o período</u> de tempo em que você permaneceu <u>no quarto</u> , faça uma avaliação geral e diga qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,69	93,85%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,505$

Fonte: Dados da pesquisa

5.2.1.3 Os encontros de serviço do processo de alta hospitalar

Os encontros de serviço no processo de alta estão relacionados aos momentos de contato em decorrência da finalização do atendimento hospitalar, avaliados através das

questões 58 a 62. Os níveis de satisfação variam entre 91,01% a 95,00% (Tabela 18). A questão 64 sintetiza a avaliação dos eventos relacionados à alta hospitalar, obtendo um nível de satisfação de 93,45%.

A análise de regressão evidencia que a rapidez no fechamento da conta hospitalar é o atributo com maior influência na satisfação no processo de alta. O depoimento a seguir ilustra esse atributo da alta:

Aí na saída tive que passar no setor de contas para acertar pernoite, cafeteria, lanches, refrigerantes, essas coisas assim. Quando descemos já estava tudo pronto lá embaixo. [...] O atendimento ali também é bom, é rápido (F58).

A importância da rapidez nos procedimentos de alta é um desejo compreensível e previsível, pois o paciente aguarda ansioso o momento de retorno ao seu lar. Atributos como o auxílio na saída e a exatidão da conta também influenciam na satisfação nesse processo.

Tabela 18 – Encontros de serviço no processo de alta hospitalar

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
58. As informações e orientações, na alta, sobre os cuidados que deveria ter em casa.	5,65	92,98%	-
59. A cortesia do pessoal da unidade em despedir-se do paciente.	5,68	93,66%	-
60. O auxílio prestado pelo pessoal do hospital, no momento da saída.	5,62	92,42%	0,306*
61. A rapidez no fechamento da conta hospitalar.	5,55	91,01%	0,492*
62. A exatidão dos itens que compunham a conta hospitalar.	5,75	95,00%	0,162*
64. Considerando esse seu momento da alta hospitalar, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,67	93,45%	-

* $p < 0,01$

$R^2 = 0,629$

Fonte: Dados da pesquisa

5.2.1.4 O hospital

Conforme o referencial teórico desta pesquisa, os encontros de serviço são formados por uma tríade composta pelos clientes, funcionários de linha de frente ou de contato e empresa (Bateson, 1985; Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2000). No caso específico deste estudo, o componente “empresa” é representado pelo hospital, avaliado nos seus aspectos físicos (questões 65 a 72) e de funcionamento (questões 74, 75 e 78).

O nível de satisfação com os atributos dos aspectos físicos apresenta escores entre 90,53% e 93,68%, sendo o menor relacionado aos ruídos existentes no ambiente (conforto

sonoro) e o maior ao conforto no quarto (Tabela 19). A questão 73 avalia a satisfação com os aspectos físicos e obtém um nível de 93,72%, igual ao maior valor quando se avaliam os itens individualmente.

A análise de regressão mostra que a aparência do quarto é o atributo com maior influência na satisfação nesse conjunto de variáveis. Esse atributo do ambiente pode ser ilustrado no relato:

Eu não esperava um ambiente assim. Quem sugeriu o hospital foi meu médico e eu aceitei. O ambiente era muito bonito... as cores utilizadas nas paredes, pias com tampo em granito, cama com controle remoto, frigobar, duas pias ... uma logo na entrada do quarto e outra no banheiro. Aquela pia logo na entrada do quarto ... eu via que todas as pessoas que entravam para me atender lavavam as mãos ali, isso dá segurança para a gente.(F,49)

Outros atributos como o odor (cheiro) no quarto e aparência do setor de admissão/recepção também têm repercussões sobre a satisfação. Um dos participantes da etapa exploratória assim se manifesta em relação aos odores

[...] aqueles banheiros dos apartamentos que ficam no fundo estão com cheiro ruim. Você está no quarto e, de repente, vem aquele mau cheiro dos encanamentos, aquilo ali está com os encanamentos muito velhos, [...] (M,70).

Tabela 19 – Ambiente físico do hospital

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
65. A aparência do setor de admissão/recepção.	5,58	91,69%	0,296*
66. O conforto no setor de admissão.	5,55	90,96%	-
67. A aparência do centro cirúrgico (sala espera, sala cirúrgica e sala de recuperação).	5,63	92,60%	-
68. O conforto no centro cirúrgico (sala espera, sala cirúrgica e sala de recuperação).	5,61	92,21%	-
69. A aparência do quarto (estética).	5,64	92,79%	0,395*
70. O conforto no quarto do paciente.	5,68	93,68%	-
71. O conforto sonoro do ambiente.	5,53	90,53%	-
72. O cheiro no quarto.	5,64	92,75%	0,382*
73. Considerando os aspectos do ambiente do hospital, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,69	93,72%	-

* $p < 0,01$

Fonte: Dados da pesquisa

$R^2 = 0,742$

A satisfação com o funcionamento apresenta níveis de 94,39% e 95,00%, sendo o menor relacionado às rotinas do hospital e o maior à segurança (Tabela 20). A questão 78 avalia a satisfação com o funcionamento e apresenta um nível de 92,56%.

A análise de regressão mostra que as rotinas de funcionamento do hospital são os

elementos que maior influência exercem na satisfação. A segurança também influencia no escore geral desse conjunto de atributos.

Tabela 20 – Funcionamento do hospital

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
74. As rotinas do hospital.	5,72	94,39%	0,553*
75. A segurança do ambiente.	5,75	95,00%	0,151**
78. Considerando o funcionamento do hospital, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,63	92,56%	-

* $p < 0,01$ ** $p < 0,05$

$R^2 = 0,422$

Fonte: Dados da pesquisa

5.2.1.5 Satisfação Geral, Comparações e Recomendação

Analisa-se o construto satisfação composto por dois elementos: satisfação com o serviço em si e comparação com o ideal (FORNELL, 1992).

O serviço do hospital, de forma geral, é avaliado através da questão 79, apresentando uma média de 5,69, indicando que os pacientes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o atendimento. O nível de satisfação mensurado é de 93,84% (Tabela 21).

Tabela 21 – Satisfação geral

ATRIBUTOS	MÉDIA	NÍVEL DE SATISFAÇÃO	β
7. Considerando esse momento de chegada no hospital (admissão), qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,56	91,11%	0,139**
14. Considerando esse momento em que você esteve no centro cirúrgico e sala de recuperação, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,62	92,33%	-
19. Considerando os momentos em que você necessitou deslocar-se de um local a outro dentro do hospital, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,67	93,37%	0,105**
57. Considerando <u>todo o período</u> de tempo em que você permaneceu <u>no quarto</u> , faça uma avaliação geral e diga qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,69	93,85%	0,682*
64. Considerando esse seu momento da alta hospitalar, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,67	93,45%	-
73. Considerando os aspectos do ambiente do hospital, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,69	93,72%	-
78. Considerando o funcionamento do hospital, qual seu grau de <u>satisfação</u> ?	5,63	92,56%	-
79. Considerando todo o período em que você esteve hospitalizado – desde sua admissão até sua alta - , qual seu grau de <u>satisfação geral</u> ?	5,69	93,84%	-

* $p < 0,01$ ** $p < 0,05$

$R^2 = 0,690$

Fonte: Dados da pesquisa

A análise de regressão é utilizada para verificar a influência dos processos e subprocessos (Q7, Q14, Q19, Q57, Q64, Q73 e Q78) na satisfação geral (Q79). Este teste demonstra que os encontros de serviço que ocorrem durante o período em que o paciente permanece no quarto são os que exercem maior influência na satisfação (Tabela 21).

A intenção de recomendação, como a própria expressão revela, está relacionada a comportamentos futuros em relação à empresa, no sentido de recomendá-la a outras pessoas, emitir mensagens positivas e a possibilidade de voltar a utilizar os serviços prestados pela empresa em caso de necessidade (questões 80, 81 e 82). Nesses três aspectos, as médias são 5,59; 5,58 e 5,56, respectivamente. Na escala de avaliação constante no questionário isto significa que esses clientes provavelmente e muito provavelmente recomendarão o hospital.

A comparação com o ideal, revela o quanto a avaliação do cliente acerca do serviço recebido está próxima ou distante do que ele estabelece como padrão ideal de serviço. A questão 83 avalia esse aspecto, identificando-se uma média de 4,53. Neste caso, como a escala elaborada possui cinco posições, a média que se obtém significa que o atendimento é percebido muito próximo ao ideal ou, em muitos casos, como o ideal.

Em relação a um padrão de comparação externo, solicita-se que o paciente compare o hospital onde esteve internado com outros hospitais que conhece (questão 84). Também numa escala de cinco posições, a média que se obtém é de 4,27, demonstrando que o paciente percebe que o atendimento do hospital onde esteve internado é melhor e, em alguns casos, até muito melhor do que em outros hospitais que conhece.

Adicionalmente verificam-se, ainda, as correlações da questão 79 (satisfação geral) com as questões 83 (comparação com o ideal) e 84 (comparação com outros hospitais). A análise indica que existe uma correlação elevada nos dois casos - 0,664 e 0,481 - respectivamente, sugerindo que a satisfação é alta por ser próxima ao padrão ideal que o cliente estabelece, e que o serviço que recebe é melhor que os demais.

Observa-se que, nessas seis questões (79 a 84 - satisfação geral, recomendação, mensagens positivas, retorno ao serviço, comparação com o ideal e com outros hospitais), a média dos escores da opinião dos clientes situa-se no último intervalo da escala, isto é, próximo ao escore máximo. Esses altos escores causam surpresa, pois o hospital, habitualmente, é lembrado como um local que ninguém deseja estar. Assim, se as pessoas o evitam tanto quanto possível, por que elas o estariam avaliando com escores tão elevados? Se este local a priori é tão ruim não seria de esperar por avaliações ruins? Seriam as expectativas na chegada (admissão) muito baixas que, quando comparadas com o atendimento recebido, resultariam num nível de satisfação alto? Este processo de avaliação estaria sendo

influenciado por um sentimento de “gratidão” pelo fato de ter ser “cuidado” por outras pessoas que não a própria família? As condições do paciente na alta estariam influenciando esses resultados? De pessoas com sua condição de saúde restabelecida ou daquelas com seqüelas decorrentes da doença obter-se-ia o mesmo nível de avaliação? Talvez um ou mais desses fatores, ou mesmo outros não mencionados, esteja(m) influenciando essa avaliação.

5.2.2 Resultados da ANOVA

Utiliza-se o teste ANOVA para verificar se as diferenças de médias entre as categorias são significantes, tendo como parâmetro Sig. menor ou igual a 0,05 Assim, são feitas análises das categorias existentes nas variáveis independentes – sexo, idade, acomodação, renda, dias de internação, hospital, experiência anterior – com as variáveis dependentes Q7 (satisfação na admissão), Q14 (satisfação no centro cirúrgico), Q19 (satisfação na locomoção), Q24 (satisfação com equipe médica), Q32 (satisfação com equipe de enfermagem), Q37 (satisfação com equipe de nutrição), Q41 (satisfação com equipe de limpeza), Q57 (satisfação com atendimento no quarto), Q64 (satisfação com alta), Q73 (satisfação com ambiente físico), Q78 (satisfação com o funcionamento), Q79 (satisfação geral), Q80 (recomendação) e Q83 (comparação com o ideal).

O teste revela que não existem diferenças significativas relacionadas ao gênero (masculino/feminino), tipo de acomodação utilizada pelo cliente (quarto privativo/semi-privativo), renda familiar (até R\$ 4.000,00 / mais de R\$ 4.000,00), dias de internação (até 7 dias / mais de sete dias), nem em relação ao fato de estarem hospitalizados pela primeira vez nesse hospital (sim / não).

Diferenças significativas são encontradas em relação à idade (até 59 anos e com 60 ou mais anos) e as variáveis Q79 e Q83. A satisfação geral (Q79) é mais alta para quem tem 60 anos ou mais (5,79) do que para quem tem até 59 anos (5,60). Na comparação com o ideal, o serviço recebido é considerado mais próximo ao ideal para quem tem 60 anos ou mais (média 4,69) do que para quem tem até 59 anos (média 4,43).

No que diz respeito a diferenças entre os hospitais, em algumas situações são encontradas diferenças significativas (Q7, Q14, Q32, Q64, Q73, Q78, Q79 e Q83) e noutras não (Q19, Q24, Q37, Q41, Q57 e Q80). Para verificar diferenças em combinações de grupos

utiliza-se o Teste Tamhane (*Post Hoc*), indicado quando a variância entre grupos avaliados (neste caso, os hospitais) não é homogênea para os indicadores avaliados.

Para a variável Q7 constatam-se diferenças significativas entre o hospital A com o B, entre o hospital C com o B e entre o hospital D com o B. Os hospitais A, C e D apresentam índices de satisfação mais altos que o hospital B em relação à satisfação com o processo de admissão.

A variável Q14 apresenta diferença significativa entre o hospital C com o B, sendo o primeiro com escore de satisfação mais alto com as situações vivenciadas no centro cirúrgico. Situação semelhante também ocorre com as variáveis Q32 (equipe de enfermagem), Q64 (processo de alta) e Q73 (ambiente físico) entre esses dois hospitais.

Diferenças significativas também são identificadas nas variáveis Q78 (funcionamento do hospital) e Q79 (satisfação geral) entre os hospitais A com B e C com B. Novamente, aqui, os hospitais A e C obtêm índices mais altos de satisfação.

Um último caso de diferença significativa ocorre em relação a variável Q83 que solicita ao respondente fazer uma comparação com um atendimento ideal. As diferenças ocorrem entre o hospital A com B e entre o hospital A com D. Nesses dois casos o hospital A obtém médias mais alta, isto é, o atendimento está mais próximo do idealizado.

5.2.3 Análise fatorial confirmatória dos construtos

Verificar a relação dos encontros de serviço com a satisfação dos clientes em hospitais é o objetivo geral desta investigação. Prosseguindo na busca por esse conhecimento, nesta etapa do estudo, realiza-se a análise fatorial confirmatória para examinar cada construto (GARVER e MENTZER, 1999). Assim, são apresentados os testes estatísticos, com avaliação da confiabilidade composta, variância extraída e índices de ajuste de cada construto, considerados erro padrão e carga padronizada dos resultados do *bootstrapping*. Também são calculados os valores “t”, quando na presença de mais de três variáveis compondo o construto.

Cabe esclarecer que, na busca pelo melhor ajuste dos parâmetros para cada construto, eventualmente, é preciso excluir alguma variável com menor carga fatorial. Também, por vezes, é necessário aceitar parâmetros com índices um pouco abaixo do recomendado na

literatura. No conjunto de variáveis avaliadas para cada construto já não constam as que se suprime pela análise de regressão.

O construto Admissão, quando analisado com todas as variáveis (construto 1) apresenta parâmetros dentro do recomendado na literatura exceto para RMSEA (aceitável entre 0,05 e 0,08) (Tabela 22). Na tentativa de melhorar este índice retira-se a variável com menor carga fatorial - Q6 (construto 2), embora seu índice seja aceitável (0,697). Com este procedimento, há um aumento não apenas no valor de RMSEA, mas também na confiabilidade composta (de 0,94 para 0,96) e variância extraída (de 0,81 para 0,90) (Tabela 23).

Tabela 22 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Admissão – ADM

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	0,658	0,72	2	0,329	0,998	0,99	0,999	1,006	1	0,0000
2	3,278	0,194	2	1,639	0,988	0,964	0,994	0,996	0,998	0,0610

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 23– Estatísticas do Construto Admissão – ADM

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Admissão (0,964338979) [0,900342355]	Q2	1	0,057	0,952*	-
	Q3	1	0,041	0,964*	-
	Q4	1	0,188	0,865*	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta ¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída ²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

No construto Centro Cirúrgico encontra-se situação semelhante na avaliação com todas as variáveis, sendo que apenas o RMSEA apresenta valor abaixo do aceitável (Tabela 24). A variável Q8, que se suprime por apresentar carga abaixo de 0,5, e as variáveis Q9 e Q10 também são excluídas pela multicolinearidade com R². O construto alternativo (sem essas variáveis) possibilita um índice de RMSEA com aceitação marginal. Os índices de confiabilidade composta e variância extraída encontram-se dentro dos parâmetros recomendados (Tabela 25).

Tabela 24 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Centro Cirúrgico – CENT CIR

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	0,618	0,734	2	0,309	0,998	0,991	0,999	1,01	1	0,0000
2	6,478	0,039	2	3,239	0,976	0,929	0,984	0,983	0,989	0,1140

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 25 – Estatísticas do Construto Centro Cirúrgico – CENT CIR

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Centro Cirúrgico (0,943509344) [0,848254061]	Q11	1	0,255	0,812*	-
	Q12	1	0,05	0,949*	-
	Q13	1	0,118	0,897*	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta ¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída ²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

A análise do construto Locomoção, composto pelo conjunto completo de variáveis, apresenta alguns parâmetros fora dos limites aceitáveis, como Q2/GL, AGFI, TLI e RMSEA (Tabela 26). Após se retirar a variável Q18, por possuir menor carga (0,619), os parâmetros de maneira geral melhoram. O construto alternativo é escolhido por apresentar melhor ajuste dos parâmetros, embora o RMSEA não esteja nos limites desejados. A confiabilidade composta e a variância extraída apresentam índices satisfatórios (Tabela 27).

Tabela 26 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Locomoção – LOCOM

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	31,95	0	2	15,975	0,906	0,532	0,884	0,667	0,889	0,2960
2	2,167	0,338	2	1,084	0,992	0,975	0,989	0,999	0,999	0,0220

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 27 – Estatísticas do Construto Locomoção – LOCOM

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Locomoção (0,940673064) [0,842186103]	Q15	1	0,045	0,878*	-
	Q16	1	0,205	0,689*	-
	Q17	1	0,098	0,782*	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta ¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,05; ** p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

Quanto ao construto Equipe Médica, a análise de todas as variáveis evidencia parâmetros de ajuste aceitáveis, exceto para RMSEA (Tabela 28). Depois de retirar a variável Q22, por apresentar menor carga fatorial, há um incremento no RMSEA, embora ultrapasse o limite preconizado, o que se assume como aceitação marginal do índice. Os índices de confiabilidade composta e variância extraída para este construto também são satisfatórios (Tabela 29).

Tabela 28 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Equipe Médica – EQ MED

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	0,741	0,69	2	0,371	0,998	0,989	0,999	1,006	1	0,0000
2	6,779	0,034	2	3,389	0,974	0,923	0,987	0,986	0,991	0,1180

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 29 – Estatísticas do Construto Equipe Médica – EQ MED

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Equipe Médica (0,985339174) [0,957373712]	Q20	1	0,011	0,973*	-
	Q21	1	0,03	0,934*	-
	Q23	1	0,073	0,861*	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

A análise do conjunto de variáveis do construto Equipe de Enfermagem demonstra que muitos dos índices não poderiam ser aceitos por estarem acima do estabelecido – como Q2/GL e RMSEA –, ou abaixo – como GFI, AGFI, NFI, TLI e CFI (Tabela 30). Uma segunda tentativa de análise do construto é realizada com a retirada das variáveis Q27, Q28 e Q30 em virtude de suas menores cargas fatoriais e/ou maiores erros. Outra escolha se faz entre as variáveis Q29 e Q31. Opta-se por manter a Q29 em decorrência de que sua presença permite melhor adequação dos parâmetros. Mesmo adotando esses procedimentos, o índice de AGFI é considerado de aceitação marginal. Para Q2/GL e RMSEA os valores persistem fora

do limites preconizados, mas como os demais estão dentro do aceitável, decide-se por permanecer com o construto por considerá-lo importante no estudo.

Mesmo com a retirada dessas variáveis, a confiabilidade composta e a variância extraída mantêm índices acima do mínimo estabelecido (Tabela 31).

Tabela 30 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Equipe de Enfermagem – EQ ENF

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	237,054	0	14	16,932	0,689	0,378	0,727	0,605	0,737	0,3050
2	16,083	0	2	8,041	0,938	0,813	0,925	0,9	0,933	0,1030

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 31 – Estatísticas do Construto Equipe de Enfermagem – EQ ENF

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Equipe de Enfermagem (0,919614162) [0,797661086]	Q25	1	0,042	0,892*	-
	Q26	1	0,078	0,829*	-
	Q29	1	0,338	0,568*	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta ¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída ²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

O construto Equipe de Nutrição, quando avaliado com todas as variáveis, apresenta índices de ajuste não-aceitáveis em quatro parâmetros: Q2/GL, AGFI, TLI e RMSEA (Tabela 32). Testa-se um segundo construto com a exclusão da variável com carga fatorial abaixo de 0,5 (Q36). Consegue-se resultados ainda piores do que o resultado inicial. Faz-se uma terceira tentativa a partir de combinações de variáveis. A melhor adequação dos índices de ajuste dos parâmetros se obtém com a permanência das variáveis Q34, Q35 e Q36, embora o RMSEA que se obtém fique um pouco acima do estabelecido. A confiabilidade composta e a variância extraída apresentam índices satisfatórios (Tabela 33).

Tabela 32 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Equipe de Nutrição – EQ NUT

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	20,002	0	2	10,001	0,944	0,722	0,903	0,731	0,91	0,2290
2	25,292	0	2	12,646	0,91	0,731	0,838	0,772	0,848	0,2610
3	4,515	0,105	2	2,257	0,984	0,951	0,956	0,962	0,975	0,0860

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 33 – Estatísticas do Construto Equipe de Nutrição – EQ NUT

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Equipe de Nutrição (0,742431275) [0,515854556]	Q34	1	0,037	0,902*	-
	Q35	1	0,239	0,656*	-
	Q36	1	1,027	0,38*	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta ¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída ²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

A análise do construto Equipe de Limpeza evidencia que a maioria dos índices de ajuste encontra-se fora do estabelecido (Tabela 34). Por se tratar de um construto originariamente com apenas três variáveis, não é possível realizar procedimento semelhante aos anteriores de retirada ou combinações de variáveis. Segundo Garver e Mentzer (1999), o ideal são três indicadores para cada variável latente, sendo que a presença de apenas dois indicadores pode causar problemas de confiabilidade de mensuração. Seguindo esta recomendação, não é possível aceitar o construto, portanto, ele é retirado do modelo.

Tabela 34 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Equipe de Limpeza – EQ LIM

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	47,295	0	2	23,647	0,831	0,492	0,791	0,695	0,797	0,3640

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 35 – Estatísticas do Construto Equipe de Limpeza – EQ LIM

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Equipe de Limpeza (0,858733466) [0,672422979]	Q38	1	0,158	0,832	-
	Q39	1	0,188	0,792	-
	Q40	1	0,492	0,633	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta ¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída ²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

O construto Alta, quando analisado com todo seu conjunto de variáveis, apresenta índices de ajuste aceitáveis (Tabela 36). Considera-se o RMSEA de aceitação marginal. Do conjunto de construtos até agora analisados, este é o primeiro que possibilitou o cálculo dos valores de “t”, por apresentar mais de três variáveis na composição final (Tabela 37).

Tabela 36 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Alta – ALTA

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	16,802	0,005	5	3,36	0,96	0,881	0,925	0,89	0,945	0,1170

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 37– Estatísticas do Construto Alta – ALTA

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Alta (0,912995281) [0,680770144]	Q58	1	0,354	0,487*	-
	Q59	1,041	0,154	0,653*	5,186
	Q60	1,289	0,157	0,725*	5,403
	Q61	1,394	0,247	0,668*	5,268
	Q62	0,786	0,073	0,682*	5,317

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta ¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída ²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

Com o construto Ambiente do Hospital, a primeira e segunda tentativas de análise apresentam índices de ajuste não-aceitáveis para a maioria dos parâmetros (Tabela 38). O primeiro construto é avaliado com todas as variáveis. Na análise do segundo, suprimem-se aquelas com carga fatorial abaixo de 0,5 (Q68, Q69, Q70, Q71 e Q72), resultando num incremento da confiabilidade composta (de 0,90 para 0,94) e variância extraída (0,58 para 0,84), porém, os índices de ajuste permanecem distantes do preconizado. No terceiro construto busca-se uma nova composição através da combinação das variáveis.

Consegue-se a melhor composição naquela em que são considerados os critérios de menores cargas e o conteúdo da variável. Por exemplo: as variáveis 65 e 66 abordam a aparência e o conforto, sendo que se mantém a primeira por apresentar maior carga que a segunda. Assim se faz com os pares 67-68 e 69-70. Com este procedimento, então, há melhora nos índices de ajuste, exceto para RMSEA que evidencia índice assumido como de

aceitação marginal. Os valores da confiabilidade composta e da variância extraída mantêm-se satisfatórios (Tabela 39).

Tabela 38 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Ambiente do Hospital – AMB HOSP

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	601,244	0	20	30,062	0,589	0,26	0,471	0,265	0,475	0,4120
2	149,802	0	2	74,901	0,705	0,115	0,619	0,432	0,621	0,6570
3	7,096	0,029	2	3,548	0,975	0,926	0,912	0,902	0,935	0,1220

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 39 – Estatísticas do Construto Ambiente do Hospital – AMB HOSP

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Ambiente (0,826368213) [0,619965629]	Q65	1	0,342	0,552*	-
	Q67	1	0,089	0,777*	-
	Q69	1	0,314	0,554*	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

O construto Funcionamento do Hospital não pode ser avaliado porque, em virtude de missings elevados nas questões 76 e 77, compõe-se por apenas duas variáveis relativas às rotinas do hospital e segurança (Q74 e Q75). Assim, como se adota o critério de, no mínimo, três variáveis por construto, o mesmo não pode permanecer.

O construto recomendação, avaliado com todas suas variáveis, também apresenta índices de ajuste aceitáveis, exceto para RMSEA cujo valor é um pouco abaixo do desejado (Tabela 40). Neste caso, a confiabilidade composta e a variância extraída apresentam valores satisfatórios (Tabela 41).

Tabela 40 – Análise Fatorial Confirmatória do Construto Recomendação – RECOM

Construto	Q2	P	GL	Q2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	2,219	0,330	2	1,109	0,991	0,974	0,996	0,999	1,000	0,025

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 41 – Estatísticas do Construto Recomendação– RECOM

Construto (Confiabilidade composta ¹) [Variância extraída ²]	Variáveis	Coeficientes não-padronizados		Coeficientes Padronizados ³	Valores t ⁴
		Cargas fatoriais	Erros-padrão		
Recomendação (0,960489462) [0,890540488]	Q80	1	0,016	0,986	-
	Q81	1	0,072	0,944	-
	Q82	1	0,229	0,846	-

Fonte: Dados da Pesquisa

(1) Confiabilidade composta¹: valores acima de 0,07 são satisfatórios

(2) Variância extraída²: valores acima de 0,05 são satisfatórios

(3) * p < 0,01

(4) Valores de t > 2,33 p < 0,01

- Avaliação da Validade Convergente, Discriminante e Multicolinearidade

Ao se concluir a etapa da análise fatorial confirmatória de cada construto, passa-se para a avaliação da validade do modelo, através da validade convergente, discriminante e multicolinearidade. Para a validade convergente são considerados as cargas fatoriais elevadas, os valores da confiabilidade composta e variância extraída, e a análise dos resíduos padronizados (unidimensionalidade). A análise de cada construto, apresentada a partir da análise fatorial confirmatória, evidencia que, de forma geral, os mesmos atingem o critério de validade convergente.

A validade discriminante é avaliada, também, a partir da matriz de correlação (variância extraída e variância compartilhada – correlações ao quadrado entre construtos). Fornell e Larcker (1981) indicam que um modelo possui validade discriminante quando a variância extraída de cada construto é maior do que as variâncias compartilhadas com outros construtos.

A Tabela 42 apresenta os dados para avaliar a validade discriminante, sendo que na diagonal estão os valores de variância extraída e, abaixo desta, os valores da variância compartilhada para cada dupla de construtos. A análise evidencia que nenhum dos valores da variância compartilhada é maior do que aqueles da extraída, sendo que existe um único caso em que os valores são iguais – 0,62 para alta/ambiente físico e ambiente físico/ambiente físico (em decorrência da opção pelo uso de duas casas decimais depois da vírgula).

Tabela 42 – Variância extraída e variância compartilhada

	ADM	CCIR	LOC	EQM	EQE	EQN	ALTA	AMBF	REC
ADM	0,90								
CCIR	0,28	0,85							
LOC	0,20	0,14	0,84						
E.MED	0,22	0,26	0,26	0,96					
E.ENF	0,19	0,05	0,14	0,17	0,80				
E.NUT	0,11	0,18	0,19	0,34	0,06	0,52			
ALTA	0,33	0,39	0,33	0,18	0,18	0,26	0,68		
AMBF	0,39	0,16	0,32	0,21	0,27	0,20	0,62	0,62	
REC	0,52	0,27	0,35	0,20	0,13	0,27	0,45	0,50	0,89

Fonte: Dados da pesquisa

A multicolinearidade é avaliada a partir da correlação entre os construtos, devendo os valores serem inferiores a 0,85; caso contrário, poderiam ser consideradas semelhantes ou medindo o mesmo aspecto (KLINE, 1998). A Tabela 43 demonstra que os valores que se obtém são menores que o limite mencionado.

Tabela 43- Coeficientes de Correlação

	ADM	CCIR	LOC	EQM	EQE	EQN	ALTA	AMBF	SAT GER	REC
ADM	1,00									
CCIR	0,53	1,00								
LOC	0,45	0,38	1,00							
EQM	0,46	0,51	0,51	1,00						
EQE	0,43	0,21	0,37	0,41	1,00					
EQN	0,33	0,43	0,44	0,58	0,25	1,00				
ALTA	0,58	0,62	0,57	0,43	0,42	0,51	1,00			
AMBF	0,62	0,41	0,57	0,46	0,52	0,45	0,79	1,00		
SAT GER	0,72	0,52	0,59	0,44	0,36	0,52	0,67	0,71	1,00	
REC	0,48	0,35	0,39	0,29	0,24	0,34	0,45	0,47	0,67	1,00

Fonte: Dados da pesquisa

Após se atender os critérios de validade convergente e discriminante e multicolinearidade, o próximo passo é a análise geral do modelo descrita a seguir.

5.2.4 Análise geral do modelo proposto

Submete-se o modelo, em seu todo, foi submetido à análise fatorial confirmatória, sendo avaliada, também, a validade convergente e discriminante (GARVER e MENTZER, 1999). O modelo analisado é aquele que se apresenta ao final da etapa exploratória subtraindo-se as variáveis e construtos que se suprimem ao longo da análise até aqui

desenvolvida (Figura 6). Mais especificamente, são retiradas as variáveis referentes aos ES portaria (admissão e alta); das equipes da pastoral, fisioterapia e exames; e do construto funcionamento do hospital.

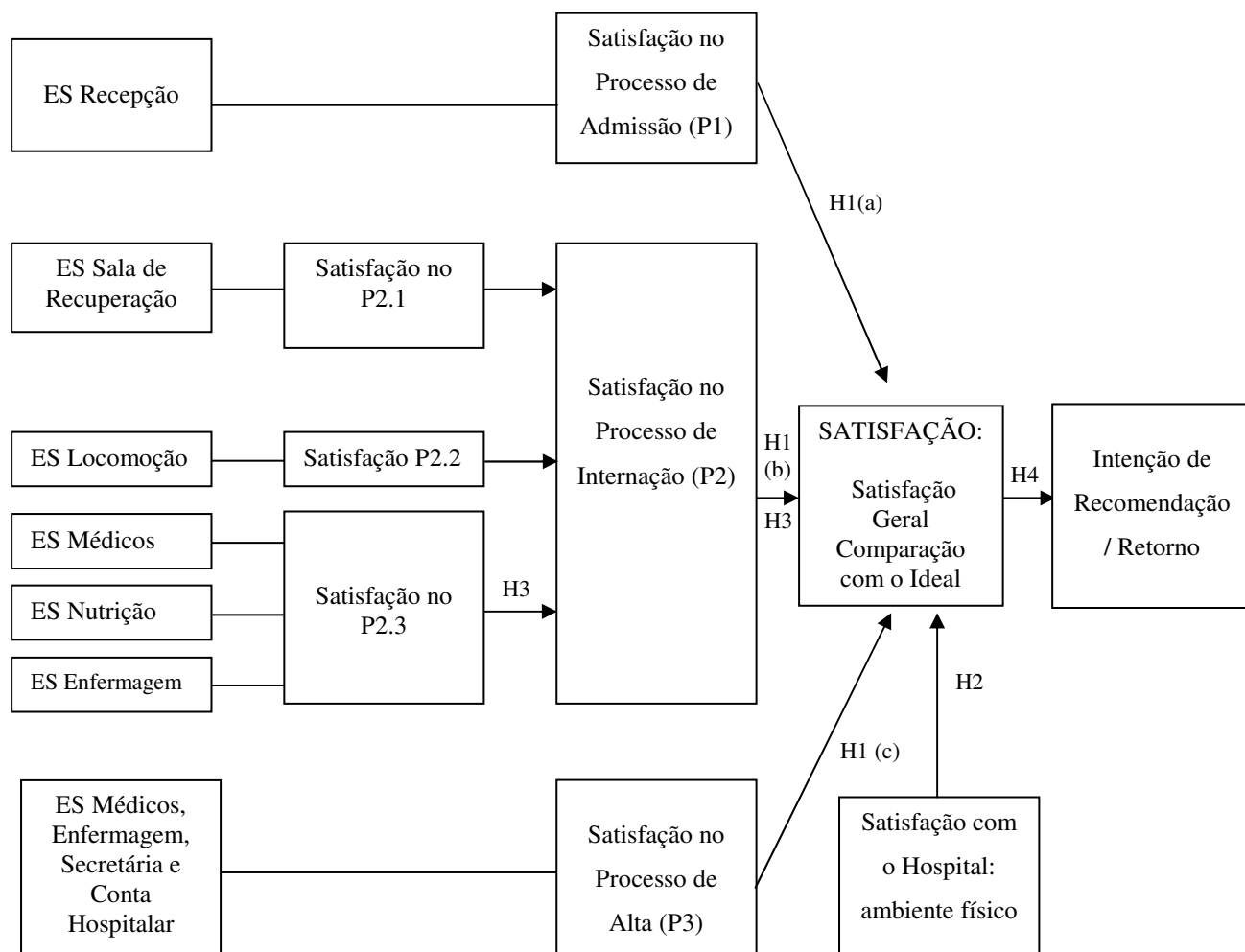


Figura 6 – Modelo re-especificado dos encontros de serviço e satisfação de clientes

Fonte: Dados da pesquisa

Após definir-se o modelo gráfico procede-se a análise do modelo estrutural (Figura 7). Neste modelo, a satisfação na Unidade de Internação – P 2.3 (quarto) é considerada um construto refletivo (ou reflexivo), enquanto que a satisfação no Processo de Internação – P2, o construto Satisfação Geral e a Recomendação são considerados construtos formativos.

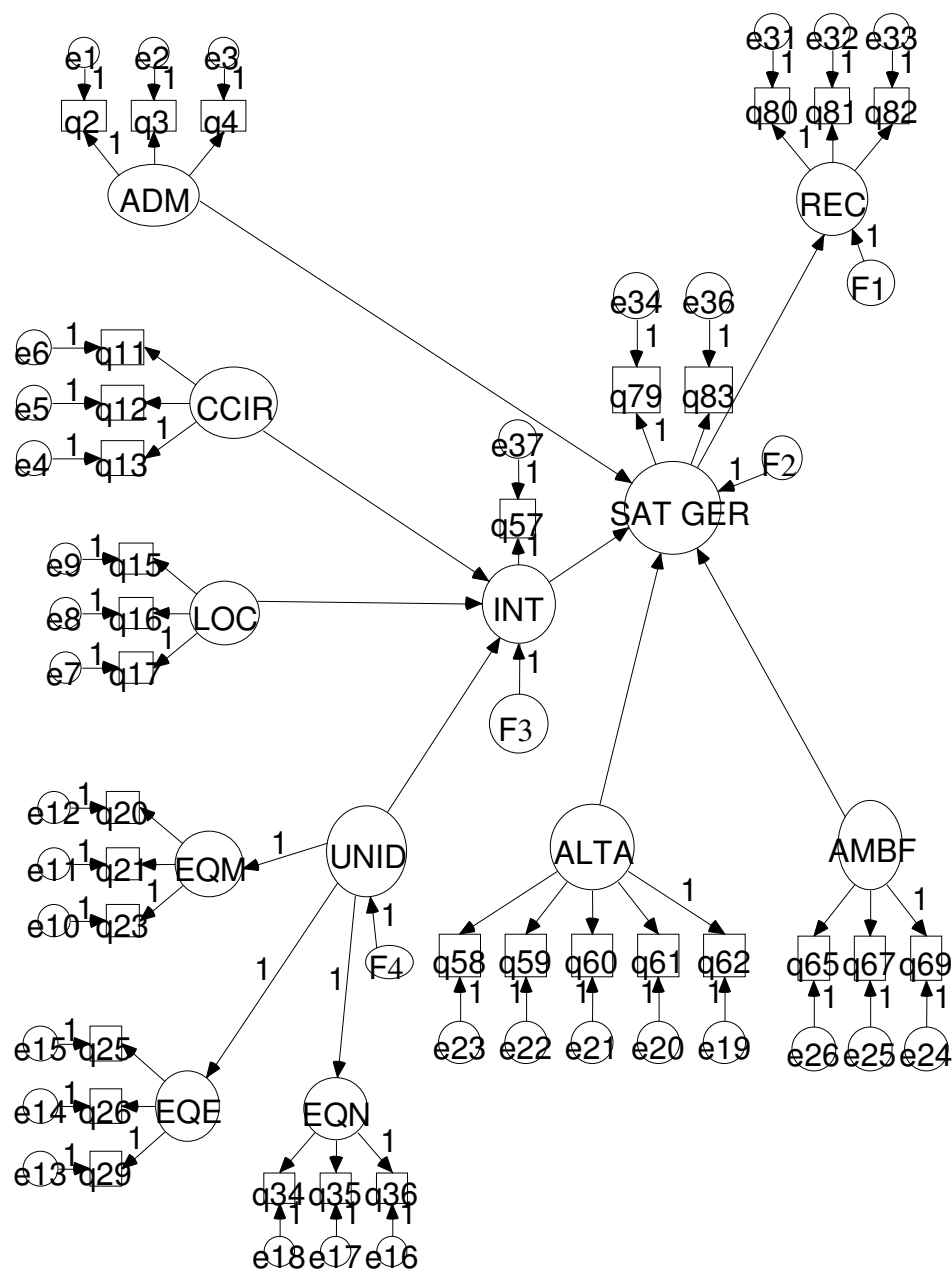


Figura 7 – Modelo 1
 Fonte: Dados da pesquisa

A análise fatorial confirmatória do modelo 1 evidencia índices de ajuste fora dos parâmetros aceitáveis, para Q^2/GL , GFI, AGFI, NFI, TLI, CFI e RMSEA (Tabela 44).

Tabela 44 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 1

Modelo	Q^2	P	GL	Q^2/GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	1755	0	458	3,831	0,580	0,516	0,637	0,676	0,701	0,129

Fonte: Dados da pesquisa

O cálculo das correlações múltiplas ao quadrado (R^2) mostra que, nesse modelo, 35,9% da variância de Internação poderia ser explicada por suas variáveis independentes, 74% da variância do construto satisfação poderia ser explicado por suas variáveis independentes presentes no modelo, e que 32,5% da variância do construto recomendação poderia ser explicada pela satisfação. O R^2 é “medida da proporção da variância da variável dependente em torno de sua média que é explicada pelas variáveis independentes ou preditoras” (HAIR et al., 2005, p.132).

A análise dos coeficientes das relações hipotetizadas demonstra que as hipóteses da influência do ambiente físico na satisfação geral e da unidade de internação na satisfação com o processo de internação são rejeitadas (Tabela 45).

Tabela 45 – Coeficientes das relações hipotetizadas para o Modelo 1

Hipótese	Caminho	Coefic. Não-padronizados		Coefic. padronizado	Valores t	P	Resultado*
		b	Erros-padrão	B			
H1a	ADMISSÃO → SATISF. GERAL	0,169	0,032	0,292	4,986	0,000	Hipótese não rejeitada
H1b	INTERNAÇÃO → SATISF. GERAL	0,526	0,072	0,730	7,492	0,000	Hipótese não rejeitada
H1c	ALTA → SATISF. GERAL	0,386	0,109	0,222	3,268	0,000	Hipótese não rejeitada
H2	AMB. FÍSICO → SATISF. GERAL	0,143	0,084	0,125	1,600	0,110	Hipótese rejeitada
H3	UNIDADE INTERNAÇÃO → INTERNAÇÃO	0,197	0,095	0,124	1,857	0,063	Hipótese rejeitada
H4	SATISF. GERAL → RECOMENDAÇÃO	0,955	0,132	0,582	7,215	0,000	Hipótese não rejeitada

Fonte: Dados da pesquisa

* ao nível de 0,05

Os índices de ajuste do Modelo 1 evidenciam uma situação não-satisfatória e, portanto, apontam para a necessidade de alterações no modelo inicialmente previsto. Procurando-se ter uma atitude cautelosa quanto a modificações no modelo, inicialmente opta-se por uma pequena mudança, retirando o construto denominado unidade de internação. Este procedimento baseia-se na suposição de que esse construto já está suficientemente representado pela influência direta das equipes no construto relativo ao processo de internação, além de ser uma das hipóteses rejeitadas.

No Modelo 2 tem-se, então, que a admissão, a internação, a alta e o ambiente físico influenciam diretamente o construto satisfação e este, por sua vez, a intenção de recomendação (Figura 8). Vale lembrar que o construto satisfação engloba a satisfação com o serviço e a comparação com o ideal.

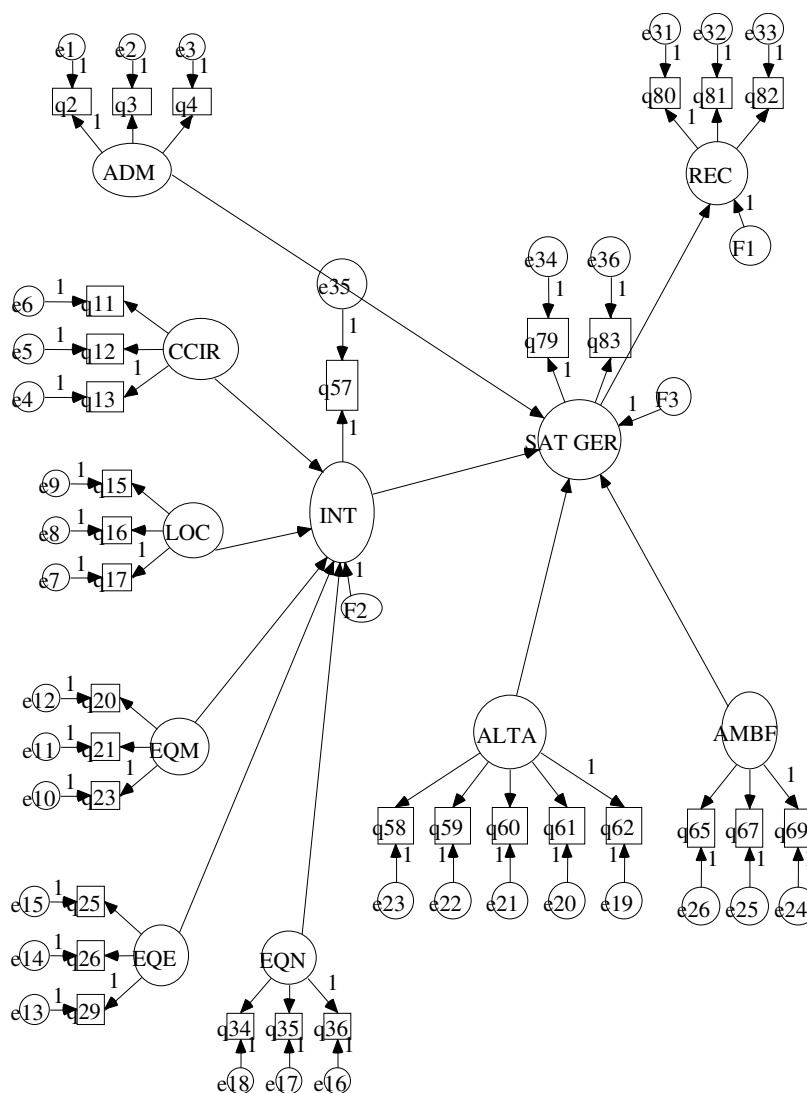


Figura 8 - Modelo 2
Fonte: Dados da pesquisa

Na análise fatorial confirmatória verifica-se que esse modelo não apresenta bons índices de ajuste, pois o Q^2/GL , GFI, AGFI, NFI, TLI, CFI e RMSEA estão fora dos índices preconizados (Tabela 46). Os índices encontrados, quando comparados aos do Modelo 1, são discretamente melhores, mas, mesmo assim, ainda considerados ruins.

O cálculo das correlações múltiplas ao quadrado (R^2) demonstra que 36,7% da variância de Internação poderia ser explicada por suas variáveis independentes, 73,7% da

variância do construto satisfação poderia ser explicado por suas variáveis independentes presentes no modelo e que 34,0% da variância do construto recomendação poderia ser explicada pela satisfação.

Tabela 46 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 2

Modelo	Q ²	P	GL	Q ² /GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
2	1476	0	454	3,252	0,619	0,557	0,694	0,742	0,764	0,115

Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos coeficientes das relações hipotetizadas (Tabela 47) demonstra novamente uma rejeição da hipótese da influência do ambiente físico e, adicionalmente, apresenta rejeição da hipótese da equipe médica. Evidencia-se, também, a ocorrência de uma hipótese quase rejeitada – a relativa à equipe de nutrição. As outras hipóteses não são rejeitadas.

Tabela 47 – Coeficientes das relações advindas do Modelo 2

Caminho	Coefic. Não-padronizados		Coefic. padronizado	Valores t	P	Resultado*
	b	Erros-padrão	B			
ADMISSÃO → SATISF. GERAL	0,168	0,032	0,298	5,098	0,000	Hipótese não rejeitada
INTERNAÇÃO → SATISF. GERAL	0,510	0,080	0,704	6,301	0,000	Hipótese não rejeitada
ALTA → SATISF. GERAL	0,393	0,110	0,232	3,545	0,000	Hipótese não rejeitada
AMB. FÍSICO → SATISF. GERAL	0,143	0,084	0,129	1,615	0,106	Hipótese rejeitada
CENTRO CIRÚRGICO → INTERNAÇÃO	0,311	0,048	0,381	5,938	0,000	Hipótese não rejeitada
LOCOMOÇÃO → INTERNAÇÃO	0,394	0,101	0,257	4,189	0,000	Hipótese não rejeitada
E. ENFERMAGEM → INTERNAÇÃO	0,264	0,077	0,210	3,672	0,000	Hipótese não rejeitada
E. MÉDICA → INTERNAÇÃO	0,063	0,081	0,048	0,666	0,505	Hipótese rejeitada
E. NUTRIÇÃO → INTERNAÇÃO	0,201	0,100	0,137	1,996	0,046	Hipótese não rejeitada
SATISF. GERAL → RECOMENDAÇÃO	0,954	0,137	0,575	6,965	0,000	Hipótese não rejeitada

Fonte: Dados da pesquisa

* ao nível de 0,05

Testa-se um terceiro modelo (Figura 9), do qual se retiram os construtos que representam as hipóteses rejeitadas – ambiente físico e equipe médica – e a hipótese quase rejeitada – equipe de nutrição. No modelo permanecem os construtos: admissão, centro cirúrgico, locomoção, equipe de enfermagem, e alta – os quais exerceriam influência direta na satisfação e esta na intenção de recomendação.

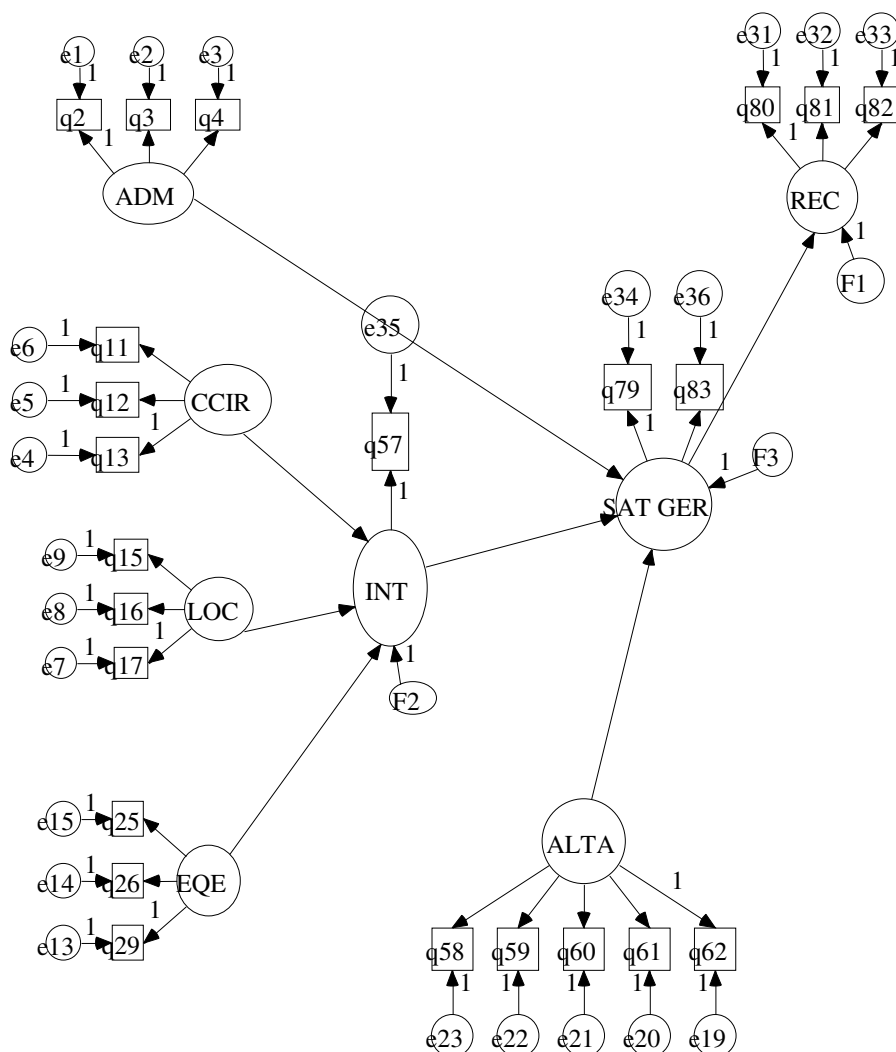


Figura 9 - Modelo 3
Fonte: Dados da pesquisa

A análise fatorial confirmatória evidencia uma melhora em alguns dos índices (GFI, AGFI, NFI, TLI e CFI) quando comparados aos do Modelo 2. Contudo, os índices de ajuste, de forma geral, nesse momento ainda não atingem os parâmetros recomendados (Tabela 48).

Em relação ao cálculo das correlações múltiplas ao quadrado (R^2) mostra que, nesse modelo, 35,4% da variância de Interação poderia ser explicada por suas variáveis

independentes, 72,8% da variância do construto satisfação poderia ser explicado por suas variáveis independentes presentes no modelo, e que 34,9% da variância do construto recomendação poderia ser explicada pela satisfação.

Tabela 48 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 3

Modelo	Q ²	P	GL	Q ² /GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
3	734	0	223	3,290	0,715	0,647	0,783	0,814	0,836	0,116

Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos coeficientes padronizados demonstra que nenhuma das hipóteses é rejeitada (Tabela 49). Assim, as hipóteses não rejeitadas no modelo 2 permaneceram nesta mesma condição no modelo 3.

Tabela 49 – Coeficientes das relações advindas do Modelo 3

Caminho	Coefic. não-padronizados		Coefic. padronizado	Valores t	P	Resultado*
	b	Erros-padrão	B			
ADMISSÃO → SATISF. GERAL	0,176	0,032	0,301	5,459	0,000	Hipótese não rejeitada
INTERNAÇÃO → SATISF. GERAL	0,520	0,075	0,711	6,640	0,000	Hipótese não rejeitada
ALTA → SATISF. GERAL	0,468	0,114	0,267	3,982	0,000	Hipótese não rejeitada
CENTRO CIRÚRGICO → INTERNAÇÃO	0,332	0,048	0,399	6,247	0,000	Hipótese não rejeitada
LOCOMOÇÃO → INTERNAÇÃO	0,433	0,103	0,280	4,481	0,000	Hipótese não rejeitada
E. ENFERMAGEM → INTERNAÇÃO	0,327	0,079	0,251	4,319	0,000	Hipótese não rejeitada
SATISF. GERAL → RECOMENDAÇÃO	0,947	0,131	0,583	7,264	0,000	Hipótese não rejeitada

Fonte: Dados da pesquisa

* ao nível de 0,05

Embora nenhuma das hipóteses seja rejeitada, os parâmetros de ajuste do modelo ainda não apresentam índices aceitáveis, além de não se observar melhores resultados no cálculo do R². Assim, considera-se que esse modelo também não pode ser aceito.

Várias outras simulações são realizadas na tentativa de encontrar um modelo que apresente melhores índices de ajuste, R² mais elevados e que permita uma análise das

hipóteses amparada na teoria e com um significado coerente com os achados da etapa exploratória e da própria experiência do pesquisador neste campo de estudo.

As tentativas que se realizam consideram a satisfação um processo dinâmico, que inicia no momento em que o cliente entra no hospital e termina quando ele deixa este ambiente de serviços. Como processo, ainda, considera-se o fato de que a satisfação em uma das etapas pode influenciar a satisfação nas etapas seguintes.

Diversas simulações de caminhos são experimentadas, não se obtendo quase nenhuma melhora nos índices analisados e observando-se variações nas hipóteses rejeitadas. Contudo, curiosamente, em quase todas essas tentativas, uma das hipóteses não é rejeitada – a da relação do construto satisfação com a intenção de recomendação ou de retorno.

Como as alterações nos caminhos não trazem acréscimos para as análises, realizam-se outras duas tentativas, removendo-se alguns dos construtos integrantes do Modelo 3. Os construtos que se removem compõem o processo de internação.

Inicialmente, retira-se o construto equipe de enfermagem e mantêm-se os construtos centro cirúrgico e locomoção. Os índices de ajuste melhoram, mas o modelo parece sem sentido, pois já na etapa exploratória constata-se que os relatos sobre o centro cirúrgico são prejudicados em decorrência do procedimento anestésico. Além disso, pondera-se que, como o estudo busca compreender a relação entre os encontros de serviço e a satisfação, tanto os eventos do centro cirúrgico quanto os da locomoção são quantitativamente muito menores do que aqueles que ocorrem no quarto do paciente – neste a dimensão temporal é contada em dias, enquanto naqueles é em horas ou minutos – de forma que a intensidade dos contatos é muito maior e mais freqüente.

Posteriormente, são retirados os construtos centro cirúrgico e locomoção, mantendo-se o da equipe de enfermagem. De acordo com o que se comenta por ocasião dos resultados da exploratória, grande parte dos incidentes críticos que os participantes relatam referem-se aos eventos que ocorrem no quarto do paciente e, dentre esses, praticamente a metade envolvem situações protagonizadas pelo cliente e equipe de enfermagem. Assim, entende-se que esse construto é bastante representativo do processo de internação.

Uma nova análise dos caminhos se realiza com resultados semelhantes aos das simulações anteriores. Contudo, ainda nesse modelo, considerando-se que a equipe de enfermagem é suficientemente consistente para representar o processo de internação, retira-se o construto internação – que, aparentemente, parece não agregar elementos à análise, pois fica composto por uma única variável. Outra modificação é a direção da seta: a equipe de

enfermagem exerceria uma influência indireta no construto satisfação, isto é, através do construto alta (Figura 10).

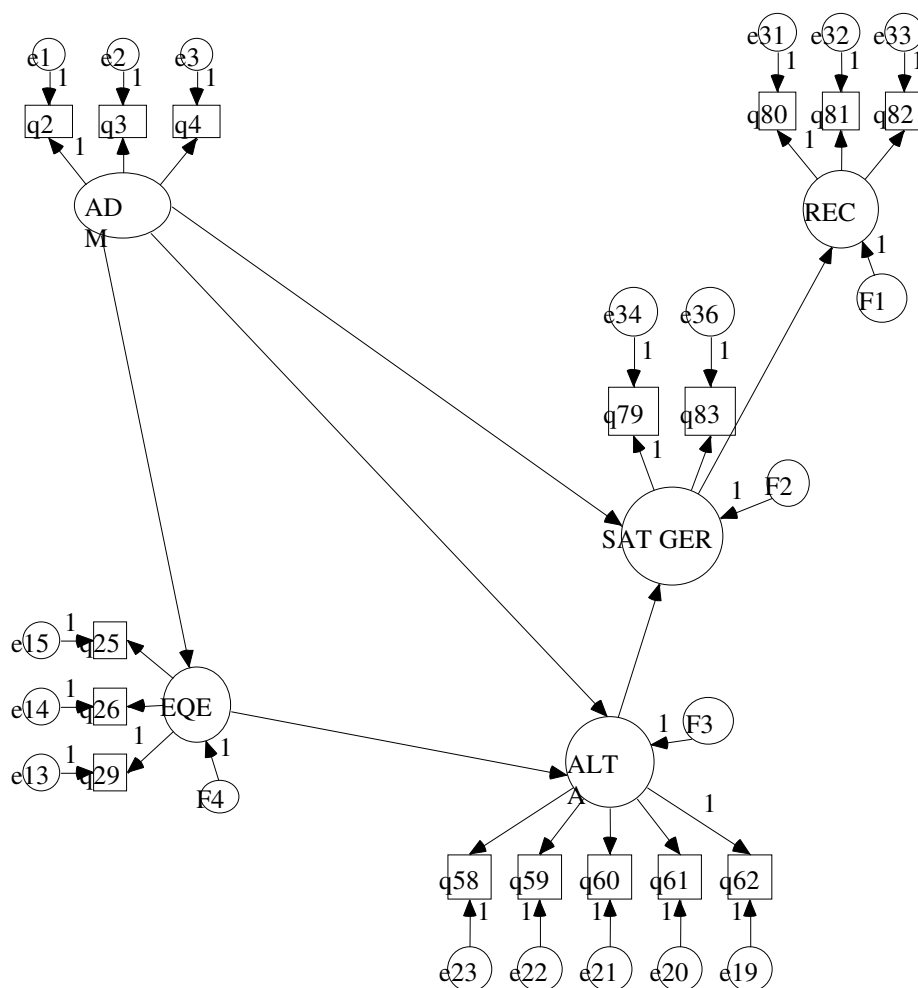


Figura 10 - Modelo 4
Fonte: Dados da pesquisa

Com essas modificações chega-se a uma melhor especificação do modelo. A análise fatorial confirmatória do Modelo 4 evidencia uma acentuada melhora nos seus índices de ajuste (Tabela 50), podendo-se considerá-los aceitáveis.

Tabela 50 – Análise Fatorial Confirmatória do Modelo 4

Modelo	Q ²	P	GL	Q ² /GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
4	203	0	98	2,068	0,881	0,834	0,906	0,937	0,949	0,079

Fonte: Dados da pesquisa

O cálculo das correlações múltiplas ao quadrado (R^2) mostra que, nesse modelo, 20,1% da variância da equipe de enfermagem é explicada pelo construto admissão, 36,4% da

alta é explicada pela equipe de enfermagem; 63,6% da variância do construto satisfação poderia ser explicada por suas variáveis independentes presentes no modelo, e que 57,8% da variância do construto recomendação poderia ser explicada pela satisfação. Os coeficientes das relações hipotetizadas demonstram que nenhuma das hipóteses são rejeitadas (Tabela 51).

Tabela 51 – Coeficientes das relações advindas do Modelo 4

Caminho	Coefic. não-padronizados		Coefic. padronizado	Valores t	P	Resultado*
	b	Erros-padrão	B			
ADMISSÃO → SATISF. GERAL	0,371	0,054	0,556	6,648	0,000	Hipótese não rejeitada
ALTA → SATISF. GERAL	0,695	0,183	0,341	3,613	0,000	Hipótese não rejeitada
SATISF. GERAL → RECOMENDAÇÃO	1,215	0,122	0,757	9,968	0,000	Hipótese não rejeitada
ADMISSÃO → E. ENFERMAGEM	0,282	0,058	0,430	5,235	0,000	Hipótese não rejeitada
E. ENFERMAGEM → ALTA	0,115	0,044	0,203	2,255	0,024	Hipótese não rejeitada
ADMISSÃO → ALTA	0,154	0,031	0,471	4,948	0,000	Hipótese não rejeitada

Fonte: Dados da pesquisa

* ao nível de 0,05

Buscando-se sintetizar a discussão realizada, dentre os quatro modelos, o último (Figura 10) é o que apresenta a estrutura mais simples e índices de ajuste aceitáveis (Tabela 52). Ainda, constata-se uma diminuição no valor de R^2 para a satisfação, mas há um acréscimo significativo neste valor para a recomendação quando se compara o R^2 ao dos modelos 1, 2 e 3 (Tabela 53).

Tabela 52 – Análise Fatorial Confirmatória dos Modelos

Modelo	Q ²	P	GL	Q ² /GL	GFI	AGFI	NFI	TLI	CFI	RMSEA
1	1755	0	458	3,831	0,580	0,516	0,637	0,676	0,701	0,129
2	1476	0	454	3,252	0,619	0,557	0,694	0,742	0,764	0,115
3	734	0	223	3,290	0,715	0,647	0,783	0,814	0,836	0,116
4	203	0	98	2,068	0,881	0,834	0,906	0,937	0,949	0,079

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 53 – Valores de R²

CONSTRUTO	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3	MODELO 4
SATISFAÇÃO GERAL	0,733	0,737	0,728	0,636
RECOMENDAÇÃO	0,340	0,340	0,349	0,578

Fonte: Dados da pesquisa

A discussão sobre os quatro modelos aponta para a adoção do Modelo 4 como aquele que melhor representa a relação entre os encontros de serviço e a satisfação dos clientes em hospitais. Dessa forma, entende-se ter alcançado o objetivo geral da investigação: “Verificar a relação dos encontros de serviço com a satisfação dos clientes em hospitais”.

O próximo capítulo destina-se às considerações finais, tecendo-se mais alguns comentários sobre os principais achados do estudo, suas limitações e indicando possibilidades para futuras pesquisas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este último capítulo tem por objetivo apresentar a finalização do estudo. Para tanto, resgata suas principais constatações, examina as implicações gerenciais, reflete acerca das limitações e postula algumas sugestões para futuras pesquisas.

6.1 Principais Constatações

Um primeiro aspecto a ser comentado diz respeito ao conceito de encontros de serviço. A literatura apresenta termos, por exemplo, interação, tempo e ambiente para defini-lo (SURPRENANT et al., 1985; WINSTED, 1999; STAUSS e MANG, 1999; DASU e RAO, 1999; ZEITHAML e BITNER, 2000). Através das entrevistas realizadas na etapa exploratória pode-se constatar que a interação é o elemento central ou nuclear deste conceito. Contudo, outros elementos – o ambiente de serviço, o componente emocional, a frequência e a duração dos contatos – estão intrinsecamente relacionados, de forma que o “sucesso ou fracasso” dos encontros está na dependência da sinergia de todos esses aspectos.

Esse funcionamento integrado e de interdependência conduz a reflexão sobre a característica da simultaneidade dos serviços. Marcada por elementos como a presença e a participação do cliente no ambiente de produção de serviço, a influência de outros clientes que compartilham o mesmo espaço físico e a concepção do provedor como parte do serviço, a simultaneidade – quando analisada no contexto hospitalar - confere ainda maior complexidade ao estudo do fenômeno.

O cliente hospitalizado (paciente/familiar) está 24 horas presente no ambiente de serviços, participando de vários “momentos da verdade”. O trabalho do profissional da saúde depende, em muito, da colaboração obtida junto ao cliente no que se refere a sua adesão ao tratamento, observado no seu comportamento em relação à dieta, às medicações prescritas e aos cuidados recomendados. Ao mesmo tempo, ele compartilha áreas de diagnóstico e de procedimentos com outros pacientes - por exemplo, a radiologia e o bloco cirúrgico –

observando e avaliando o que ocorre com ele e com os demais que ali são atendidos. Assim, na prática, torna-se difícil isolar os conceitos de encontros de serviço e de serviço.

Assim, aborda-se a segunda constatação do estudo, de que a satisfação com o serviço e a satisfação nos encontros de serviço são conceitos que se “sobrepõem”. Por diversas vezes, durante a fase de entrevistas, se observa que os encontros de serviço, para o cliente, são o próprio serviço. Quando abordados sobre situações de interação com os profissionais do hospital que lhe trazem satisfação, os clientes mencionam não apenas aspectos da interação, mas outros aspectos, entre os quais a alimentação, a limpeza ou os aspectos formais da empresa – documentos, formulários, processos, etc. Esses elementos, aos olhos do cliente, fazem parte dos encontros de serviço. Para o pesquisador, todavia, são elementos do serviço e não do termo “interação” que, neste caso, seria o ponto central dos encontros de serviço.

A distinção conceitual - entre serviços e encontros de serviço - parece ser muito mais um recurso teórico da esfera acadêmica ou de análise para o pesquisador, do que para quem experiencia o serviço, no caso, o cliente. As entrevistas em profundidade evidenciam que o cliente avalia o serviço com base na avaliação que faz dos encontros de serviço. Essa constatação encontra respaldo teórico nos referenciais consultados (BITNER, 1990; BITNER, BOOMS E TETREALT, 1990; FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000; HOFFMAN e BATESON, 2003; ZEITHAML e BITNER, 2003). Assim, entende-se que o serviço, para o cliente, são os encontros de serviço.

Seguindo nesta linha de raciocínio, o serviço poderia ser concebido como sendo composto por um conjunto de encontros de serviço, organizados - seqüencial e temporalmente - em forma de processo. Na abordagem de processo, o serviço possuiria três etapas: uma relacionada ao serviço central que, por sua vez, seria antecedida e sucedida por fases denominadas serviços periféricos (WALKER, 1995).

No modelo estudado, o processo de internação poderia ser considerado como serviço central, antecedido pelo processo de admissão e sucedido pelo processo de alta. O modelo que se testa na etapa descritiva indica que a satisfação não decorre apenas dos vários encontros de serviço, mas evolui de uma fase para outra no processo de serviço, assumindo uma natureza dinâmica. Esse caráter dinâmico também encontra sustentação teórica nos estudos consultados (BOLTON, 1998; PELTIER, SCHIBROWSKY, WESTFALL, 2000).

O estudo do modelo demonstra que existem diferentes relações entre as etapas do processo de atendimento no hospital e que serão discutidas agora com a retomada das hipóteses estabelecidas ao final da etapa exploratória.

H1: Os encontros de serviço decorrentes dos processos de admissão, internação e alta influenciam a satisfação do cliente atendido no hospital.

A admissão possui os encontros de serviço responsáveis pela primeira impressão do cliente e faz parte de sua acolhida no ambiente de serviço. O modelo evidencia uma influência direta na satisfação geral e indireta, através dos processos de internação (representado pela enfermagem) e alta.

O estágio seguinte, denominado processo de internação, contém os elementos centrais do serviço hospitalar e, desde a etapa exploratória, distingue-se como um dos mais marcantes do processo como um todo, em decorrência da grande quantidade dos incidentes críticos que os participantes relatam. Em virtude do tratamento da base de dados, da análise fatorial confirmatória dos construtos e do modelo como um todo, esse processo é representado apenas pela equipe de enfermagem, constatando-se uma influência indireta através do processo de alta, na satisfação geral.

O último estágio – denominado processo de alta – parecia não ser valorizado pelo cliente, exceto em situações em que ocorriam divergências em relação à conta hospitalar, nas entrevistas em profundidade. No modelo, ele exerce uma influência direta na satisfação geral e sofre influência das duas etapas que o antecedem – admissão e internação (enfermagem).

Considerando-se as três etapas, somente duas – a do início e a do final – exercem influência direta no construto satisfação no modelo testado. Este fato parece sugerir que o cliente, ao emitir sua opinião, faz uma avaliação do resultado do serviço, isto é, compara suas próprias condições na chegada e na saída do hospital. A satisfação resulta de todos os momentos de contato ao longo do processo de atendimento (PELTIER, BOYT E SCHIBROWSKY, 1998; HARBARGER, 2000), sendo que a presente investigação identifica que existem momentos que influenciam diretamente e outros, indiretamente.

H2: O ambiente físico e o funcionamento do hospital exercem influência na satisfação do cliente.

Esses dois elementos de análise, além de integrarem os relatos dos incidentes críticos, também estão amparados na literatura pertinente (BITNER, 1992; ZEITHAML, 2003). A análise fatorial confirmatória retira o construto funcionamento do modelo por não apresentar número suficiente de três variáveis para compô-lo, restando, então, apenas os aspectos relacionados ao ambiente físico. Entretanto, no modelo, esta hipótese é rejeitada. Curiosamente, em todas as simulações realizadas (inclusive naquelas que nem mereceram espaço no capítulo anterior), em que o construto ambiente físico está presente, esta hipótese também é rejeitada.

Embora os testes estatísticos comprovem a rejeição da hipótese, intuitivamente acredita-se que esses aspectos mereçam ser mais investigados. A teoria destaca a importância dos aspectos da empresa de serviços, com seu ambiente físico e normas de funcionamento, por exemplo, como componentes dos encontros de serviço. No hospital, o paciente e seus familiares permanecem 24 horas por dia e durante vários dias utilizam seus serviços e dependências físicas. Além disso, deve ser ponderado que a grande maioria das pessoas não utiliza o hospital porque aprecia esse ambiente, mas por necessidade. Dessa forma, parece óbvio que o ambiente deva fazer parte desta avaliação por sua influência na satisfação.

H3: Os encontros de serviço que ocorrem na unidade de internação são os que exercem maior influência na satisfação do cliente no processo de internação.

O destaque dado aos encontros de serviço que ocorrem na unidade de internação, gerando esta hipótese, decorre do expressivo número de situações relatadas pelos clientes entrevistados e pela afirmação de que alguns encontros assumem uma posição mais central na satisfação dos clientes do que outros (ZEITHAML e BITNER, 2000). Na análise do modelo completo (Modelo 1) esta hipótese é rejeitada e, dentre os três elementos que compõem o processo de internação, esta relação é a que exerceria menor influência. Contudo, no Modelo 4, não é possível testar esta hipótese, pois, o processo de internação perde sua configuração inicial e fica representado apenas pela enfermagem.

Já, na análise por regressão, quando se consideram todos os aspectos (processos e subprocessos – Tabela 21) esta é a variável de maior influência, explicando 68,2% da variância da satisfação geral. A experiência profissional demonstra que é na unidade de internação que ocorre o maior número de encontros de serviço, fato que também se constata nas entrevistas em profundidade. Os encontros neste local assemelham-se àqueles descritos como de um contato mais prolongado e de maior intimidade (PRICE, ARNOULD e TIERNEY, 2001).

O centro cirúrgico é o local onde o cliente (paciente e familiar) tem menor controle da situação, quer pelo procedimento anestésico ou cirúrgico a que é submetido o paciente, quer pela restrição de acesso ao local por parte dos familiares. Talvez possa ser ponderado, também, que relacionado ao procedimento que ocorre neste local é onde são mobilizados sentimentos de apreensão e medo, isto é, há um envolvimento emocional muito intenso.

Os encontros que compõem o processo de locomoção são breves e eventuais, pois decorrem da necessidade de deslocamento do paciente nas dependências do hospital. Contudo, por vezes, o paciente está muito suscetível, pois o deslocamento pode ocorrer no

período imediatamente anterior (manifestando medo e ansiedade) ou posterior ao procedimento cirúrgico (em virtude da dor).

H4: A satisfação com o atendimento recebido exercerá influência sobre a intenção de recomendação do serviço oferecido pelo hospital.

Inversamente à situação de rejeição encontrada para a hipótese 2, a hipótese 4 não é rejeitada em nenhuma das simulações realizadas. Assim, em todos os testes estatísticos aplicados, a condição de aceitação da hipótese se mantém presente. Essa relação é a que também apresenta o maior escore de B (coeficiente padronizado) na análise do modelo como um todo.

Uma última hipótese formulada, mas não incluída no modelo, estabelece que “Os encontros de serviço com a equipe de enfermagem são os que exercem maior influência na satisfação do cliente na unidade de internação”. Propõe-se esta hipótese em decorrência da grande quantidade de relatos que envolvem a equipe de enfermagem e pelas características do trabalho desta equipe no hospital. Inúmeros são os encontros de serviço protagonizados pela enfermagem e o paciente (incluindo também o familiar, se presente no setor) em decorrência do acompanhamento diário desta equipe, quer avaliando as condições do paciente, quer prestando cuidados de enfermagem, por exemplo, administração de medicamentos, curativos, banho, etc.

Esses contatos, além de freqüentes, ocorrem ao longo das 24 horas do dia e durante todo o período de permanência do cliente no hospital. Também possuem a característica de proximidade física inerente à prestação de cuidados e a realização de procedimentos diretos no corpo do paciente. A interação freqüente e fisicamente próxima possibilita, ainda, uma comunicação intensa, conferindo ao profissional um conhecimento mais amplo e aprofundado de informações privativas da vida do cliente. Os encontros de serviço com esta equipe possuem características semelhantes àqueles descritos por Price, Arnould e Tierney (2001).

A análise por regressão demonstra que 49,6% da variância da satisfação na unidade de internação pode ser explicada pela atuação da equipe de enfermagem, respaldando a afirmação de que alguns encontros de serviço assumem uma posição mais central na satisfação com o serviço (ZEITHAML e BITNER, 2000). Já, na análise do modelo como um todo, a enfermagem tem uma influência indireta na satisfação geral e, quando analisada sua relação com a alta, ela apresenta o menor escore para B (coeficiente padronizado) dentre as relações analisadas.

6.2 Implicações Gerenciais

Os encontros de serviço no hospital são, marcadamente, do tipo face a face. Encontros deste tipo implicam contato direto entre cliente e funcionários de linha de frente da empresa, respaldando a classificação encontrada na literatura que denomina as instituições hospitalares como sendo de alto contato.

Cabe ressaltar, ainda, que esse contato não se limita apenas à intensidade da comunicação estabelecida no momento da interação, mas no próprio desempenho de ações diretas sobre o corpo do cliente, como no caso dos procedimentos de enfermagem, médicos, de fisioterapia, etc. Ainda sob a perspectiva do alto contato menciona-se que o atendimento em saúde, por característica, deve considerar o espaço de tempo necessário para que ocorra a recuperação do corpo doente e os aspectos emocionais que permeiam a situação da doença, tanto para o paciente quanto para sua família. Assim, os hospitais são organizações de alto contato, onde os encontros de serviço são frequentes e prolongados, com elevado grau de contato físico e impregnados de intenso conteúdo emocional. Portanto, é necessário que os hospitais gerenciem esses momentos de contato, através de uma equipe de profissionais capacitada para o relacionamento com o cliente.

A experiência profissional demonstra que a enfermagem é a equipe que mais contatos estabelece com o cliente internado no ambiente hospitalar, podendo ser responsável por uma significativa parcela da satisfação dos pacientes. Isso aponta para a necessidade do preparo de todos os profissionais e, em especial, desta equipe que representa a linha de frente do hospital, para os momentos de interação com o cliente.

O ambiente hospitalar também tem como característica a complexidade do conhecimento técnico que fundamenta a ação dos profissionais que atuam no contato direto com o cliente. Sabe-se que os programas de formação profissional concentram sua atenção no conhecimento técnico que cada profissional deve ter para o exercício de sua profissão, mas nem sempre contemplam disciplinas que o preparem para o contato, para a interação ou para o encontro com o cliente.

Por outro lado, o cliente, de modo geral, não possui informações suficientes para avaliar o serviço do ponto de vista técnico, recorrendo aos aspectos relacionados à interação com o profissional para proceder a avaliação do serviço. Isso revela uma lacuna existente entre o preparo do profissional - marcadamente técnico, e os atributos de satisfação elencados pelo cliente - marcadamente interacionais.

A ação gerencial, a partir dessa constatação, implica necessidade de a empresa possuir um processo de seleção de pessoal adequado, capaz de identificar profissionais com características pessoais para atuar na área de serviços, e no preparo desses profissionais para o contato com o cliente. Programas de desenvolvimento de pessoal que contemplem aspectos focados no cliente, como a sensibilidade para identificar as suas necessidades, o manejo de situações em que ocorrem falhas no serviço, ou são feitas solicitações difíceis de serem atendidas ou mesmo quando o cliente apresenta um comportamento problemático são alguns exemplos de temas a serem abordados. Em realidade, esse programa deveria ter por objetivo o preparo do funcionário de contato para os encontros de serviço, instrumentalizando-o para compreender e gerenciar esses momentos.

Valorizar dos aspectos interacionais dos encontros de serviço requer que a instituição mantenha um grupo funcionários capaz de estabelecer um contato satisfatório com o cliente. Contudo, por vezes, isso se torna conflitante com a necessidade de redução de custos das instituições hospitalares. Com frequência, os meios de comunicação abordam a crise financeira vivida pelos hospitais e a iminente redução do quantitativo de funcionários como medida para a contenção de gastos. Conseqüentemente, os hospitais passam a ter um número menor de funcionários para realizar a mesma quantidade de serviço, o que significa dizer que o tempo a ser dispensado a cada paciente será reduzido. Sabe-se, de antemão, que a redução do tempo poderá comprometer os atributos como a atenção e a paciência para com o paciente, ou mesmo o atendimento rápido ao chamado da campainha, repercutindo em menores índices de satisfação.

6.3 Limitações do Estudo

Este estudo investiga apenas situações de clientes cirúrgicos diferenciados, restringindo as constatações a esse tipo de clientes. Como se diz na introdução deste estudo, o contexto hospitalar apresenta situações bastante diversificadas. Não se contempla, aqui, por exemplo, situações que envolvem óbitos de pacientes, pacientes que possuem patologias clínicas, clientes de maternidade, clientes em setores de terapia intensiva, clientes que internam pelo Sistema Único de Saúde, etc. Portanto, se, por um lado, aprofunda-se o conhecimento acerca de clientes cirúrgicos diferenciados, por outro, fica-se limitado à abrangência das conclusões do próprio estudo.

Também, poder-se-ia entender o enfoque do estudo como uma limitação, isto é, o fato de os encontros de serviço serem sido analisados sob os aspectos relativos aos profissionais de contato e ao ambiente da empresa. Na literatura lê-se que os encontros de serviços são compostos por uma tríade: funcionários, empresa e clientes. Assim, esse último elemento participa como sujeito da investigação, mas não integra os itens de avaliação. Este é um aspecto que deve ser considerado, pois, Bitner, Booms e Mohr (1994), ao estudarem os encontros de serviço, partindo do ponto de vista do funcionário de contato, identificam outros elementos de análise, por exemplo, a existência de cliente com comportamentos inadequados no ambiente de serviços, considerados clientes-problema, que interferem no próprio serviço e na satisfação do próprio cliente.

Outro aspecto que merece reflexão é o da adequação do uso da modelagem ao fenômeno em estudo. Ao longo deste estudo, procura-se descrever a complexidade do contexto dos serviços hospitalares que envolve a heterogeneidade no desempenho dos prestadores de serviço, as necessidades e comportamentos dos clientes, o componente emocional, as implicações da simultaneidade, dentre outros fatores. Sabe-se que um modelo representa uma simplificação da realidade. Sem desmerecer a robustez dessa técnica, talvez se deva considerar que contextos de serviço complexos, como os hospitais, não sejam adequados ao uso de modelagem.

Outro aspecto que pode ser discutido é a interferência do pesquisador ou, dito em outras palavras, a relação do próprio pesquisador com o campo de estudo. Talvez o fato de o pesquisador atuar em organizações hospitalares e, conseqüentemente, conviver há longo tempo com a complexidade deste contexto de prestação de serviços, “dificulte” a simplificação do fenômeno para utilização da modelagem.

Pontua-se, ainda, nessa discussão, a questão da não-normalidade e não-linearidade dos dados. Seria um comportamento característico dos dados relacionado a este tema e contexto estudado? Exclusivo desse tipo de pacientes? A expectativa dos pacientes quanto ao atendimento seria tão ruim a ponto de provocar avaliações que se concentram no intervalo superior de pontuação? Os hospitais estariam comprometidos com o oferecimento de um serviço que realmente superaria as expectativas dos clientes? Estariam conseguindo desenvolver uma cultura de serviços voltada ao cliente?

Percebe-se que a etapa exploratória abre um leque de possibilidades de variáveis para compor o instrumento de coleta de dados da *survey*. Contudo, na análise fatorial confirmatória, muitas destas variáveis necessitam ser descartadas. Por outro lado, a modelagem possibilita o estabelecimento de relações que não seriam viáveis em uma

abordagem puramente qualitativa. Portanto, tanto numa abordagem quanto noutra – qualitativa ou quantitativa – evidenciam-se vantagens e desvantagens (ou limitações). Neste estudo pretendeu-se que a etapa exploratória subsidiasse a realização da etapa descritiva e, que os achados desta, pudessem encontrar explicações nos resultados daquela.

6.4 Sugestões para Futuras Pesquisas

Na análise surgem alguns aspectos que merecem ser mais investigados: como as hipóteses relativas à influência da unidade de internação na satisfação do cliente no processo de internação, e da equipe de enfermagem na satisfação no subprocesso unidade de internação. Ao que tudo indica, esses aspectos necessitam ser mais explorados, implicando, talvez, alteração da configuração do modelo ou mesmo na estrutura do instrumento de coleta de dados. Deve-se considerar que, na análise por regressão, apenas 50,5% das variáveis consideradas explicam a variância da satisfação na unidade de internação.

Quanto à atuação da equipe de enfermagem, sabe-se que seu trabalho é marcado pela intensidade do contato com o cliente, por sua proximidade física e ações sobre o corpo do indivíduo, por seu acompanhamento durante todo o período de hospitalização. Este tipo de interação favorece um relacionamento mais próximo, em que são compartilhadas informações privadas do indivíduo, seus medos, seus temores, sua fragilidade enquanto indivíduo que necessita de cuidados, acentuando sua dependência desta equipe. Assim, surge a possibilidade de investigar a influência das variáveis relacionadas à frequência e duração dos contatos, da privacidade das informações e de aspectos éticos envolvidos nos encontros de serviço.

Estudos comparativos acerca dos encontros de serviço em organizações de alto e baixo contato também poderiam ser realizados, identificando semelhanças e diferenças. Outro aspecto poderia ser a avaliação da influência da intensidade e da frequência dos contatos na satisfação do cliente. O acompanhamento mensal dos resultados destas pesquisas em hospitais tem sugerido que quanto maior o número de encontros de serviço mais elevado é o nível de satisfação.

A relação entre os encontros de serviço e a imagem da empresa de serviços poderia sugerir outro caminho de pesquisa. Em uma das tentativas de modelagem realizadas, a hipótese relação da equipe médica com a satisfação do cliente é rejeitada. Inicialmente, este fato causa estranheza, pois se reconhece a forte vinculação do serviço do médico ao hospital.

Contudo, uma análise embasada na prática mostra que o relacionamento com o médico não se restringe, no caso dos clientes estudados, ao ambiente do hospital. Inicia antes do ingresso do paciente no hospital, isto é, no consultório do médico. A hospitalização é apenas um dos eventos de uma série de contatos com o médico, persistindo após a alta hospitalar. Os encontros de serviço utilizados para avaliar a satisfação com o serviço recebido, no modelo testado, parecem ser aqueles cuja interação entre cliente e provedor ocorre apenas nas dependências físicas dessa empresa.

Outro caminho de investigação poderia trilhado na exploração do conceito de cliente nos serviços de saúde, avaliando os encontros de serviço e a satisfação do ponto de vista do cliente-paciente e do ponto de vista do cliente-familiar, pois, neste contexto, o conceito cliente assume uma dimensão coletiva. A etapa exploratória mostra que o familiar se percebe como executor de uma parcela do serviço, mas os profissionais da empresa o percebem como cliente que também solicita atenção.

Também poderiam ser investigados eventos considerados mais alegres como os vividos nas maternidades. Como se comportariam os encontros de serviço e a satisfação neste contexto? Os clientes desses serviços teriam expectativas mais difíceis de serem atendidas? Os atributos de satisfação seriam os mesmos? Qual seria a influência do contexto da situação - doença ou saúde - vivida pelo cliente nos encontros de serviço e na satisfação?

As variáveis relacionadas ao ambiente físico e o próprio funcionamento da empresa também mereceriam ser mais investigadas, talvez considerando-os elementos moderadores entre dois construtos

Sem ter a pretensão de esgotar o leque de alternativas para futuras pesquisas, entende-se que um último aspecto que poderia ser destacado: a modelagem. Avaliar sua adequação ao tema e à complexidade do contexto em estudo, pois, na tentativa de simplificar o contexto para representá-lo num modelo, elementos importantes podem ter ficado à margem da análise. Contudo, como uma das técnicas avançadas em estatística, sem dúvida, seduz qualquer pesquisador. Ela é uma técnica que utiliza avançados conhecimentos estatísticos e recursos computacionais e, ao mesmo tempo, exige um esforço quase que artesanal do pesquisador na lapidação de seu modelo.

Apesar de todo esforço empregado, do rigor científico do método e do comportamento ético no tratamento dos dados, ainda existem pontos obscuros a serem desvelados. Nem todas as hipóteses puderam ser comprovadas e, mesmo nas comprovadas, novos questionamentos emergem. Porém, entende-se que esta é a trajetória natural da ciência que segue um movimento contínuo de busca por explicações dos fenômenos do cotidiano, de

questionamento do seu próprio método científico e de desafio do conhecimento já consolidado.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Douglas C. The satisfied consumer: service return behavior in the hospital obstetrics market. **Journal of Health Care Marketing**, v. 2, n. 4, p. 25-33, fall 1982.

ANTUNES, José. L. F. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras e Letras, 1991.

BABAKUS, Emin; FERGUSON, Carl; JÖRESKOG, Karl. The sensitivity of confirmatory maximum likelihood factor analysis to violations of measurement scale and distributional assumptions. **Journal of Marketing Research**, v. 24, n.2, p.222-8, may 1987.

BAKER, Julie; GREWAL, Dhruv; PARASURAMAN, A. A influência do ambiente da loja nas inferências de qualidade e em sua imagem. In: BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BITNER, Mary Jo. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employees response. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 54, p. 69-82, apr. 1990.

_____. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 56, n. 2, p. 57-71, apr. 1992.

_____. Self-service technologies: What do customers expect? **Marketing Management**, Chicago, p. 10-11, spring 2001.

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

BITNER, Mary Jo; BOOMS, Bernard H.; TETREAULT, Mary S. The service encounters: diagnosing favorable and unfavorable incidents. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 54, n. 2, p. 71-84, jan. 1990.

BITNER, Mary Jo; BROWN, Stephen W.; MEUTER, Matthew L. Technology infusion in service encounters. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Greenvale, p. 138-149, winter 2000.

BOLTON, R. A dynamic model of the duration of the customer's relationships in a continuous service provider: the role of satisfaction. **Marketing Science**, v. 17, n. 1, p. 45-65, 1998.

BOYD, Harper W. et al. **Marketing research: text and cases**. 8. ed. Homewood, Il.: R.D. Irwin, 1996.

BRASIL, Vinícius Sittoni. **Análise da qualidade percebida em serviços hospitalares diferenciados**. 1994. 124 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1994.

BRODERICK, Anne J. Role theory and the management of service encounters. **The Service Industries Journal**, London, p. 117-131, apr. 1999.

BRYANT, C. et al. Increasing customer satisfaction. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 18, n. 4, p. 4-17, winter 1998.

BYRNE, Barbara M. **Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming**. London: Lawrence Erlbaum Associates, 2001

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORRÊA, Henrique L.; CAON, Mauro. **Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2002.

CORTES, S. M. V. **Técnicas de coleta e análise qualitativa de dados**. Cadernos de Sociologia, Porto Alegre, v. 9, p. 11-47, 1998.

DASU, Sriram; RAO, Jay. A dynamic process model of dissatisfaction for unfavorable non-routine service encounters. **Production and Operations Management**, Muncie, p. 282-300, fall 1999.

DIAMANTOPOULOS, Adamantios; WINKLHOFER, Heidi M. Index construction with formative indicators: an alternative to scale development. **Journal of Marketing Research**, v. 38, n. 2, p. 269-77, may 2001.

DI LASCIO, Cecília M. S. O ensino da história do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 2, v. 38, p. 126-137, abr./jun.1985.

DILLON, William R. Measurement: summed scales and what is a “reflective” or “formative” indicator? **Journal of Consumer Psychology**, v. 10, n 1 e 2, p.55-69, 2001

DUFFY, Jo Ann; DUFFY, Michael; KILBOURNE, William E. A comparative study of resident, family, and administrator expectations for service quality in nursing homes. **Health Care Management Review**, Galthersburg, p. 75-85, summer 2001.

ERDMANN, Rolf H.; ERDMANN, Alacoque L. O marketing e a enfermagem: a conquista de uma imagem encantadora do profissionalismo. **Texto e Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v.5, n.2, p.35-42, jul./dez. 1996.

FISK, Raymond; BROWN, Stephen; BITNER, Mary Jo. Tracking the evolution of the services marketing literature. **Journal of Retailing**, v. 69, n. 1, 1993.

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

FORNELL, Claes. A national customer satisfaction barometer: the swedish experience. **Journal of Marketing**, v.56, n.1, p.6-21, jan. 1992.

FROEMMING, Lurdes M. S. **Encontros de serviços em uma instituição de ensino superior**. 2001. 284 f. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

GAIDZINSKI, Raquel; KURCGANT, Paulina. **Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivências de enfermeiras**. São Paulo: Administração Nursing, 2000.

GARVER, Michael S.; MENTZER, John. T. Logistics research methods: employing structural equation modeling to test for construct validity. **Journal of Business Logistics**, v.20, n. 1, p. 33-57, 1999.

GASTAL, Fernanda. **A influência da satisfação e dos custos de mudança na lealdade do cliente**. 2005. 178f. Dissertação (mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar/abr. 1995.

GOLDIM, José R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1997.

GOLDSTEIN, Susan M. Employee development: an examination of service strategy in a high-contact service environment. **Production and Operations Management**, v. 12, n. 2, p. 186-203, summer 2003.

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

HAIR, J. F. Jr.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Multivariate analysis**. 5. ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 1998.

_____. **Análise Multivariada de Dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARBARGER, Claude W. Close encounters of the customer service kind. **Healthcare Executive**, Chicago, p. 62-63, mar/apr. 2000.

HARTLINE, Michael; FERRELL, O. C. O gerenciamento de funcionários de contato com o cliente: uma investigação empírica. In: BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

HAYES, Bob E. **Medindo a satisfação do cliente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

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

HOFFMAN, K. Douglas; TURLEY, L. W. Atmospherics, services encounters and consumer decision making: an integrative perspective. **Journal of Marketing Theory and Practice**, v. 10, n. 2, p. 33-47, summer 2002.

HOMBURG, Christian; RUDOLPH, Bettina. Customer satisfaction in industrial markets: dimensional and multiple role issues. **Journal of Business Research**, v. 52, p. 15-33, 2001.

HUTTON, James; RICHARDSON, Lynne. Healthscapes: the role of the facility and physical environment on consumer attitudes, satisfaction, quality assessments, and behaviors. **Health Care Management Review**, v. 20, n. 2, p. 48-61, spring 1995.

IACOBUCCI, Dawn; GRAYSON, Kent; OSTROM, Amy. Fábulas sobre satisfação de clientes. In: BATESON, John E.G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.

KELLEY, Scott W.; DONNELLY, James H. Jr.; SKINNER, Steven J. Customer participation in service production and delivery. **Journal of Retailing**, Greenwich, v. 66, n. 3, p. 315- , fall, 1990.

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

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KRISTENSEN, Kai; MARTENSEN, Anne; GRONHOLDT, Lars. Customer satisfaction measurement at post denmark: results of application of the european customer satisfaction index methodology. **Total Quality Management**, v. 11, n. 7, p. S1007-15, 2000.

LAM, Shun Y.; SHANKAR, Venkatesh; MURTHY, M. K. E. B. 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.

LINDEN, Ane Isabel. **A satisfação dos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde, por convênios ou privativos com o atendimento de enfermagem**: um estudo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2001. 111 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Instituto de

Administração e Gerência da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo.

LOVELOCK, Christopher; WRIGTH, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2002.

LUNARDI, Valéria L. **História da enfermagem**. Pelotas: UFPel Editora Universitária, 1998.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARQUIS, B.; HUSTON, C. **Administração e liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

MAXWELL, J.Á. Understanding and validity in qualitative research. **Harvard Educational Review**, v. 62, n. 3, p. 279-300, fall 1992.

MEUTER, Matthew L. et al. Self-service technologies: Understanding customer satisfaction with technology-based service encounters. **Journal of Marketing**, New York, p. 50-64, jul. 2000.

MINAYO, Maria C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MINTZBERG, Henry. A organização profissional. In: MINTZBERG, Henry; QUINN, James B. **O processo da estratégia**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MIRSHAUAWKA, Victor. **Hospital: fui bem atendido!!!** São Paulo: Makron Books, 1994.

MORAES, R. **Análise de conteúdo**. Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.

MORGAN, Neil A., ANDERSON, Eugene W.; MITTAL, Vikas. Understanding firm's customer satisfaction information usage. **Journal of Marketing**, v.69, p. 131-51, jul. 2005.

NIELSEN, Jorn F.; HOST, Viggo. The path to service encounter performance in public and private 'bureaucracies'. **The Service Industries Journal**, London, p. 40-60, jan. 2000.

NIGHTINGALE, Florence. Disponível em <<http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/REnightingale.htm>> acesso em 26.12.2005.

OAKES, Steve. The influence of the musicscape within service environments. **The Journal of Services Marketing**, Santa Barbara, v. 14, n. 7, p. 539-51, 2000.

OLIVER, Richard L. Whence consumer loyalty? **Journal of Marketing**, v. 63, special issue, p. 33-44, 1999.

OLIVER Richard L.; DeSARBO, Wayne S. Response determinants in satisfaction judgments. **Journal of Consumer Research**, v. 14, n. 4, p. 495-507, mar. 1988.

OLIVER Richard L.; SWAN, John E. Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v. 16, n. 3, p. 372-83, dec. 1989.

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1969.

PELTIER, James W.; BOYT, Thomas; SCHIBROWSKY, John A. Relationships building. **Marketing Health Services**, Chicago, p. 16-24, fall 1998.

PELTIER, James W.; SCHIBROWSKY, John A.; WESTFALL, John. Exploring the role nurses play at different stages of the birthing process. **Marketing Health Services**, Chicago, p. 20-28, fall 2000.

PEPPERS, D.; ROGERS, M.; ADAMSON, G. Changing the rules of the game. **The Healthcare Forum Journal**, San Francisco, v. 41, n. 1, p. 32-4, 1998.

PETERS Fo., Theodoro Agostinho. Qualidade, valor e satisfação do consumidor em restaurantes finos da cidade de São Paulo. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 28, 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2004.

PRICE, Linda; ARNOULD, Eric; TIERNEY, Patrick. Atingindo extremos: gerenciando encontros de serviço e avaliando o desempenho do prestador. In: BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

PUGH, S. Douglas. Service with a smile: emotional contagion in the service encounter. **Academy of Management Journal**, Briarcliff Manor, p. 1018-27, oct. 2001.

QUINN, James B.; ANDERSON, Philip; FINKELSTEIN, Sydney. Novas formas de organização. In: MINTZBERG, Henry; QUINN, James B. **O processo da estratégia**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

RÉVILLION, Anya S. P. **Um estudo sobre a satisfação do consumidor com o setor supermercadista em Porto Alegre**. 1999. 202 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

RICHARDSON, Roberto et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

ROSSI, Carlos A. V.; SLONGO, Luiz A. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado da arte e proposição de um método brasileiro. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 21, 1997, Rio das Pedras. **Anais...** Rio das Pedras: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 1997.

ROSSI, Carlos A.; LUCE, Fernando B.; MAZZON, José A.; SLONGO, Luiz A. Solução clássica para um problema contemporâneo: a relevância da satisfação de clientes para segmentar mercados na telefonia brasileira pós-privatizações. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 28, 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2004.

ROTH, Philip L. Missing data: a conceptual review for applied psychologists. **Personnel Psychology**, Durham, v. 47, n. 3, p. 537-560, autumn 1994.

ROWE, W.; BARNES, J. Relationship marketing and sustained competitive advantage. **Journal of Market Focused Management**, Boston:, v. 2, p. 281-297, 1998.

RUYTER, Ko de; WETZELS, Martin G. M. The impact of perceived listening behavior in voice-to-voice service encounters. **Journal of Service Research**, Thousand Oaks, p. 276-284, feb. 2000.

RYAN, Gery W.; BERNARD, H. Russel. Data management and analysis methods. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de la investigación**. México, McGraw-Hill, 1991.

SCHAACK, Ana C. **A satisfação dos pacientes diferenciados internados em unidades hospitalares do complexo hospitalar Santa Casa de Porto Alegre**. 2003. 150 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SCHIFFMAN, Leon G.; KANUK, Leslie L. **Comportamento do consumidor**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos, 2000.

SCHÜLLER, Maria. Análise multivariada de segunda geração. Tudo o que eu queria saber sobre Lisrel e que os matemáticos foram herméticos demais para me explicar. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 21, 1997, Rio das Pedras. **Anais...** Rio das Pedras: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 1997.

SCLIAR, Moacyr. **A paixão transformadora: história da medicina na literatura**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SHETH, Jagdish N.; MITTAL, Banwari; NEWMAN, Bruce I. **Comportamento do cliente: indo além do comportamento do consumidor**. São Paulo: Atlas. 2001.

SILVA, A.G.I. **Satisfação do usuário e a qualidade da assistência de enfermagem**. Belém: Imprensa Oficial do Estado, 1999.

SOLOMON, Michael et al. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 49, p. 99-111, winter 1985.

STAUSS, Bernd; MANG, Paul. “Culture shocks” in inter-cultural service encounters? **The Journal of Services Marketing**, Santa Barbara, v. 13, n. 4/5, p. 329-46, 1999.

STEVENSON, William J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

SUNDARAM, D. S.; WEBSTER, Cynthia. The role of nonverbal communication in service encounters. **The Journal of Services Marketing**, Santa Barbara, v. 14, n. 5, p. 378 - 87, 2000.

SZYMANSKI, David M.; HENARD, David H. Customer satisfaction: a meta analysis of the empirical evidence. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 29, n. 1, p. 16-35, winter 2001.

TAYLOR, Steven. A. Distinguishing service quality from patient satisfactions in developing health care marketing strategies. **Hospital & Health Services Administration**, v. 39, n. 2, p. 221-36, summer 1994.

TEIXEIRA, José M. Sistemas médicos, técnicos e administrativos do hospital moderno: sua ordenação. In: GONÇALVES, Ernesto de L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

VÍCTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de N. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALKER, James L. Service encounter satisfaction: conceptualized. **The Journal of Services Marketing**, Santa Barbara, v. 9, n. 1, p. 5-14, 1995.

WEATHERLY, Kristopher; TANSIK, David. Gerenciando demandas múltiplas: um exame da teoria de papéis nos comportamentos de funcionários de serviços em contato com o cliente. In: BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WEBB, Dave. Understanding customer role and its importance in the formation of service quality expectations. **The Service Industries Journal**, London, p. 1-21, jan. 2000.

WINSTED, Kathryn F. Evaluating service encounters: a cross-cultural and cross-industry exploration. **Journal of Marketing Theory and Practice**, Statesboro, p. 106-123, spring 1999.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER, Mary Jo. **Services marketing: integrating customer focus across the firm**. 2. ed. Boston: Irwin McGraw-Hill, 2000.

_____. **Marketing de serviços**: a empresa com foco no cliente. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZEITHAML, Valarie A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, Leonard. Problems and strategies in services marketing. **Journal of Marketing**, New York, v. 49, n. 2, p. 33-47, spring 1985.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS

1. Dados do entrevistado:

- Local de trabalho: _____
- Categoria profissional: _____
- Tempo de trabalho na instituição: _____

2. Questão norteadora:

Gostaria que você descrevesse a rotina de atendimento do paciente que interna no hospital para se submeter a um procedimento cirúrgico – da admissão até a alta - isto é, a trajetória percorrida por ele no ambiente hospitalar, especificando:

- Os setores onde é atendido:
- Os profissionais com quem entra em contato:
- A seqüência dos eventos.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM CLIENTES

1. Dados do entrevistado:

- Hospital: _____
- Idade: _____
- Sexo: _____
- Cirurgia: _____
- N° de dias de internação: _____
- Convênio: _____
- Profissão: _____

2. Questão norteadora:

Gostaria que você lembrasse do período em que esteve hospitalizado e me relatasse uma ou mais situações em que, como cliente, você tenha sentido satisfação (ou insatisfação), descrevendo:

- Quando o evento (incidente) aconteceu,
- Quais circunstâncias específicas levaram a esta situação,
- O que o profissional do hospital fez ou disse,
- O que exatamente fez com que você se sentisse satisfeito ou insatisfeito,
- O que poderia ter sido diferente.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO I¹⁷

A presente pesquisa intitulada **“Encontros de Serviço e Satisfação de Clientes em Hospitais”** tem como objetivo investigar os momentos de interação do paciente e seu familiar com o hospital, buscando identificar quais são as situações que levam esses clientes a sentirem-se satisfeitos com o atendimento recebido. Esses momentos de interação, denominados de encontros de serviço, são considerados importantes, pois influenciam na satisfação do cliente e na avaliação do serviço.

O procedimento utilizado para a realização deste trabalho é a coleta de dados através de entrevistas com os profissionais que entram em contato com os clientes do hospital. As entrevistas têm como objetivo identificar os diversos encontros de serviço que ocorrem no hospital. Assim, será solicitado que o respondente relate a trajetória percorrida pelo cliente durante seu período de hospitalização, ou seja, as diversas situações que determinam momentos de contato. Tendo em vista as características do procedimento de coleta de dados, acredita-se que a mesma seja isentas de riscos ou desconfortos potenciais. Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para aprimorar o atendimento prestado pelo hospital, através de um processo de interação que contemple as expectativas dos clientes e lhe tragam maior satisfação.

Pelo presente Consentimento Informado declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui, igualmente, informado sobre:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;
3. A segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade.

A Pesquisadora Responsável por este Projeto de Pesquisa é Enfermeira Gisela M. S. Souto de Moura (fone: 3222.61.99), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição de atenção à saúde em __/__/__

Nome do profissional entrevistado: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

¹⁷ Elaborado a partir do modelo sugerido por Goldim (1997) e pelas diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II¹⁸

A presente pesquisa intitulada **“Encontros de Serviço e Satisfação de Clientes em Hospitais”** tem como objetivo investigar os momentos de interação do paciente e seu familiar com o hospital, buscando identificar quais são as situações que levam esses clientes a sentirem-se satisfeitos com o atendimento recebido. Esses momentos de interação, denominados de encontros de serviço, são considerados importantes, pois influenciam na satisfação do cliente e na avaliação do serviço.

O procedimento utilizado para a realização deste trabalho é a coleta de dados através de entrevistas com os clientes. As entrevistas necessitam ser realizadas após a alta hospitalar e, nessa ocasião, será solicitado ao participante que relate uma situação relacionada ao seu atendimento no hospital geradora de satisfação. Tendo em vista as características do procedimento de coleta de dados, acredita-se que a mesma seja isenta de riscos ou desconfortos potenciais.

Espera-se que os resultados da pesquisa possam contribuir para aprimorar o atendimento prestado pelo hospital, através de um processo de interação que contemple as expectativas dos clientes e lhe tragam maior satisfação.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido e dos benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui, igualmente, informado sobre:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento;
3. A segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade.

A Pesquisadora Responsável por este Projeto de Pesquisa é Enfermeira Gisela M. S. Souto de Moura (fone: 3222.61.99), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição de atenção à saúde em __/__/__.

Nome do paciente ou familiar: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__.

¹⁸ Elaborado a partir do modelo sugerido por Goldim (1997) e pelas diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO

Esse estudo tem o título de “*Encontros de Serviço e Satisfação de Clientes em Hospitais*”. Encontro de serviços são os momentos em que o cliente interage com o prestador de serviço, no nosso caso específico, com os profissionais que atuam no hospital.

Essa pesquisa pretende investigar esses momentos de interação do cliente com o hospital e identificar quais são os aspectos que trazem satisfação para os clientes que estiveram hospitalizados recentemente.

O procedimento adotado para a realização desse trabalho é a coleta de dados através de entrevistas, por telefone, com os clientes atendidos no hospital. Sendo assim, solicitamos que o Sr.(a) responda a algumas perguntas. Entendemos que esse procedimento seja isento de riscos ou desconfortos potenciais.

Gostaríamos, ainda, de esclarecer que:

1. A sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de constrangimento e coerção;
2. É assegurado ao Sr(a). o direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
3. O Sr(a). tem a liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo ao seu atendimento no hospital;
4. É assegurado ao Sr(a). de que não será identificado e que se manterá o caráter confidencial da informações relacionadas à sua privacidade.

A pesquisadora responsável por este estudo é a doutoranda Gisela Moura, que poderá ser contatada, caso o Sr(a). desejar, no telefone é 3222.6199. Este protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que o Sr(a). foi atendido.

Estando ciente dessas informações que acabamos de fornecer o Sr.(a) confirma sua participação neste estudo? () SIM () NÃO

NOME: _____

ASSINATURA: _____

TELEFONE(S) PARA CONTATO: _____

MELHOR MOMENTO PARA O CONTATO: () manhã () tarde () noite

APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ABORDAGEM NA ENTREVISTA POR TELEFONE

1º PROCEDIMENTO: *Solicitar para falar com a pessoa que esteve hospitalizada.*

2º PROCEDIMENTO: *Iniciar a abordagem de sensibilização*

Sr(a). _____(nome)_____ ?

Bom dia (boa tarde ou boa noite – conforme o turno de contato).

Aqui quem está falando é _____ e, inicialmente, desejo agradecer pela gentileza de me atender ao telefone.

O Sr(a) deve lembrar que entramos em contato, quando o Sr(a) ainda estava no hospital, para lhe convidar a participar da pesquisa sobre o atendimento nos hospitais em Porto Alegre. Esse é o motivo desse telefonema.

A pesquisa está sendo realizada pela Enfermeira Gisela Moura, professora da Universidade (UFRGS), conforme já foi-lhe explicado anteriormente. (*Telefones Gisela: 3222.6199/9991.8816*)

As informações prestadas pelo Sr(a) são confidenciais e será mantido o sigilo quanto à identificação do respondente.

Os resultados desta pesquisa servirão para aprimorar o atendimento nos hospitais, para que os pacientes sintam-se mais satisfeitos.

Acredita-se que será necessário utilizar em torno de 5-10 minutos do seu tempo para responder.

Podemos prosseguir?

3º PROCEDIMENTO: *Roteiro para abordagem na coleta de dados – Questionário*

Forma de abordagem: pergunta-resposta (seguindo a ordenação das perguntas prevista no questionário)

4º PROCEDIMENTO: *Finalização da entrevista: (ler)*

“Sr(a). _____(nome)_____, o nosso questionário foi totalmente respondido.

Em nome da pesquisadora que coordena esse trabalho, a enfermeira Gisela Moura, mais uma vez agradecemos pela sua gentileza em colaborar com nossa pesquisa.

Tenha um bom dia (boa tarde ou boa noite – conforme o turno de contato)”. (Desligar o telefone).

Antes de iniciarmos as perguntas, gostaríamos de saber se o Sr(a):

- (1) Recebeu atendimento do **Serviço de Fisioterapia**
- (2) Fez algum tipo de **exame** no hospital, como p. ex.: Raio X, Sangue (Laboratório), eletro, etc.
- (3) Recebeu **atendimento espiritual** (Pastoral da Saúde)

Agora, gostaríamos que você nos dissesse seu grau de satisfação com as afirmações a seguir:

ATRIBUTOS	Insatisfeito			Satisfeito			SCO
	Muito	Insatisf	Pouco	Pouco	Satisf.	Muito	
ADMISSÃO (chegada no hospital)							
1. O auxílio do funcionário da portaria do hospital, como por exemplo, para sair do carro, levar bagagens até a recepção, etc.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
2. A atenção demonstrada pelos funcionários da recepção (setor de admissão).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
3. A orientação dada pelo funcionário da recepção do hospital.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
4. A rapidez no atendimento no setor de admissão.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
5. O auxílio para carregar as bagagens até o quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
6. A orientação dada pelo funcionário que acompanhou até o quarto quanto ao funcionamento dos equipamentos no quarto (p.ex.cama, TV, campainha) e rotinas do hospital (p.ex.horário de visitas, não fumar).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
7. Considerando esse momento de chegada no hospital (admissão), qual seu grau de <i>satisfação</i>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
INTERNAÇÃO (atendimento de saúde propriamente dito)							
CENTRO CIRÚRGICO							
8. O cumprimento do horário previsto para o início da cirurgia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
9. A atenção demonstrada pela equipe médica na sala de cirurgia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
10. A acolhida da equipe médica na sala de cirurgia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
11. A atenção da equipe de enfermagem na sala de recuperação, acompanhando seu caso, verificando a temperatura, a pressão, o pulso e fazendo os procedimentos necessários.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
12. A rapidez da equipe de enfermagem em atender quando você chamava.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
13. A capacidade da equipe de enfermagem para resolver os seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
14. Considerando esse momento em que você esteve no centro cirúrgico e sala de recuperação, qual seu grau de <i>satisfação</i>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
LOCOMOÇÃO (deslocamentos no hospital)							
15. A cortesia demonstrada pelo funcionário que levava você de um setor a outro dentro do hospital (p. ex. da sala de recuperação para o quarto)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
16. O cuidado no deslocamento, demonstrando preocupação em não causar desconforto durante o transporte.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
17. As condições de funcionamento do equipamento utilizado no transporte (p.ex.maca/cadeira de rodas).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
18. O tempo de espera para o deslocamento do quarto para outro setor do hospital (raio X, centro cirúrgico, ecografia, etc.) ou deste para o quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
19. Considerando os momentos em que você necessitou deslocar-se de um local a outro dentro do hospital, qual seu grau de <i>satisfação</i>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	

UNIDADE DE INTERNAÇÃO - (no quarto)						
Equipe Médica:						
20. A acolhida da equipe médica.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
21. A atenção demonstrada pela equipe médica na visita diária.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. A competência da equipe médica para resolver seu problema de saúde.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. A facilidade de comunicação com a equipe médica em virtude de problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe médica, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Equipe de Enfermagem:						
25. A acolhida da equipe de enfermagem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26. A atenção da equipe de enfermagem, acompanhando seu caso, verificando a temperatura, a pressão, o pulso e fazendo os procedimentos necessários.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27. A aparência do pessoal de enfermagem, como por exemplo, limpeza, vestuário, etc.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28. A rapidez no atendimento ao chamado da campanha.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29. A capacidade da equipe de enfermagem para resolver seus problemas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30. A preocupação demonstrada pelo pessoal de enfermagem em respeitar sua privacidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31. A competência da enfermagem para lhe atender.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de enfermagem, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Equipe de Nutrição:						
33. A atenção da nutricionista em acompanhar sua adaptação à dieta.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
34. A cortesia do pessoal da copa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
35. A rapidez do pessoal da copa em atender aos seus pedidos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
36. A qualidade das refeições.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
37. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de nutrição, qual sua <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Equipe de Limpeza:						
38. A cortesia do pessoal que limpava o quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
39. O momento em que era realizada a limpeza do quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
40. A qualidade da limpeza do quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
41. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de limpeza, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Equipe de Apoio Espiritual = Pastoral da Saúde						
42. A cortesia do pessoal.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
43. A rapidez com que atendiam às solicitações.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
44. A atenção demonstrada pela equipe do apoio espiritual.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
45. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe da pastoral, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Equipe de Fisioterapia:						
46. A cortesia da equipe de fisioterapia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
47. A atenção demonstrada pela equipe de fisioterapia com o paciente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
48. A rapidez com que atendiam aos chamados.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
49. A competência da equipe de fisioterapia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
50. A preocupação demonstrada pela equipe de fisioterapia em respeitar sua privacidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
51. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de fisioterapia, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Equipe de Exames:						
52. A cortesia da equipe que realizava os exames.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
53. A atenção demonstrada pelo pessoal que fazia os exames.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
54. A rapidez na realização dos exames.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
55. A preocupação demonstrada pela equipe de exames em respeitar sua privacidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
56. Considerando os momentos em que você interagiu com a equipe de exames, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
57. Considerando <u>todo o período</u> de tempo em que você permaneceu <u>no quarto</u>, faça uma avaliação geral e diga qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
ALTA (momento da saída)						
58. As informações e orientações, na alta, sobre os cuidados que deveria ter em casa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
59. A cortesia do pessoal da unidade em despedir-se do paciente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
60. O auxílio prestado pelo pessoal do hospital, no momento da saída.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
61. A rapidez no fechamento da conta hospitalar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
62. A exatidão dos itens que compunham a conta hospitalar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
63. A maneira como foram solucionadas as divergências em relação a conta hospitalar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
64. Considerando esse seu momento da alta hospitalar, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
HOSPITAL						
Ambiente Físico						
65. A aparência do setor de admissão/recepção.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
66. O conforto no setor de admissão.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
67. A aparência do centro cirúrgico (sala espera, sala cirúrgica e sala de recuperação).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
68. O conforto no centro cirúrgico (sala espera, sala cirúrgica e sala de recuperação).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
69. A aparência do quarto (estética).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
70. O conforto no quarto do paciente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
71. O conforto sonoro do ambiente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
72. O cheiro no quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
73. Considerando os aspectos do ambiente do hospital, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Funcionamento do hospital						
74. As rotinas do hospital.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
75. A segurança do ambiente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
76. A solução dada às intercorrências (situações imprevistas ou desagradáveis).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
77. O atendimento a alguma solicitação especial feita pelo cliente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
78. Considerando o <u>funcionamento</u> do hospital, qual seu grau de <u>satisfação</u>?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

AValiação GERAL						
79. Considerando todo o período em que você esteve hospitalizado – desde sua admissão até sua alta - qual seu grau de <u>satisfação geral</u> ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

COM RELAÇÃO AO HOSPITAL VOCÊ:

ITENS	Improvemente			Provavelmente			SCO
	Muito	Improv.	Pouco	Pouco	Provav.	Muito	
80. Recomendará esse hospital para amigos, vizinhos e parentes?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
81. Dirá coisas positivas sobre esse hospital para outras pessoas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
82. Considerará esse hospital como sua primeira escolha se necessitar utilizar esse tipo de serviço no futuro?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	

COMPARAÇÃO COM O IDEAL

83. Você considera que o atendimento que recebeu enquanto esteve internado neste hospital foi:

Muito longe do ideal (1)	Longe do ideal (2)	Nem longe nem próximo ao ideal (3)	Muito próximo ao ideal (4)	O ideal (5)	SCO ()

84. Em relação aos outros hospitais que você conhece, você considera que o atendimento nesse hospital:

É muito pior (1)	É pior (2)	É igual (3)	É melhor (4)	É muito melhor (5)	SCO ()

EXPERIÊNCIA ANTERIOR:85. Em relação a sua experiência de **internação** hospitalar:

Foi a <u>primeira vez</u> que esteve hospitalizado. (1)	Já havia sido hospitalizado <u>uma vez</u> . (2)	Já havia sido hospitalizado <u>duas vezes</u> . (3)	Já havia sido hospitalizado <u>três vezes</u> . (4)	Já havia sido hospitalizado <u>4 vezes ou mais</u> . (5)

86. Essa é sua primeira internação **neste hospital**?

Sim (1)	Não (2)

MOTIVO DA ESCOLHA:87. **Por que** escolheu este hospital:

O médico recomendou (1)	O plano de saúde (convênio) indicou (2)	Recomendação de outras pessoas (3)	Já conhecia o hospital (4)	Facilidade de acesso (5)	Outro ()

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O ENTREVISTADO

88. Sexo:	89. Idade:	90. Estado Civil:	91. Escolaridade:	92. Principal Ocupação:
() masculino () feminino	_____ anos	() solteiro () casado () viúvo () divorciado/ separado	() 1º grau completo () 1º grau incompleto () 2º grau completo () 2º grau incompleto () ensino superior completo () ensino superior incompleto () pós-graduação	() Empresário () Prof. Liberal () Funcionário Público () Funcionário Empresa Privada () Autônomo () Estudante () Aposentado () Desempregado () Outro

93. Caso fossem somadas as rendas individuais de todos os moradores, qual seria o total aproximado da renda domiciliar mensal? R\$ _____

94. Convênio: () Unimed () GoldenCross () Cassi () Bradesco () Outro: _____

95. Número de dias de internação: _____ dias

96. Entrevista realizada _____ dias após a alta (**ou** data da alta: _____)

97. Tipo de acomodação: () Quarto privativo () Quarto semi-privativo - Nº leitos: (2) (3) (4)

98. Hospital: _____