

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Jacy Oliveira Júnior

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS
PRÉ-OPERATÓRIOS EM CONSULTÓRIO DE
ANESTESIOLOGIA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção como requisito parcial à obtenção do título de *Mestre em Engenharia de Produção*

Orientador: Prof. João Batista Turrioni, Dr.

Co-orientador: Prof. Egon Luiz Müller Júnior, Dr.

Itajubá, setembro de 2003

Ao falhar na preparação, você está se preparando para fracassar.
(Sun-Tzu)

Na vida administrativa, não basta saber.
De igual importância é saber fazer.
(Alvin Toffler)

Os três principais objetivos de uma empresa são: primeiro – lucro, segundo – lucro e terceiro – lucro.
(Peter Drucker)

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Mauá –
Bibliotecária Margareth Ribeiro- CRB_6/1700

O48a

Oliveira Júnior, Jacy

Avaliação da qualidade dos serviços pré-operatório em consultório de anesthesiologia / por Jacy Oliveira Júnior ; orientado por João Batista Turrioni e co-orientado por Egon Luiz Müller Júnior. -- Itajubá (MG) : UNIFEI, 2003.

94 p. il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Itajubá.

1. Qualidade. 2. Qualidade em serviços. 3. Serviços de saúde. I. Turrioni, João Batista, orient. II. Müller Júnior, Egon Luiz, co-orient. III. Universidade Federal de Itajubá. IV. Título.

CDU 616-089.5:658.56(043)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a DEUS, grande fonte inspiradora sobre a minha vida, que mostrou a verdadeira qualidade na pessoa do Senhor Jesus Cristo.

Agradeço também a todos os professores da pós-graduação, em especial aos meus orientadores Prof. João Batista Turrioni, Dr. e Prof. Egon Luiz Müller Júnior, Dr. que contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus amigos e professores Prof. Pedro Paulo Balestrassi, Dr. e Prof^a Diva Moutinho por sugestões que agregaram imenso valor a obra.

Finalmente agradeço a minha família que soube compreender e apoiar mais este propósito em minha vida.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha esposa Elza, aos meus filhos Amanda e Caio e aos meus pais que pelo apoio, carinho e amor, auxiliaram de várias formas, na conclusão deste trabalho. Vocês foram fonte de motivação, disciplina e determinação.

Dedico também a todos que estudam e buscam a Qualidade em Serviços, como sendo o grande paradigma a ser alcançado em suas vidas.

E qualquer um que, entre vós, quiser ser o primeiro, que seja vosso servo.

(Mateus, 20,27).

RESUMO

No atual ambiente competitivo, o anestesiológista deve administrar sua clínica como uma organização prestadora de serviços. O trabalho apresenta um modelo da avaliação do serviço pré-operatório anestésico, que emprega conceitos do SERVQUAL. A avaliação com base na capabilidade do processo permite um diagnóstico e define as oportunidades de melhoria mais críticas a serem implementadas. O emprego de indicadores na avaliação de desempenho possibilita um adequado gerenciamento da clínica. O modelo foi aplicado em uma clínica anesthesiológica de Itajubá/MG, com intuito de demonstrar a validade da proposta.

Palavras Chave: Qualidade, Qualidade em Serviços, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

At the present competitive environment, the anesthesiology should manage his clinic as a supply service organization. This work presents a model of the quality valuation of the anesthesiology service, which uses the concept of the SERVQUAL. The valuation that gives possibility of identification of the strong points and opportunities of making better quality in service at the anesthesiology clinics. The indicative model of performance permits an appropriated management of the clinic. The model was applied in an anesthesiology clinic in Itajubá/MG, with the objective of demonstrating the possibility of the proposal.

Key Speak: Quality, Quality Service, Health Quality.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	ii
Dedicatória.....	iii
Resumo.....	iv
<i>Abstract.....</i>	v
Sumário.....	vi
Lista de figuras.....	viii
Lista de quadros.....	x
CAPÍTULO 1.....	2
1 – INTRODUÇÃO.....	2
1.1 – Considerações iniciais.....	2
1.2 – Objetivos do trabalho.....	4
1.3 – Justificativa.....	4
1.4 – Estrutura do trabalho.....	5
CAPÍTULO 2.....	6
2.1 – Considerações iniciais.....	6
2.2 – O conceito de serviço.....	7
2.3 – Classificação dos serviços.....	8
2.4 – Qualidade em serviços.....	9
2.5 – Avaliação pré-operatória: Um fator de qualidade.....	16
2.6 – Considerações para o próximo capítulo.....	20
CAPÍTULO 3.....	22
3.1 – Considerações iniciais.....	22
3.2 – Qualidade de serviços e cuidado à saúde e ao paciente.....	23
3.3 – Satisfação do consumidor e qualidade percebida.....	25
3.4 – Modelos baseados no paradigma da desconformidade.....	28
3.4.1 – Modelos baseados na relação entre expectativas e <i>performance</i>	28
3.4.2 – Modelos fundamentados na <i>performance</i> percebida.....	31
3.4.3 – Modelos apoiados na <i>performance</i> ponderada pela importância.....	33
3.5 – Modelos fundamentados na multiplicidade de indicadores da satisfação.....	34

3.6 – Modelos apoiados em métodos de equações estruturais.....	35
3.7 – Análise comparativa dos modelos.....	37
3.7.1 – Modelos baseados no paradigma da desconformidade.....	37
3.7.2 – Modelos fundamentados na multiplicidade de itens.....	38
3.7.3 – Modelos apoiados em métodos de equações estruturais.....	39
3.8 – Escala de medição da satisfação dos clientes.....	40
3.9 – Gestão de processos do serviço médico.....	41
3.10 – Considerações e indicações para o próximo capítulo.....	46
CAPÍTULO 4.....	47
4.1 – Proposta do modelo de avaliação da qualidade de serviços pré-operatórios em consultório de anestesiologia.....	47
4.2 – Pesquisa quantitativa.....	48
4.3 – Observação e coleta de dados.....	49
4.4 – Análise de dados.....	50
4.4.1 – <i>Score</i> global da satisfação do consumidor.....	56
4.4.2 – Percentis e <i>boxplot</i>	56
4.4.3 – Capabilidade.....	68
4.5 – Considerações e indicações para o próximo capítulo.....	69
CAPÍTULO 5.....	70
5.1 – Conclusões.....	70
5.2 – Sugestões para trabalhos futuros.....	71
5.3 – Médico – Sugestões para o seu dia-a-dia.....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXO 1 – (Protocolo).....	89
ANEXO 2 – (Processo de Consulta CFM N° 3575/98).....	90
ANEXO 3 – (Portaria 174 – 04/05/2001).....	92
ANEXO 4 – (A Anestesiologia Ontem e Hoje).....	93
ANEXO 5 – (Divulgação e conscientização – SBA).....	94

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 – Classificação de processos de serviços.....	8
Figura 2.2 – Controle dos processos de serviços.....	15
Figura 3.1 – Modelo de Fornell.....	36
Figura 3.2 – Representação gráfica do processo.....	43
Figura 4.1 – Escala Análogo-visual (Face anterior).....	47
Figura 4.2 – Escala Análogo-visual (Face posterior).....	48
Figura 4.3.1 – Dimensões.....	49
Figura 4.3.2 – Variáveis.....	50
Figura 4.4.1 – Sexo.....	51
Figura 4.4.2 – Raça.....	51
Figura 4.4.3 – Estado civil.....	51
Figura 4.4.4 – Percentual ASA.....	52
Figura 4.4.5 – Religião.....	52
Figura 4.4.6 – Tangíveis.....	52
Figura 4.4.7 – Confiabilidade.....	53
Figura 4.4.8 – Atendimento.....	53
Figura 4.4.9 – Cortesia.....	53
Figura 4.4.10 – Credibilidade.....	54
Figura 4.4.11 – Segurança.....	54
Figura 4.4.12 – Acesso.....	54
Figura 4.4.13 – Conhecimento do cliente e comunicação.....	55
Figura 4.4.14 – Percentual de satisfação da população.....	55
Figura 4.4.15 – <i>Escore</i> global de satisfação do consumidor.....	56
Figura 4.4.2.1 – Desenho esquemático (Percentis e <i>Boxplot</i>).....	57
Figura 4.4.3.1 – Capabilidade.....	58

Figura 4.4.3.2 – Nível <i>sigma</i>.....	58
Figura 4.4.3.3 – Dimensão tangível.....	59
Figura 4.4.3.4 – Dimensão de confiabilidade.....	60
Figura 4.4.3.5 – Dimensão de atendimento.....	61
Figura 4.4.3.6 – Dimensão de cortesia.....	62
Figura 4.4.3.7 – Dimensão de credibilidade.....	63
Figura 4.4.3.8 – Dimensão de segurança.....	64
Figura 4.4.3.9 – Dimensão de acesso.....	65
Figura 4.4.3.10 – Dimensão de comunicação.....	66
Figura 4.4.3.11 – Dimensão de conhecimento do cliente.....	67
Figura 4.4.3.12 – Análise gráfica da capacidade para Q1.....	68
Figura 4.4.3.13 – Análise comparativa da capacidade (Q1 a Q20).....	69
Figura 5.1 – Ciclo do PDCA.....	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 2.1 – Visão comparativa da Qualidade de Serviços.....	17
Quadro 2.2 – Classificação ASA.....	19
(AMERICAN SOCIETY OF ANAESTHESIOLOGISTS)	
Quadro 3.1 – As dimensões de serviços.....	23
Quadro 3.2 – Análise comparativa dos modelos.....	37

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais:

A globalização dos mercados, o aumento do exercício de cidadania e o conseqüente nível de exigência dos clientes têm levado as organizações a perseguirem com afinco a competência, como forma de sobreviver e prosperar.

A demanda crescente da sociedade em relação a serviços de qualidade gerou uma necessidade de mudanças nas características destes e maior cobrança para com os fornecedores de diversos serviços, inclusive voltados à área de saúde. A evolução do controle de qualidade nos aponta hoje a abordagem de gestão da qualidade total que, pela sua aplicação e abrangência, pretende ser aplicável também às empresas cuja predominância de atuação se relaciona à prestação de serviços.

O anestesiológico tem sua formação voltada para a área de saúde, o que lhe permite diagnosticar e atuar antes, durante e após o ato anestésico-cirúrgico. Entretanto, não lhe foi ensinado como conquistar e manter clientes para exercer com êxito e sucesso a sua prática anestésica, nem como administrar sua clínica / consultório, isto é, como se diferenciar da concorrência, competir profissionalmente, atuar no mercado cada vez mais competitivo. É preciso ser um empreendedor, os quais são caracterizados como pessoas inovadoras, que criam oportunidades, que imaginam e desenvolvem uma visão, entre outros aspectos. A ênfase a visão do empreendedor também é percebida em Almeida (1999), quando diz: “O empreendedor é aquele que tem talento e criatividade. Assumindo riscos calculados, visualiza (visão) oportunidade de novos negócios, transformando-as (ação) em resultados lucrativos”.

Estar convencido que o consultório deve ser administrado como uma empresa e preocupado em oferecer os serviços que os clientes necessitam, do modo como desejam e de uma maneira melhor que a concorrência. Enfim, transformar seu consultório ou clínica em uma empresa prestadora de serviços. Tudo isto exige do anestesiológico e de sua equipe uma maior dedicação e empenho, não só para oferecer serviços médicos de alta qualidade, mas também para agregar maior valor ao seu serviço.

O consultório deve passar a ser administrado como uma empresa inserida num contexto altamente competitivo, em que se faz necessárias mudanças por vezes drásticas, rápidas e de grande intensidade. Assim, o objetivo do profissional deve ser conquistar um maior número de clientes satisfeitos e cativos, bem como, obter lucro.

O profissional que possui uma percepção de qualidade sustentada em conhecimentos técnicos pode não perceber o que representa a qualidade para si mesmo e para seus clientes.

Ao se pensar em qualidade sob a ótica os clientes, está-se dando um salto sobre a concorrência, porque atualmente o cliente está ficando exigente e espera cada vez mais de seu fornecedor. Deve-se profissionalizar os consultórios médicos cada vez mais, tanto na teoria técnico-científica como no fornecimento dos serviços, para que a população possa observar, nitidamente, a diferença entre profissionais qualificados e os que não o são. (Almeida, 1999).

Os paradigmas da sociedade estão em constante mutação. Hoje o que difere na história é a velocidade que a pessoa percebe sua realidade podendo ganhar oportunidades com essas mudanças de paradigmas que ocorrem na vida atual, perde-las devido à falta de tempo para o ajuste à nova realidade.

A preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde não é recente. Todas as atividades de prestação de serviços estão profundamente comprometidas com a qualidade dos resultados. O objetivo de um cliente ao procurar um anestesiológico é de encontrar segurança, melhorar seu estado de saúde, resolver problemas em decorrência do ato anestésico-cirúrgico.

A abordagem da qualidade em organizações prestadoras de serviços se diferencia basicamente da industrial, no que diz respeito à concepção conceitual. Em uma empresa prestadora de serviços, a maioria dos funcionários encontra-se na linha de frente e a qualidade é construída e avaliada no momento da prática, isto é, o consumo do serviço médico é simultâneo. Deste modo, a existência de falhas pode causar um impacto negativo, pois não há possibilidade de trocar o produto ou serviço. Juran (1988), já enumerava como dificuldades para gerenciar a qualidade de serviços: subjetividade presente na prestação de um serviço, dificuldade de mensuração da qualidade do serviço, o tamanho das empresas no setor de serviços, e a ênfase em se desenvolver metodologias e ferramentas voltadas para o controle de qualidade na manufatura.

Uma das grandes dificuldades na área de serviços é a simples definição do que é serviço. Isto tem dificultado maiores avanços em temas que abordem a qualidade dos serviços.

Levitt (1981), defende que, em vez de falarmos de bens e serviços, falemos de tangíveis e intangíveis. Albrecht (1992), corrobora a visão de Levitt, sugerindo que “não existem

industrias de prestação de serviços; há apenas industrias nas quais o componente de prestação é mais ou menos importante – todos nós prestamos serviços”.

1.2 Objetivos do Trabalho:

Os objetivos principais do presente trabalho são:

- Utilizar um modelo referencial (SERVQUAL) na análise da qualidade em organizações prestadoras de serviços (Consultório anestesiológico).
- Identificar os principais parâmetros de qualidade nos serviços pré-anestésicos.
- Proporcionar contribuição ao processo de gestão da qualidade em serviços Médicos, pela observação de caso prático e a identificação de bons procedimentos a serem replicados.
- Sugerir recomendações em organizações do setor de serviços que estejam adotando, ou pretendendo adotar, processo de implantação da gestão da qualidade total.

1.3 Justificativa:

Há hoje uma quantidade grande de dados ilustrando a participação crescente das atividades de serviços na economia mundial. Horovitz (1993), afirma que os serviços representam 65% do produto nacional bruto (PNB) na França, 70% do PNB nos EUA e 56% na Alemanha. Giansesi & Corrêa (1994), referenciaram dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrando que cerca de 50% da população economicamente ativa no Brasil estava no setor de serviços. Outros 45% estariam equitativamente divididos entre Agricultura e Industria, restando 5% para outras atividades.

Como parte da avaliação pré-operatória, a maioria dos pacientes admitidos para uma cirurgia eletiva deve ser submetida a exames pré-operatórios de “rotina”. A finalidade dos exames é tríplice: avaliar uma condição clínica conhecida, identificar os pacientes que correm

alto risco e, realizar a triagem dos pacientes para possíveis novas doenças que poderiam afetar a morbidade peri-operatória. O custo desses exames é considerável. Nos EUA são gastos anualmente mais de 30 bilhões de dólares com exames pré-operatórios. (Roizen, 1989). A necessidade de realização desses testes é controversa. Estudos mostram que 60% desses exames poderiam ser eliminados sem afetar negativamente a assistência aos pacientes. (Velanovich, 1991). Além disso, testes desnecessários poderiam acarretar malefícios ao paciente tanto na avaliação adicional quanto no tratamento que se tornariam necessário em virtude de resultados limítrofes ou falso-positivos. São enumerados a seguir algumas razões que nos motivaram para o desenvolvimento da pesquisa voltada ao tema Avaliação da Qualidade em Serviços Pré-operatórios em Consultório de Anestesiologia:

- Importância crescente da participação das empresas de prestação de serviços no volume total de negócios realizados no mundo;
- Necessidade de abordagem sobre o tema seja em nível de publicação, em livros ou mesmo de artigos em periódicos especializados;
- Escassez de estudo de casos em organizações de serviços brasileiras, devidamente publicados;
- Existência de lacunas para o aprimoramento da gestão da qualidade total em serviços pré-operatórios anestésicos.

1.4 Estrutura do Trabalho:

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos, com as seguintes abordagens:

- O primeiro capítulo faz introdução ao tema mostrando os objetivos, justificativas e estrutura do trabalho;
- O segundo capítulo aborda a revisão literária sobre qualidade em serviços;
- O terceiro capítulo apresenta, com detalhes, metodologias de avaliação da qualidade à prestação de serviços, suas vantagens e desvantagens na aplicação;
- O quarto capítulo contempla a aplicação da metodologia proposta, com apreciação dos resultados;
- E finalmente, o quinto capítulo apresenta conclusões e sugestões para futuros trabalhos.

CAPÍTULO 2

O Setor de Serviços

2.1 Considerações Iniciais:

Este capítulo tem como objetivo mostrar a importância da qualidade em serviços médicos. Juran, (1992), Giansi & Corrêa, (1994) têm conceituado qualidade na tentativa de manifestar a importância para as organizações serem competitivas no mercado atual.

Os serviços, normalmente enquadrados como setor terciário da economia, têm crescido em importância e participação nos produtos nacionais brutos, sobretudo, em países mais desenvolvidos. Segundo Albrecht (1992), mais de três quartos dos empregos criados nos EUA entre 1978 e 1988 foram no ramo de prestação de serviços. Zeithaml (1990), aponta o decréscimo da força de trabalho em agricultura nos EUA, hoje em torno de 2%, enquanto apenas 9% dos trabalhadores americanos trabalham em fabricas. Feigenbaum (1996), afirma que a importância da qualidade de serviços deriva do crescimento rápido do número de serviços como educação especializada, transporte de encomendas, *fast-food*, serviços de lazer, etc. Giansi & Corrêa (1994), apontam a tendência de comercialização de serviços anteriormente considerados atividades de apoio como fator que contribui as estatísticas de crescimento dos serviços – em alguns casos é gerada uma nova unidade de negócios para seu gerenciamento. Mas o fato de os serviços se constituindo em elemento de diferenciação competitiva elevada, sem duvida, a sua importância. Isto tem provocado a busca por melhorias por parte das empresas de serviços.

A contribuição ao cliente, ou prestação do serviço, se dará na medida em que a empresa forneça ao cliente um meio de satisfazer a sua necessidade específica. Segundo Albrecht (1995), “Qualidade é uma medida da extensão até a qual uma coisa ou experiência satisfaz uma necessidade, resolve um problema ou adiciona valor para alguém”. Paladini (1994), salienta a relevância de saber o que é qualidade, para que os esforços destinados a obtê-la sejam corretamente direcionados para o seu alvo específico: o consumidor. Para Juran (1992), “Qualidade é adequação ao uso”. Conforme Deming (1990), “Qualidade é a perseguição às necessidades dos clientes e homogeneidade dos resultados dos processos, melhoria contínua”. Segundo Crosby (1992), “Qualidade é conformidade com os requisitos, zero defeito”. Mezomo (2001), entende qualidade “como sendo um conjunto de propriedades

de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes”.

A partir destes conceitos, fica claro definir serviço e que a qualidade é uma característica de um produto ou serviço que atende as exigências e, sobretudo, as necessidades de um cliente.

2.2 O Conceito de Serviço:

O termo “serviço” é definido por Holanda (1986), como sendo: “exercício de cargos ou funções obrigatórias; duração desse exercício, desempenho de qualquer trabalho; duração desse desempenho; produto de atividade humana que, sem assumir a forma de um bem material, satisfaz uma necessidade”. Zeithaml (1990), afirma que “dentre os cinco elementos básicos do *marketing* – produto, lugar, promoção, desempenho e preço, em serviços o mais importante é o desempenho”. Las Casas (1994), define serviços como atos, ações, desempenho. Exatamente por esta forma de definir o serviço, muitas vezes temos a dificuldade de delimitar a fronteira entre o produto do serviço e os seus sistemas de produção, isto é, a distinção entre produto e processo. Normann (1993), cita a dificuldade em distinguir claramente entre o serviço, seu processo de fornecimento e o sistema de entrega. Las Casas (1994), afirma que em serviços os elementos se misturam, e “pessoas procedimento, processos se confundem às vezes com o objeto da comercialização”. Holanda (1986), ao se referir a “servir” o define como “viver ou trabalhar como servo; exercer as funções de criado; ajudar, auxiliar”. Juran (1988), utiliza para conceituar serviços, uma classificação de empresas em manufatura e não prestadoras de serviço. Estabelece como características principais das prestadoras de serviço como: venda direta, contato com usuário, cumprimento de prazos, não estocabilidade, não transportabilidade, simultaneidade entre produção e consumo, e a intangibilidade do produto fornecido.

Há uma corrente de pensamento que não percebe fronteiras claras entre serviço e manufatura. Levitt (1981), ao afirmar não existir indústria de serviços, sugere que somos todos prestadores de serviços. Berry & Parasuraman (1992), “Não existe uma simples dicotomia entre empresas de fabricação e as de serviço. Na realidade o serviço produzido é senão, o maior fator de sucesso para as companhias de fabricação. Clientes compram não apenas mercadorias ou serviços mais ambos.

2.3 Classificação dos Serviços:

Classicamente enquadrado, em economia, como setor terciário, os serviços guardam relação mais próxima com as atividades de comércio, educação, saúde, profissionais liberais, etc. Silvestro (1992), têm considerado e classificado os serviços, muito em função de similaridade com suas áreas de atuação, ou até mesmo, conveniências.

O estabelecimento de distinções segundo seis dimensões principais: grau de utilização de equipamentos, grau de contato com o cliente, personalização do serviço, grau de julgamento pessoal do fornecedor do serviço, foco no produto ou processo, ênfase nas atividades de linha (*front-office*, palco) ou retaguarda (*back-roon*, bastidores), apresentado na figura 2.1.

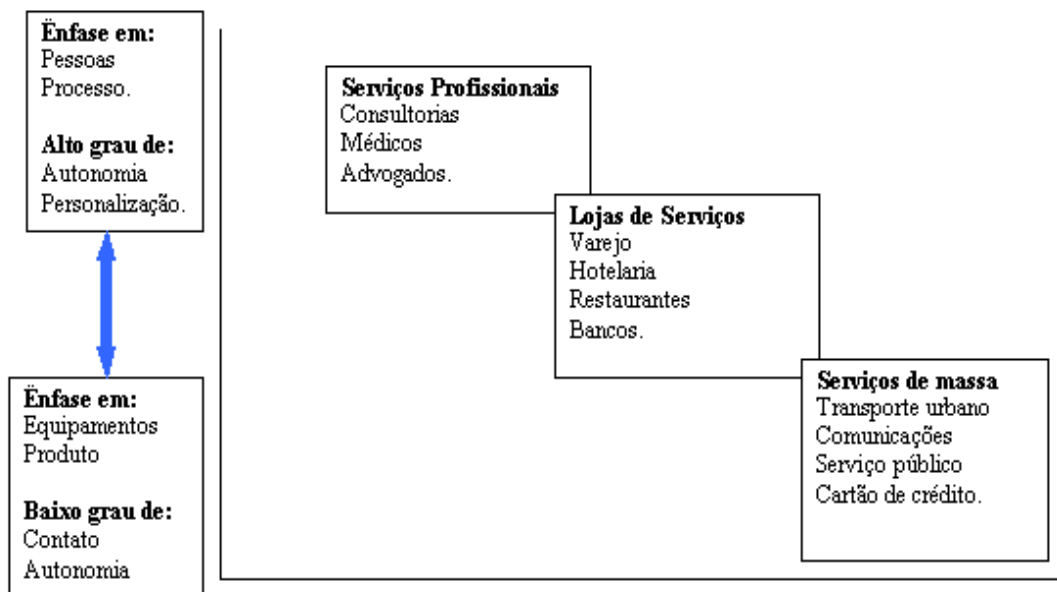


Figura 2.1: Classificação de processos de serviços. (Silvestro, 1992).

Gianesi & Corrêa (1994), apontam tendência moderna de tratar a produção de bens e serviços como sistema de operações. Com isto não há a delimitação clara entre produção de bens e prestação de serviços. Grönroos (1995), afirma que “pelo menos nas ciências

econômicas, parece não haver, entre as autoridades, consenso algum sobre as fronteiras e tampouco sobre a classificação de serviços”.

2.4 Qualidade em Serviços:

As atividades de prestação de serviços têm apresentado mudanças significativas nos últimos anos, em particular nos aspectos voltados ao atendimento do cliente, onde se busca proporcionar serviço e atenção pessoal competente, que vá ao encontro de sua expectativa e, por conseguinte, de sua confiança. A satisfação do cliente resultará na fidelidade para utilização dos serviços.

Algumas empresas prestadoras de serviços estão procurando adotar uma postura pró-ativa com a qual se antecipam para superar a expectativa do cliente.

Levar uma empresa a se preocupar em atender o cliente é um desafio muito grande. É difícil e oneroso. Este objetivo só se alcança com muito esforço e comprometimento do grupo, desde a alta administração até o mais subalterno dos empregados (Rebelo, 1996).

Segundo Ganesi & Corrêa (1996), qualidade em serviços pode ser definida como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas / excedidas por sua percepção do serviço prestado.

Os clientes avaliam os serviços de acordo com os seguintes critérios segundo Ganesi & Corrêa, (1996):

- **Consistência:** conformidade com experiência anterior; ausência de variabilidade no resultado ou processo;
- **Competência:** habilidade e conhecimento para executar o serviço. Relaciona-se com as necessidades “técnicas” dos consumidores;
- **Velocidade de atendimento:** prontidão da empresa e de seus funcionários em prestar o serviço. Relaciona-se com o tempo de espera (real e percebido);
- **Atendimento/atmosfera:** atenção personalizada ao cliente; boa comunicação; cortesia; ambiente;
- **Flexibilidade:** ser capaz de mudar e adaptar a operação, devido a mudanças nas necessidades dos clientes, no processo ou no suprimento de recursos;

- Credibilidade/segurança: baixa percepção de risco; habilidade de transmitir confiança;
- Acesso: facilidade de contato e acesso; localização conveniente; horas de operação;
- Tangíveis: qualidade e/ou aparência de qualquer evidência física (bens facilitadores, equipamentos, instalações, pessoal, outros consumidores);
- Custo: fornecer serviços a baixo custo.

Atualmente vive-se uma transformação incomparável a qualquer época. As empresas estão sendo conduzidas e forçadas a mudanças bruscas para se adaptarem a uma realidade dinâmica e competitiva. As exigências do mercado e dos clientes levam a uma reflexão de como esta à *performance* (desempenho) do seu negócio.

É necessário rever alguns valores e focalizar mais o seu direcionamento sobre algumas empresas que se consideram excelentes e, agem sem conformidade. Aham que utilizando novas tecnologias de ponta, informatização e outras ferramentas garantem a qualidade de seus produtos/serviços. Alguns aspectos relevantes podem ser destacados para essa efetivação:

- A empresa deve refletir exatamente os desejos, os anseios e as expectativas dos seus clientes;
- A empresa precisa se ater à percepção dos mínimos detalhes de seus produtos e serviços prestados. Por exemplo, não basta um excelente restaurante servir uma comida deliciosa se o cliente não pode paga-la com seu cartão de crédito, principalmente se houver condições de pagamento limitado ou até mesmo se a cozinha não dispuser de maneiras adequadas de conservação dos alimentos;
- Não é necessário fazer grandes investimentos em propaganda e *marketing*. O cliente é o maior *marketing*. Além de ser fiel, certamente ele indicará novos clientes para a empresa;
- Para se ter excelência, as empresas devem trabalhar propriamente o sentimento, o relacionamento, o intangível. Hoje não se compra nada, nenhum produto ou serviço, meramente por comprar. As vezes opta-se por um fornecedor, não pelo preço que oferece, mas pela sua flexibilização, como parceiro, o seu lado humano em oferecer algo mais, do que mero produto ou um serviço. É preciso que haja metodologia em tudo que se faz, pois esta conduta não é vista e sim, sentida percebida e recebida pela outra parte, com maior facilidade e reciprocidade. Para que

isso aconteça, é necessário que haja identificação de valores, sinergia incontestável, comunhão e cumplicidade entre as partes;

- É fundamental que as empresas tentem agir isoladamente, como se fossem donas do mundo. Sua integração é vital para o sucesso. A transformação da mentalidade com o compromisso e com a sociedade, certamente as levaram a consolidar seus esforços e clarificar ainda mais seus valores;
- Para que a empresa se torne o verdadeiro espelho dos clientes, é preciso trabalhar individualmente com cada um deles, classificado-os em cinco categorias: cliente que compra diretamente da empresa; cliente empregado; que corresponde à força de trabalho da empresa; fornecedores; cliente acionista; controladores da empresa; a sociedade e o meio ambiente.

É preciso conhecer os clientes a fundo, identificar suas características, mapear detalhes do seu ego, para que o produto ou serviço colocado à disposição reflita exatamente a personalidade e ao perfil do cliente. Portanto, deve-se cuidar bem dos detalhes do cliente, pois excelência exige um compromisso vital para com as pessoas. (Monteiro, 1999).

A diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os clientes reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade, muitas vezes esta diferença implica até mesmo em “estado de espírito do cliente” no momento da prestação do serviço. As pessoas possuem padrões diferentes de qualidade.

Norman (1993), salienta que; “o momento da verdade, entre o prestador de serviço e o cliente, pode não estar diretamente influenciado pela empresa. É a experiência, a motivação e as ferramentas empregadas pelo representante da empresa e as expectativas e comportamento do cliente que juntos criarão o processo de prestação de serviço”. Isso faz com que a subjetividade esteja implícita ao processo de prestação de serviço.

As características presentes nos serviços não dão uma segunda chance para conquistar o cliente, porque elas são definitivas, neste momento da verdade, que segundo Carlson (1992), é toda situação em que um cliente entra em contato com a organização. Afirma Carlson, nos momentos da verdade são as pessoas que fazem a diferença devido ao fato delas apresentarem peculiaridades como:

- O serviço humano é um bem indivisível, imprimindo um caráter intangível;
- Não pode ser armazenado ou reproduzido, não podem ser assegurados;

- Medidas próprias adequadas a cada situação são requeridas como base;
- Produção, consumo e uso são feitos ao mesmo tempo e espaço;
- A avaliação dos resultados é feita simultaneamente, estando muita exposta aos clientes, e sem possibilidade de checar os resultados previamente, corrigindo falhas eventuais;
- O serviço é altamente dependente do pessoal. Com isso, cultura, habilidades técnicas, aptidões, conhecimentos, disposição, humor e até o nível educacional dos prestadores de serviços podem afetar a qualidade do serviço.

Segundo Giansi & Corrêa (1996), a intangibilidade dos serviços, juntamente com a necessidade da presença do cliente e a simultaneidade da produção e consumo do serviço, formam as principais características especiais das operações em serviços que irão definir a avaliação dos resultados e a qualidade dos serviços prestados. Muitas vezes essa avaliação é dificultada pela intangibilidade, uma vez que é difícil a padronização dos serviços tornando a gestão do processo mais complexa.

Dada às características dos serviços, é fundamental que se controle ou realmente os processos em função das necessidades dos clientes.

Em serviços são enfatizadas as relações diretas com os clientes e o processo deve ser flexível, por que o cliente participa do processo produtivo de forma efetiva (Paladini, 1995). Portanto, as organizações precisam ser flexíveis e possuir capacidade para mudança e renovação constantes.

A qualidade dos serviços pode ser percebida pelos clientes através dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço consiste naquilo que o cliente sente e vê, como por exemplo, à aparência do consultório, tanto interno quanto externamente. Ou seja, conservação do prédio, jardins bem cuidados, iluminação interna e externa, sinalização, decoração, limpeza do ambiente, acesso, uniforme, asseio e apresentação dos funcionários. Os componentes intangíveis são amabilidade, cordialidade e cooperação da equipe médica. A cordialidade através de um sorriso, de expressões adequadas, de uma atitude que traduza a “disposição de servir”. Portanto os componentes intangíveis estão diretamente relacionados com o relacionamento do pessoal do consultório com os clientes.

As pessoas envolvidas na prestação dos serviços são o *marketing* direto das organizações em que atuam. Os serviços exigem conhecimento da força de trabalho para responder eficazmente às rápidas mudanças que ocorrem no mundo organizacional.

Para Denton (1990), “as organizações que fornecem bons serviços descobrem formas simples e inovadoras para manter a administração em sintonia com os clientes e com o funcionamento diário dos negócios”, para o mesmo autor, qualidade em serviços esta baseada na medição precisa dos desejos dos clientes através de uma grande variedade de programas de realimentação, facilitando aos clientes informar-lhes o que esta certo e o que esta errado.

Barros (1999), cita alguns princípios importantes, que não podem ser esquecidos na administração que busca o caminho da excelência. São pontos de reflexão que podem, inclusive, serem utilizados como uma forma de diagnóstico, ou como base para um plano de ação à modernização dos processos de gestão e qualidade.

Ele chama de decálogo:

- Educar os funcionários antes de treina-los em habilidades;
- Ser um exemplo de qualidade;
- Avaliar constantemente o atendimento das necessidades básicas;
- Incentivar para que os funcionários criem. Desafia-los;
- Agregar conhecimento sistematicamente;
- Reconhecer e incentivar talentos;
- Promover uma comunicação eficaz;
- Demonstrar o comprometimento;
- Fornecer a melhoria contínua;
- Mobilizar todos, sem exceção.

Conforme Schyve (2000), quando se visa sistemas de qualidade certificados pela ISO 9000, pode-se com isso reduzir os erros nos serviços, devido à padronização.

Segundo Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000), dependendo da competição e das necessidades pessoais, os clientes selecionam um prestador de serviço baseados nos seguintes critérios:

- Disponibilidade: O serviço é acessível? Horários alternativos, números telefônicos 0800 com discagem gratuita;
- Conveniência: A localização do serviço define a conveniência para os clientes que precisam se deslocar até lá. São exemplos de serviços: posto de gasolina *fast-food* e lavagem a seco que devem selecionar a localização em ruas movimentadas para serem bem sucedidas;

- **Confiabilidade:** O serviço é confiável? A maior reclamação a respeito de manutenção de automóveis é com a incapacidade de solucionar o problema na primeira visita;
- **Personalização:** O cliente está sendo tratado como um indivíduo? Eles respondem bem quando são chamados pelo nome;
- **Preço:** Competir em preço, não é tão eficaz em serviços quanto em produtos, pela dificuldade de comparar os custos dos serviços de forma objetiva. Em serviços profissionais a competição em preço pode ser considerada contraproducente porque, muitas vezes, é vista como uma substituta da qualidade;
- **Qualidade:** A qualidade dos serviços é uma função da relação entre as expectativas prévias dos clientes e as percepções, durante e após a respectiva prestação. A qualidade de um serviço é julgada pelo processo de atendimento e pelos resultados;
- **Reputação:** A incerteza na escolha de um prestador de serviços é muitas vezes resolvida em conversa com outras pessoas a respeito de suas experiências antes da decisão ser tomada;
- **Segurança:** Bem-estar e segurança são considerados importantes, pois em muitos serviços como em viagens aéreas e na medicina, os clientes estão colocando as suas vidas nas mãos do prestador de serviços;
- **Rapidez:** Para serviços de emergência, o tempo de resposta é o principal critério de desempenho.

Para Fitzsimmons & Fitzsimmons (2000), a avaliação da qualidade em serviços surge ao longo do processo de prestação, que geralmente ocorre no encontro entre um cliente e um funcionário da linha-de-frente. A satisfação do cliente com a qualidade do serviço, será definida pela comparação da percepção do serviço prestado com a expectativa do serviço desejado. Os clientes utilizam dimensões para julgar a qualidade dos serviços, que são listadas em ordem decrescente de importância:

- Confiabilidade;
- Responsabilidade;
- Segurança;
- Empatia;
- Tangibilidade.

O controle da qualidade em serviços pode ser visto como um sistema de controle com retroalimentação. Em um sistema de retroalimentação, a saída é comparada com um padrão. O desvio daquele padrão é transmitido à entrada, fazendo-se então os ajustes para manter a saída dentro do padrão (Fig. 2.2).

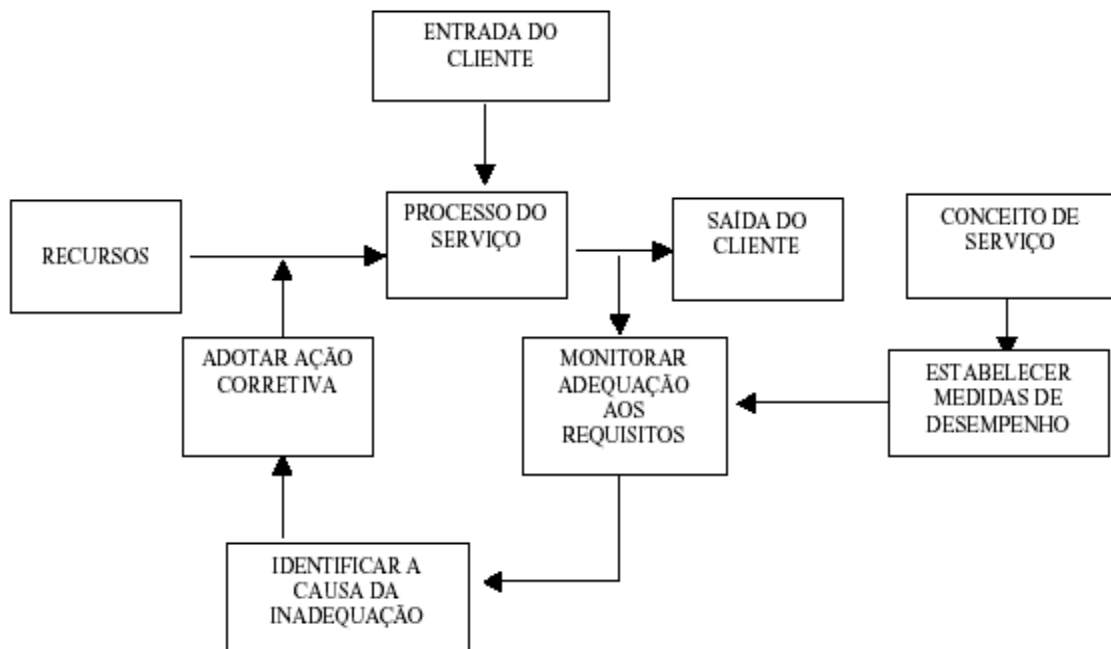


Figura 2.2: Controle dos processos de serviços-(Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000).

Conforme Las Casas (1999), a qualidade total em serviços engloba, além dos clientes externos, todos os que com ela interagem, ou seja, funcionários e administradores. A razão disso é que os serviços, sendo atos, desempenho de ação, pressupõem que cada pessoa próxima do indivíduo é considerada um cliente.

Em decorrência, um consultório médico deve satisfazer necessidades, resolver problemas relacionados com a anestesia e fornecer benefícios a todos que com ele interagem e isso significa considerar clientes, colaboradores e proprietários. Fica evidente, portanto, a importância de manter clientes para a lucratividade do consultório. Um cliente conquistado é um dos maiores patrimônios (Las Casas, 1999). Preserva-lo é uma necessidade para os negócios bem sucedidos em longo prazo.

O foco nos clientes conquistados é compensatório, pois um pequeno cliente pode um dia tornar-se grande e sempre vale o esforço de um bom atendimento.

Todo prestador de serviço deve elaborar um quadro que inclua os momentos da verdade de um serviço. Estes momentos são contatos dos clientes com o consultório segundo Carlson (1992). Cada atividade relacionada aos momentos de contato com o consultório requer certos atributos no sentido de agradar o consumidor tais como: simpatia, empatia, segurança, rapidez. Esses atributos devem ter uma ordem de importância, conforme exigências dos consumidores, para proporcionar serviços de qualidade.

Segundo Las Casas (1999), as dimensões da qualidade de serviços são:

- **Confiabilidade:** É importante para prestar serviços de qualidade, gerada pela habilidade de fornecer o que foi prometido de forma segura e precisa;
- **Segurança:** Os consumidores querem dos prestadores de serviços a habilidade de transmitir segurança e confiança, caracterizada pelo conhecimento e cortesia dos funcionários;
- **Aspectos tangíveis:** Os aspectos físicos que circundam a atividade de prestação de serviço também têm sua importância como fator de influência. Neste sentido, conforme foi comentado anteriormente, estão as instalações, os equipamentos e a aparência dos funcionários;
- **Empatia:** Grau de cuidado e atenção pessoal dispensado aos clientes. Também são importantes aspectos, a capacidade de se colocar no lugar dos outros como também a receptividade, que é a disposição de ajudar os clientes e fornecer serviços com presteza.

Exceder as expectativas do cliente, no sentido de um serviço de qualidade, deve ser a força que impulsiona uma organização, o centro de suas preocupações e o motivo para ela estar nos negócios. Um serviço de qualidade não é a meta, não é um objetivo; ao contrário, é uma forma de fazer negócios. Os serviços são o propósito de um negócio. E eles são a única forma de sobreviver e prosperar. (Willians, 1995).

Segundo Reis & Penã (2000), as empresas (clínicas) que estão obtendo melhorias como orientação para o cliente, percepção e participação interativa do mesmo, libertam o conceito de qualidade que começa e termina no cliente, desta forma o foco deve ser no serviço para abranger a total conformidade às exigências dele.

Podemos então observar que existem concordâncias e discordâncias em relação ao conceito de serviço, qualidade de serviço, sistemas de qualidade, padronização e aspectos humanos conforme apresentado no quadro 2.1.

A avaliação dos serviços pré-operatórios apresenta-se como uma valiosa ferramenta para melhoria da qualidade oferecida ao cliente.

	JURAN	DEMING	FEIGENBAUM	CROSBY
Conceito de serviço	Atividades de não manufatura que não se caracterizam como indústrias (mineração, agricultura, etc.)	Atividades como hotéis, restaurantes, bancos, serviços médicos, financeiros, públicos, educacionais.	Relaciona atividades como saúde, educação, correios, alimentação, etc.	Atividades tradicionalmente tidas como serviços: saúde, financeiros, transportes, lazer.
Qualidade de serviço	Características como: psicológicas, contratuais, baseadas no tempo, éticas e tecnológicas	Características de Qualidade são fáceis de mensurar quanto um produto manufaturado. Taxas de não conformidade só que apresentam reação mais rápida	Satisfação das necessidades do cliente, enfatizando sobretudo a confiabilidade e garantia dos serviços fornecidos	Definido de maneira análoga a bens: conformidade com os requisitos.
Sistema de Qualidade	Ênfase no planejamento da qualidade desde o projeto do serviço, identificação de características mensuráveis, implantação de controle decorrente do processo, e aperfeiçoamento contínuo. Utilização de auditores da qualidade	Forte ênfase no controle durante o processo, através do estabelecimento de características do serviço e seu acompanhamento via resultados estatísticos	Princípios, abordagem e tecnologias do sistema de qualidade total de manufatura, através do estabelecimento dos padrões e procedimentos escritos. Um sistema de informações estruturado para seu acompanhamento	Ênfase em procedimentos para prevenção de defeitos e correção de desvios. Acompanhamento do cálculo de custos de falta de qualidade
Padronização	Padrões de produtividade, integridade, previsibilidade e satisfação das pessoas. Os padrões devem constituir dados e não ser demasiadamente rígidos	Padrões de atendimento das características de processos intermediários.	Estabelecimento de padrões para todas as características de serviços e procedimentos documentados dos processos	Estabelece como padrões a conformidade dos requisitos para satisfazer o cliente, e o padrão de desempenho zero-defeito
Aspectos humanos	Capacitação de pessoal para planejar em unir a qualidade e resolução de problemas	Forte ênfase na gerência e elevação da competência das pessoas	Capacitação do pessoal técnico para estruturar o sistema	Participação e motivação dos envolvidos

Quadro 2.1: Visão comparativa de Qualidade de Serviços (Nóbrega, 1995).

2.5 Avaliação Pré-Operatória: Um fator de Qualidade

Essas idéias traduzem a importância da avaliação pré-anestésica (APA), costumeiramente considerada secundária no contexto geral do processo pré-operatório. Por isso, a busca pela qualidade na avaliação pré-operatória e, mais especificamente, na avaliação pré-anestésica, é fundamental para uma melhora da qualidade do ato anestésico. Quando se melhora a qualidade da APA, melhora-se o atendimento do paciente na sala de cirurgia e no período pós-operatório.

Entre os principais fatores de melhora da qualidade da APA dos últimos tempos encontra-se a instituição dos ambulatórios ou consultórios de avaliação pré-anestésica

A APA ideal deve ser realizada num consultório próprio antes da internação, como uma consulta comum em regime ambulatorial. Até alguns anos atrás isso parecia um absurdo para a maioria dos anesthesiologistas. A APA era realizada (e ainda o é, em muitos hospitais em todo o mundo), na véspera ou no dia da cirurgia. Com isso muitas vezes as cirurgias eram suspensas acarretando desgaste emocional do paciente e aumento dos custos do sistema de saúde. O crescimento do número de cirurgias ambulatoriais agravou mais esta situação, pois nestes casos, os pacientes apresentam-se no dia da cirurgia para a APA, que é realizada

rapidamente e sob a pressão de considerar o paciente apto para a cirurgia. Da necessidade de solucionar essa situação desagradável para pacientes, cirurgiões e anesthesiologistas, surgiram os consultórios de anestesia ou ambulatórios de avaliação pré-anestésica (AAPA). (Conway & Chung, 1992). Os AAPA nasceram assim, com a finalidade de avaliar os pacientes antes da internação e com isso otimizar o período de internação para o hospital como um todo (incluindo cirurgiões e anesthesiologistas) e para o, paciente em particular.

Em todo o mundo, e no Brasil também, existem inúmeros hospitais com AAPA. Onde foram adequadamente implantados e conduzidos, deram certo. (Finegan, 1992). No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo o Ambulatório de Avaliação Pré-Anestésica (AAPAHCUSP) mostrou nos primeiros 18 meses de funcionamento:

- Diminuição da latência para avaliação clínica;
- Redução da taxa de suspensão de cirurgias de 3.3% para 1,2%;
- Redução do número de consultas em clínicas especializadas e de exames de laboratório. (Schibuola & Mathias, 1994).

O atendimento nos AAPA não deve ser realizado muito próximo à data para a cirurgia (alguns dias), porque se o paciente apresentar outras doenças concomitantes e necessitar encaminhamento para avaliação clínica especializada, a cirurgia provavelmente será adiada. A APA, por outro lado não deverá ser feita muito antes da cirurgia (muitos meses), porque o estado clínico do paciente pode se alterar por:

- Descompensação de doenças associadas já compensadas (p.ex: diabetes mellitus);
- Aparecimento de novas doenças;
- O relacionamento anesthesiologista-paciente, adquirido na consulta, perde-se após um tempo muito longo.

Não existe um padrão de intervalo de tempo entre a data da APA e o dia da cirurgia, mas parece ser razoável o de duas semanas a dois meses antes da data da cirurgia. O ideal é que no momento em que o cirurgião indica a cirurgia ocorra o encaminhamento para o anesthesiologista. Nos casos de APA em crianças, quando supostamente não têm outras doenças associadas (ASA I), a APA pode ser feita próxima à cirurgia para que a criança não se esqueça do anesthesiologista. Crianças que apresentam freqüentes infecções de vias aéreas devem ser reavaliadas na véspera ou no dia da cirurgia.

Como conseqüências diretas da atividade dos AAPA há satisfação: (Mathias, 1994)

- Pacientes: sentem-se mais seguros.
- Cirurgiões: redução do tempo de internação pré-operatória e do número de cirurgias suspensas.
- Administradores hospitalares: reduções do número de exames laboratoriais redução do número de interconsultas em clínicas especializadas com redução do intervalo de tempo para marcação da cirurgia; redução de internação pré-operatória e do número de cirurgias suspensas.
- Anestesiologistas do Centro Cirúrgico: assistem um paciente já globalmente avaliado, com um documento, (ficha AAPA), que mostra tudo que foi julgado importante e um resumo dos problemas mais graves; do AAPA: têm condições de avaliar o paciente adequadamente, pedir exames de laboratório e interconsultas e discutir os casos com colegas de outras especialidades; podem avaliar o paciente com calma e decidir sobre a liberação para cirurgia, sem a pressão dos cirurgiões; há uma sensível melhora do diálogo com cirurgiões e clínicos.

Os AAPA devem ter normas gerais de funcionamento, que incluem a padronização do atendimento dos pacientes, dos exames de laboratório e condutas. Estas normas, no caso do AAPA do Hospital das Clínicas da USP, são similares às recomendadas pela *American Society of Anaesthesiologists* (ASA). Esta, numa tentativa de otimizar o atendimento ao paciente a ser anestesiado, propôs em 1987, entre as Normas de Cuidados Anestésicos. (ASA - *Standards for Anesthesia Care*): *Basic Standards for Preanesthesia Care* (1987).

Cuidados Pré-Anestésicos:

- Revisão do prontuário do paciente;
- Visita pré-anestésica
- História clínica, anestésias prévias, medicamentos em uso;
- Aspectos do exame físico de importância e/ou risco durante o ato anestésico-cirúrgico;
- Exames de laboratório e/ou consultas especializadas;
- Medicação pré-anestésica.

A determinação do estado clínico do paciente implica na avaliação do risco anestésico, ou da probabilidade de morbiletalidade. Na procura de melhoria da qualidade em relação a esse

item, foram propostos alguns métodos ou sistemas de classificação dos pacientes quanto ao risco anestésico apresentado no quadro 2.2 (*Basic Standards for Preanesthesia Care*, 1987).

Estado Físico 1	
nenhuma alteração orgânica, fisiológica, bioquímica, ou psiquiátrica	
processo patológico que indica a cirurgia é localizado e não vinculado a uma doença sistêmica	
Estado Físico 2	
alteração sistêmica leve ou moderada, causada pela doença cirúrgica ou por outro processo patológico	
hipertensão arterial bem controlada	história de asma
anemia	tabagismo
diabetes mellitus controlada	obesidade leve
idade < 1 ano ou > 70 anos	gestação
Estado Físico 3	
grave alteração sistêmica, de qualquer causa, mesmo que não seja possível definir o grau de incapacitação	
angina	status pós infarto do miocárdio
hipertensão mal controlada	obesidade mórbida
doença respiratória sintomática (p.ex. asma, DPOC)	
Estado Físico 4	
indicativo de paciente com graves alterações sistêmicas, causando perigo de vida, nem sempre corrigíveis pela cirurgia	
angina instável	insuficiência cardíaca congestiva
insuficiência respiratória	falência hêpato-renal
Estado Físico 5	
paciente moribundo, com pouca chance de sobrevivência, mas que é submetido à cirurgia em última instância (desespero)	

Quadro 2.2: Classificação ASA – (Wolters, 1996).

Desenvolver um plano de assistência anestésica é fundamental para a qualidade do atendimento no centro cirúrgico. O anesthesiologista deve planejar as possíveis técnicas anestésicas para cada paciente e deve, naqueles mais complicados, decidir sobre cuidados especiais e informar por escrito. Na verdade, o médico do AAPA é o mais capacitado para avaliar as possíveis intercorrências clínicas (exceto as advindas do ato cirúrgico), durante também e após o ato anestésico-cirúrgico.

O único momento em que o paciente pode ser esclarecido sobre sua condição clínica, provável técnica anestésica e analgesia pós-operatória, é durante a APA. Isto incluem também o esclarecimento sobre os riscos a que será submetido durante a anestesia. É recomendável também que haja um documento de consentimento esclarecido a ser assinado pelo paciente e pelo anesthesiologista.

A conscientização é, certamente, fator na melhoria da qualidade da assistência ao paciente cirúrgico. Mas além disso, num programa de qualidade em avaliação pré-anestésica deve conter:

- Utilização de uma mesma seqüência básica de avaliação para todos os pacientes e a comprovação de que esta seqüência está sendo seguida;
- Homogenização dos conhecimentos por toda equipe de atendimento e reciclagens freqüentes;
- Freqüentes análise e avaliação do preenchimento das fichas;
- Levantamento periódico dos casos atendidos para verificação da satisfação dos pacientes, cirurgiões e anesthesiologistas;
- Acompanhamento das complicações e óbitos per e pós-operatórios para analisar se houve falhas no atendimento e se poderiam ter sido evitados por uma melhor APA.

2.6 Considerações para o Próximo Capítulo:

Quando o anesthesiologista compreende como os serviços serão avaliados pelos clientes, é possível identificar como gerenciar essas avaliações e como influencia-las na direção desejável. Isto porque qualidade não é o melhor tratamento, da forma como o anesthesiologista percebe e sim como o seu cliente percebe e quanto for maior a qualidade percebida, maior será o sucesso da clínica anestésica.

Na anesthesiologia, a “hora da verdade principal” é o momento em que o anesthesiologista esta frente a frente com seu cliente, sendo a grande oportunidade para gerar qualidade na prestação de serviços. Este momento também engloba pessoas com quem o cliente tem contato no atendimento, atribuindo enorme importância aos recursos humanos da clínica como: secretárias e assistentes.

Sabendo destes conhecimentos necessários para melhorar e manter a qualidade dos serviços médicos a intenção deste capítulo é subsidiar a construção de um modelo que proporcione a avaliação da qualidade deste serviço e com isto auxiliar o anesthesiologista na gestão da clínica e a partir deste gerar oportunidade de melhoria que serão implantadas e controladas gradativamente conforme priorizadas.

No Capítulo 3, serão abordados os fundamentos metodológicos que servirão de base para análise no capítulo 4.

CAPÍTULO 3

Qualidade em Serviços

3.1 Considerações Iniciais:

No Brasil, os médicos enfrentam a difícil realidade de deterioração do sistema público de saúde e, elevada dependência de organizações privadas do setor – como as de medicina de grupo de seguros - pacientes com níveis crescentes de exigência e incremento da concorrência entre profissionais. Nesse panorama, destaca-se a qualidade de serviço, uma vez que o paciente, apesar de certas dificuldades, não deixa de avaliá-las quando se trata de cuidados a saúde (serviços anestésicos). Mas ainda falta compreensão sobre a percepção do paciente a respeito dessa esfera de qualidade, mormente um conhecimento que reflita a realidade brasileira, na qual pode haver especificidades diferentes de outro país.

Como podemos observar, há enfoques diferentes para a definição da qualidade: Horovitz (1993), e Albrecht (1992), definem a qualidade do serviço como algo relacionado a excelência; Feigenbaum (1996), Crosby (1994) e Juran (1988), utilizam a noção de conformidade e garantia; enquanto Juran (1988) e Horovitz (1993), defendem fortemente um outro aspecto da qualidade do serviço: a subjetividade humana.

Um outro trabalho de cunho diferente, mais operacional, foi desenvolvido por Parasuraman et al. (1985). Acreditamos ter este trabalho tido seu princípio de concepção nas dimensões da qualidade de produto propostas por Garvin (1984). A proposta de Parasuraman é estratificar a qualidade de um serviço em 10 critérios, denominados de dimensões da qualidade de um serviço- veja quadro 3.1

A partir (ou após) deste trabalho, outros autores têm proposto “suas dimensões da qualidade de serviços”. Grönroos (1995), enumera os seis critérios da boa qualidade percebida do serviço: profissionalismo; confiabilidade e honestidade; recuperação; reputação e credibilidade.

Gianesi & Corrêa (1994), sugerem para avaliação da qualidade do serviço os critérios: tangíveis, consistência, competência, velocidade de atendimento, flexibilidade, credibilidade/segurança, atendimento/atmosfera, acesso, e por último custo.

Lobos (1993), enumera três fatores para a qualidade em serviços: desempenho, atendimento e custo. Desempenho tem a ver com o serviço em si; atendimento tem a ver com

os aspectos referentes ao ato da prestação do serviço; custo sendo entendido com um conceito relativo. O autor propõe dimensões para a avaliação da qualidade em serviços: validade, disponibilidade precisão, rapidez, respeito à norma, solução de problema e confiabilidade.

Clutterbuck et al.(1994), sugerem dimensões do serviço ao cliente relacionadas com: tempo; ausência de falhas, flexibilidade, aspectos financeiros, questões de estilo, controle pessoal e segurança.

Dimensão	Conceituação
Aspectos Tangíveis	Aparência física de instalações, equipamentos, pessoas e materiais de comunicação
Confiabilidade	Capacidade de prestar o serviço prometido de forma confiável e precisa
Responsividade	Disposição para ajudar o cliente e proporcionar com presteza um serviço
Competência	Habilidades específicas para desempenhar um serviço
Cortesia	Fineza, respeito, consideração e amabilidade no contato pessoal
Credibilidade	Confiança, credibilidade, honestidade e integridade transmitidas pelo prestador do serviço
Segurança	Ausência de risco, perigo ou dúvida
Acesso	Proximidade e facilidade de contato
Comunicação	Manter o cliente informado de forma compreensível, e escutá-lo
Conhecimento do cliente	Esforço para saber e atender suas necessidades

Quadro 3.1: As dimensões da qualidade de serviços. (Parasuraman, 1985).

3.2 Qualidade de Serviços e Cuidado à Saúde e ao Paciente:

É preciso mapear eventuais particularidades da qualidade de serviços de assistência á saúde (Ford, Bach, & Fottler, 1997). Pairam certas dúvidas sobre a transferibilidade, isto é, se os princípios e técnicas genéricas de qualidade de serviços podem ser aproveitados nas atividades de cuidado á saúde. As organizações de saúde têm muito em comum com as de vários outros ramos de serviços, mas três singularidades as marcam segundo Garvin, (1990): a) falta de clareza na conexão entre entradas e saídas, muito em função do tempo necessário

para os resultados manifestarem-se; b) os pacientes podem ter dificuldade em avaliar aspectos técnicos; c) os grandes hospitais operam com duas linhas de autoridade distintas, o pessoal administrativo e os médicos, em vez da pirâmide de autoridade única predominante nas demais organizações. Além disso, como em tantos outros ramos, serviços de saúde têm vários tipos de clientes (Berwick, Godfrey & Roessner, 1990). Um pediatra, por exemplo, pode prestar serviço à criança, à família dela, à comunidade, a outros médicos, a outros profissionais de saúde, a quem paga pelos serviços e até ao seu conselho e às suas entidades de classe.

A qualidade de serviços de cuidado à saúde abarca aquilo que possa aumentar uma medida abrangente de bem-estar do paciente, após considerar-se o balanço de ganhos e perdas esperados, intervenientes em todas as partes do processo (Donabedian, 1980). Na concepção consagrada desse autor, tal qualidade compreende dois domínios: técnico e interpessoal. O técnico abrange a aplicação da ciência e da tecnologia da Medicina à administração de um problema pessoal de saúde. Já o interpessoal refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais. Ao domínio interpessoal são somadas ainda as amenidades, formadas pelas propriedades do ambiente onde o cuidado é proporcionado – como uma sala de espera agradável - gerando atributos como conforto, presteza e cortesia.

Os pacientes quase sempre conhecem bem pouco os detalhes do domínio técnico da qualidade, como ressalta Donabedian (1985), embora apreciem sua importância, especialmente em situações que tragam clara ameaça à saúde e ao bem-estar. Em geral, o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar. Mas esse autor evidencia como o paciente usualmente não tem dificuldade em avaliar a qualidade interpessoal, configurada nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais. De mais a mais, o gabarito do domínio interpessoal pode influenciar os resultados do domínio técnico para o paciente e vice-versa. Um domínio não é eficaz sem o outro (Donabedian, 1985). O relacionamento interpessoal e o conforto das amenidades não curam doenças orgânicas. A competência técnica – a menos que ela seja em prol do paciente em virtude do interesse humano e do comprometimento dos profissionais em prover os melhores benefícios ao paciente – também não é por si só suficiente.

Esse esquema parece demonstrar que os serviços de saúde não fogem, em essência, do caráter genérico da qualidade de serviço. A distinção proposta por Grönroos (1990), entre as qualidades técnica e funcional mostra-se válida tratando-se de serviços de saúde. A qualidade

técnica refere-se ao domínio técnico dos serviços de cuidado à saúde, ao passo que a qualidade funcional reflete seu domínio interpessoal.

A qualidade funcional toma, contornos desafiadores. Clark (2001), menciona que muitas escolas de medicina nos Estados Unidos estão mudando seus currículos para realçar as qualidades humanísticas inerentes ao trabalho médico. Tais mudanças são, contudo, apenas o primeiro passo para transformar um modelo de formação desnecessariamente cruel, que amortece as emoções e desumaniza o médico. Um caminho melhor é sugerido, em que os estudantes aprendam, por exemplo, anatomia e habilidades de comunicação com o paciente ao mesmo tempo, de modo a saber que o fígado que analisam, pertence sempre a um ser humano.

Em outro prisma, resultados interessantes surgem de ampla pesquisa sobre qualidade de cuidados de saúde realizada com médicos da Austrália, do Canadá, dos Estados Unidos, da Grã-Bretanha e da Nova Zelândia (Blendon, 2001). Para o aprimoramento dessa qualidade, a maioria dos médicos pesquisados foi a favor de reformas para que tenham mais tempo com seus pacientes, mas só de 33% a 40% dos inquiridos concordavam que avaliações do paciente poderiam servir ao mesmo propósito. Isso mostra pouca disposição desses médicos em acolher o *feedback* do paciente, apesar do interesse em poder-lhes dedicar mais tempo.

Posto isso, tornar-se não só admissível, mas recomendável, indagar aos pacientes como melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Resta suprir a falta de instrumental para a mensuração da QP (Qualidade Percebida) pelo paciente, sobretudo diante da considerável agregação de serviços prestados pelos profissionais e organizações de saúde. Sem isso, torna-se muito difícil à orientação das equipes de saúde em relação ao leque de atributos que conformam a qualidade sob ótica do paciente. Repare-se que somente agora o Comitê Nacional para a Asseguração de Qualidade dos Estados Unidos decidiu desenvolver medidas de qualidade do trabalho médico baseadas também na perspectiva do paciente, exigindo o projeto quase dois anos de pesquisas (Pretzer, 2001). Logo, impõe-se avançar no desenvolvimento desse instrumental também no Brasil.

3.3 Satisfação do Consumidor e Qualidade Percebida:

Na literatura, existem dois tipos de definições que diferem em virtude da ênfase dada à satisfação do consumidor, quer como resultado, quer com processo. Algumas definições conceituam a Satisfação do Consumidor com o resultado de uma experiência de consumo.

Neste sentido, ela também tem sido definida como “resposta do consumidor a uma avaliação da discrepância percebida entre as expectativas (ou outro tipo de norma da *performance*) e a *performance* corrente de um produto percebida após o seu consumo”. (Tse & Wilton, 1988; Howard & Sheth, 1969; Engel, Blackwell & Minard, 1993). Esta abordagem pode ser definida como orientada para o resultado (*outcome-oriented*). Outra abordagem, centralizada na orientação para o processo (*process-oriented*), traz uma visão ampliada da Satisfação do Consumidor, na medida em que a concebe na perspectiva da experiência de consumo em sua totalidade. Ela salienta as perspectivas de processos perceptuais, avaliados e psicológicos como geradores da Satisfação do Consumidor (Yi, 1990). Alguns autores têm utilizado essa abordagem em suas pesquisas. (Bearden & Tell, 1983; Oliver, 1980).

Para Oliver (1981, 1997), embora possam contribuir para o entendimento do seu significado, poucas são baseadas em uma teoria integrada ou em achados empíricos. Assim, esse autor apresenta o conceito de satisfação “como uma avaliação da surpresa inerente à aquisição de um produto/serviço e/ou à experiência de seu consumo”.

Alem disso, diversos autores desenvolveram seus trabalhos com o foco na Qualidade em Serviços. A maioria deles trata do mesmo paradigma comumente aceito para explicar a Satisfação do Consumidor, mas convêm examinar as definições e formatos da mensuração para entender a diferença entre eles, seus pontos fortes e suas limitações. ***A avaliação constante da satisfação traz excelentes benefícios como forma de realimentar e controlar o esforço de uma empresa sob o ponto de vista dos seus clientes.***

A Qualidade Percebida é definida como “o julgamento do consumidor sobre a superioridade ou excelência global de um serviço”. (Zeithaml, 1987). Essa situação caracteriza a qualidade percebida como uma forma de atitude. (Olshavsky, 1985; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Assim, a qualidade percebida tem sido definida como uma relação entre as Expectativas e *Performance* Percebida de um serviço. (Grönroos, 1995; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Essa referência não é amplamente aceita na literatura sobre o assunto. Cronin & Taylor (1992), discutem esse aspecto considerando que a diferença “*Performance* menos Expectativas” não tem uma relação direta com a Qualidade Percebida, como expõem em suas pesquisas. Esses autores indicam que a avaliação da *Performance* por si só oferece resultados mais adequados na mensuração do construto.

Como mostram as definições, ambos os conceitos – Satisfação e Qualidade Percebida – têm sua origem no Paradigma da Desconformidade. Esse paradigma tem por componente a relação entre Expectativas e *Performance*, que origina a Desconformidade de Expectativas.

Esta, portanto, é uma das principais responsáveis pela indicação da Satisfação e da Qualidade Percebida pelo modelo dos *Gap*. (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

Parasuraman, Zeithaml & Berry-(PZB)-(1988), retrataram essa diferença citando que a “Qualidade Percebida é o julgamento global, ou atitude relacionada á superioridade de um serviço, e a Satisfação do Consumidor está relacionada a uma transação específica”. Segundo os autores, portanto, os dois construtos estão relacionados. A partir dos incidentes de Satisfação que ocorrem ao longo do tempo, a Percepção de Qualidade é formada. Essa proposta é aceita pelos autores que pesquisam Qualidade em Serviços, ou seja, a Satisfação do Consumidor é um antecedente da Qualidade em Serviços. (Carman, 1990; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

Esse ponto também não encontra unanimidade na literatura. Mesmo os autores que seguem o modelo anteriormente descrito têm dúvidas sobre essa relação. PZB, (1994); Oliver, (1997); Spreng & Mackoy, (1998); Teas, (1994); Bloemer & Ruyter, (1995); Bolton & Drew, (1991) propõe que a Qualidade percebida dos Serviços/Produtos adquiridos é formadora da Satisfação com a transação. Ngobo (1997), revisou os trabalhos e indica que o foco da mensuração está intimamente ligado ao tipo de relação em análise em um problema acadêmico ou prático.

Oliver (1997), faz distinções entre a perspectiva de curto prazo e a de longo prazo desses conceitos. Para esse autor, o consumidor processa a avaliação da Qualidade Percebida associada a uma transação específica, que retrata os aspectos do produto/serviço logo após a experiência de sua compra ou de seu consumo. Esta é um antecedente da Satisfação com a transação específica, que tem outras variáveis formadoras – a avaliação do Valor Percebido, da Equidade da Transação, da Resposta Afetiva ao processo de compra/consumo, entre outras. A partir da experiência acumulada que o consumidor possui com aquele fornecedor, ocorre a formação da Satisfação Global, que é o resultado do somatório avaliativo de transações que aquele cliente realiza. (Fornell, 1992).

Assim, é importante ressaltar que os construtos são bastante próximos, segundo as definições dos construtos da Satisfação do Consumidor e da Qualidade Percebida. Com base no Paradigma da Desconformidade, existe uma convergência entre seus métodos de avaliação.

Diversos métodos podem ser utilizados para avaliar a Satisfação do Consumidor e a Qualidade Percebida. Os mais difundidos estão baseados no Paradigma da Desconformidade. Uma segunda categoria refere-se à mensuração por meio da ampliação desse paradigma levando em consideração outros componentes da formação da Satisfação do Consumidor. A terceira categoria considera a utilização de Métodos de Equações Estruturais para avaliação

da Satisfação e sofisticada o processamento dos resultados. A seguir, discutiremos cada um deles. Depois, para cada modelo, serão expostas suas vantagens e desvantagens.

3.4 Modelos Baseados no Paradigma da Desconformidade:

Este termo foi traduzido do inglês “*Paradigm of Disconfirmation*” e do francês “*Paradigma de la Disconfirmation*”. Os termos “desconfirmação” ou “disconfirmação” não existem na Língua Portuguesa. Segundo Holanda (1986), o termo que mais se aproxima do sentido dado a ele em outras línguas é desconformidade que significa divergência, discordância, desacordo, desarmonia, desproporção.

3.4.1 Modelos Baseados na Relação entre Expectativas e Performance:

Segundo o Paradigma da Desconformidade, a avaliação da Satisfação do Consumidor e da Qualidade Percebida pode ser realizada mensurando-se as Expectativas (E_i) para cada atributo considerado relevante num projeto de pesquisa. Outro componente a ser medido nesse paradigma é a Performance Percebida (P_i), capturada normalmente com uma escala de avaliação do desempenho de cada atributo relevante, ou seja, avaliam-se os mesmos atributos mensurados nas Expectativas, só que agora com uma escala de desempenho.

A Satisfação do Consumidor, assim como a Qualidade Percebida, é então, obtida a partir da subtração do *score* de Performance Percebida (P_i) do *score* de Expectativas (E_i). Quanto mais positivo for esse resultado, mais satisfeitos estarão os consumidores. Por outro lado, quanto mais negativo, mais insatisfeitos estarão os consumidores. De forma algébrica, o *Score* de Satisfação do Consumidor de um do item i (ESC_i) pode ser expresso por:

$$ESC_i = \frac{\sum_{i=1}^{n_i} (P_i - E_i)}{n_i} \quad (1)$$

em que n_i é o número de casos válidos para o item i .

Essa abordagem trata do problema por meio da avaliação algébrica da Desconformidade Weaver & Brickaman (1974); Oliver (1977,1981); Westbrook, Newman & Taylor (1978); Haistead (1989). Com os *escores* individuais, pode-se calcular *escores* agregados, dependendo da estrutura dimensional da aplicação que se está desenvolvendo.

Nesse contexto, PZB (1988) utilizaram uma relação entre expectativas e *performance* para indicar a Qualidade Percebida em seu modelo, o Servqual, em cinco grandes dimensões: a) Tangibilidade; b) Prontidão; c) Empatia; d) Garantia; e) Confiabilidade. Essas dimensões são importantes o desenvolvimento de escalas de mensuração baseadas na Desconformidade, mas sua estabilidade é discutida por Carman (1990). Esse autor verificou que, para avaliações específicas de um produto ou serviço, além dessas dimensões, é importante considerar outras particularidades a cada aplicação.

Os itens da versão original da escala de medida do Servqual estão distribuídos em dois blocos. O primeiro deles refere-se à mensuração das expectativas (“Companhias excelentes deveriam dar aos seus clientes atenção individualizada”, numa escala de *Likert* de sete pontos, de “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (7)). O segundo componente do Servqual relaciona-se à *performance* percebida, mensurada por uma escala de *Likert*, de sete pontos, com afirmações da seguinte natureza: “A empresa X dá aos seus clientes atenção individualizada”.

Para o caso do *Escore Global* do Consumidor (*ESGC*), pode-se utilizar a média dos *escores* das dimensões definidas anteriormente. Considerando ESC_{ij} o *escore* de Desconformidade para o item i na dimensão j , calculado anteriormente; N_j o número de itens na dimensão j e N_d o número de dimensões utilizadas na escala, tem-se, de forma algébrica:

$$ESGC = \sum_{j=1}^{N_d} \frac{\sum_{i=1}^{N_j} ESC_{ij}}{N_j} / N_d \quad (2)$$

Esse *escore* pode ser considerado como não ponderado PZB (1988). Outra opção sugerida pelos autores é ponderar a relação final pelo peso médio, distribuído de 1% a 100%, representando a importância atribuída pelos consumidores a cada dimensão.

Brown, Churchill e Peter (1993) e PZB (1994), tratam das propriedades psicométricas dessa forma de mensuração, basicamente estudando problemas de variabilidade e validação das aplicações dessas escalas. Elas têm-se mostrado relativamente estáveis nos testes, mas oferecem algumas fontes de variações, principalmente associadas à mensuração das expectativas – que são bastante discutidas na literatura. Muller (1977), sugere que essas expectativas são de quatro tipos diferentes: a) expectativas específicas do produto – relativas ao objeto a ser consumido – e expectativas mais gerais, referentes b) ao produto ideal, c) aquele que provavelmente seja consumido e d) ao nível mínimo tolerável para aquele produto. Woodruff, Cadotte & Jenkins (1983) e Cadotte, Woodruff & Jenkins (1987), utilizam as Normas Baseadas na Experiência, centradas em: a) Normas referentes ao tipo do produto e à classe do produto a ser consumido e b) Normas da melhor marca, associadas ao produto favorito da pessoa. Para Spreng & Olshavsky (1993) e Spreng, Mackoy & Droge (1998), o padrão de referência mais adequado diz respeito à percepção subjetiva do consumidor em relação à quão próxima a *performance* do produto está dos seus desejos.

Teas (1994), discute a aplicação da mensuração das expectativas e testa suas diferentes abordagens. Tse & Wilton (1988), propõem que não seja utilizada uma única medida de Expectativas, mas que diversas delas sejam complementares e utilizadas em conjunto. ***Qualidade Percebida é o julgamento global, ou atitude, relacionado a superioridade de um serviço, e a Satisfação do Consumidor está relacionada a uma transação específica.*** Já Park & Choi (1998), mostraram que, dependendo do nível de envolvimento e de contato que o produto/serviço exige do consumidor, o padrão de referência pode variar. Por exemplo, esses autores indicam em seus testes que, para uma situação com alto envolvimento e alto nível de contato, o padrão mais adequado é a norma baseada na experiência. Já para situações nas quais há baixo envolvimento e baixo contato, as expectativas têm pouca influência sobre a satisfação.

Outra maneira de utilizar a Desconformidade como indicador da satisfação revela-se mediante a avaliação da Desconformidade Subjetiva, na qual esta é mensurada nas diversas dimensões referentes ao projeto de pesquisa, numa escala de cinco ou sete pontos, desde “melhor que o esperado” até “pior que esperado”, com “como o esperado” no ponto intermediário (Oliver, 1980,1981; Swan & Trawick, 1981; Evrard, 1991). Nos estudos citados, o indicador da desconformidade subjetiva mostrou ter contribuição maior sob a Satisfação do Consumidor do que a *performance* individualmente ou do que a desconformidade algébrica (diferença entre expectativas e *performance* percebida). Assim,

este pode ser um elemento importante na avaliação dos antecedentes da Satisfação do Consumidor.

3.4.2 Modelos Fundamentados na *Performance* Percebida:

Cronin & Taylor (1992,1994), propuseram outra forma de mensurar a Satisfação e a Qualidade Percebida, baseada na Percepção de *Performance*. Esse modelo é conhecido como SERVPERF. O *escore* é obtido diretamente dos itens de avaliação da *Performance* da escala SERVQUAL. Esta é realizada por meio de uma escala de *Likert*, de cinco ou sete pontos. (Oliver, 1980, 1981; Churchill & Suprenant, 1982; Cardozo, 1965; Anderson, 1973). Para o caso do *Escore Global* de Satisfação do Consumidor (EGSC), considerando P_{ij} a média da *performance* percebida dos casos válidos do item i na dimensão j e N_d o número de dimensões selecionadas para mensuração, pode-se calculá-lo de forma algébrica pela equação:

$$EGSC = \sum_{j=1}^{N_d} \frac{\sum_{i=1}^{N_j} (P_{ij})}{N_j} / N_d \quad (3)$$

Segundo Evrard (1993), a satisfação também pode ser vista como um *continuum unidimensional* entre dois pólos postos: satisfação (*satisfaction*) e insatisfação (*dissatisfaction*). Essa perspectiva unidimensional (*continuum bipolar* de satisfação/insatisfação) é bastante utilizada pela sua simplicidade, traz, porém, o problema de se considerar a satisfação apenas entre dois extremos (La Barbera & Mazursky, 1983; Cadotte, Woodruff & Jenkins, 1987; Tse & Wilton, 1988). Nesse caso, os *escores* de satisfação do consumidor são obtidos a partir de uma avaliação direta de cada atributo, numa escala de “muito satisfeito” até “muito insatisfeito” (Spreng & Olshavsky, 1993; Singh, 1988; Tse & Wilton, 1988; Churchill & Suprenant, 1982; Cooper, Cooper & Duhan, 1989; Haistead 1989; La Barbera & Mazursky, 1983). Considerando o total de respostas em uma dimensão,

pode-se calcular o *Escore Global* de Satisfação nessa opção somando-se o total de clientes satisfeitos e totalmente satisfeitos e dividindo o resultado obtido pelo total de possíveis respostas nesses postos (número de entrevistados multiplicado pelo número de itens da escala):

$$EGSC = \frac{\sum(\text{Clientes}_{\text{ Satisfeitos}}) + \sum(\text{Clientes}_{\text{ totalmente Satisfeitos}})}{n * (\text{número}_{\text{ de}_{\text{ itens}_{\text{ avaliados}}})} \quad (4)$$

Outras formas também foram utilizadas. Westbrook (1991) sugere a utilização da escala D-T (*Delighted-Terrible*; Encantado-Terrível), Com sete pontos. Segundo o autor, essa escala apresenta características mais interessantes que a bipolar “Satisfeito – Insatisfeito”. Também revela melhor validade convergente e discriminatória, além de proporcionar melhor confiabilidade que as outras escalas testadas. Ainda, possui validade nomológica, isto é, o conceito que ela mede está apoiado em uma teoria sólida.

Swan & Combs (1976), expõem que nem todos os atributos de um produto ou serviço afetam diretamente a satisfação. Alguns (expressivos, de avaliações afetivas) relacionam-se mais com a satisfação e outros (instrumentais, de avaliações cognitivas) mais com a insatisfação, causando uma distinção entre os dois conceitos. Maddox (1981), amplia esse conceito criando “*two-factor theory*” (a teoria dos dois fatores), em que propõe que a satisfação e a insatisfação são dois conceitos diferentes, uma vez que ambas não estão diretamente relacionadas. Indica, assim, que os níveis de satisfação e insatisfação são independentes, utilizando-se, para explica-los, a metodologia do incidente crítico. Segundo Evrard (1993), as dificuldades envolvidas na sua aplicação têm provocado a pequena utilização dessa abordagem.

3.4.3 Modelos Apoiados na *Performance* Ponderada pela Importância:

Outra opção é de utilizar a ponderação do *escore de performance* por um indicador de importância do atributo. Perron (1998); Bardon (1993); Goupil & Grimmer (1993), empregaram essa possibilidade em seus trabalhos. Carvalho & Leite (1998), aplicaram esse modelo considerando a ponderação da importância sob o ponto de vista do *choice set*. eles revelaram que avaliação de importância de todos os itens de uma escala pode comprometer a sua confiabilidade e sugerem uma limitação do número de itens avaliados pelo entrevistado.

Cunha Jr., Borges Jr. & Fachel (1998) utilizaram os autovalores da análise fatorial contendo os itens da escala como forma de ponderação de cada dimensão na composição do *escore* final de satisfação. Outra prática usada é ponderar os indicadores pelos pesos relativos gerados por uma regressão múltipla, considerando o resultado da Satisfação Global/Qualidade Percebida como variável dependente e as dimensões ou itens como variáveis independentes PZB (1988). Essas duas opções são interessantes pela sua facilidade de aplicação, mas apresentam problemas quanto os pressupostos de ambas as técnicas (normalidade das variáveis independentes, independência da amostra) não são satisfeitos.

Cronin & Taylor (1992,1994); Teas (1993); Tolliver, Armstrong & Coleman (1998); Johnston (1998); Johnston & Luce (1996), sugeriram que a indicação direta da relação *Performance* – Satisfação é mais forte sob o ponto de vista da variância explicada, comparativamente às abordagens baseadas nas diferenças da *performance* e das expectativas e da ponderação da *performance* pela importância.

3.4.4 Modelos Baseados na Relação entre Nível Mínimo

Aceitável, Nível Desejado e *Performance*:

PZB (1994), propuseram também outra forma para mensurar a Satisfação e a Qualidade Percebida, tomando com referência a possibilidade de o consumidor não ter um único nível de expectativas para cada atributo mensurado. Esse método reconhece a existência

de uma zona de tolerância, na qual o consumidor considera um nível mínimo adequado (Nmi) dos serviços, abaixo do qual ele torna-se inaceitável, e o nível desejado dos serviços (Ndi), que corresponde ao nível no qual o consumidor gostaria de receber os serviços. Nessa opção, o cálculo do *escore* de qualidade percebida é feito subtraindo-se o nível mínimo e o nível desejado dos serviços da *performance* percebida (Pi), atributo a atributo.

Com esses resultados, pode-se ter, além dos *escores* de serviço desejado (ESD), também *escores* de nível mínimo (ENM), nos quais o consumidor pode expressar a não-aceitabilidade da *performance* de certos atributos ofertados pelo prestador de serviços, ou seja, eles podem ser calculados algebricamente a partir das seguintes equações, considerando n casos válidos por item:

$$ESDi = \frac{\sum_{i=1}^{ni} (Pi - NDi)}{ni} \quad (5)$$

$$ENMi = \frac{\sum_{i=1}^{ni} (Pi - NMi)}{ni} \quad (6)$$

Carvalho & Leite (1999), refinaram ainda mais essa escala, mostrando que a referência de nível adequado de serviços tem maior relevância na avaliação da Qualidade Percebida que a avaliação da Importância na contribuição para explicação da avaliação global.

3.5 Modelos Fundamentados na Multiplicidade de Indicadores da Satisfação:

A segunda categoria de modelos de avaliação da Satisfação é formada por uma gama mais ampla de construtos. Essa forma de mensuração fundamenta nos resultados de pesquisas que avaliaram as influências da Atribuição Folkes (1984,1988); Oliver & Desarbo (1988); da

Equidade Tse & Wilton (1988); Oliver & Swan (1989); Bolton & Lemon (1999); da Desconformidade e da Resposta Afetiva Westbrook (1980,1987); Hausknecht (1988); Oliver (1989, 1993); Westbrook & Oliver (1991); Oliver & Westbrook (1993); Mano & Oliver (1993); Muller, Tse & Venkatasubramaniam (1991); Evrard & Aurier (1994); Richins (1997); Brockman (1998) sobre satisfação.

Esse modelo, proposto por Oliver (1997), utiliza uma escala de *Likert*, de sete pontos. Diversos autores usaram as escalas multi-itens contendo diversos construtos para avaliar a satisfação, corroborando a utilidade dessa abordagem.(Oliver, 1981; Singh, 1988; Haistead, Hartman & Schmidt, 1994).

Nesta escala, cada item é indicador de um construto formador da Satisfação. Todos possuem peso semelhante na formação do *escore global*. O pressuposto é de que haja unidimensionalidade nesse grupo de itens, o que garantiria a mensuração do construto. Caso essa observação seja verdadeira, o *escore global* de satisfação (*ESG*) pode ser obtido pela média simples dos *escores* indicados em cada um dos itens da escala (*I_i*). O indicador é calculado da seguinte maneira:

$$ESG = \frac{\sum_{i=1}^{12} (I_i)}{12} \quad (8)$$

3.6 Modelos Apoiados em Métodos de Equações Estruturais:

Existem outros modelos disponíveis que se apóiam na premissa de que a satisfação não pode ser avaliada diretamente por ele mesmo. Esses modelos utilizam-se de variáveis latentes, isto é, construtos que não podem ser observados diretamente e que são representados ou medidos a partir de outras variáveis (indicadores). Com essa abordagem, pode-se avaliar a satisfação com medidas mais precisas, empregando métodos de equações estruturais (*Lisrel Eqs, Amos Pls, etc.*). Fornell et al. (1994), conceberam um modelo que avalia construtos como a qualidade percebida, as expectativas dos consumidores, o valor percebido, a própria Satisfação e o Comportamento de Reclamações e Lealdade ao fornecedor, além de suas inter-relações (Fig. 3.1).

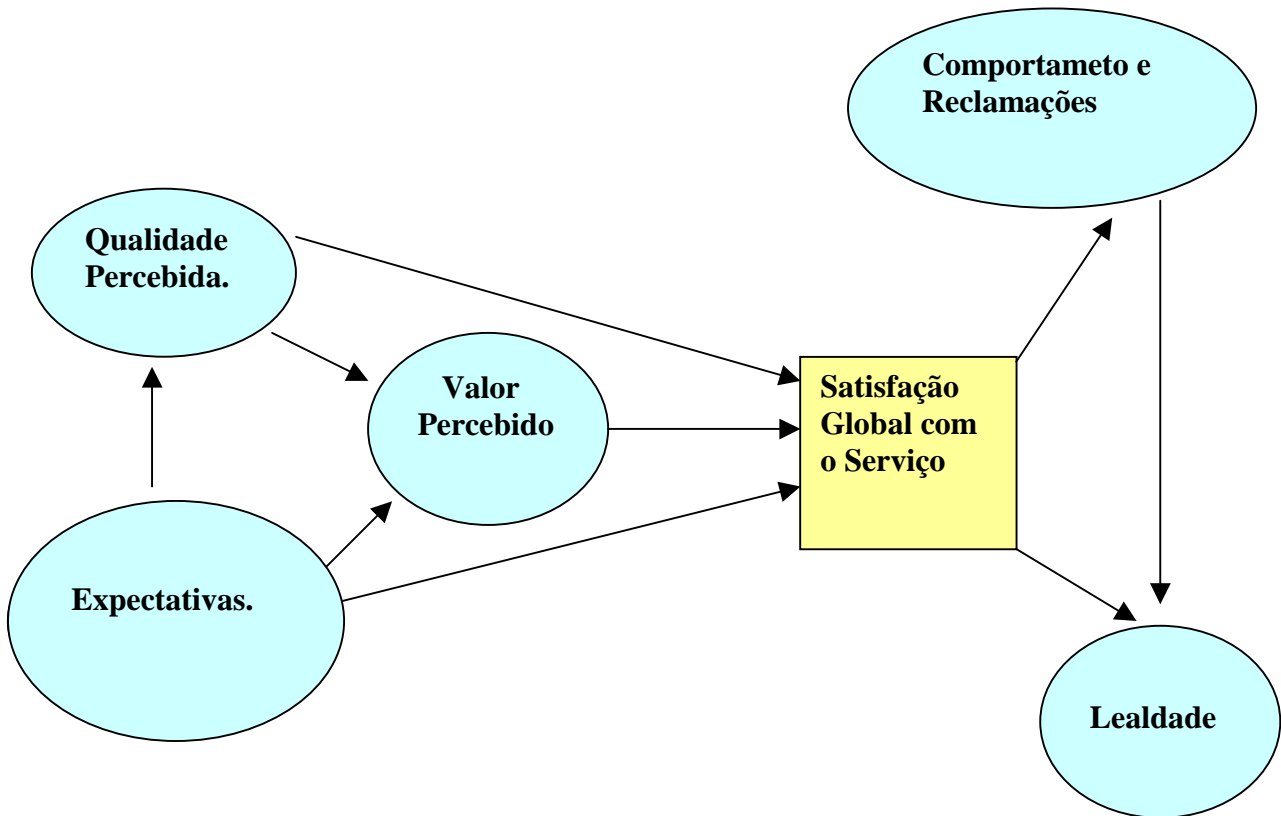


Figura 3.1: Modelo de Fornell (1994).

Esse modelo baseou-se nos trabalhos citados na abordagem anterior, mas encontra-se especialmente balizado em Churchill & Suprenant (1982); Fornell (1992); Johnson, Anderson & Fornell (1995). Já Kotler & Dubois (1993), ressaltaram a necessidade de incorporar elementos de avaliação da Qualidade Percebida e de Valor Percebido nos processos de mensuração da Satisfação do Consumidor. Urdan & Rodrigues (1998), replicaram esse estudo para a realidade brasileira, com resultados que podem ser considerados satisfatórios, apesar de utilizarem indicadores e metodologia de tratamento diferentes do artigo original.

Nesse modelo, a satisfação é obtida mediante as ponderações dos *scores* dos atributos de avaliação de um serviço pelos coeficientes resultantes da análise de equações estruturais. Uma vantagem dessa aplicação é que essa ponderação não é arbitrária, mas calculada a partir dos padrões de resposta dos entrevistados.

Considerando π_i os pesos calculados para os indicadores da satisfação global (Satisfação Global, Desconformidade das Expectativas e Comparação com o Ideal), x_i o escore médio obtido por cada um destes e $Min(x_i)$ e $Max(x_i)$ os valores mínimos e máximos assumidos nas escalas correspondentes, e *escore global* da satisfação do consumidor pode ser obtido algebricamente por:

$$EGSC = \frac{\sum pi.xi - \sum pi.Min(xi)}{\sum pi.Max(xi) - \sum pi.Min(xi)} \times 100 \quad (9)$$

Outra vantagem desse modelo é a separação dos construtos e de seus antecedentes e conseqüências, o que permite avaliar a relação entre eles e de cada construto com seus indicadores. Pode-se verificar, portanto, o peso relativo de cada um dos antecedentes sobre a satisfação global, além da relação causal entre esta e o comportamento de reclamações e ainda sobre a lealdade. Esse modelo foi adaptado e vem sendo aplicado por órgãos de regulamentação como a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) para avaliar as diversas concessionárias de energia elétrica no Brasil.

3.7 Análise Comparativa dos Modelos

MODELO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Diferença entre <i>Performance</i> e Expectativas e <i>Performance</i> Ponderada pela Importância	Facilidade no monitoramento Acompanhamento das expectativas Indicações objetivas	Dificuldade de mensurar Multicolinearidade Ponderação Demora
Avaliação da Desconformidade Percebida Subjetiva	Entendimento e aplicação Avaliação direta Comparação implícita entre expectativas e <i>performance</i>	Perda da referência comparativa das expectativas Como sumarizar
Avaliação direta da <i>Performance</i>	Entendimento e aplicação Avaliação direta dos atributos	Referência comparativa Ponderação e sumarização
Avaliação dos níveis de Expectativas diferentes	Avaliação abrangente Avaliação comparativa dos indicadores (Tolerado e desejado)	Tempo de aplicação Ponderação e sumarização Multicolinearidade
Multiplicidade de Indicadores	Amplitude da avaliação Visão de outros indicadores Sumarização em indicadores	Entendimento Interpretação Avaliações específicas
Método de Equações Estruturais	Cálculo de confiabilidade Generalidade de indicadores Visão de outros indicadores Sumarização em indicadores Diminuição do tamanho da amostra e do erro	Manipulação estatística Não apresentação de avaliações específicas dos serviços de uma organização

Quadro 3.2: Análise comparativa dos modelos

3.7.1 Modelos Baseados no Paradigma da Desconformidade:

Os modelos baseados na Desconformidade visam, principalmente, à avaliação por atributos, que permitem verificar particularidade da operação das empresas. Oferecem a possibilidade de trabalhar com indicadores operacionais para a empresa e seus diversos setores. Também propiciam a avaliação comparativa dos resultados referenciados às Expectativas do Consumidor, no modelo dos *Gaps* (brecha, abertura, fenda, lacuna, vácuo, claro, diferença, hiato), o que torna os resultados sempre atrelados às perspectivas de mudanças do mercado com visão dinâmica das modificações e evoluções das expectativas dos clientes. Outro ponto forte dessa abordagem refere-se à facilidade no entendimento dos itens da escala, já que todos eles estão associados a produtos, serviços e atributos perfeitamente observáveis pelos consumidores durante o processo da utilização de produtos e serviços.

Por outro lado, esses modelos apresentam alguns problemas operacionais. Como as operações de diversas empresas têm particularidades que as diferenciam de região para região, pode-se ter problemas para mensurar essas disparidades e, principalmente, para agregar as diferenças em um único indicador de desempenho percebido pelo consumidor. Além disso, o tempo de aplicação normalmente é longo, dado que, em muitos casos, se aplica a escala duas vezes (uma para medir as expectativas e outra para mensurar a *performance*), o que torna a coleta mais complexa e a explicação mais cansativa para os respondentes. Existe, ainda, a dificuldade de sumariar em um indicador único de Satisfação, em que sejam arbitrados pesos às dimensões. Isso significa que os resultados finais obtidos nesse processo podem ser questionados pela arbitrariedade de estipulação dos pesos, que podem não ser de concordância de todas e/ou participantes do processo de avaliação.

Ainda como ponto fraco dos modelos baseados no paradigma da desconformidade, eles podem indicar problemas de multicolinearidade (mensuração da diferença entre expectativas e *performance*), sem que alguns indicadores possam ser descartados da análise. Assim, se dois itens apontarem diferenças pequenas entre expectativas e *performance*, podem ser considerados iguais, mas, na verdade, somente podem ser considerados iguais se seus *scores* de expectativas o forem. Os níveis de satisfação serão diferentes se os níveis de expectativas também o forem, mesmo se a diferença entre expectativas e *performance* for igual. Para o caso da mensuração da *performance* como indicador da Satisfação, perde-se a referência das expectativas, que podem variar em virtude de diferenças regionais, culturais, etc. – o que contribui para a não-parcimônia do modelo.

3.7.2 Modelos Fundamentados na Multiplicidade de Itens:

Outro tipo de modelo identificado para a mensuração da satisfação é o de múltiplos Itens, representando os múltiplos construtos que formam a satisfação (Oliver, 1997). Esse modelo visa, principalmente, à avaliação global da satisfação do consumidor, captando todas as dimensões subjacentes a seu conceito. Ele oferece uma visão mais ampla dos indicadores que não estão sob controle total das organizações. Por outro lado, esses mesmos indicadores não podem ser incorporados diretamente à avaliação objetiva das ações de uma empresa, e a escala não avalia particularidades de sua operação, não oferecendo elementos mais objetivos sobre seu desempenho na visão do consumidor.

3.7.3 Modelos Apoiados em Métodos de Equações Estruturais:

O terceiro tipo de modelo articula os construtos por intermédio do método de equações estruturais, que apresente indicadores sumariados da satisfação, por meio de seus antecedentes e se suas conseqüências. (Fornell, 1992). As vantagens observadas nesse modelo estão associadas ao fato de que os indicadores utilizados podem ser aplicados a diversas empresas em um setor ou entre setores diferentes, sendo mais parcimonioso e com indicadores mais amplos. Também permite a sumarização em indicadores de satisfação ponderados pela contribuição efetiva de cada indicador no modelo global. Esse fato soluciona o problema da arbitrariedade notado nos outros modelos, pois a ponderação é proveniente da estrutura das respostas obtidas nas entrevistas. *O Modelo de múltiplos itens visa à avaliação global da satisfação do consumidor, captando todas as dimensões subjacentes a seu conceito.*

Além disso, é possível identificar o desempenho global do modelo testado, a confiabilidade de cada variável latente e o poder de explicação dos construtos independentes (variáveis exógenas) sobre os dependentes (variáveis endógenas). Também permite a avaliação do erro global do modelo. Esses elementos são importantes para os decisores de *marketing*, pois mostram quão confiável o modelo é e o erro real contido nele. Entretanto, essa abordagem oferece dificuldades de manipulação estatística. Os modelos estruturais não

permitem manipulação simples dos indicadores de Satisfação, além de não apresentarem avaliações específicas de serviços de uma organização, o que pode indicar dificuldades na interpretação dos resultados e na transformação em ações corretivas pelas empresas.

É importante ressaltar que existe a possibilidade de combinação dos modelos citados, considerando as vantagens que cada um pode oferecer. Assim, é possível construir modelos baseados em equações estruturais que contemplem, em seus construtos, avaliações específicas da qualidade percebida/satisfação com atributos de um produto/serviço. Estes podem ser sumarizados, posteriormente, em indicadores para o modelo global. Essa abordagem permite a geração de *scores* que tratem de aspectos operacionais na relação com os clientes de uma organização – principal ponto forte dos modelos baseados na desconformidade. Proporciona, também, a geração de indicadores globais compatíveis com outros setores e indicadores de desempenho global do modelo em si, principais pontos fortes dos modelos baseados nos métodos de equações estruturais.

3.8 As Escalas de Medição da Satisfação dos Clientes:

A busca da escala perfeita para medir a satisfação dos clientes tem provocado acesas discussões na literatura recente de *marketing*. Um eloqüente exemplo desses debates foi o número do outono de 1994 da revista *marketing research* (vol. 6, nº 4), que dedicou-se inteiramente ao tema. Devlin, Dong & Brown (1993), defenderam a escala de 5 pontos para medir as expectativas e de 4 pontos para os requerimentos dos clientes.

Grapentine (1994), argumentou, em contraponto a Devlin, Dong & Brown (1993), que seus dois construtos “têm severos problemas de validade” e que, portanto, o já comentado modelo de Teas (1994), da *performance* avaliada é superior na predição da qualidade percebida. O argumento aqui, é que “a escala que mede *performance* percebida do produto ou serviço pode ser mais preditiva de qualidade global do que escala que mede expectativas” (Grapentine, 1994).

Wittink & Bayer (1994), por sua vez, apresentaram justificativas para o uso conjunto da escala de 10 pontos, na medição da satisfação global, e da escala de 2 pontos na medição de itens individuais. Nesse artigo, os autores compararam, em uma única empresa não especificada, o mencionado uso conjunto das escalas com a utilização de 5 pontos para a

medição tanto da satisfação global dos itens individualmente. Como resultado, encontraram superioridade no sistema “escala de 10/escala de 2”. No entanto, afirmaram nas conclusões do trabalho que “os resultados que observamos para essa única empresa não necessariamente manifestar-se-ão em outras empresas. Nos encorajamos vigorosamente outros pesquisadores a fazerem comparações semelhantes e relatarem os resultados” (Wittink & Bayer, 1994).

Schmalensee (1994), ao analisar os três trabalhos supracitados, assumiu uma posição de síntese ao afirmar que “o número de pontos de uma escala é menos importante do que sua aplicação”, ou seja, a seleção dos termos empregados e o número de pontos de uma escala devem ser definidos pelos objetivos da empresa e pelas situações do mercado. Para a autora, nenhuma escala é perfeita em todas as situações. Apresentou, para sustentar essa conclusão, escalas de 2, 4, 5, 7, e 10 pontos, ressaltando as utilidades específicas de cada uma, sempre de acordo com a necessidade de informações da empresa e a situação do mercado.

Assim, conclui-se a respeito das escalas que não existe uma escala ideal que seja capaz de responder, indistintamente a todas as pesquisas de medição de satisfação de clientes. Importa, isto sim, analisar os propósitos que levam uma empresa a conceber um sistema de Avaliação da Satisfação de seus Clientes e, a partir dessa compreensão, elaborar o tipo de escala mais apropriado, qual seja o que provavelmente se configure mais confiável e válido.

3.9 Gestão de Processos do Serviço Médico:

A gestão de processos deve conter todos os principais procedimentos voltados à atividade fim da clínica/consultório médico, requisitos e indicadores para que a mesma seja eficiente e eficaz, voltados para a satisfação do cliente e buscando a maior agregação de valor.

É importante que os processos críticos para o serviço anestesiológico sejam evidenciados e continuamente aperfeiçoados.

Todo processo tem uma razão de ser e deve resultar em produtos ou serviços que:

- Correspondam a uma necessidade, utilização ou aplicação bem definida;
- Satisfaçam os clientes;
- Atendam às normas e especificações;
- Estejam disponíveis a preços competitivos;
- Sejam providos a custo que proporcione lucro;

O aprimoramento contínuo envolve não só a melhoria da qualidade como também a redução de custos e desperdícios e o aumento da produtividade, ou seja, qualquer melhoria que possa tornar o consultório mais competitivo. As ações de melhoria compreendem basicamente, a análise e solução de problemas, buscando eliminar as causas fundamentais. Para que isso aconteça é preciso conhecer bem e gerenciar os processos de trabalho.

3.9.1 Conceitos de Processo:

Processo representa um conjunto de atividades similares e seqüentes que fazem uso de recursos para agregar valor ao produto.(Moura, 1997). Já de acordo com Barçante (1998), é um conjunto de atividades seqüenciais que gera um resultado.

Nogueira (1996), define como um conjunto de causa, que gera um determinado efeito, ou um conjunto de meios para se chegar a um determinado fim, e Taulib (1998), diz que processo é um conjunto de causas que podem provocar um ou mais efeitos.

Harrington (1993), conceitua processo como qualquer atividade que recebe uma entrada, agrega-lhe valor e gera uma saída para um cliente interno ou externo. Para Hammel (1998), a idéia de um processo é a reunião de tarefas ou atividades isoladas, para acalcar certos resultados.

A Norma ISO 9000-1 define processo como o conjunto de transformações que agrega valor, envolvendo pessoas e diversos tipos de recursos.

Esse modelo gerencial centraliza sua atenção no processo produtivo, de que a qualidade deve ser gerada na origem, isto é, a partir exatamente do processo produtivo.

Segundo Paladini (2000), a ênfase, agora, parece ser a análise das causas e não mais a atenção a efeitos. Nesse novo contexto, surge a gestão da qualidade no processo, definida como o direcionamento de todas as ações do processo produtivo para o pleno atendimento do cliente.

Para Paladini (1995), a gestão da qualidade no processo envolve a implantação de atividades agrupadas em três etapas: a eliminação de perdas; a eliminação das causas das perdas e a otimização do processo.

Os processos devem ser direcionados em relação aos objetivos globais da organização, e no sentido de aumentar a adequação ao uso.

A gestão da qualidade no processo caracteriza-se pela otimização deste, aumentando a atenção aos clientes e criando na empresa uma cultura de que o cliente existe para ser servido, para ter suas necessidades alcançadas e superadas (Fig.3.2).

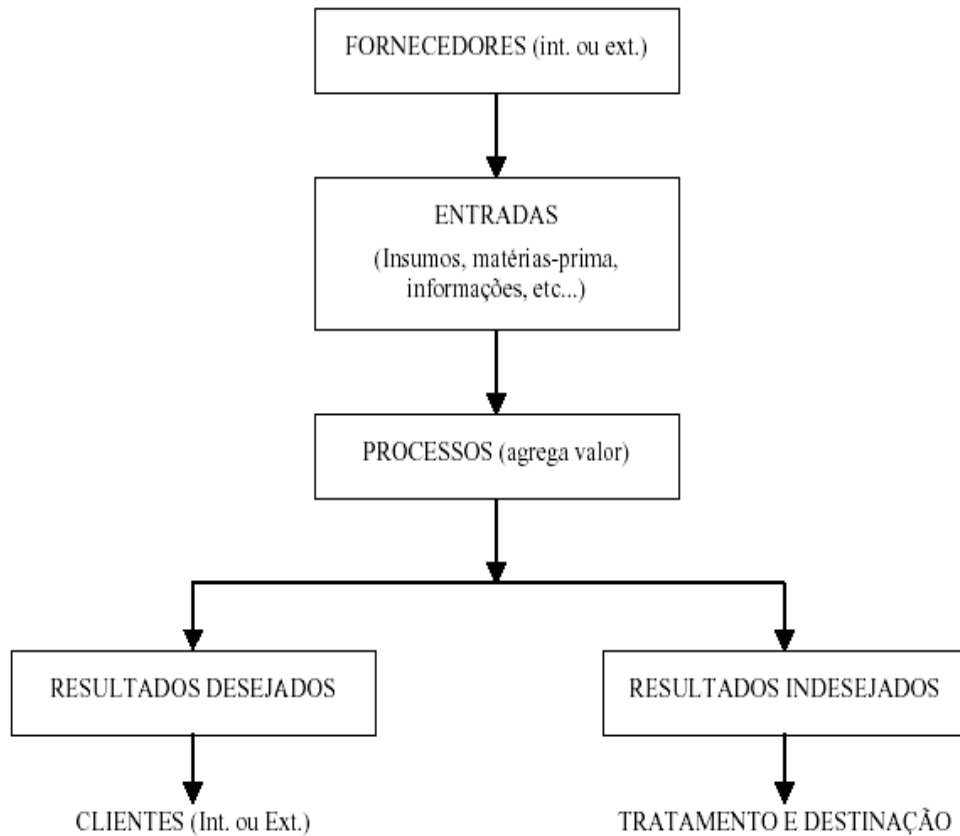


Figura 3.2: Representação Gráfica do Processo – (Braga, 1999).

No consultório anestesiológico, para que as necessidades dos clientes sejam alcançadas, deve-se ter uma equipe de frente motivada, trabalhando em conjunto, buscando soluções que alcancem a melhoria continua dos serviços.

A gestão da qualidade é direcionada fundamentalmente para ações em busca de maior contato com o cliente, com a finalidade de definir seus interesses, preferências, exigências, necessidades, conveniências, tudo o que possa importar para ele. Por isso os processos do anestesiolegista em seu consultório devem ser altamente flexíveis e adaptáveis, facilitando com isso, o acesso do cliente aos seus serviços.

Para alguns clientes, esse acesso pode significar estar próximo do trabalho, residência ou no caminho entre os dois. Outros podem precisar de formas de pagamento mais flexíveis, o que pode significar a aceitação de cartão de crédito, por exemplo. Em um consultório, o anestesiolegista precisa ajudar o cliente na compra de seu serviço de todas as maneiras

possíveis. Isso significa criar caminhos que sejam importantes enquanto fatores que influenciam o cliente na escolha e ida ao consultório.

A gestão da qualidade alcança os níveis: estratégico, tático e operacional em todas as funções, bem como abrange fatores tecnológicos, organizacionais e humanos afetados por ela. Portanto a qualidade deve estar incluída no processo de gestão estratégica da clínica/consultório, ser associada à lucratividade e ao desempenho competitivo, sendo definida de acordo com o ponto de vista do cliente e de demandas impostas por outros fatores do ambiente de atuação da clínica/consultório. Qualidade é a única dimensão que possibilita a integração de todos os níveis, fatores e aspectos da clínica/consultório (Silveira, 1999).

A qualidade do processo envolve:

- Custo (investimento baixo, pouco desperdício);
- Produtividade;
- Estabilidade (manutenção do padrão, previsibilidade);
- Flexibilidade.

Apenas quando se consegue melhorar a qualidade de todos os elos da cadeia do processo, melhora-se o produto ou serviço final. Assim, pode-se dizer que melhores processos resultam em melhor qualidade, o que significa maior produtividade.

O gerenciamento deve estar voltado para a análise de todas as etapas do processo, a fim de eliminar disfunções existentes e de desenvolver todo o potencial humano e tecnológico da clínica, disponível no momento.

A atividade de melhoria do processo na clínica deve estar:

- Institucionalizada (adotada pela gerência da clínica);
- Organizada, isto é, documentada, registrada;
- Instrumentada: baseada em métodos científicos e divulgada;
- Controlada: administrada ao longo do tempo.

Uma clínica/consultório voltada para processos, tem neles o centro das atenções, sendo cuidadosamente projetados, mensurados e, o que é mais importante, todos os membros da equipe de serviço anestesiológico os entendem. Dentro desse modelo, toda a equipe trabalha com o propósito de alcançar determinados resultados e objetivos definidos pelos clientes.

O objetivo total da clínica/consultório voltada para processos é oferecer para o cliente mais valor, de forma mais rápida e a um custo mais baixo, buscando sempre fazer um serviço melhor. Uma organização orientada para processos é, antes de tudo, consciente das necessidades de seus clientes e de seus objetivos de negócio.

A gestão de processos conforme Cicco (1999), é um conjunto coordenado de atividades que envolvem cinco fases básicas: mapeamento, diagnóstico, projeto, implementação e manutenção dos processos. Uma variedade de ferramentas pode ser utilizada em cada uma dessas fases, por exemplo: *FMEA* (análise dos modos e efeitos de falha) de processos, *QFD* de processos, simulação por computador, técnicas de otimização coleta de dados e análise estatística, entre diversas outras.

Dois pilares sustentam a avaliação de desempenho da clínica anestesiológica:

1. Um conjunto de indicadores para medição da *performance*;
2. Um sistema de informações que auxiliem a direção da clínica nas suas decisões.

A qualidade de toda decisão depende muito do tipo de informação à disposição do gerente. Todas as atividades de prestação de serviços médicos (Anestésicos) estão profundamente comprometidas com a qualidade dos resultados.

Sabe-se que o ato de gerenciar de maneira eficaz e produtiva implica em adotar estratégias organizacionais. Assim, a clínica anestesiológica deve ser planejada e ter mecanismos de controle para saber se há progresso no sentido de atingir o objetivo desejado, ou não. Desta forma, alguns meios de controle podem ser usados na clínica, tais como:

- A receita bruta;
- O lucro;
- O número de atendimentos;
- O número de novos clientes;
- O número de retorno de clientes.

A periodicidade que se deve utilizar para aplicar esses controles não deve ser muito curta para não atrapalhar o funcionamento da clínica, nem muito longa, já que impediria a atuação de forma rápida para fazer as correções de destino necessárias.

O objetivo principal de acompanhar os resultados da clínica anestesiológica é estabelecer uma sistemática de verificação e análise dos níveis de qualidade dos serviços, da produtividade, da eficácia operacional, dos indicadores de desempenho financeiro e do desempenho em relação à concorrência, de forma a permitir permanentemente o monitoramento do processo de melhoria contínua da empresa.

Medir o desempenho inicial é fundamental para poder estabelecer objetivos e assim, ter meios de avaliar seu progresso. O objetivo principal dessa competitividade é atender o cliente em requisitos como, por exemplo, qualidade elevada, custo reduzido e flexibilidade à demanda, o que muito contribui para o aumento sustentado de participação no mercado.

Formular perguntas certas as análises apropriadas é o melhor caminho para a superação efetiva dos obstáculos.

3.10 Considerações e Indicações para o Próximo Capítulo:

A contínua incorporação de melhorias ou a introdução de inovações leva aos estágios superiores de excelência, o que pode ser demonstrado por meio de seus serviços e processos. Nesta evolução os resultados alcançados são cada vez mais significativos, o que permite conduzir a organização à liderança de mercado.

A capacidade de oferecer um canal de acesso fácil para o cliente, por exemplo, horários que facilitem as consultas, mostra-se como um fator que pode ser essencial para o sucesso do prestador de serviço médico (anestesiológico).

Nesse contexto, é muito importante ter um sistema de reclamações e sugestões dos clientes e mais do que isso, estar aberto para solucionar problemas existentes e prevenir futuros.

Para melhorar o gerenciamento, faz-se necessários indicadores que demonstrem o grau de satisfação dos clientes quanto à acessibilidade, à eficácia no atendimento e à solução das reclamações.

A utilização de indicadores para monitorar a eficácia das práticas utilizadas no relacionamento com o cliente é fundamental, pois se pode ter o aprendizado necessário nesse aspecto.

No capítulo 4, a seguir, será apresentado o Modelo proposto para a avaliação da qualidade do serviço anestesiológico.

CAPÍTULO 4

4.1 Proposta do Modelo de Avaliação da Qualidade de Serviços Pré-Operatórios em Consultório de Anestesiologia:

O objetivo deste capítulo é de propor um modelo de avaliação da qualidade do serviço anestesiológico utilizando uma escala análogo-visual de 0(zero) a 10(dez) para mensurar a Satisfação e a Qualidade Percebida, baseada na Percepção da *Performance*. O *score* é obtido diretamente dos itens de avaliação da *performance* da escala do SERVQUAL. Esta posteriormente é transformada em uma escala de *Likert*, de cinco pontos. (Oliver, 1980).

- O (zero) a 2 (dois) -----Totalmente Insatisfeito ($0 \geq \mathbf{TI} \leq 2$)
- 2 (dois) a 4 (quatro)----- Insatisfeito ($2 > \mathbf{I} \leq 4$)
- 4 (quatro) a 6 (seis) ----- Neutro ($4 > \mathbf{N} \leq 6$)
- 6 (seis) a 8 (oito)----- Satisfeito ($6 > \mathbf{S} \leq 8$)
- 8 (oito) a 10 (dez)-----Totalmente Satisfeito ($8 > \mathbf{TS} \leq 10$)

A escala análogo-visual (EAV) utilizada apresenta duas faces:

Face anterior (Apresentada ao entrevistado).



Figura 4.1: Escala análogo-visual (Face anterior)

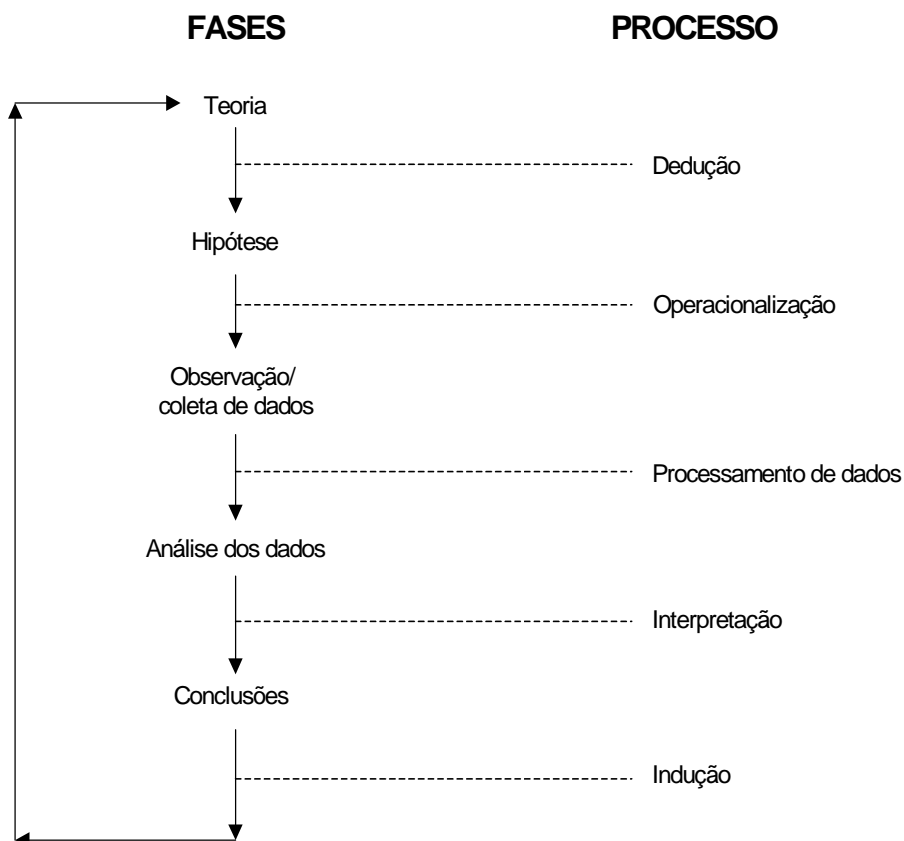
Face posterior (Apresentado ao pesquisador).



Figura 4.2: Escala análogo-visual (Face posterior)

4.2 Pesquisa Quantitativa

A estrutura lógica do processo de pesquisa quantitativa



4.3 Observação e coleta de dados

Foi iniciado o processo de pesquisa no consultório de anestesiologia com o consentimento prévio dos pacientes a serem entrevistados, obedecendo-se os padrões éticos de sigilo aos participantes. Foram selecionados 50 (cinquenta pacientes) que se enquadravam nos critérios do protocolo apresentado:

Parâmetros: Pacientes ASA I/II, Adultos.

ASA I: Nenhuma doença exceto patologia cirúrgica.

ASA II: Distúrbio sistêmico moderado por patologia geral ou sistêmica.

Método de Mensuração: Escala Análogo-visual com valores de 0(zero) a 10(dez)

Metodologia: SERVQUAL.

O que se pretende com a metodologia apresentada é proporcionar uma forma eficiente, porem simples de avaliar, na atividade pré-anestésica, a realidade acerca dos ambientes de geração de qualidade. O esboço apresentado serve como linha de trabalho para se detectar atividades que geram impacto na gestão de qualidade no consultório de anestesiologia. As figuras 4.3.1 e 4.3.2 apresentam as dimensões e variáveis estudadas.



Figura 4.3.1: Dimensões.



Figura 4.3.2: Variáveis.

4.4 Análise de dados (Figuras 4.4.1 a 4.4.15):

Observando os dados apresentados constatamos uma predominância na população estudada o sexo feminino 62%, de raça branca 92%, casado 74%, ASA1 74%, da religião católica 74%. As dimensões de pior desempenho foram as tangíveis 87% (Aparência física do consultório, instalações do local, equipamentos utilizados no serviço e materiais de comunicação). As de melhor desempenho foram as de comunicação 100% (Linguagem utilizada e informações ao cliente) e conhecimento do cliente 100% (Empenho do anestesiológico em atender as aspirações do cliente). O percentual de clientes satisfeitos com o serviço foi de 97% e o EGSC (*Escore Global* de Satisfação do Consumidor) apresentou-se com valor da ordem de 9,622.

A observação com base nas médias pode ser útil, todavia, uma outra estratégia de estudos, baseados na análise da dispersão e de capacidade do processo, poderia evidenciar melhores resultados relacionados à Satisfação do Consumidor.

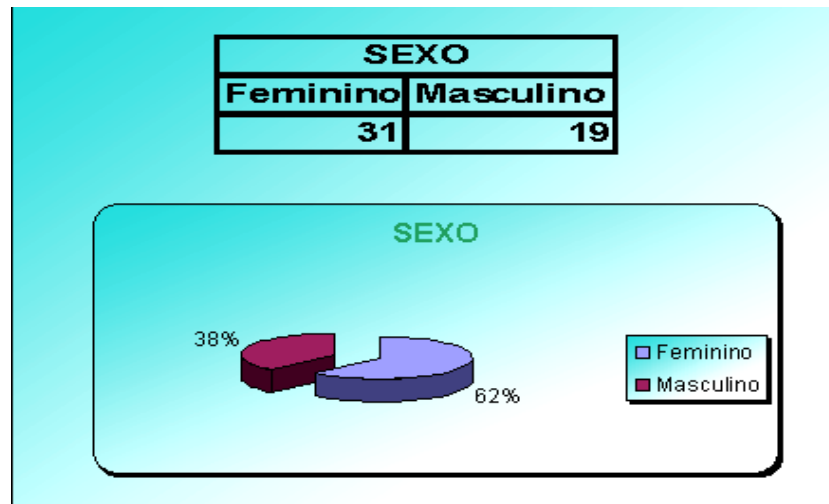


Figura 4.4.1: Sexo.

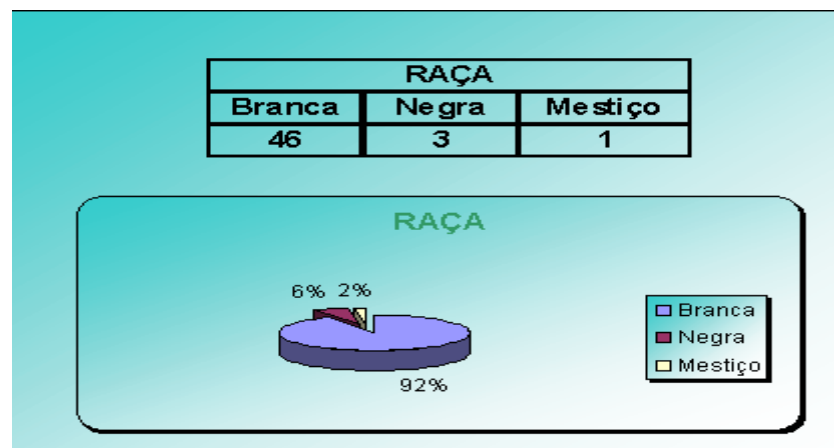


Figura 4.4.2: Raça.

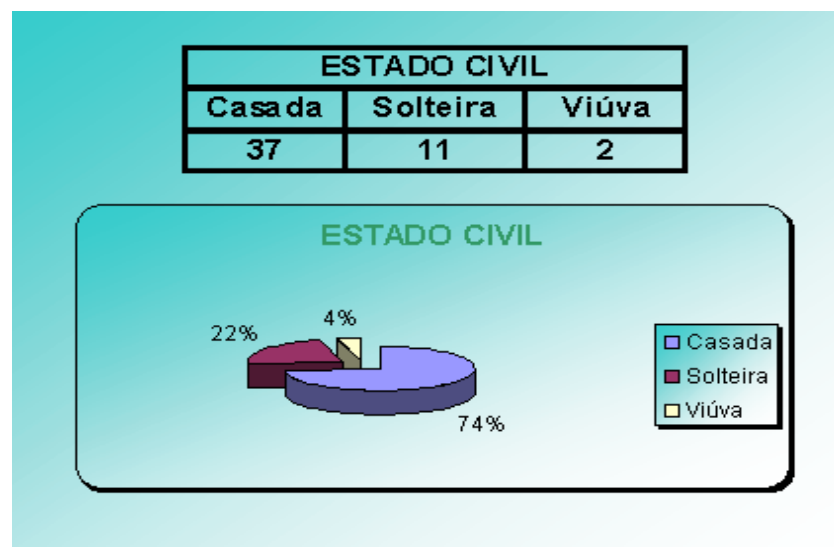


Figura 4.4.3: Estado Civil.

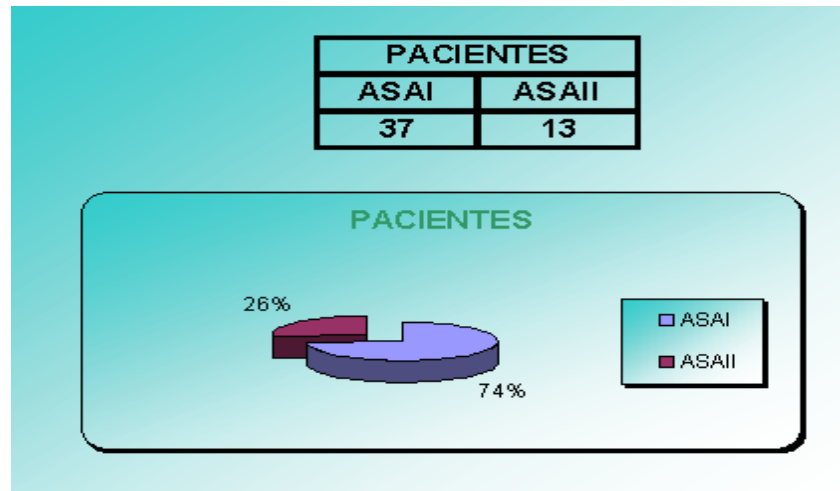


Figura 4.4.4: Percentual ASA.

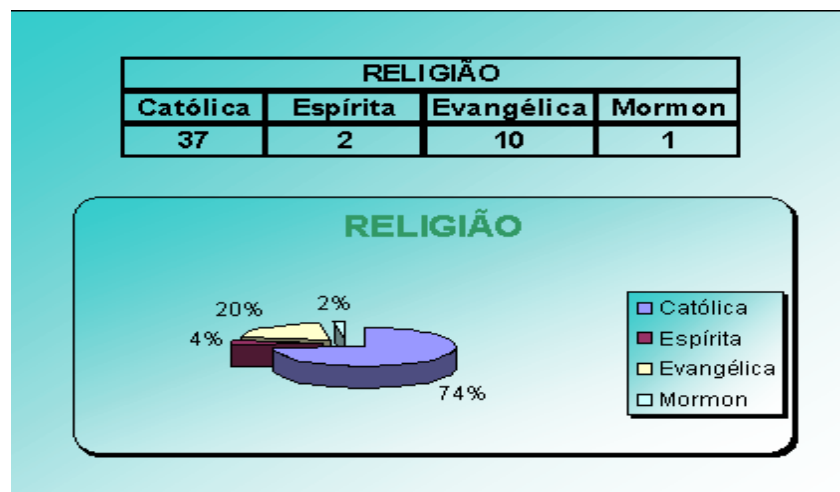


Figura 4.4.5: Religião.

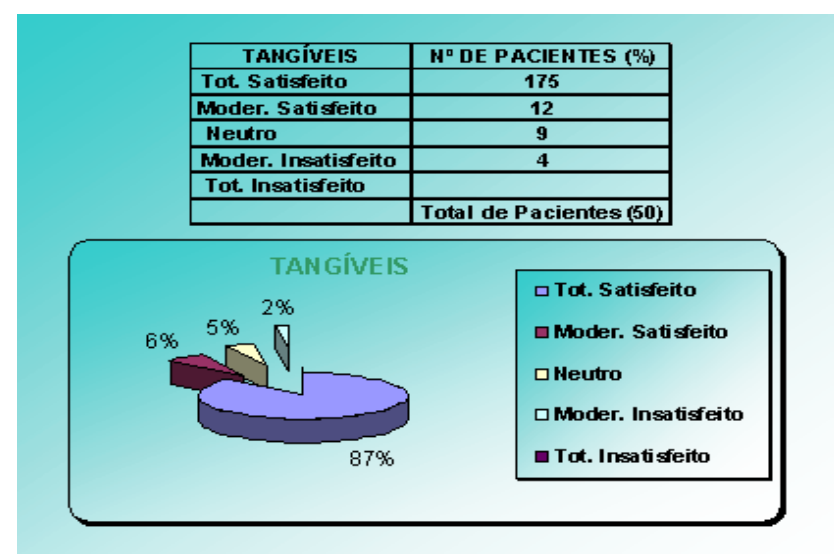


Figura 4.4.6: Tangíveis.

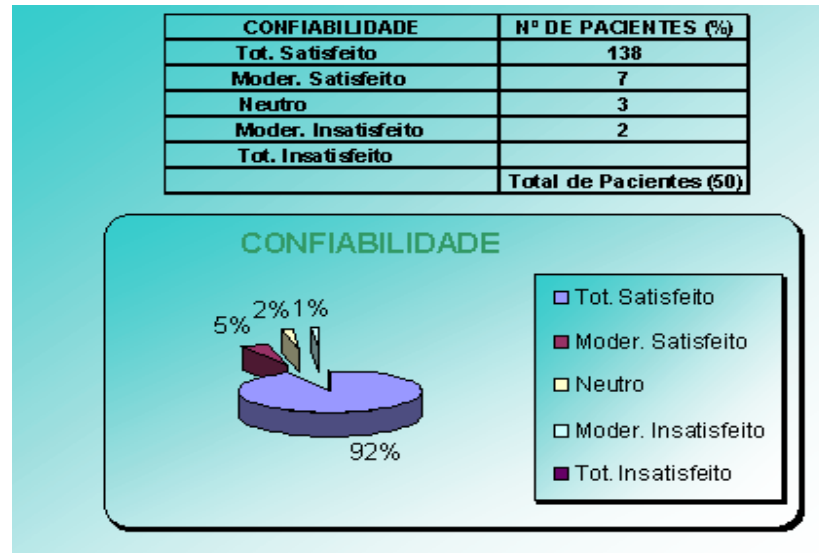


Figura 4.4.7: Confiabilidade.

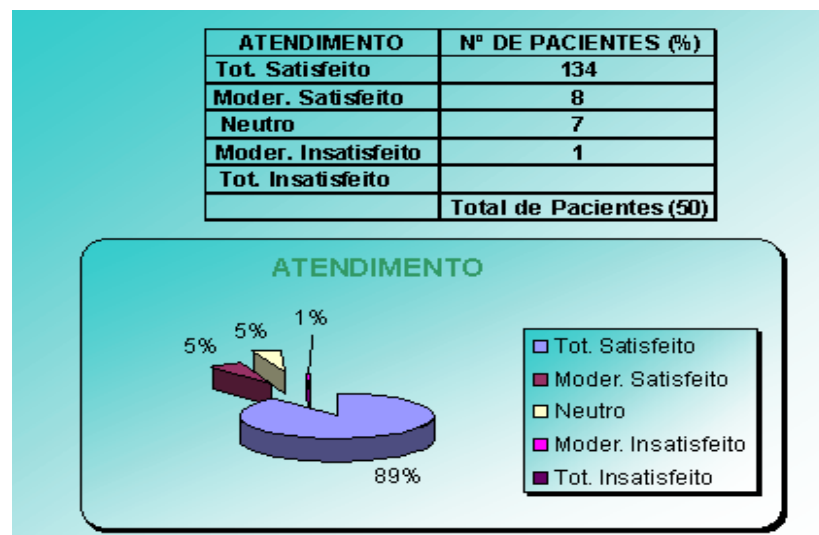


Figura 4.4.8: Atendimento.

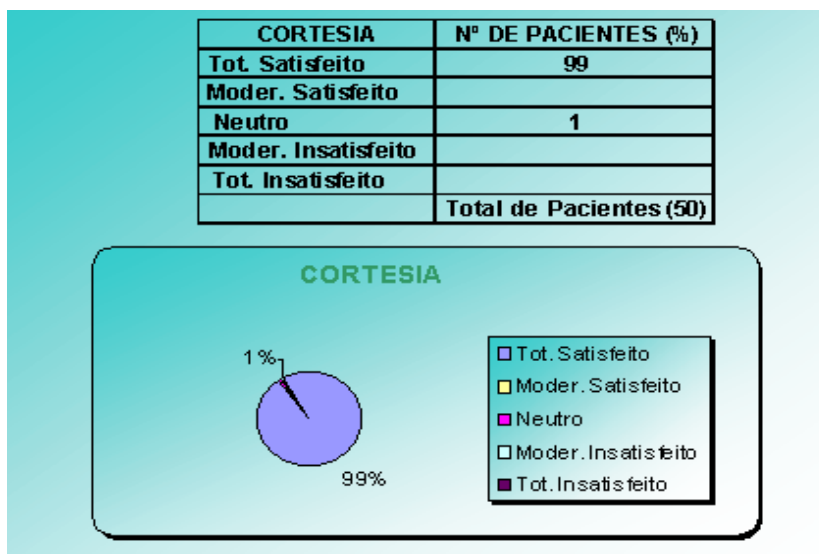


Figura 4.4.9: Cortesia.

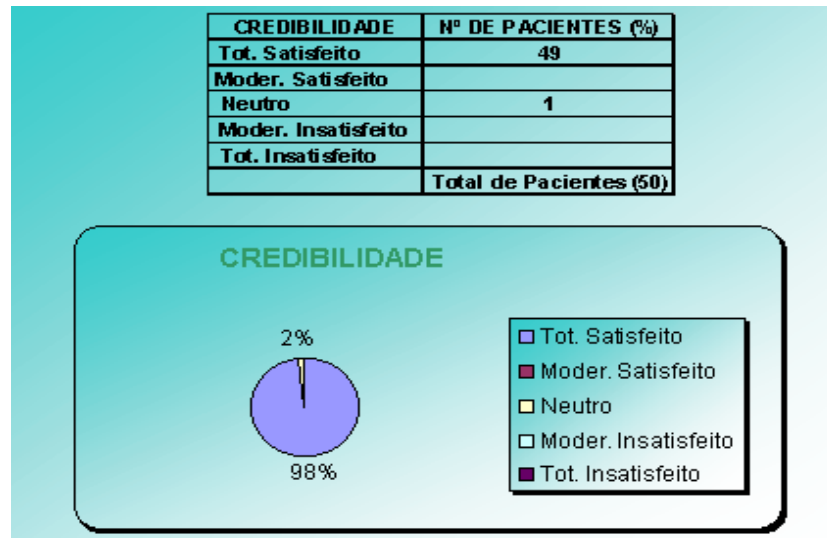


Figura 4.4.10: Credibilidade.

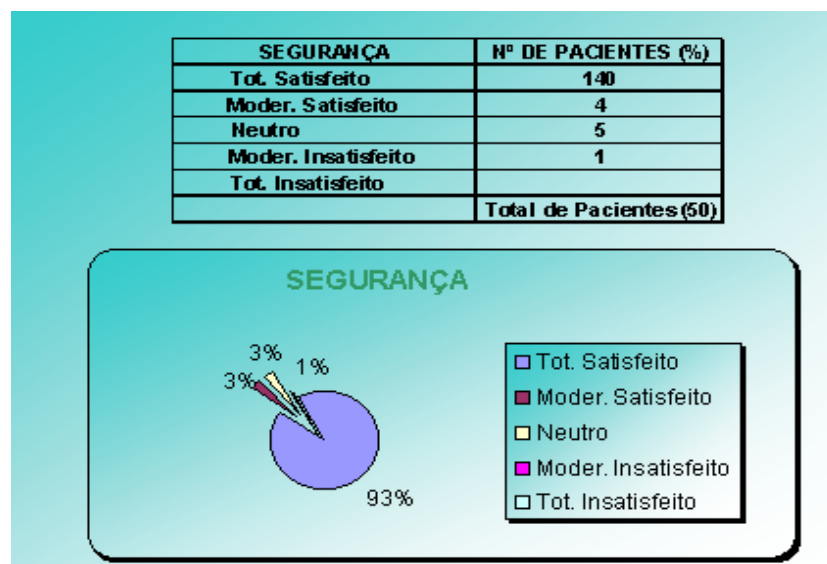


Figura 4.4.11: Segurança.

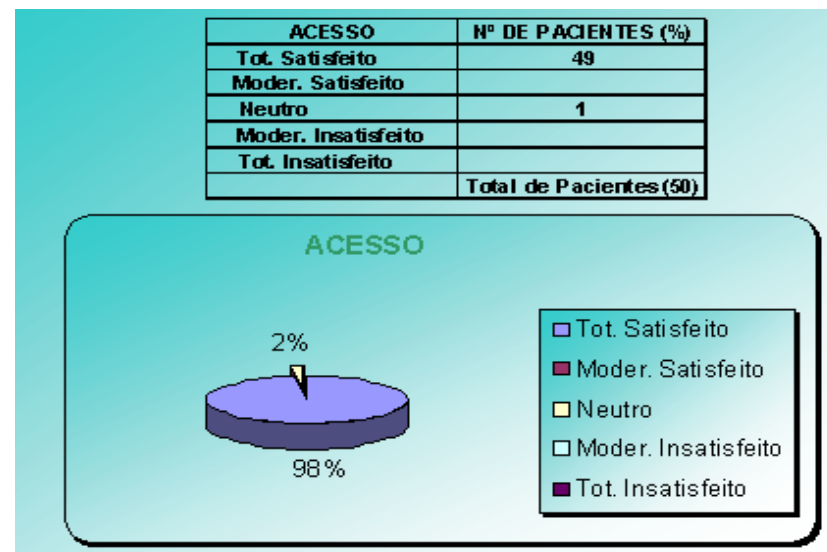


Figura 4.4.12: Acesso.

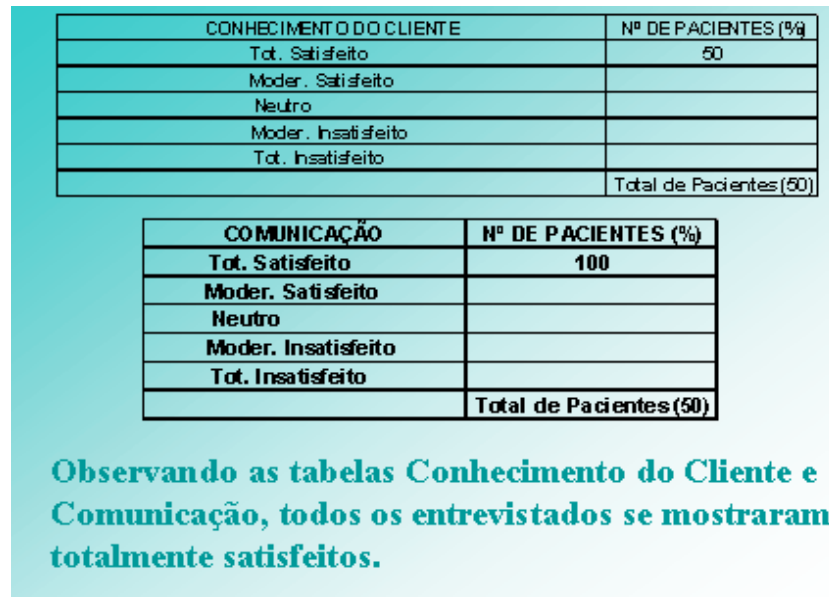


Figura 4.4.13: Conhecimento do cliente e Comunicação.

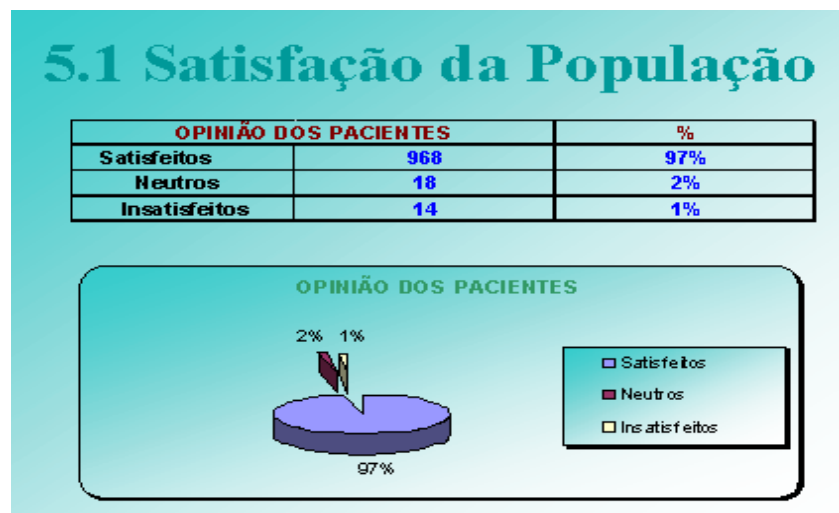


Figura 4.4.14: Percentual de Satisfação da População.

4.4.1 *Escore Global de Satisfação do Consumidor*

$$EGSC = \frac{\sum_{j=1}^{Nd} \frac{\sum_{i=1}^{Nj} (P_{ij})}{Nj}}{Nd}$$

💡 P_{ij} = média da performance percebida dos casos válidos do item i na dimensão j .
 N_j = números de itens da dimensão.
 N_d = número de dimensões.

EGSC = 9,622

Figura 4.4.15: *Escore Global de Satisfação do Consumidor*.

4.4.2 Percentis e Boxplot

A informação contida no esquema dos cinco números pode ser traduzida graficamente num desenho esquemático, ilustrado na Figura 4.4.2.1.

Primeiramente, definamos aqueles valores que estão muito aquém de Q_1 ou muito além de Q_3 como sendo observações discrepantes (ou *outliers*). Especificamente, consideraremos dados que sejam menores que $Q_1 - 1,5D$ ou maiores que $Q_3 + 1,5D$ como sendo discrepantes do restante dos dados.

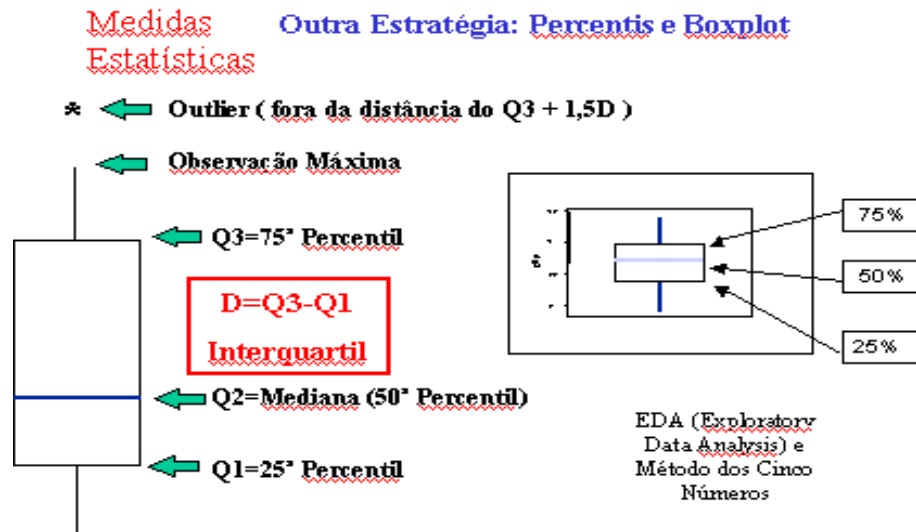


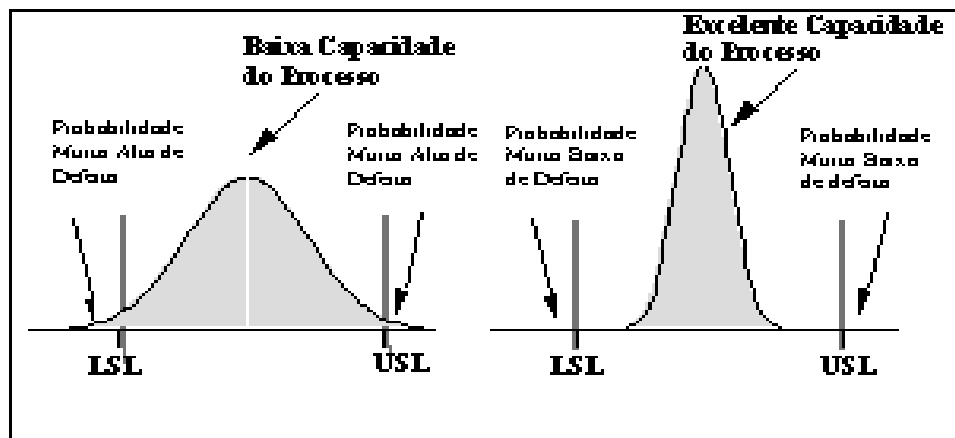
Figura 4.4.2.1: Desenho esquemático (Percentis e Boxplot).

Para construir o desenho esquemático, consideremos um retângulo onde estão representadas as juntas e a mediana. A partir do retângulo, para cima e para baixo, seguem linhas até o ponto mais remoto que não seja uma observação discrepante. Obteremos, então, uma figura que representa o conjunto dos dados, com exceção dos *outliers*. (Bussab & Morettin, 1985).

O desenho esquemático dá uma idéia da posição, dispersão, assimetria, caudas e dados discrepantes. A posição central dos valores é dada pela mediana e a dispersão, por D . As posições relativas de $Q1$, $Q2$ e $Q3$ dão uma noção da assimetria da distribuição. Os comprimentos das caudas são dados pelas linhas que vão do retângulo aos valores mais afastados que não sejam *outliers* e pelos próprios *outliers*. (Bussab & Morettin, 1985).

4.4.3 Capabilidade

A Capabilidade é capacidade de se produzir produtos ou serviços em conformidade, ou seja, de acordo com especificações. Entende-se como processo, a combinação como um todo de fornecedores, produtores, pessoas, equipamento, materiais de entrada, métodos e ambientes que trabalham juntos para produzir o resultado (Batista, 1996). As figuras 4.4.3.1 e 4.4.3.2 apresentam graficamente um processo capaz e o nível sigma.



Um processo é capaz se produz sempre dentro das especificações.

Figura 4.4.3.1: Capacidade

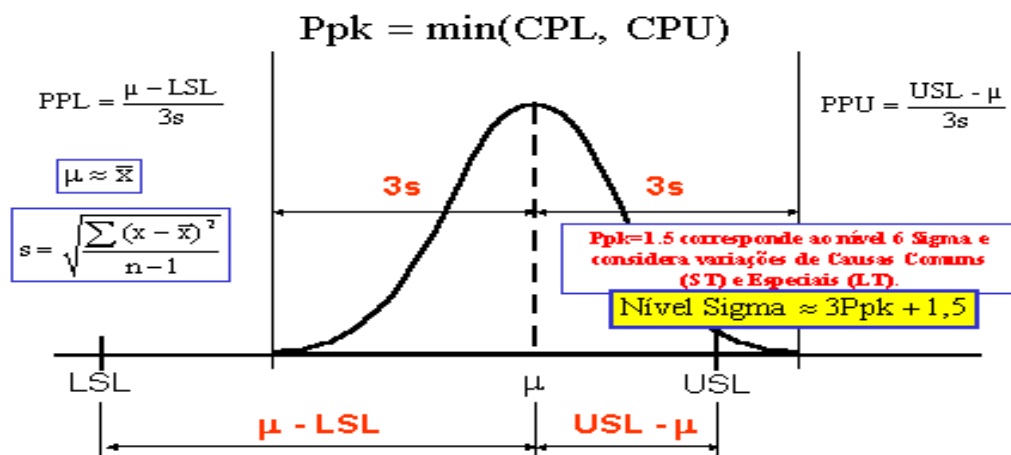


Figura 4.4.3.2: Nível Sigma.

Tangíveis (Fig. 4.4.3.3):

Com relação à dimensão tangível, os resultados indicam que no item Q1 75% dos pacientes avaliaram o processo com nota superior a 8.8 pontos. Para os itens Q2, Q3 e Q4, as notas dadas por 75% dos pacientes foram superiores a 9 (nove) pontos.

Em média, 8% dos pacientes mostraram opiniões consideradas *outliers*, nesta dimensão. Deve-se salientar que 37% dos *outliers* foram de notas iguais ou superiores a 6 (seis) pontos considerados como LSL (Limite inferior de controle) do processo.

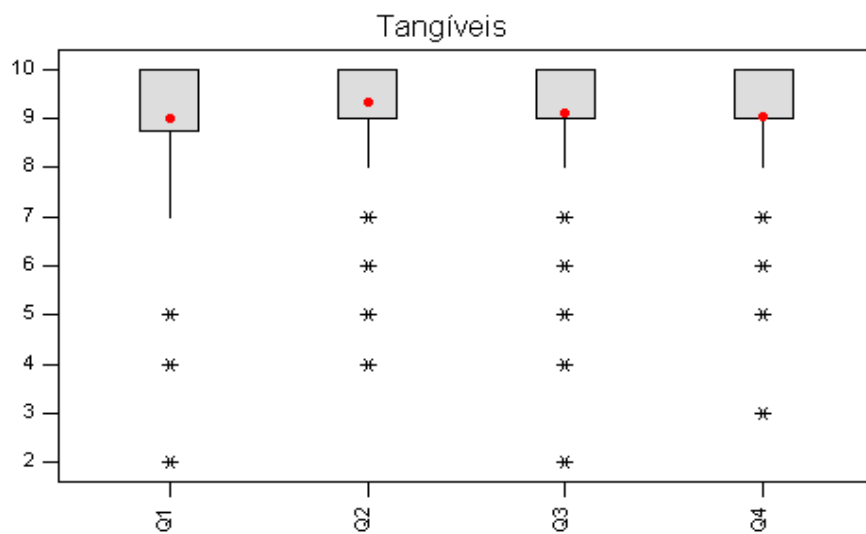


Figura 4.4.3.3: Dimensão Tangível.

Q1: Aparência física do consultório de Anestesiologia

Q2: Instalações do local

Q3 Equipamentos utilizados no serviço

Q4: Materiais de comunicação empregados no serviço

*** Outliers**

Confiabilidade (Fig. 4.4.3.4):

Para a dimensão de confiabilidade nos itens Q5, Q6 e Q7, observou-se que, 82% dos pacientes avaliaram o processo com nota igual ou superior a 8 (oito) pontos, lembrando que acima de oito demonstrava plena satisfação com o serviço prestado.

Em 57% do total de 14 (catorze) *outliers* apresentadas nesta dimensão, são de notas acima do LSL.

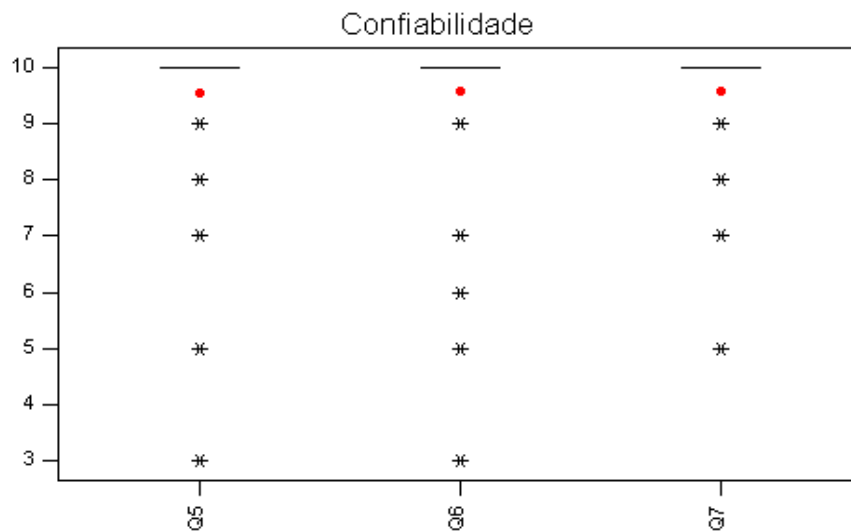


Figura 4.4.3.4: Dimensão de Confiabilidade.

Q5: Serviço prestado foi o prometido

Q6: Resultado do serviço foi o esperado

Q7: O serviço é preciso no diagnóstico

*** Outliers**

Atendimento (Fig. 4.4.3.5):

No item Q8 da dimensão de atendimento, observou-se a menor nota da avaliação feita pelos pacientes (uma nota zero). Mesmo assim, 75% dos entrevistados avaliaram o processo com notas acima de 9 (nove) pontos. Em 33% dos *outliers* mostrados foram de valores acima do LSL.

Para os itens Q9 e Q10, 92% dos pacientes deram notas acima de 9 (nove) pontos, valor que caracteriza plena satisfação do consumidor pelo serviço.

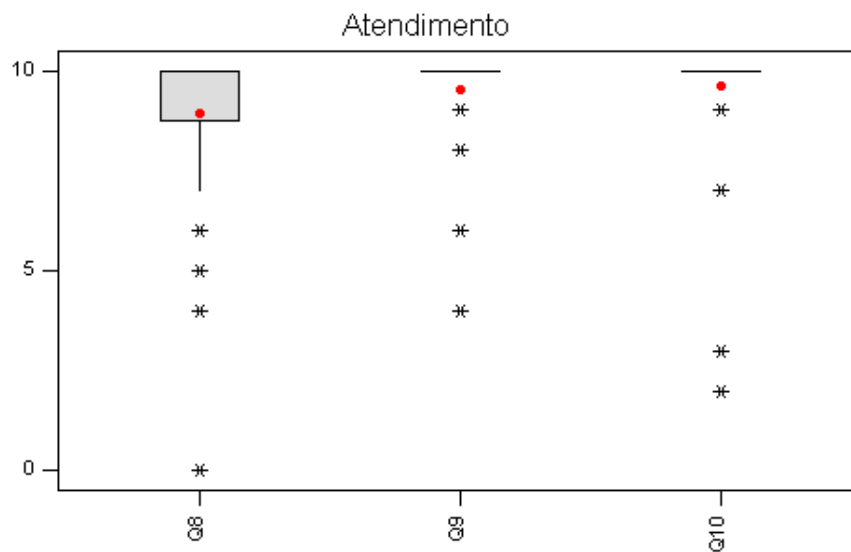


Figura 4.4.3.5: Dimensão de Atendimento.

Q8: Houve ajuda no serviço

Q9: Houve velocidade no serviço

Q10: O tempo de atendimento foi ideal

*** Outliers**

Cortesia (Fig. 4.4.3.6):

Nesta dimensão todos os pacientes avaliaram o serviço com notas acima do LSL, tendo 94% das notas superiores a 8 (oito) pontos, indicando a plena satisfação com o serviço prestado.

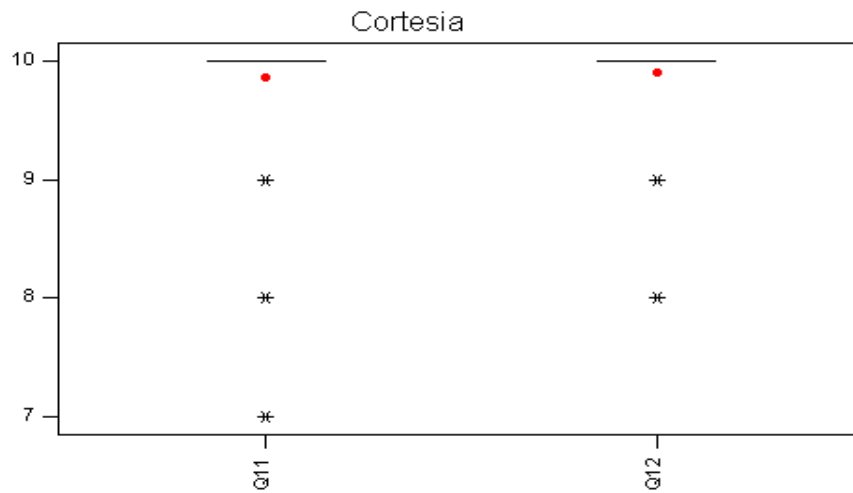


Figura 4.4.3.6: Dimensão de Cortesia.

Q11: Fineza no serviço prestado

Q12: Respeito as minhas convicções

*** Outliers**

Credibilidade (Fig. 4.4.3.7):

O percentual de 94% dos pacientes entrevistado indicou nota máxima 10 (dez) para a credibilidade do serviço.

Em 67% do total de 3 (três) *outliers*, encontrados nesta dimensão, são de notas acima do LSL.

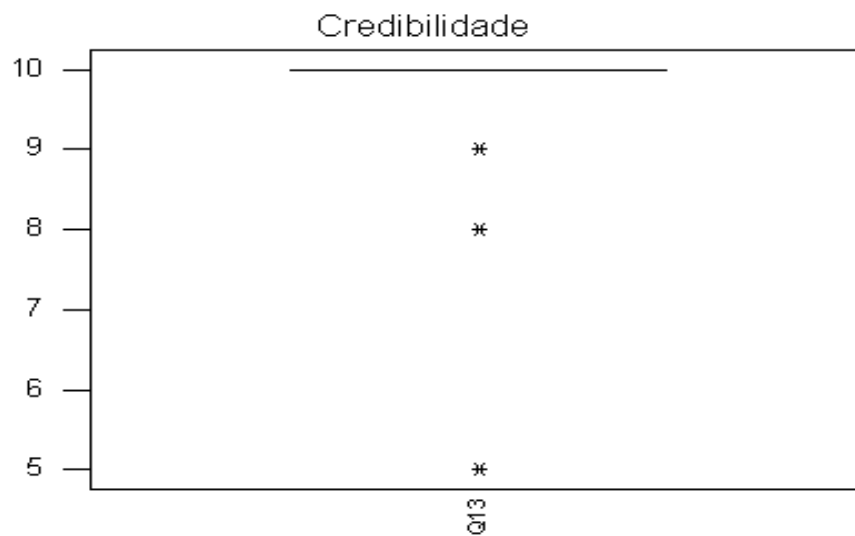


Figura 4.4.3.7: Dimensão de Credibilidade.

Q13: Credibilidade e reputação do serviço

* Outliers

Segurança (Fig. 4.4.3.8):

Os itens Q14 e Q15 mostraram resultados idênticos. Como os itens faziam referência ao risco durante o serviço e as dúvidas no serviço prestado, é provável que os pacientes tenham associado à pergunta sobre risco com as suas dúvidas com relação ao serviço, considerando as perguntas com a mesma possibilidade de resposta.

Para o item Q16, 75% opinaram que houve uma diminuição do temor, para o qual deram notas acima de 8 (oito), o que caracteriza plena satisfação pelo serviço. Apenas 1 (um) paciente mostrou plena insatisfação pelo serviço prestado.

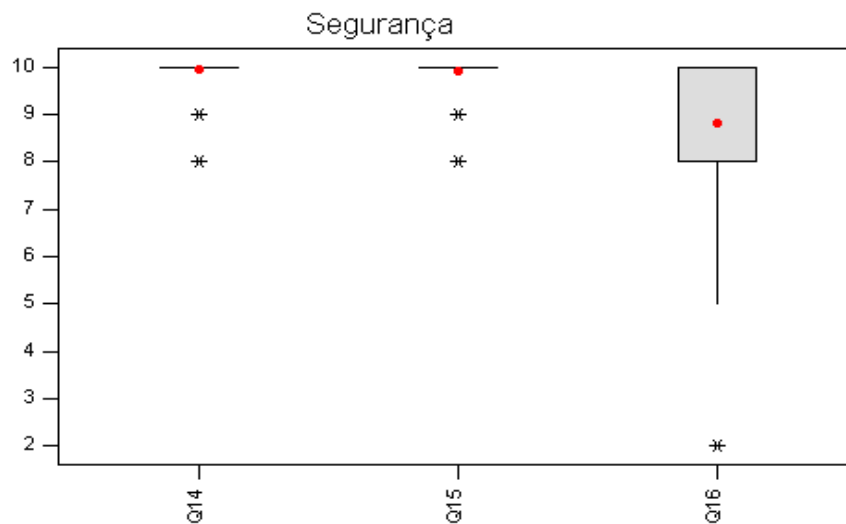


Figura 4.4.3.8: Dimensão de Segurança.

Q14: Houve riscos durante o serviço prestado

Q15: Houve dúvida no serviço prestado

Q16: Houve diminuição do temor e do medo

*** Outliers**

Acesso (Fig. 4.4.3.9):

Com relação ao acesso ao consultório, 94% dos pacientes estão totalmente satisfeitos com esta dimensão do serviço, 6% das opiniões dos entrevistados foram de valores extremos (*outliers*), sendo que 67% destes estavam entre 8 (oito) e 9 (nove) pontos, caracterizando plena satisfação pelo serviço.

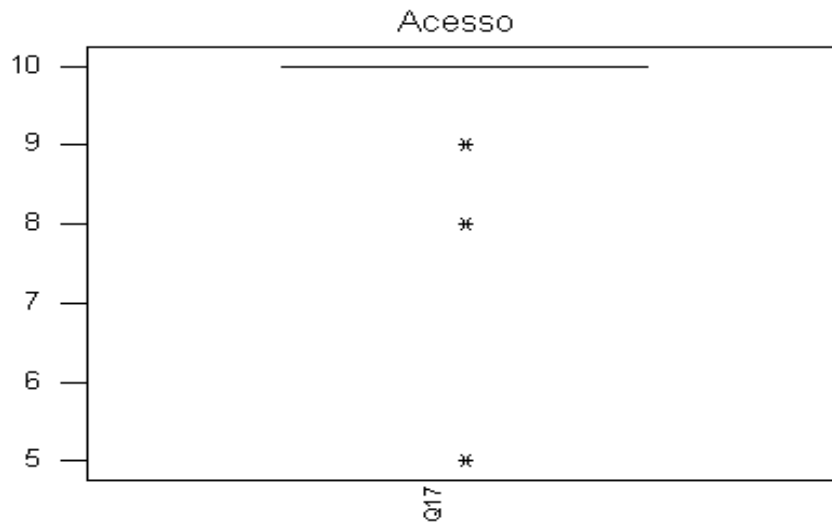


Figura 4.4.3.9: Dimensão de Acesso.

Q17: Existe proximidade e facilidade de contato com o anestsiologista

*** Outliers**

Comunicação (Fig. 4.4.3.10):

Todos os pacientes mostraram-se plenamente satisfeitos com o serviço. Os *outliers* apresentados foram todos acima de 8 (oito) pontos, considerados como extremos porque a quase totalidade dos pacientes (47 pessoas) deu nota máxima ao serviço prestado.

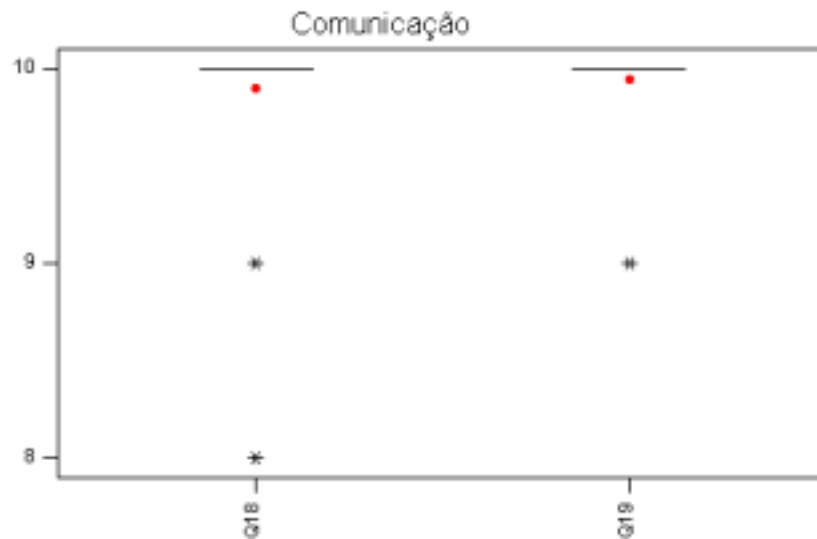


Figura 4.4.3.10: Dimensão de Comunicação.

Q18: O cliente foi bem informado sobre tipos de anestesia

Q19: A linguagem utilizada foi clara e acessível

*** Outliers**

Conhecimento do Cliente (Fig. 4.4.3.11):

Esta dimensão que indica o empenho em atender as necessidades do cliente foi avaliada com nota máxima 10 (dez) pontos por 98% dos pacientes. Apenas um deles avaliou o serviço nesta dimensão com 9 (nove) pontos, ou seja, a totalidade em plena satisfação pelo serviço prestado.



Figura 4.4.3.11: Dimensão de Conhecimento do Cliente.

Q20: Houve empenho do anestesiolegista em atender sua necessidades e aspirações.

*** Outlier**

Capabilidade (Fig. 4.4.3.12 e Fig. 4.4.3.13):

Avaliando o serviço prestado com o auxílio do índice de capacidade do processo (Ppk), observa-se que os itens:

Q8, Q16, Q1, Q4, Q3, Q10, Q2, Q6, Q5, Q9, e Q7 mostraram Ppk abaixo de 1.33, o que indica que para estes itens o processo não é capaz, até que haja alguma interferência nas condições de ocorrência do processo que resulte em menor variação e, que não esteja aquém do LSL especificado.

Estes resultados mostram coerência com aqueles observados nos *Box-plot* apresentados anteriormente. Na análise, utilizando os *Box-plot*, foram identificados *outliers* nesses itens para os quais o Ppk foi menor que 1.33.

O item Q8 da dimensão de atendimento apresentou o menor valor de Ppk em comparação com os demais analisados necessitando ser revisto com maior urgência, por ter apresentado menor índice de capacidade.

Os itens Q13, Q17, Q11, Q12, Q18, Q15, Q14, Q20 e Q19 apresentaram valores acima de 1.33 mostrando-se adequados quanto a capacidade do processo.

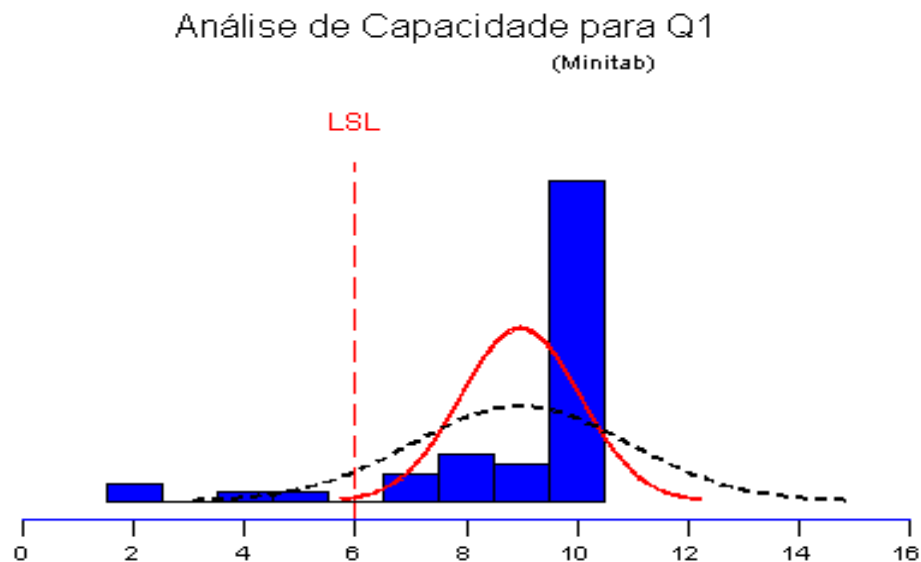


Figura 4.4.3.12: Análise gráfica da Capabilidade para Q1.

Capabilidade de Q1 a Q20

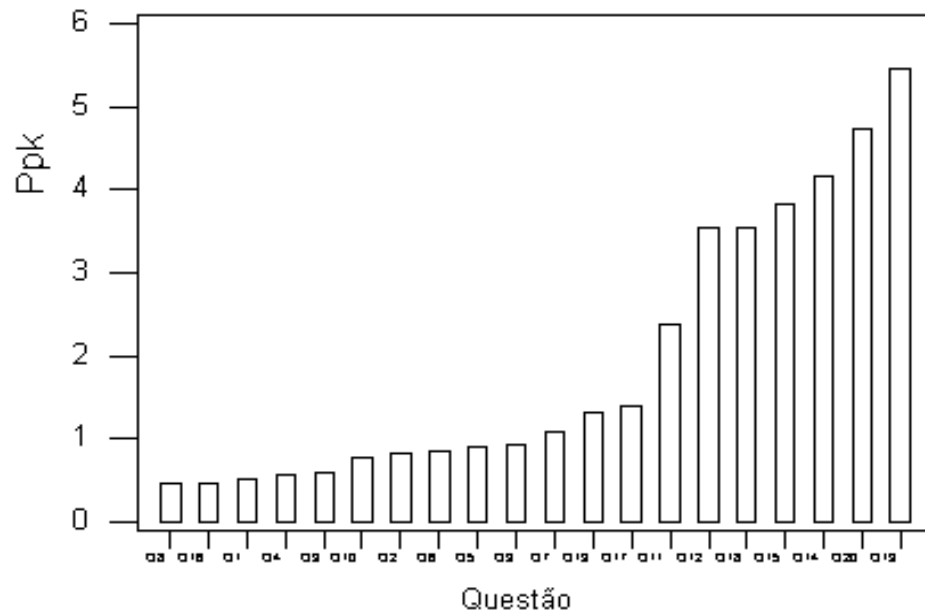


Figura 4.4.3.13: Análise comparativa da Capabilidade (Q1 a Q20).

4.5 Considerações e Indicações para o Próximo Capítulo:

O modelo proposto permite, após sua aplicação, a identificação de oportunidades de melhoria na clínica anestesiológica.

Acredita-se que a organização venha a utilizar o modelo proposto, obtendo vantagens competitivas, tais como:

- Passa a obter dados e informações necessárias para a melhoria da qualidade dos seus serviços;
- Terá um diagnóstico da sua gestão, identificando seus pontos fortes e oportunidades de melhoria, podendo desenvolver estratégias para sua organização;
- Definir e priorizar as oportunidades de melhorias críticas e suas causas;
- Elaborar um plano de ação e acompanhá-lo por meio de indicadores.

No capítulo 5, a seguir, serão descritas as principais conclusões do trabalho realizado e algumas sugestões para futuros trabalhos de pesquisa de mestrado ou doutorado.

CAPÍTULO 5

Este capítulo tem como objetivo relatar as conclusões do trabalho realizado, e sugestões para futuros trabalhos.

5.1 Conclusões:

No mundo em que se vive hoje, as organizações de serviços sofrem ameaças constantes à sua sobrevivência, quanto à obtenção dos níveis de qualidade desejada pelos clientes. Na agilidade de acompanhar as mudanças cada vez mais rápidas no mercado e na necessidade de ter e desenvolver um sistema de gestão forte e flexível. Nesse contexto, um programa de Qualidade Total destaca-se pelo envolvimento e comprometimento de toda a clínica anestesiológica, criando condições para garantir a sua sobrevivência, pelo aumento da qualidade e produtividade com o conseqüente aumento da competitividade da clínica conforme a figura 5.1.

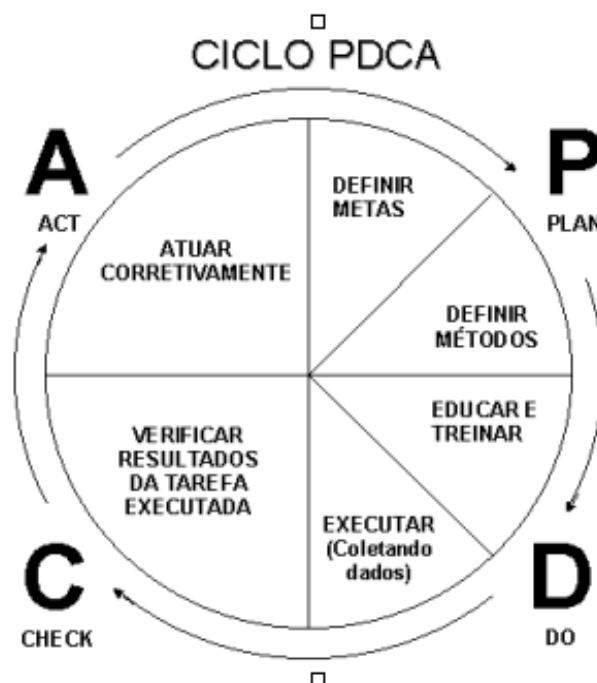


Fig. 5.1: Ciclo do PDCA

Baseado na premissa de que o anestesiológista enfrenta um mercado cada vez mais competitivo, com a aplicação do modelo proposto obtêm-se as seguintes conclusões:

- Sem conhecimentos básicos de gestão da qualidade, o anestesiológista terá dificuldades em administrar sua clínica e sobreviver no presente mercado altamente competitivo;
- O modelo mostrou-se útil como ferramenta de gestão para a clínica anestesiológica, identificando pontos fortes e oportunidades de melhoria através da análise de capacidade do processo.
- O método proposto permite identificar a não conformidade do serviço, levando os mesmos em direção ao aperfeiçoamento dos processos.
- Os objetivos desse trabalho foram alcançados com êxito, pois, o modelo mostrou-se útil para a avaliação da qualidade do serviço pré-anestésico, servindo de diagnóstico da gestão da clínica anestesiológica.
- Agregou conhecimentos, gerando impacto no setor de serviços da engenharia de produção voltada aos serviços pré-operatórios, identificando procedimentos a serem replicados e corrigidos.

5.2 Sugestões para Trabalhos Futuros:

A aplicação do modelo poderá ser útil para outras especialidades médicas para motivar (fomentar) o aprimoramento da gestão das clínicas, podendo tornar-se um meio para a diferenciação no mercado, na busca contínua do aperfeiçoamento. Promovendo a competitividade, criando uma imagem positiva das organizações anestesiológicas. Poderíamos aprender com os *outliers*, solicitando sugestões aos mesmos, referente a qual item seria considerado o de maior impacto no serviço prestado.

Neste sentido, um trabalho seria desenvolver um *software* para aplicação de auto-avaliação das clínicas, tendo como grande vantagem agilizar sua aplicação.

Outro trabalho, poderia ser desenvolver uma pesquisa correlacionando a existência de um programa de *endomarketing* estruturado com resultados em termos da qualidade de serviços, e mesmo do ambiente de trabalho.

O dia-a-dia da clínica pode ser acompanhado com algumas sugestões para melhor adequação do desempenho da mesma e, aprimoramento da qualidade do atendimento ao cliente.

5.2 Médico – (Sugestões para o seu dia-a-dia):

Estas são recomendações a serem seguidas no consultório para melhor adequação na prestação de serviços:

- Use o tempo que precisar para tirar do paciente as informações de que necessita e não esqueça do exame físico. É importante tornar hábito os detalhes que valorizarão a sistemática de cada paciente.
- Observe cada detalhe do prontuário sempre que necessário e, faça o seu próprio resumo antes de ouvir alguém. É vital que você trace o seu caminho de raciocínio e conclusão.
- Antes de contar com a precisão dos exames que envolvem as últimas tecnologias, procure exames mais acessíveis e conhecidos. A tecnologia não deve substituir o médico, mas sim auxiliá-lo nas dúvidas geradas a partir dos procedimentos básicos.
- Os exames complementares devem ser usados para detalhar e/ou diagnósticos, nunca gera-los. Diagnosticar faz parte da clínica médica e só após essa prática, se deve proceder os exames complementares.
- No início, a intuição sempre é útil. Porém, no andar das coisas, não pode substituir procedimentos de verificação, conceitos e raciocínios. Mesmo com longa prática na clínica, o médico necessita do exercício da verificação.
- Saber ouvir o paciente é um dos primeiros socorros de que ele necessita. O médico que sabe ouvir pode orientar e tranquilizar melhor.
- Raciocine sempre. Isso é imprescindível para ajudar seus pacientes. O exercício intelectual faz parte da rotina dos profissionais de ciência, cujos problemas são complexos e, muitas vezes, pouco específicos.
- A simplicidade faz parte da vida. Geralmente, as doenças comuns são mais frequentes. Raramente, os conceitos mais elementares serão contrariados.
- Casos raros, incomuns e/ou complicados precisam de várias opiniões. No entanto, será a orientação de uma determinada visão profissional que dará o rumo para a investigação.
- O médico trata de pessoas. Leve sempre em consideração o fator humano que envolve a relação Médico/Paciente.
- Duvidar disso ou daquilo. Saber aguardar as confirmações/observações pode ajudar muito à qualidade de tratamento.

- Quando o paciente é bem atendido e tem sucesso, passa a ser o maior aliado expressando sempre o apreço e confiança no médico.
- Só faça e recomende o que você acredita e confia para si próprio. A delicada convivência entre médico e paciente, às vezes, exige muito que maestria e/ou conhecimento: exige respeito e ética, acima de tudo.
- Evite os riscos. Em pleno século XXI, o homem de ciência ainda se vê diante de comportamentos e práticas que estão ligados a modelos do passado e de limitada tecnologia.
- Seja paciente e observador. Somente a experiência e a lida no cotidiano da vida podem trazer o conhecimento gerado pela observação/prática.
- Você poderá se surpreender. Não raro pacientes melhoram a despeito da orientação e recomendação de tratamento dado pelo médico. Seria de muita utilidade esclarecer que a medicina mais controla do que cura.
- A humildade intelectual ajuda o homem de ciência em todas as ocasiões. É bom aprender com os equívocos/erros. Eles geralmente são frequentes, por isso podem estar a serviço do aprendizado e da expansão.
- Cultive o respeito e a boa relação com seus pacientes. A convivência amistosa e os procedimentos corretos e eficientes auxiliam na profilaxia de problemas e/ou eventuais transtornos via processos.
- Diagnósticos não realizados pode indicar algumas irregularidades e problemas. O médico bem formado pode diagnosticar possibilidades múltiplas de doenças catalogadas.
- Errar é humano. A medicina é uma ciência e, as ciências lidam com leis e probabilidades.
- Cuidado com os voluntariosos e disponíveis. A prudência deve vir aliada à seriedade e ao compromisso de bem servir, dentro dos padrões e conquistas da ciência.
- Opte pelo conhecido. Experimentos devem estar validados o suficiente para serem praticados com segurança.
- Termos e palavras claros e concisos. Mantenha com o paciente o maior grau possível de clareza e concisão.
- Parentes e familiares são pacientes. Trate os familiares com respeito
- Seja discreto. O sucesso ao longo do tempo depende disso.
- Excelência *versus* experiência. Uma pode estar aliada à outra, sempre.

Referências Bibliográficas:

- ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9000-1: 1994**. Normas de gestão da qualidade e garantia da qualidade. Parte 1: Diretrizes para seleção e uso. Rio de Janeiro, 1994.
- ADIZES, Ichack. **Os ciclos de vida das organizações**. São Paulo: Pioneira, 1990, p. 147.
- ALBRECHT, K. **Revolução nos serviços**. Trad. de Antonio Z. Sanvicente. São Paulo, Pioneira, 1992.
- ALBRECHT, K. **A única coisa que importa: trazendo o poder do cliente para o centro de sua empresa**. Trad. de Nivaldo M. Jr. São Paulo, Pioneira, 1995.
- ALMEIDA, L. F. **A sua linda casa no campo...** e a arquitetura inteligente da empresa empreendedora. In Revista da ESPM, (maio-jun), 1999.
- ANDERSON, R. E. **Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product quality**. *Journal of Marketing Research*, v. 10, p.38-40, Feb. 1973.
- BARDON, M. C. **Les mesures de satisfaction de clientèle: comment assurer leur opérationalité dans les entreprises de services**. *Revue Française du Marketing*, n. 144/145, p. 91, 1993.
- BASIC STANDARDS FOR PREANAESTHESIA CARE. *American Society of Anesthesiologists*. Approved by House of Delegates on October 14, 1987.
- BATISTA, N. **Introdução ao estudo de controle estatístico de processo**. Rio de Janeiro qualitymark, 1996.
- BARÇANTE, L. C. **Qualidade total: Uma visão Brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

- BARROS, C., D'ARTAGNAN, C. **Excelência em Serviços: Uma questão de sobrevivência no mercado.** 2º ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.
- BEARDEN, W. O., TEEL, J. E. **Selected determinants of consumer satisfaction and complaints reports.** *Journal of Marketing Research*, v. 20, p. 21-28, Feb. 1983.
- BERRY, L. L., PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade.** Trad. de Beatriz Sidou. São Paulo, Maltese-Norma, 1992.
- BERWICK, D. M., GODFREY, A. B., ROESSNER, J. **Curing health care – new strategies**
For quality improvement: a report on the National Demonstration Project on
Quality Improvement in Health Care. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.
- BLENTON, R. J. et al. **Physician's view on quality of care: a five-country comparison.**
Heath Affairs, v. 20, n. 6, p. 29, 2001.
- BLOEMER, J., RUYTER, K. **Integrating service quality and satisfaction: pain in the neck or marketing opportunity.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v.8, p.22, 1995.
- BOLTON, R., DREW, J. H. **A multistage model of consumers assessments of service quality and value.** *Journal of Consumer Research*, v. 17, n.4, p. 375, Mar. 1991.
- BOLTON, R., LEMON, K. N. **A dynamic model of customers usage of services: usage as an antecedent and consequence of satisfaction.** *Journal of Marketing research*, v. 26, n.2, p.171-186, May 1999.
- BRAGA, Roberto M. **Como ser uma empresa de classe mundial.** Banas Qualidade, jul. 1999.
- BROCKMAN, B. **The influence of affective state on satisfaction ratings.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 11 p. 40, 1998.
- BROWN, T. J. CHURCUILL, G. A. PETER, J. P. **Improving the measurement of service**

- quality.** *Journal of Retailing*, v. 69, n. 1, p. 127, Spring 1993.
- BUSSAB, W. O., MORETTIN, P. A., **Estatística Básica: métodos quantitativos.** Editora Atual, 3º Edição, p. 34-39, 1985.
- CADOTTE, E. R., WOODRUF, R. B., JENKINS, R. L. **Expectations and norms in models of consumer satisfaction.***Journal of Marketing Research*, v.24, n.3, p.305-314, Aug1987.
- CARLSON, J. **A hora da verdade.** Rio de Janeiro: Cop, 1992.
- CARDOZO, R. N. **An experimental study of customer effort expectation and satisfaction.** *Journal of Marketing Research*, v. 2, n. 3, p. 244-249, Aug. 1965.
- CARMAN, J. **Consumer perceptions of service: an assessment of the SERVQUAL dimensions.** *Journal of Retailing*, v. 66, n. 3, p. 33-55, 1990.
- CARVALHO, F., LEITE, V. F. **Alternativa de ordenação da importância de atributos da qualidade de serviços: um estudo exploratório sobre o efeito de tamanho do choice set.** In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, n. 22, 1998, Foz do Iguaçu. Anais... Foz do Iguaçu: Anpad, 1998. *Marketing*, p. 111.
- CARVALHO, F., LEITE, V. F. **Refinando a conjectura PZB: uma revisão da relação entre importância e tolerância em qualidade em serviços.** ENCONTRO NACIONAL ASSOCIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO , n. 23 1999, Foz do Iguaçu. Anais... Foz do Iguaçu: Anpad, 1999, *Marketing*, p. 116.
- CHURCHILL JR., G. A., SUPRENTANT, C. **An investigation into the customer satisfaction** *Journal of Marketing Research*, v. 19, n. 4, p. 491-504, Nov. 1982.
- CICCO, F. **Gerenciando processos: As organizações em geral, operam baseados em variedades de processos.** Banas Qualidade, out. 1999.
- CLARK L. R. **How do we get back our humanity?** *Medical Economics*, v. 78, n. 9, p. 96-98, May 2001.

- LUTTERBUCK, D., CLARK G., ARMISTEAD, C. **Serviço inspirado no cliente: estratégias para qualidade do serviço.** Trad. De Outras Palavras. São Paulo, IMAM, 1994.
- CONWAY, J. B., CHUNG, F. **Preadmission anaesthesia consultation clinic.** *Can. J. Anaest.* v. 10, p. 1051-1057, 1992.
- COOPER, A. R., COOPER, M. B., DUHAN, D. F. **Measurement instrument development Using competing concepts of consumer satisfaction.** *Journal of Consumer Satisfaction /Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 2, p. 28-35, 1989.
- CRONIN, J. J., TAYLOR. S.A. **Measuring service quality: a reexamination and extension** *Journal of Marketing*, v. 56, n.2 p. 55-68, July 1992.
- CRONIN , J. J., TAYLOR, S. A. **Servperf versus servqual: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality.** *Journal of Marketing*, v. 58, n.1, p. 125-131, Jan. 1994.
- CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento.** Rio de Janeiro: Jose Olympio, 1992.
- CROSBY, P. B. **Seminário Internacional.** São Paulo, HMS, 1994.
- CUNHA JR., M. V., BORGES JR., A. A., FACHEL, J. M. **Esquema CBF para a Mensuração da satisfação de clientes: uma proposta conceitual e prática.** ENCONTRO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. N. 22, 1998, Foz do Iguaçu, Anais... Foz do Iguaçu, Anpad, 1998, *Marketing*, p.116.
- DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração.** Ed. Marques Saraiva, 1990.
- DENTON, K. **Qualidade em serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva.** São Paulo, Makron Books, 1990.
- DEVLIN, J. DONG, T. Y., BROWN, C. A. **The scale perfect in quality assessment.** *Marketing Research*, v. 6, n. 4, 1993.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. V. I: The definition of quality and approaches to its assessment.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** Ann Arbor: Health Administration Press, 1985. V. II: *The methods and finding of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis.*

ENGEL, J. F., BLACKWELL, R. D., MINARD, P. W. **Consumer behavior.** *Forth Worth: Dryden Press, 1993.*

EVARD, Y. A. **Two-step model of satisfaction with public transportation.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 4, p.93, 1991.

EVARD, Y. **La satisfaction des consommateurs état des recherches.** ENCONTRO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO n.17, 1993, Salvador, Anais... Salvador: Anpad, 1993. Marketing, p. 59-86.

EVARD, Y., AURIER, P. **The influence of emotions on satisfaction with movie consumption.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 7, p. 119, 1994.

FEIGENBAUM, A. V. **Total quality control.** New York, McGraw Hill, 1996.

FINEGAN, B. A. **Preadmission and outpatient consultation clinics.** *Can J Anaesth.* v. 39, p. 1009-1011, 1992.

FITZSIMMONS, J. A., FITZSIMMONS, M. J. **Administração de services: operações, estratégias e tecnologia de informação.** Tradução Gustavo Severo Borba, 2º ed. Porto Alegre, Bookman, 2000.

FOLKES, V. S. **Consumer reactions to product failure: an attributional approach.**

- Journal of Consumer Research*, v. 10, n. 4, p. 398-409, Mar. 1984.
- FOLKES, V. S. **Recent attribution research in consumer behavior: a review new directions.** *Journal of Consumer research*, v. 14, n. 4, p. 548, Mar 1988.
- FORD, B. C., BACK, S. A., FOTTLER, M. D. **Methods of measuring patient satisfaction In health care organizations.** *Health Care Management Review*, v. 22, n. 2, p. 74-89, 1997.
- FORNELL, C. A. **National customer satisfaction barometer: the Swedish experience.** *Journal of Marketing*, v. 56, n. 1, p. 6-21, Jan. 1992.
- FORNELL, C. et al. **The American customer satisfaction index: nature, purpose and findings.** *Journal of Marketing*, v. 58, n. 4, p. 7-18, Oct. 1994.
- FORNELL, C. JOHNSON, M. D. **Differentiation as a basis for explaining customer satisfaction across industries.** *Journal of Economic Psychology*, v. 14, p.681-698, 1993
- GARVIN, D. A. **What does “product quality” really means.** *Slogan Management Review*, v. 26, n. 1, p. 23-43, Fall 1984.
- GARVIN, D. A. **Afterword: reflections on the future.** In : BERWICK, D. M., GODFREY, A. B., ROESSNER, J. **Curing health care- new strategies for quality improvement: A report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care.** San Francisco: Jossey-Bass, p. 159-165, 1990.
- GIANESI, I., CORRÊA, H. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente.** São Paulo, Atlas, 1994.
- GIANESI, I., CORRÊA, H. **A estratégia de serviços: operações para a satisfação dos clientes.** São Paulo, Atlas, 1996.
- GOUPIL, H., GRIMMER, J. F. **Un indicateur de l'importance des différentes dimensions de la qualité de service.** Exemple: les enquêtes de satisfaction clientèle d'EDF-GDF services. *Revue Française du Marketing*, n. 144-145. p. 145, 1993.

GRAPENTINE, T. **Problematic Scales.** *Marketing Research*, v. 6, n. 4, p. 8-23, 1994.

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

GRÖNROOS, C. **Marketing, gerenciamento e services.** Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HAISTEAD, D. **Expectations and disconfirmation believes as predictors of consumer satisfaction, repurchase intention, and complaint behavior.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 2, p. 17-21, 1989.

HAISTEAD, D., HARTMAN, D., SCHMIDT, S. L. **Multisource effects on the satisfaction formation process.** *Journal of Academy of Marketing Science*, v.22, n. 2, p114-129,1994.

HAMEL G. **A era da evolução.** *HMS Management*. N. 9, Jul-Ago. 1998.

HARRINGTON, H. J. **Aperfeiçoando processos empresariais.** Trad. L. Liske, São Paulo: Makron Books, 1993.

HAUSKNECHT, D. **Emotional measures of satisfaction/dissatisfaction.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction Behavior*, v. 1, p. 25-33, 1988.

HOLANDA, A. B. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2º ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

HOROVITZ, J. **Qualidade de serviço: a batalha pela conquista do cliente.** Trad. de Eduardo Brandão. São Paulo, Nobel, 1993.

HOWARD, D. J., SHETH, J. N.S. **The theory of buyer behavior.** New York: John Wiley, 1969

HUNT, H. K. **CS/D: Overview and future research direction.** In: HUNT, H. K. (Ed.). *Conceptualization of satisfaction and dissatisfaction.* Cambridge: MSI, 1977.

- JONHSON, M. D., ANDERSON, E. W., FORNELL, C. **Rational and adaptative performance expectations in a consumer satisfaction framework.** *Journal of Consumer Research*, v. 21, n. 4, p. 695, Mar. 1995.
- JONHSTON, D. M. **Hospital service quality measurement: an empirical assessment of the performance model.** In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, n. 22, 1998, foz do Iguaçu. Anais...Foz do Iguaçu: Anpad, 1998. *Marketing*, p. 125.
- JONHSTON, D. M., LUCE, F. B. **As escalas Servqual e Servperf no setor de serviços Bancários.** In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, n. 20., 1996, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Anpad, 1996. *Marketing*, p. 91.
- JURAN, J. M. **Juran's quality control handbook.** 4º ed. New York, MacGraw Hill, 1988.
- JURAN, J. M. **A qualidade deste o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços.** Trad. de Nivaldo M. Jr. São Paulo, Pioneira, 1992.
- KOTLER, P., DUBOIS, B. **Satisfaire la clientèle à travers la qualité, le service et la valeur.** *Revue Française du Marketing*, n. 144-145, p. 35, 1993.
- LA BARBERA, P. A., MAZURSKY, D. **A Longitudinal assessment of consumer satisfaction/dissatisfaction: the dynamic aspect of the cognitive process.** *Journal of Consumer Marketing Research*, v. 20, n. 4, p. 393-404, Nov. 1983.
- LAS CASAS, A. I. **Qualidade total em serviços.** São Paulo, Atlas, 1994.
- LEVITT, T. **Making intangible products and product intangibles.** *Harvard Business Review*, v. 58, n. 3, p. 94-102, 1981.
- LOBOS, J. **Encantando o cliente: externo e interno.** São Paulo, J. Lobos, 1993.

- MADDOX, R. N. **Two-factor theory and consumer satisfaction: replication and extension** *Journal of Consumer Research* v. 8, n. 1, p. 92-102, June 1981.
- MANO, H., OLIVER, R. L. **Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling, and satisfaction.** *Journal of Consumer Research*, v. 20, n. 3, p. 451, Dec. 1993.
- MARTINS, J. M.C. **Médico – Sugestões para o seu dia-a-dia.** Anestesia em Revista, N-06/2002, p. 27, Nov.- Dez. 2002.
- MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde. Princípios básicos.** São Paulo: Manole, 2001.
- MONTEIRO, A. **Exelência em produtos e serviços.** Banas Qualidade, n. 91, ano IX, Dezembro, 1999.
- MOURA, L. R. **Qualidade simplesmente total: uma abordagem simples e prática da gestão da qualidade.** Rio de Janeiro, Qualitymark, 1997.
- MULLER, J. A **Studying satisfaction, modifying models, eliciting expectations, posing problems and making meaningful measurement.** In: HUNT, K. H. *Conceptualization and measurement of consumer satisfaction.* Cambridge: MSI, 1977, p.72-91.
- MULLER, T., D. K., VENKATASUBRAMANIAM, R. **Post-consumption emotions: exploring their emergence and determinants.** *Journal of Consumer Satisfaction/ Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 4, p. 13, 1991.
- NGOBO, P. V. **Qualité perçue et satisfaction des consommateurs: un état des recherches.** *Revue Française du Marketing*, n. 163, p. 67, 1997.
- NÓBREGA, K.C. **A visão dos especialistas da qualidade sobre serviços.** In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 15./ *International Congress of Industrial Engineering*, 1. São Carlos, 1995. Anais. São Carlos, UFSCAR, 1995.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde.** Belo Horizonte, FCO, Escola de Engenharia da UFMG, 1996.

NORMANN, R. **Administração de serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**
Trad. De Ailton B. Brandão. São Paulo, Atlas, 1993.

OLIVER, R. L. **Effect of expectations and disconfirmation on postexposure product evaluations: an alternative interpretation.** *Journal of Applied Psychology*, v. 62, n. 4, p. 480-486, 1977.

OLIVER, R. L. **A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction Decisions.** *Journal of Marketing Research*, v. 17, n. 4, p. 460-469, Nov. 1980.

OLIVER, R. L. **A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions.** *Journal of Marketing Research*, v. 17, n. 4, p. 460-469, Nov. 1981.

OLIVER, R. L. **Measurement and evaluation of satisfaction process in retailing settings.** *Journal of Retailing*, v. 57, n. 3, p. 25-48, 1981.

OLIVER, R. L. **Processing of the satisfaction response in consumption: a suggested framework and research propositions.** *Journal of Consumer Satisfaction/ dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 2, p. 1-15, 1989.

OLIVER, R. L. **Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response.** *Journal of Consumer Research*, v. 20, n. 3, p. 418, Dec. 1993.

OLIVER, R. L. **Satisfaction: a behavior approach.** Boston: McGraw-Hill, 1997.

OLIVER, R. L., DESARBO, W. S. **Response determinants in satisfaction judgments.** *Journal of Consumer Research*, v. 14, n. 4, p. 495, Mar. 1988.

OLIVER, R. L., SWAN, J. E., **Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction.** *Journal of Consumer Research*, v.16, n. 3, p. 374

Dec. 1989.

- OLIVER, R., WESTBROOK, R. **Profiles of customer emotions and satisfaction in ownership and usage.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 6, p. 12, 1993.
- OSHAVSKY, R. W. **Perceived quality in consumer decision making.** In: JACOBY, J., OLSON, J. (Eds.). *Perceived quality*. Lexington: Lexington, 1985.
- PALADINI, E. P. **Qualidade total na prática: implantação e avaliação de sistemas de qualidade total.** São Paulo: Atlas, 1994.
- PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo, Atlas, 1995.
- PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e prática.** São Paulo: Atlas, 2000.
- PARASURAMAN, A. ZEITHAML, V., BERRY, L. **A conceptual model of service and its implications for future research.** *Journal of Marketing*, v. 49, n. 4, p.50, Fall 1985.
- PARASURAMAN, A. ZEITHAML, V., BERRY, L. **SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.** *Journal of Retailing*, v. 64 n. 2, p. 12-40, 1988.
- PARASURAMAN, A. ZEITHAML, V., BERRY, L. **Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research.** *Journal of Marketing*, v. 58, n. 3, p. 111-124, 1994a.
- PARASURAMAN, A. ZEITHAML, V., BERRY, L. **Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment on psychometric and diagnostic criteria.** *Journal of Retailing*, v. 70, n. 3, p. 201-230, 1994b.
- PARK, J. W., CHOI, J. **Comparison standards in consumer satisfaction formation: involvement and product experience as potential moderator.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 11, p. 28,1998.

PERRON, F. **La qualité de service: une comparación de l'évaluation des écarts avec les performances appliquée à la zone d'achat.** *Recherche et Applications en Marketing*, v. 13, n. 3, p. 3, 1998.

PETERSON, R. A., WILSON, W. R. **Measuring customer satisfaction: fact and artifact.** *Journal of the Academy of Marketing Science*, v. 20, n. 1, p. 61-71, 1992.

PRETZER, M. **What patients don't know about the quality of their health care.** *Medical Economics*, v. 78, n. 10, p. 26-28, May. 2001.

REBELO, P. A. P. **Qualidade em saúde: modelo teórico, realidade, utopia e tendência.** Rio de Janeiro, *QualityMark*, 1996.

REIS, D., PENA, L. **Linking customer satisfaction, quality, and strategic planning.** *Revista de administração de empresas. São Paulo*, v. 40, n. 1, Jan/Mar. 2000.

RICHINS, M. **Measuring emotions in the consumption experience.** *Journal of Consumer Research*, v. 24, n. 2, p. 127, Sept. 1997.

ROISEN, M., COHN, S. **Preoperative evaluation for elective surgery: what laboratory tests are needed?** *Can. J. Anaesth*, v. 10, p. 1051-1057, 1989.

SCHIBUOLA, T. M., MATHIAS, L.A S. T., MATHIAS R. S. **Consultório de anestesia: tem vantagens?** *Rev. Bras, Anesthesiol*, 1994, 44, (supl. 18): 91.

SCHMALENSEE, S, C. **The points of the scales.** *Marketing Research*, n. 4, v. 7, Fev. 1994.

SCHYVE, P. M. **A trio for quality.** *Quality Progress*, June, 2000.

SILVEIRA, M. A. **Modelo para sistemas da qualidade como base da estratégia competitiva.** Campinas: Faculdade de Engenharia Mecânica, UNICAMP, 1999. (Tese Doutorado).

- SILVESTRO, R., FITZGERADL, L., JOHNSTON, R., VOSS, C. **Towards a classification of service process.** *International Journal of Service Industry Management*, v. 3, n. 3, p. 62-75, 1992.
- SINGH, J. **Understanding the structure of consumer satisfaction evaluation of services delivery.** *Journal of Academy of Marketing Science*, v. 16, n. 2, p. 204-212, May. 1988.
- SPRENG, R. A., OLSHAVSKY, R. W. **A desires congruency model of consumer satisfaction.** *Journal of Academy Marketing Science*, v. 21, n. 3, p. 169-177, 1993.
- SPRENG, R. A., MACKOY, R. D., DRODGE, C. **Counfounds on the measurement of Predictive expectations.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 11, p. 1, 1998.
- SWAN, J. E., COMBS, L. J. **Product performance and consumer satisfaction.** *Journal of Marketing*, v. 40, n. 2, p. 25-33, Apr. 1976.
- SWAN, J., TRAWICK, I. F. **Disconfirmation of expectations and satisfaction with a retail service.** *Journal of Retailing*, v. 57, n. 3, p. 49-67, 1981.
- TAULIB, D. **Controle da qualidade total: Da teoria à prática em um grande hospital: Relato da experiência de 4 anos no Centro de Unidades Médicas Integradas Santa Terezinha.** Rio de Janeiro: Qualitymark, ed. 1998.
- TEAS, R. K. **Expectations performance evaluation, and consumer's perceptions of quality.** *Journal of Marketing*, v. 57, n. 4, p. 18-34, Oct. 1993.
- TEAS, R. K. **Expectations as a comparison standard in measuring service quality: an assessment of a reassessment.** *Journal of Marketing*, v. 58, p. 132-139, Jan. 1994.
- TOLLIVER, J. M., ARMSTRONG, R. W., COLEMAN, D. F. **Service quality measures: A test of convergent validity and trait-method effects.** *Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior*, v. 11, p. 15, 1998.

TSE, G. K., WILTON, P. C. **Models of consumers satisfaction formation: an extention.**

Journal of Marketing Research, v. 25, n. 2, p. 204-212, May 1988.

URDAN, A. T., RODRÍGUES, A. R. **O modelo do índice de satisfação do consumidor norte- americano: um exame inicial no Brasil com equações estruturais.** In

ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, n. 22, 1998, Foz do Iguaçu. Anais... Foz do Iguaçu: Anpad, 1998, *Marketing*, p. 117.

VELANOVICH, V. **The value on routine preoperative laboratory testing in**

predicting postoperative complications: A multivariate analysis. *Surgery*, p. 109-236, 1991.

WEAVER, D., BRICKMAN, P. **Expectancy, feedback, and disconfirmation as**

independent factors in outcome satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 30, n. 3, p. 420-428, 1974.

WESTBROOK, P. A. **A rating scale for measuring product/service satisfaction.** *Journal of Marketing*, v. 44, n. 4, p. 68-72, Fall 1980a.

WESTBROOK, P. A. **Intrapersonal affective influences on consumer satisfaction with products.** *Journal of Consumer Research*, v. 7, n. 1, p. 49, June 1980b.

WESTBROOK, P. A. **Product/consumption-based affective responses and postpurchase processes.** *Journal of Marketing Research*, v. 24, n. 3, p. 258-270, Aug. 1987.

WESTBROOK, P. A., NEWMAN, J. W., TAYLOR, J. R. **Satisfaction/Dissatisfaction in the Purchase decision process.** *Journal of Marketing*, v. 42, n. 4, p. 54, Oct. 1978.

WESTBROOK, P. A., OLIVER, R. L. **The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction.** *Journal of Consumer Research*, v. 18, n.1, p. 84, June 1991.

WILLIAMS, R. L. **Como implementar a qualidade total em sua empresa.** Rio de Janeiro: Campos, 1995.

WITTINK, L. C., BAYER, J. O. **The dimensionality of scales.** *Marketing Research*, v. 7, n. 3, Dec. 1994.

WOLTERS, U., WOLF, T., STÜTZER, H. **ASA classification and preoperative variables as predictors of postoperative outcome.** *Br. J. Anaesth*, 1996; 77: 217-222.

WOODRUFF, R. B., CADOTTE, E. R., JENKINS, R. L. **Modeling consumer processes using experience-based norms.** *Journal of Marketing Research*, v. 20, n.3, p. 296, Aug. 1983.

YI, Y. A. **Critical review of consumer satisfaction.** In: ZEITHAML, V. A. *Review in marketing.* Ann Harbor: AMA, p. 68-113,1990.

ZEITHAML, V. **Defining and relating price, perceived quality and perceived value** *Cambridge: MSI*, 1987.

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

Anexo 1 - (Protocolo)

PROTOCOLO DA VPA(SERVQUAL)

Nome(Iniciais):	Idade:	Sexo:	Cor:	Religião:
Estado Civil:				

Parâmetros: Pacientes ASAI/II, Adultos.

ASAI: Nenhuma doença exceto patologia cirúrgica.

ASAI: Distúrbio sistêmico moderado por patologia geral ou sistêmica.

Método de Mensuração: Escala Análogo-visual com valores de 0(zero) a 10(dez)

Metodologia: SERVQUAL.

Dimensão: Qual o valor dado aos seguintes parâmetros do questionamento abaixo?

Tangíveis:1-Aparência física do consultório de Anestesiologia(Agradável)-----	(,)
2-Instalações do local(Privacidade)-----	(,)
3-Equipamentos utilizados no serviço(Boa qualidade,tecnologia avançada)---	(,)
4-Materiais de comunicação empregados no serviço(Avisos,letreiros)-----	(,)
Confiabilidade:1-O serviço prestado foi o prometido-----	(,)
2-O resultado do serviço foi o esperado-----	(,)
3-O serviço é preciso no diagnostico-----	(,)
Atendimento(Responsividade):1-Houve ajuda no serviço(Chegada e admissão)-----	(,)
2-Houve velocidade no serviço(Tempo de espera)-----	(,)
3-O tempo de atendimento foi ideal(Consulta)-----	(,)
Cortesia:1-Fineza no serviço prestado-----	(,)
2-Respeito as minhas convicções(Religião, raça,costumes)-----	(,)
Credibilidade:1-Credibilidade e integridade(Boa reputação do serviço) -----	(,)
Segurança:1-Houve riscos durante e após serviço prestado-----	(,)
2-Existe dúvida no serviço prestado(Informação dos riscos)-----	(,)
3-Houve diminuição do temor(Medo do ato Anestésico-cirurgico)-----	(,)
Acesso:1-Existe proximidade e facilidade de contato com o anestesiologista-----	(,)
(Telefone, email, etc...)	
Comunicação:1-O cliente foi bem informado(Tipos de Anestesia)-----	(,)
2-A linguagem utilizada foi clara, acessível(Terminologia médica)-----	(,)
Conhecimento do cliente:1-Houve empenho do anestesiologista em atender suas	
necessidades e aspirações(Expôr idéias)-----	(,)

Sexo:M(Masculino),F(Feminino)—Cor:B(Branco),N(Negro),A(Amarelo),M(Mestiço)

Anexo 2 - (Processo de Consulta CFM N° 3575/98)



PROCESSO CONSULTA CFM n° 3575/98

Interessado: UNIMED - Varginha (MG)

Assunto: Pagamento de consulta anestesiológica

Relator: Cons. José Abelardo Garcia de Menezes

Parecer CFM N° 56/99 - Aprovado em 29.09.99

1.1.1.1.1 EMENTA:

A avaliação pré-anestésica é direito do paciente e dever do médico anestesiologista. As consultas anestesiológicas realizadas em consultórios e/ou ambulatórios devem ser remuneradas, mantendo tratamento isonômico com os demais médicos.

Designado pelo conselheiro responsável pelo Setor, dr. Júlio César Meirelles Gomes, através do ofício CFM N° 2662/98, a emitir parecer, passo à análise dos fatos.

EXPOSIÇÃO

Consulta-nos a UNIMED de Varginha (MG) objetivamente sobre: "*Quando deve ser paga a consulta pré-anestésica?*"

1.1.1.2 PARECER

As circunstâncias em que é aplicada a anestesia e sua importância no contexto da assistência médica nos dias atuais não está circunscrita apenas à sala de cirurgia. O profissional qualificado atua como consultor e, na prática diária, têm sido solicitado a atender um número crescente de áreas afins: terapia intensiva, reanimação, atendimento ao politraumatizado, tratamento de síndromes dolorosas, acompanhamento clínico de pacientes submetidos a exames endoscópicos e de imagem, etc. Por isto mesmo, a Anestesiologia tem sido considerada uma ciência, como nos ensina o prof. Genival Veloso de França, *in verbis*:

"Cada dia que passa, tantos são os avanços e as conquistas das especialidades médicas que algumas já se apresentam como se fossem verdadeiras ciências – sistematizadas e independentes, pelo seu elevado estágio de progresso e desempenho. A Anestesiologia é uma delas."

A Anestesiologia é uma especialidade considerada de alto risco. Neste ponto, os Conselhos de Medicina devem atuar pedagogicamente prevenindo as ocorrências de demandas sob alegação de erro médico, orientando os médicos no estrito cumprimento às normas vigentes e estimulando a educação médica continuada através da Sociedade Brasileira de Anestesiologia.

Preocupado em oferecer à sociedade uma assistência especializada em Anestesiologia de qualidade, o plenário do Conselho Federal de Medicina, reunido em 12 de março de 1993, aprovou a Resolução n° 1.363 que normaliza as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia.

Especificamente quanto à consulta formulada, o diploma ético determina em seu artigo 1°, inciso I, *in verbis*:

"Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível;"

Por outro lado, o Código de Ética Médica trata da matéria do consentimento informado nos seus artigos 46 e 59, *in verbis*:

"É vedado ao médico:

Art. 46 - Efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo em iminente perigo de vida.

É vedado ao médico:

Art. 59 - Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal."

E como o anestesiológista cumpre estas normas?

Num passado ainda recente, de hábito o paciente com cirurgia programada internava-se no dia anterior à cirurgia, para os devidos preparos. Desta forma, tricotomia, lavagem intestinal, jejum, retirada de próteses, orientações de enfermagem e nutrição, avaliações com outros médicos especializados em determinadas áreas, por exemplo, cardiologia, pneumologia, endocrinologia, eram solicitadas pelo cirurgião, e até mesmo alguns exames subsidiários eram realizados. Nesta oportunidade, o médico anestesiológista, durante a **visita pré-anestésica**, tomava conhecimento das condições clínicas do paciente através de interrogatório sistematizado para a história dos antecedentes médicos, visando, sobretudo, obter alguma informação útil, como, apenas para citar alguns exemplos, a presença de alterações anatômicas que dificultem as manobras de intubação traqueal, reações alérgicas, doenças sistêmicas que possam comprometer a homeostase, fatos estes que devem cercar o ato anestésico de cuidados redobrados.

Com o advento da anestesia ambulatorial houve a necessidade de nova intervenção do Conselho Federal de Medicina, que aprovou, em Plenário a Resolução n° 1.409/94, versando sobre a matéria. Nesta, há citação explícita da Resolução CFM n° 1.363/93, concluindo *ab initio* que o conceito anterior ao que concerne ao artigo 1°, inciso I, é útil, legal, valioso e não deve ser negligenciado.

O internamento de um dia é prática contumaz no Brasil, e de resto no mundo. Os argumentos de controle de infecção hospitalar e de apoio social e familiar são tecnicamente bem aceitos. Entretanto, o que está movendo o crescimento, às vezes desordenado, é a redução no custo para o aparelho assistencial, seja do Sistema Único de Saúde, seja dos mantenedores da assistência privada. E isto especialmente nos preocupa, uma vez que a mercancia pode superar a prática ética, os conhecimentos científicos e o bom-senso.

E o que mudou com a prática da anestesia ambulatorial?

O paciente que outrora internava-se previamente à cirurgia, por motivos diversos tem sido internado momentos antes do horário previsto para a cirurgia. De repente, surge à sua frente um cidadão dizendo-se anestesiológista, que mal dispõe de poucos minutos para a troca de duas palavras e o considera apto para o ato, sem esclarecimento, sem consentimento (ainda que tácito), sem o devido respeito ao ser humano que está ali prestes a lhe confiar o seu bem inalienável.

Vejamos o que José de Aguiar Dias nos ensina sobre o tema:

"Não se deve praticar a anestesia sem consentimento do paciente; esse pode ser dado diretamente pelo enfermo ou, em caso de impedimento, pelos que o tiveram a seu cargo.

...

"O anestesista deve sempre proceder a exame prévio das condições fisiopsíquicas do paciente, inclusive exames de laboratório e das peças dentárias."

Na mesma linha de raciocínio, Miguel Kfoury Neto na obra *Responsabilidade, Civil do Médico* comenta:

"Incumbe-lhe (ao anestesiológista), especialmente: a) preparar o paciente, no campo médico e psicológico: prever possíveis dificuldades, acalmar o doente, conquistar-lhe a colaboração e confiança, preparar-lhe o organismo para o ato cirúrgico, (...)".

Por conseguinte, a violação destas regras pressupõe ato omissivo, que na hipótese de mau resultado certamente será aduzido por negligência e imprudência.

CONCLUSÃO

A avaliação pré-anestésica é direito do paciente e dever do médico anestesiológista.

Considerando o crescente número de pacientes internados em regime ambulatorial e a defesa doutrinária do Conselho Federal de Medicina na questão da manutenção de uma saudável relação dos médicos com os pacientes, e considerando também as vantagens socioeconômicas da consulta anestesiológica realizada em consultório ou ambulatório, tais como redução do período de internamento, maior equilíbrio emocional do paciente, inclusive com possibilidade de redução no uso de agentes ansiolíticos, melhora no dimensionamento dos exames pré-operatórios e do fluxo de cirurgias nos centros cirúrgicos, entendo que as consultas anestesiológicas realizadas em consultórios e/ou ambulatórios devem ser remuneradas mantendo tratamento isonômico com os demais médicos, o que não elide a avaliação feita imediatamente antes do ato (visita pré-anestésica), esta já remunerada como parte integrante do procedimento.

Por fim, a consulta anestesiológica resgata a saudável relação médico-paciente, devendo ser colocada à disposição da sociedade de forma usual.

É o relatório, SMJ.

Brasília, 28 de agosto de 1998.

JOSÉ ABELARDO GARCIA DE MENESES

Conselheiro Relator

PARECER CFM n° 56/99

Aprovado em Sessão Plenária dia 29/9/99

Anexo 3 - (Portaria 174 - 04/05/2001)



SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
PORTARIA N° 145, DE 4 DE MAIO DE 2001

O Secretário de Assistência à Saúde-Substituto, no uso de suas atribuições;

Considerando a Resolução N° 1363/93, do Conselho Federal de Medicina, estabelecendo que antes da realização da anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível, e

Considerando que o internamento do paciente muitas vezes ocorre no dia da realização do procedimento cirúrgico, não havendo tempo hábil para o anesthesiologista examinar e preparar o paciente, o que pode suscitar no aumento do risco anestésico, piora da qualidade de atendimento, suspensão de cirurgias após a internação, resolve:

Art. 1° - Incluir na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS o procedimento abaixo descrito:

	07.012.36-5 - Consulta Pré Anestésica	
	Nível de Hierarquia	02, 03, 04, 05, 06, 07, 08
	Serviço/Classificação	00
Atividade Profissional	06	
	Tipo de prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
	Tipo de Atendimento	02, 03, 10
	Faixa Etária	50, 51, 52, 53, 54, 55, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72
	Valor	R\$ 2,55

Art. 2° - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência junho de 2001.

JOÃO GABBARDO DOS REIS

Anexo 4 - (A Anestesiologia Ontem e Hoje)



O início da Anestesiologia (T.G. Morton – 16 de Outubro de 1846).



A Anestesiologia nos dias atuais.

Anexo 5 - (Divulgação e Conscientização - SBA)



Nele você confia até de olhos fechados.

Antes de uma cirurgia,
consulte seu Anestesiologista

Uma mensagem da
 Sociedade Brasileira
de Anestesiologia

Divulgação realizada pela SBA (Sociedade Brasileira de Anestesiologia)



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
Criada pela Lei nº 10.435, de 24 de abril de 2002

A N E X O I

PRONUNCIAMENTO DA BANCA EXAMINADORA

A Banca Examinadora, abaixo assinada, nomeada pela Portaria nº 236 de 05 de setembro de 2003, considerando o resultado do Julgamento da Prova de Defesa Pública da Dissertação de Mestrado intitulada: "**Avaliação da Qualidade dos Serviços Pré-Operatórios em Consultório de Anestesiologia**" apresenta pronunciamento no sentido de que o Coordenador dos Cursos de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Itajubá solicite ao DRA (Departamento de Registro Acadêmico) a expedição do título de **Mestre em Ciências em Engenharia de Produção, na Área de Concentração: Qualidade**, satisfeitas as demais exigências regimentais, a **Jacy Oliveira Júnior**.

Itajubá, 10 de setembro de 2003.

Prof. Dr. Osvaldo Luiz Gonçalves Quelhas
1º Examinador - UFF

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches da Silva
2º Examinador - UNIFEI

Prof. Dr. Egon Luiz Müller Júnior
3º Examinador - (Co-Orientador) - UNIFEI

Prof. Dr. João Batista Turroni
4º Examinador - (Orientador) - UNIFEI



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
Criada pela Lei nº 10.435, de 24 de abril de 2002

ANEXO II

FOLHA DE JULGAMENTO DA BANCA EXAMINADORA

Título da Dissertação: "Avaliação da Qualidade dos Serviços Pré-Operatórios em Consultório de Anestesiologia"

Autor: Jacy Oliveira Júnior

JULGAMENTO

Examinadores	Conceito		Rubrica
	A = Aprovado	R = Reprovado	
1º	A		
2º	A		
3º	A		
4º	A		

Observações:

- 1) O Trabalho será considerado Aprovado se todos os Examinadores atribuírem conceito A.
- 2) O Trabalho será considerado Reprovado se forem atribuídos pelos menos 2 conceitos R.
- 3) O Trabalho será considerado Insuficiente (I) se for atribuído pelo menos um conceito R. Neste caso o candidato deve apresentar novo trabalho. A banca deve definir como avaliar a nova versão da Dissertação.

Resultado Final: Conceito: A, ou seja, Aprovado

Observações: _____

Itajubá, 10 de setembro de 2003.

Prof. Dr. Osvaldo Luiz Gonçalves Quelhas
1º Examinador - UFF

Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches da Silva
2º Examinador - UNIFEI

Prof. Dr. Egon Luiz Müller Júnior
3º Examinador - (Co-Orientador) - UNIFEI

Prof. Dr. João Batista Turroni
4º Examinador - (Orientador) - UNIFEI

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

Jacy Oliveira Júnior

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS
SERVIÇOS PRÉ - OPERATÓRIOS EM
CONSULTÓRIO DE ANESTESIOLOGIA**

Orientador: Prof. João Batista Turrioni, Dr

Co-orientador: Prof. Egon Luiz Müller Júnior, Dr

ÍNDICE

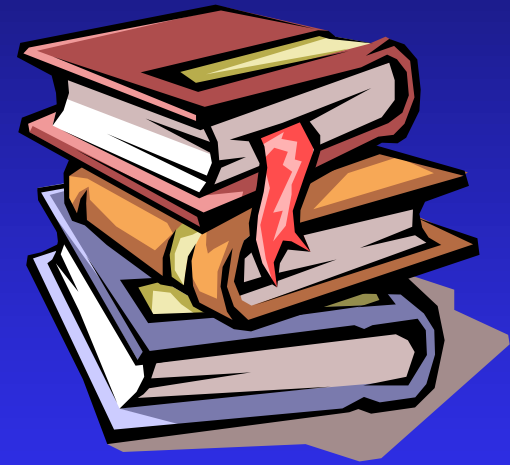
CAPÍTULO I

CAPÍTULO II

CAPÍTULO III

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO V



ÍNDICE

CAPÍTULO I

- INTRODUÇÃO
- OBJETIVOS
- JUSTIFICATIVA
- ESTRUTURA LÓGICA

ÍNDICE

CAPITULO II

- CONCEITOS
- CLASSIFICAÇÃO
- QUALIDADE DOS SERVIÇOS
- AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

ÍNDICE

CAPÍTULO III

- QUALIDADE DE SERVIÇOS E CUIDADO À SAÚDE E AO PACIENTE
- MODELOS DE AVALIAÇÃO

ÍNDICE

CAPÍTULO IV

- PROPOSTA DO MODELO
- ANÁLISE DOS DADOS

ÍNDICE

CAPÍTULO V

- CONCLUSÕES E SUGESTÕES



INTRODUÇÃO

CAP. I

Globalização Demanda crescente Maior cobrança



Evolução do controle de qualidade



Serviços de qualidade

Gestão



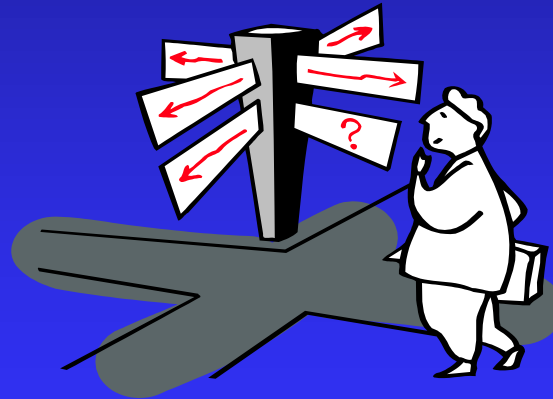
Área de saúde

INTRODUÇÃO

CAP. I

Como conquistar clientes?

Como diferenciar da concorrência?



INTRODUÇÃO

CAP. I

- Talento e criatividade
- Assume riscos
- Visualiza oportunidade de novos negócios
- Resultados lucrativos

Almeida (1999)

INTRODUÇÃO

CAP. I

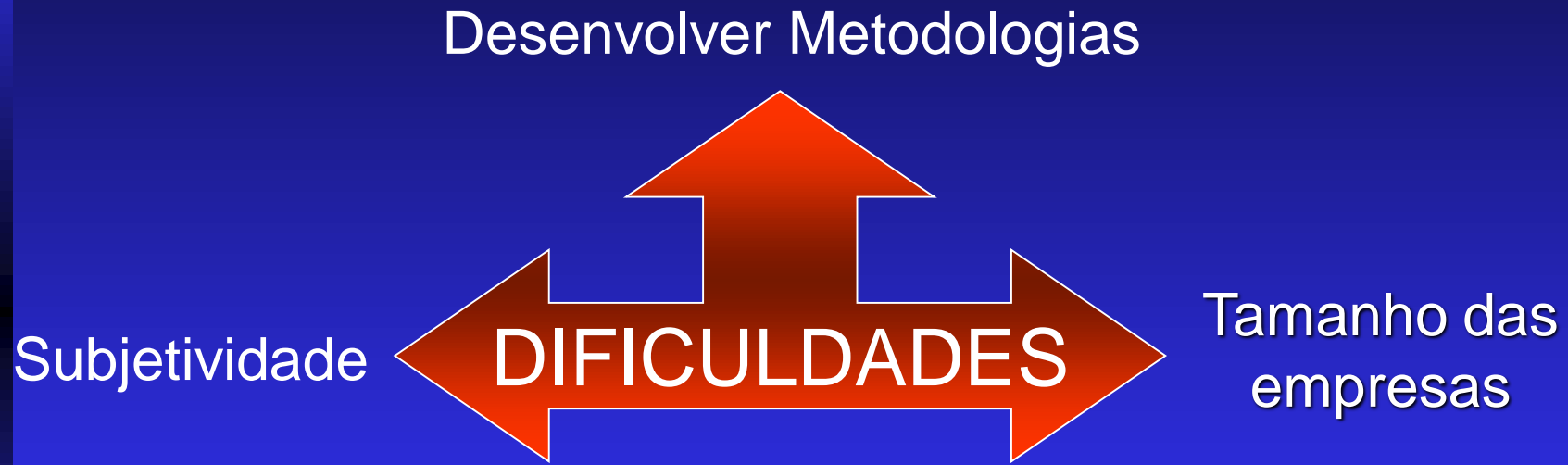
PARADIGMAS DA SOCIEDADE



MUTAÇÃO

INTRODUÇÃO

CAP. I



Juran (1988)

INTRODUÇÃO

CAP. I

Bens e Serviços

X

Tangíveis e Intangíveis

Levitt (1981)

INTRODUÇÃO

CAP. I

Não existe indústrias de prestação de serviços. Todos nós prestamos serviços

Albrecht (1992)

- Utilizar um modelo referencial (SERVQUAL) na análise da qualidade
- Identificar parâmetros de qualidade dos serviços pré-anestésicos

OBJETIVOS

CAP. I

- Proporcionar contribuição ao processo de gestão da qualidade em serviços médicos pela observação de caso prático
- Sugerir recomendações a organizações do setor de serviços que estão pretendendo adotar a implantação de gestão da qualidade total

JUSTIFICATIVA

CAP. I

SERVIÇOS

Horovitz (1993)

**70% PNB dos EUA
65% PNB da França
56% PNB da Alemanha**

Gianesi & Corrêa (1994)

**50% pop. economicamente
ativa
45% agro-industria
5% outras atividades**

JUSTIFICATIVA

CAP. I

Roisen (1989)

US\$ 30 bilhões de em
exames pré-operatórios
EUA

Velanovich (1991)


60% - Ser eliminados –
Sem afetar a assistência
aos pacientes

- Importância dos serviços no mundo
- Necessidade de novas abordagens sobre o tema
- Necessidade de estudos na realidade Brasileira
- Existência de lacunas para aprimoramento em SPA

- **Cap I** –
 - Introdução
 - Justificativa
 - Objetivos
 - Estrutura
- **Cap II** - Revisão literária
- **Cap III** -
 - Metodologias
 - Vantagens
 - Desvantagens
- **Cap IV** - Metodologia proposta
- **Cap V** - Conclusões e sugestões

DEFINIÇÕES DE QUALIDADE

CAP. II

Albrecht (1995) – Medida de extensão **PROBLEMA**
Satisfaz, resolve 
adiciona valor

Paladini (1994) – Esforços (Alvo)  **CONSUMIDOR**

Juran (1992) – Qualidade é adequação ao uso

DEFINIÇÕES DE QUALIDADE

CAP. II

Deming (1990) - Homogeneidade  MELHORIA
CONTÍNUA

Crosby (1992) - Conformidade  DEFEITO ZERO

Mesomo (2001) - Missão  Atender  CLIENTES

CONCEITO DE SERVIÇO

Cap. II



CONCEITO DE SERVIÇO

Cap. II

Holanda (1986) – Exercício de cargos e funções que satisfaz uma necessidade

Zeithaml (1990) – Em serviços o mais importante é o desempenho

Las Casas (1994) – Atos, ações de desempenho

CONCEITO DE SERVIÇO

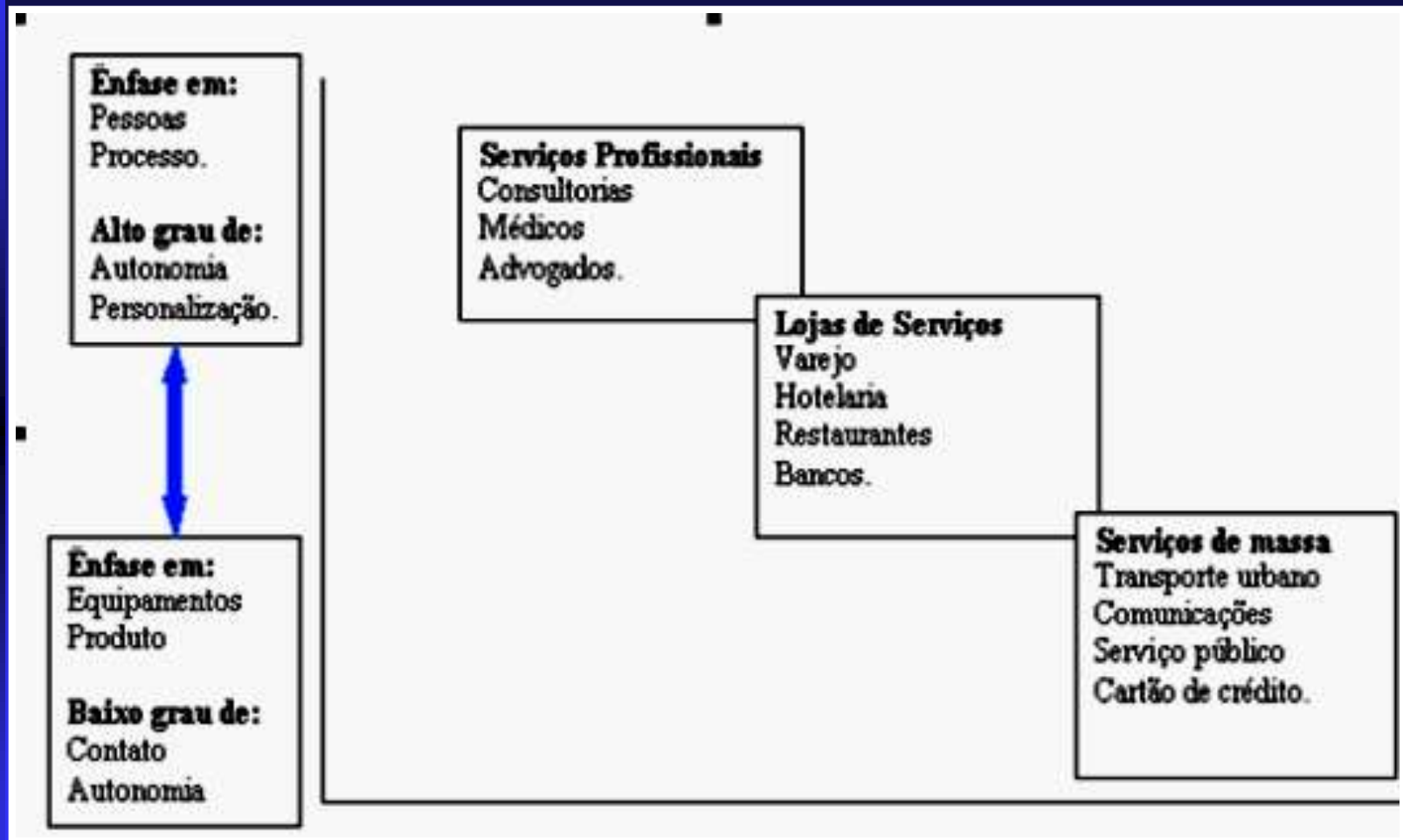
CAP. II

Levitt (1981) – Todos prestamos serviços

Berry & Parasuraman (1992) – Não existe empresas de fabricação e serviços.

Clientes compram não apenas mercadorias ou serviços mais ambos

CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS



Classificação de processos de serviços (Silvestro, 1992)

CONCEITO DE SERVIÇO

Cap. II

Gianesi & Corrêa (1994) – Não há delimitação entre produção de bens e prestação de serviços

Grönroos (1995) – Não existe consenso sobre classificação de serviços



QUALIDADE EM SERVIÇOS

CAP II



QUALIDADE EM SERVIÇOS

CAP II

Expectativa



Cliente



Pessoal competente



FIDELIDADE

Consistência/
conformidade
Competência
Velocidade de atendimento
Atendimento/atmosfera
Flexibilidade
Credibilidade
Acesso
Tangíveis
Custo

Gianesi & Corrêa (1996)

QUALIDADE EM SERVIÇOS

CAP II

Monteiro (1999) – Identificar, mapear o perfil do cliente

Norman (1993) – Motivar as expectativas do cliente



QUALIDADE EM SERVIÇOS

CAP. II

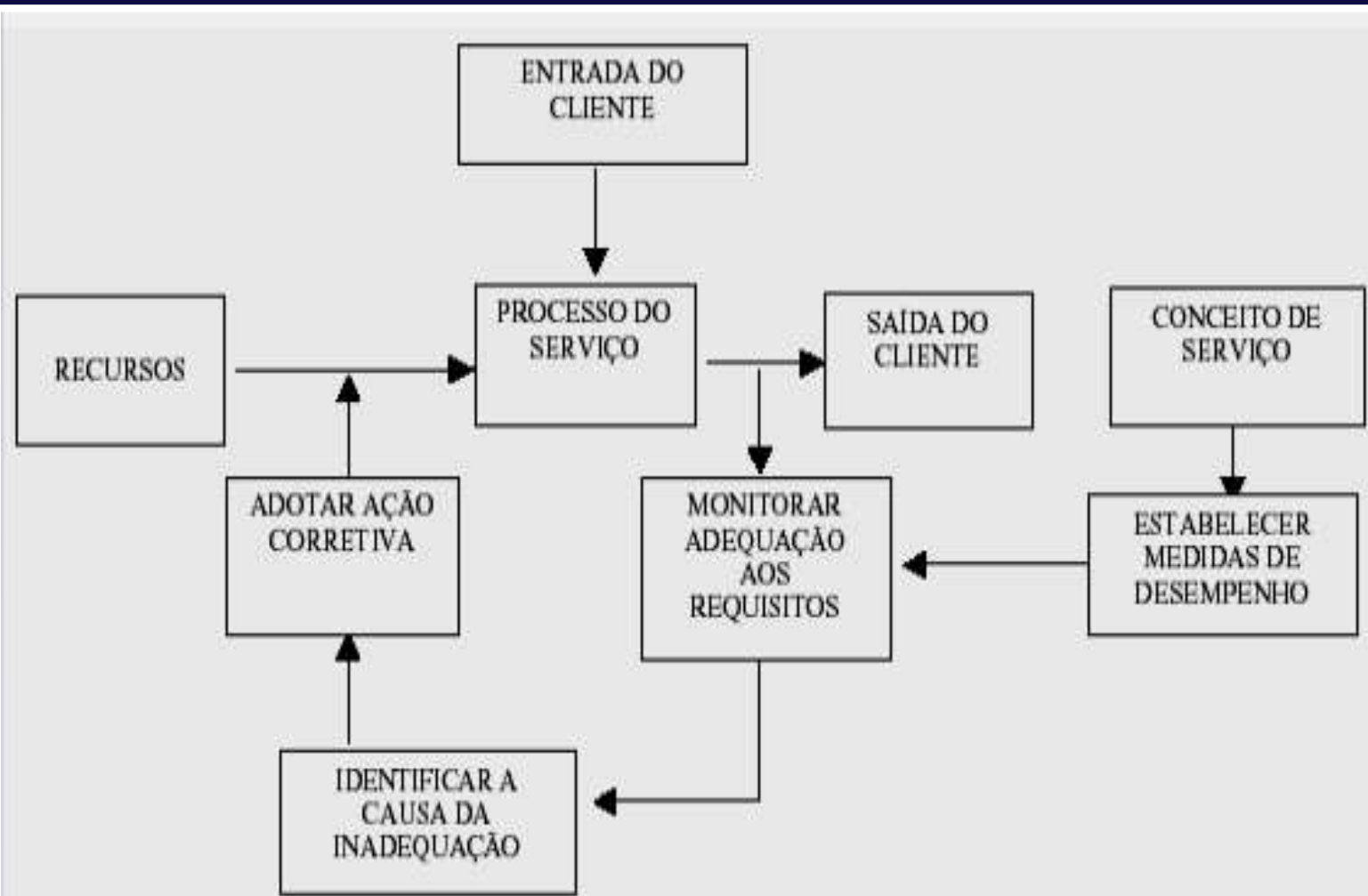
Carlson (1992)

O serviço é um bem indivisível
Não pode ser armazenado
Produção, consumo e uso
simultâneos
Avaliação e resultados é feita
simultaneamente
Serviço altamente dependente
de pessoal

Schyve (2000) - ISO 9000 - Reduzir erros - Padronização

QUALIDADE EM SERVIÇOS

CAP. II



Controle dos processos (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000)

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA: UM FATOR DE QUALIDADE

CAP. II



AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA: UM FATOR DE QUALIDADE

CAP. II

OTIMIZAR PERÍODO
DE INTERNAÇÃO

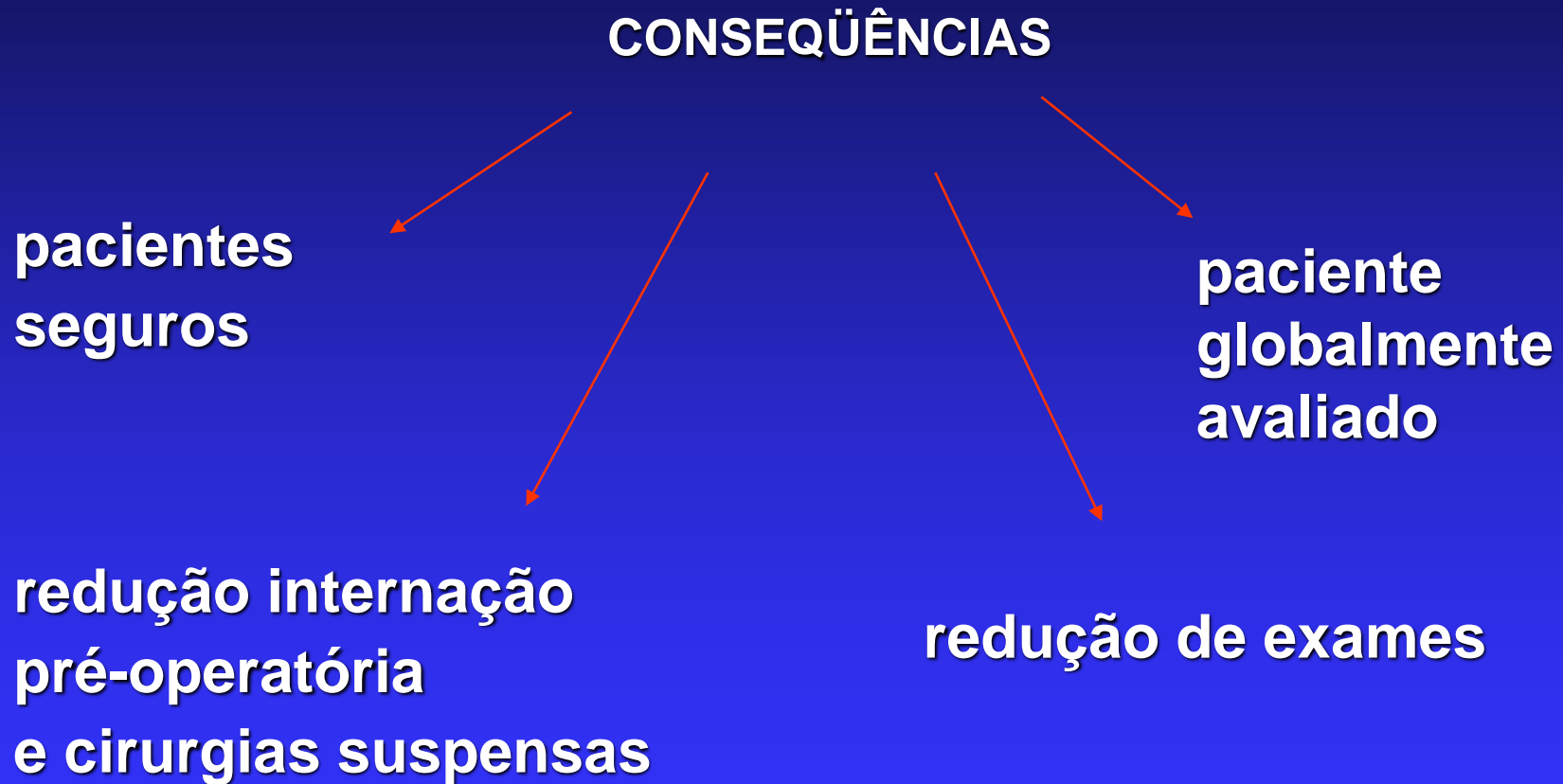


CONSULTÓRIO
DE ANESTESIOLOGIA

Diminuição de latência
Redução suspensão
(cirurgias)
Redução consultas e
exames

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA: UM FATOR DE QUALIDADE

CAP. II



QUALIDADE DE SERVIÇOS

CAP.III

Aspectos Tangíveis	Aparência física de instalações, equipamentos, pessoas e materiais de <u>comunicação</u>
Confiabilidade	Capacidade de prestar o serviço prometido de forma confiável e precisa
<u>Responsividade</u>	Disposição para ajudar o cliente e proporcionar com presteza um serviço
Competência	Habilidades específicas para desempenhar um serviço
Cortesia	Fineza, respeito, consideração e amabilidade no contato <u>pessoal</u>
Credibilidade	Confiança, credibilidade, honestidade e integridade transmitidas pelo prestador do <u>serviço</u>
Segurança	Ausência de risco, perigo ou <u>dúvida</u>
Acesso	Proximidade e facilidade de contato
Comunicação	Manter o cliente informado de forma compreensível, e <u>escutá-lo</u>
Conhecimento do cliente	Esforço para saber e atender suas necessidades

Parasuraman (1985) – Dimensões da qualidade de um serviço

QUALIDADE DE SERVIÇOS E CUIDADO À SAÚDE E AO PACIENTE

CAP.III

Garvin (1990) – Singularidades

- falta de clareza em função do tempo
- dificuldade de avaliar
- ausência de pirâmide de autoridade

QUALIDADE DE SERVIÇOS E CUIDADO À SAÚDE E AO PACIENTE

CAP.III

Donabedian (1980) – Domínios

- técnico
- interpessoal

Clark (2001) – Escolas de medicina nos EUA

- habilidades de comunicação


SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR E QUALIDADE PERCEBIDA

CAP III



SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR E QUALIDADE PERCEBIDA

CAP III

AVALIAÇÃO CONSTANTE
DA SATISFAÇÃO  EXCELENTE BENEFÍCIO



REALIMENTAR E CONTROLAR

QUALIDADE PERCEBIDA  JULGAMENTO DO
CONSUMIDOR

SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR E QUALIDADE PERCEBIDA

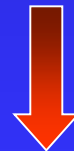
CAP III

Cronin & Taylor (1992) **diferença** “*PERFORMANCE*
menos
EXPECTATIVAS”

AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE



RESULTADOS ADEQUADOS



MENSURAÇÃO DO CONSTRUTO



SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR E QUALIDADE PERCEBIDA

CAP III

- Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988)

QUALIDADE PERCEBIDA → JULGAMENTO GLOBAL

- Fornell (1992)

SATISFAÇÃO GLOBAL → SOMATÓRIO

TRANSAÇÕES



MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

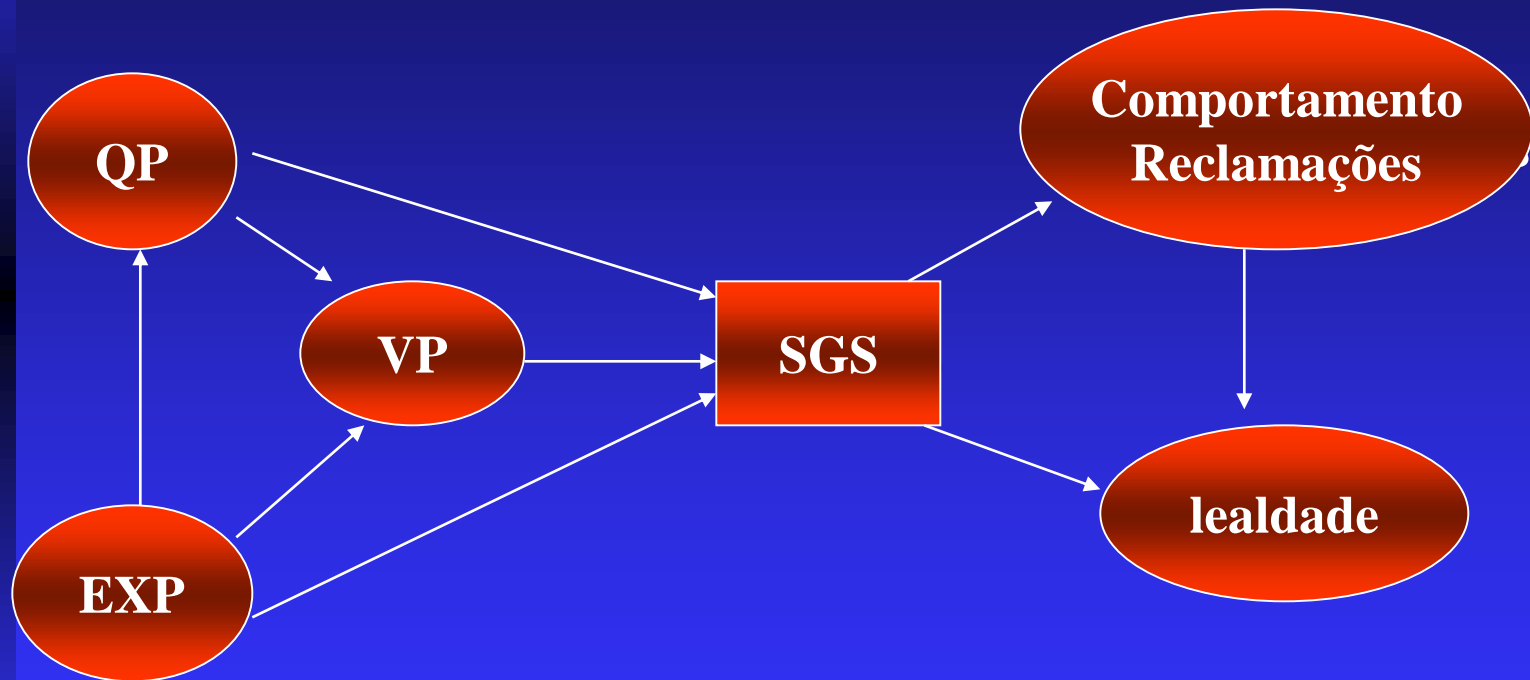
CAP.III

- ✓ PARADIGMA DA DESCONFORMIDADE
 - Relação entre expectativas e *performance*
 - Fundamentados na *performance* percebida
 - Apoiados na *performance* ponderada pela importância
 - Relação entre nível mínimo aceitável, nível desejado e *performance*

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

CAP. III

- ✓ MULTIPLICIDADE DE INDICADORES DA SATISFAÇÃO
- ✓ MÉTODOS DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS



MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

CAP. III

ANÁLISE COMPARATIVA

PARADIGMA DA DESCONFORMIDADE

- Resultados **atrelados** (Mercado)
- Facilidade no **entendimento** dos itens
- Problemas operacionais (Região)
- **Tempo longo** de aplicação
- **Multicolinearidade** (Diferença entre expectativas e *Performance*)

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

CAP. III

ANÁLISE COMPARATIVA

MULTIPLICIDADE DE ITENS

- Oferece **visão ampla**
- **Indicadores** não podem ser **incorporados**
- Escala **não avalia particularidades** de sua operação

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

CAP.III

MÉTODOS DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

- Permite a **sumarização** em indicadores de satisfação
- Soluciona problema de **arbitrariedade**
- **Explicação dos construtos** dependentes (variáveis endógenas) sobre os independentes (variáveis exógenas)
- Permite **avaliação do erro global** do modelo
- Oferece **dificuldades** de manipulação estatística

COMBINAÇÃO DE
MODELOS

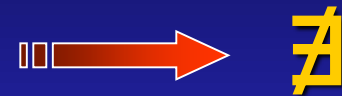


VANTAGENS QUE CADA
UM PODE OFERECER

ESCALAS DE MEDIÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

CAP.III

ESCALA IDEAL



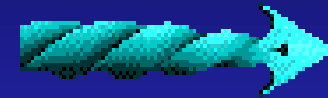
O que importa?

ESCALA
APROPRIADA

Analisar propósitos
Estimular compreensão
Conceber sistema de
avaliação

GESTÃO DE PROCESSOS DO SERVIÇO MÉDICO

CAP.III



Necessidades
Satisfação dos clientes
Norma e especificação
Preço competitivo
Lucro

PROCESSO

CONCEITOS DE PROCESSO

CAP. III

- **Conjunto de transformações que agrega valor**

ISO 9000-1

- **Conjunto de atividades similares**

Moura (1997)

- **Reunião de tarefas para alcançar certos resultados**

Hammel (1998)

CONCEITO DE PROCESSO

CAP. III



Braga (1999)

QUALIDADE

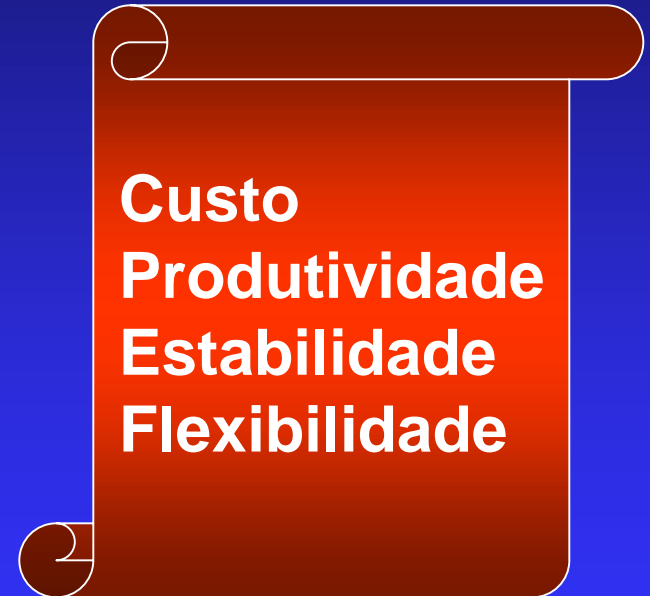
CAP.III

GESTÃO



(NÍVEIS)

PROCESSO



(ASPECTOS)

DESEMPENHO DA CLÍNICA

CAP. III



MEIOS DE CONTROLE

CAP. III



PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRÉ-ANESTÉSICOS

CAP.IV

- Intervalos:
 - 0-2
 - 2-4
 - 4-6
 - 6-8
 - 8-10
- Satisfação:
 - Totalmente Insatisfeito
 - Insatisfeito
 - Neutro
 - Satisfeito
 - Totalmente Satisfeito

ESCALA ANÁLOGO-VISUAL

CAP.IV

ANTERIOR



PACIENTE

POSTERIOR

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

EXAMINADOR



Pesquisar ...

OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP.IV

1- Dimensões Estudadas

- ✓ **Tangíveis**
- ✓ **Confiabilidade**
- ✓ **Atendimento**
- ✓ **Cortesia**
- ✓ **Credibilidade**
- ✓ **Segurança**
- ✓ **Acesso**
- ✓ **Comunicação**
- ✓ **Conhecimento**

OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

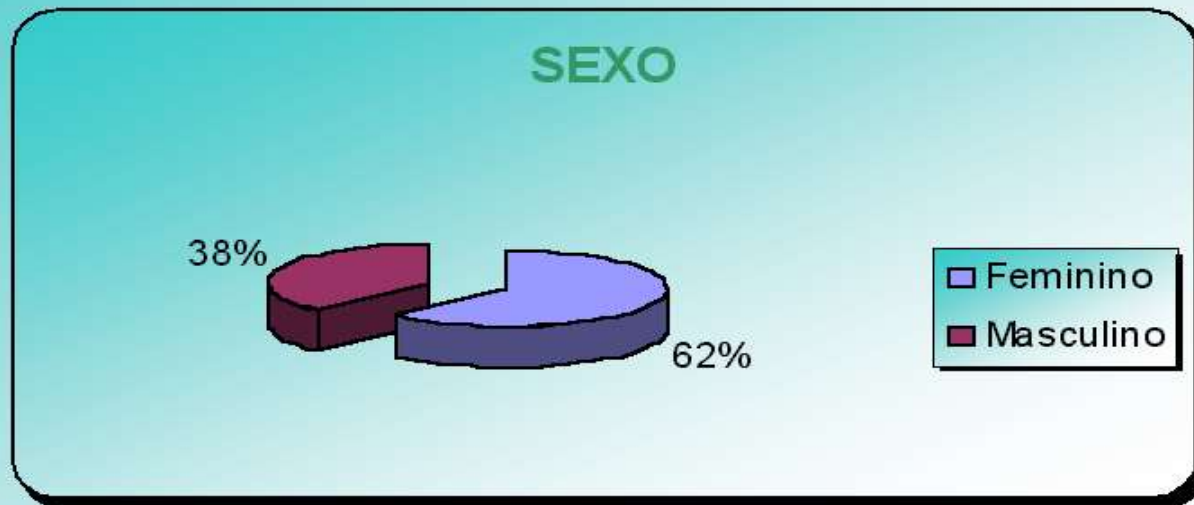
2- Variáveis

- ✓ **Sexo**
- ✓ **Raça**
- ✓ **Estado Civil**
- ✓ **Pacientes**
- ✓ **Religião**

OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

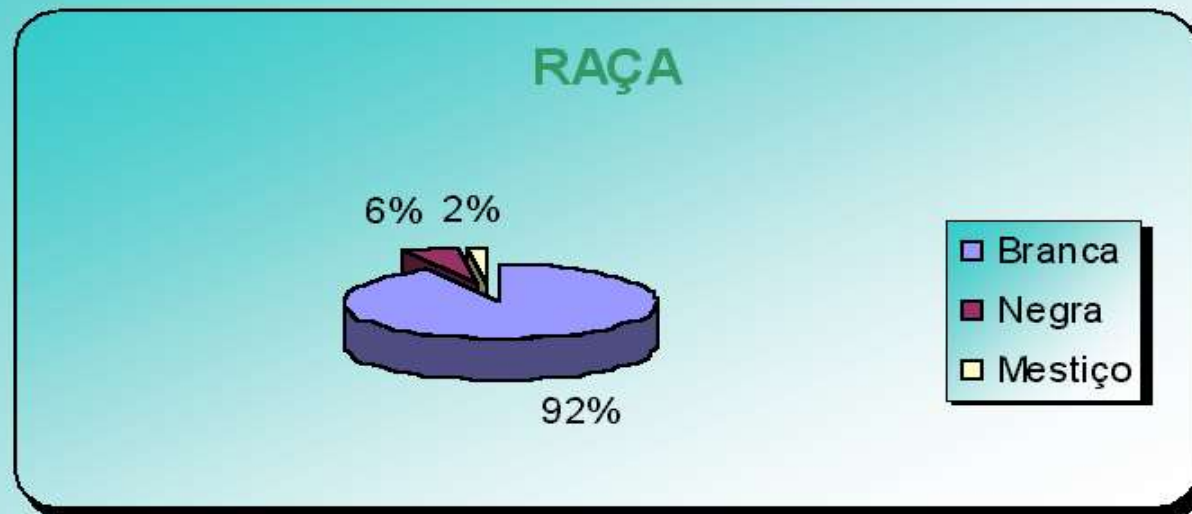
SEXO	
Feminino	Masculino
31	19



OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

RAÇA		
Branca	Negra	Mestiço
46	3	1



OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

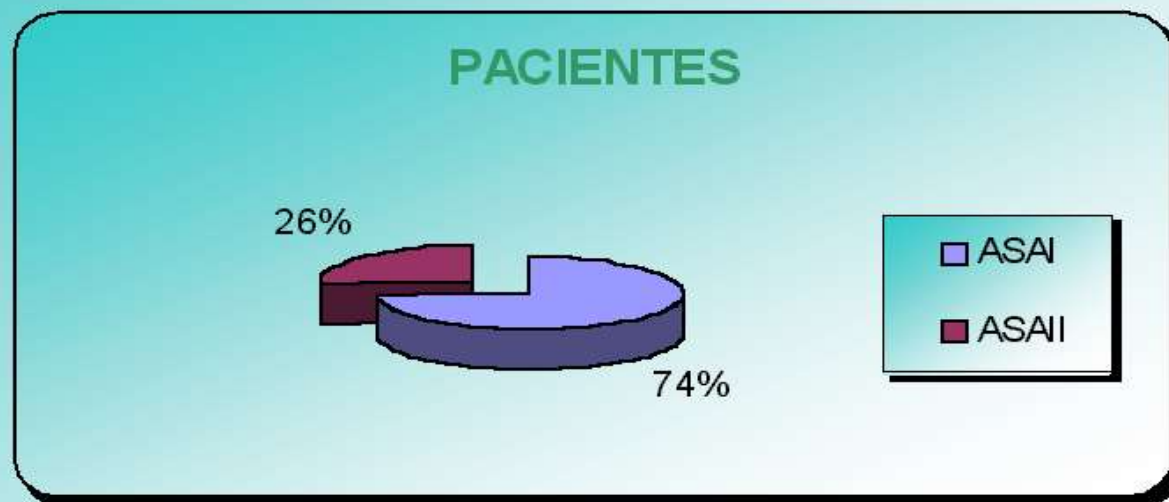
ESTADO CIVIL		
Casada	Solteira	Viúva
37	11	2



OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

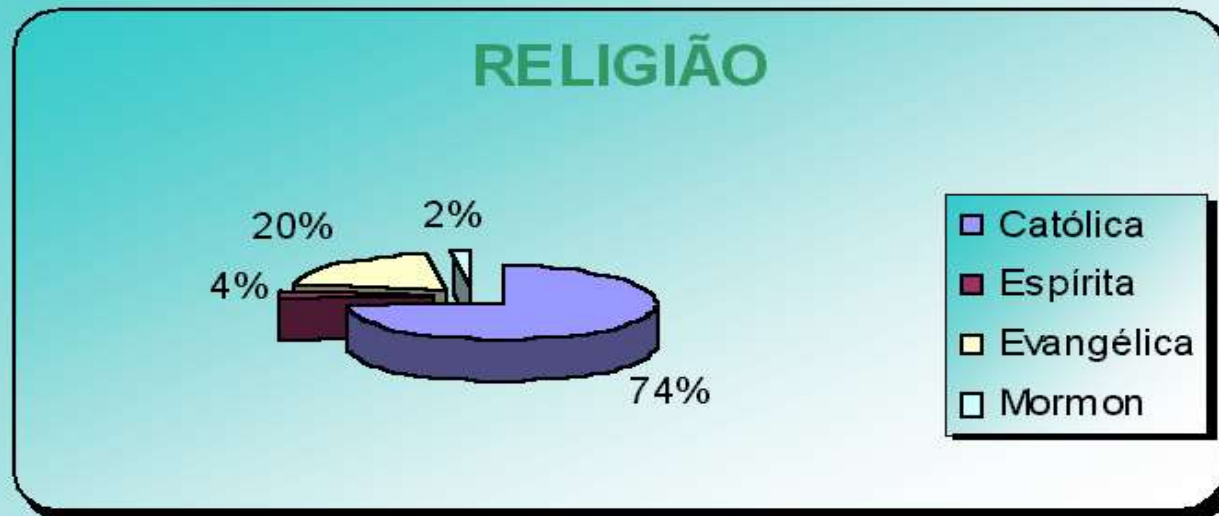
PACIENTES	
ASAI	ASAI
37	13



OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

RELIGIÃO			
Católica	Espírita	Evangélica	Mormon
37	2	10	1



OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

OPINIÃO DOS PACIENTES		%
Satisfeitos	968	97%
Neutros	18	2%
Insatisfeitos	14	1%



OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

$$EGSC = \frac{\sum_{j=1}^{Nd} \frac{\sum_{i=1}^{Nj} (P_{ij})}{Nj}}{Nd}$$

P_{ij} = média da performance percebida dos casos válidos do item i na dimensão j .

N_j = números de itens da dimensão.

N_d = número de dimensões.

ESCG = 9,622

OBSERVAÇÃO E COLETA DE DADOS

CAP. IV

ITENS

(Q1-Q2-Q3-Q4)

(Q5-Q6-Q7)

(Q8-Q9-Q10)

(Q11-Q12)

(Q13)

(Q14-Q15-Q16)

(Q17)

(Q18-Q19)

(Q20)

DIMENSÕES

Tangíveis

Confiabilidade

Atendimento

Cortesia

Credibilidade

Segurança

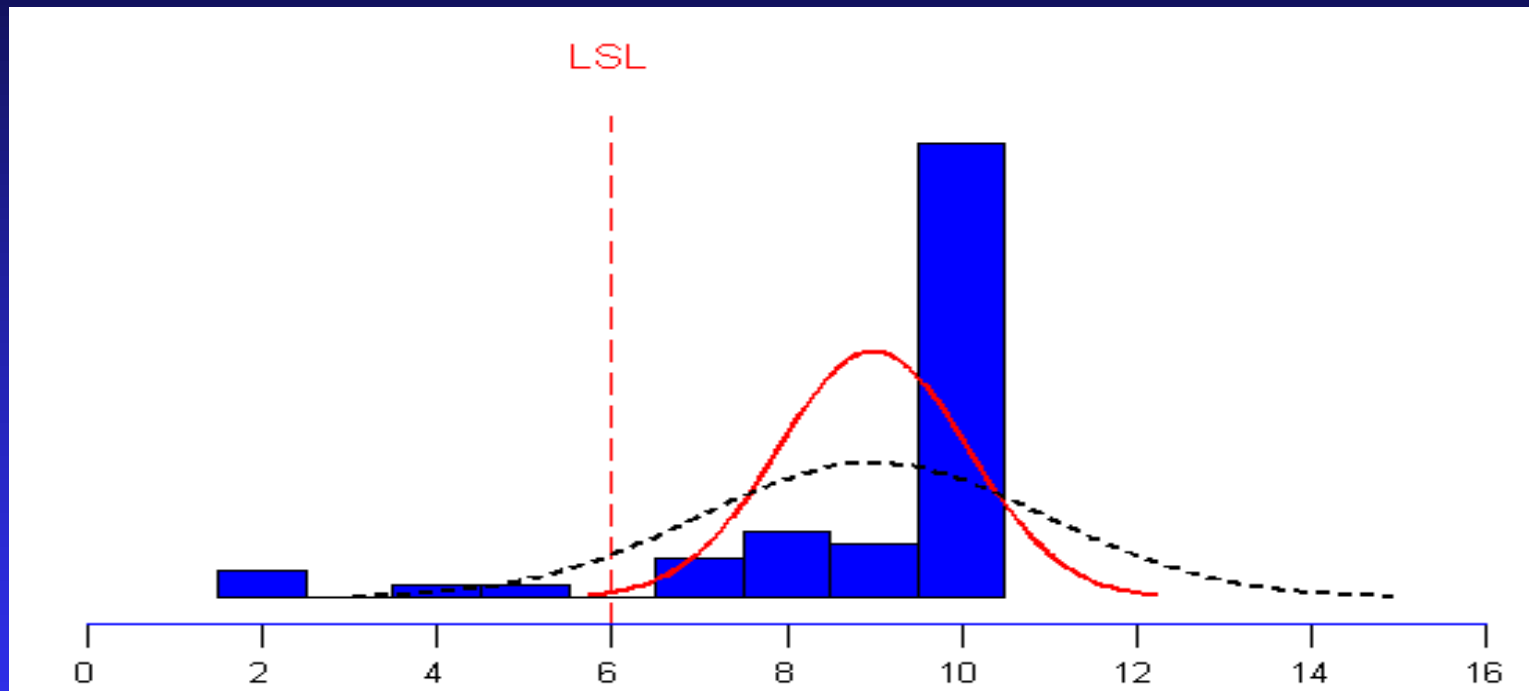
Acesso

Comunicação

Conhecimento do cliente

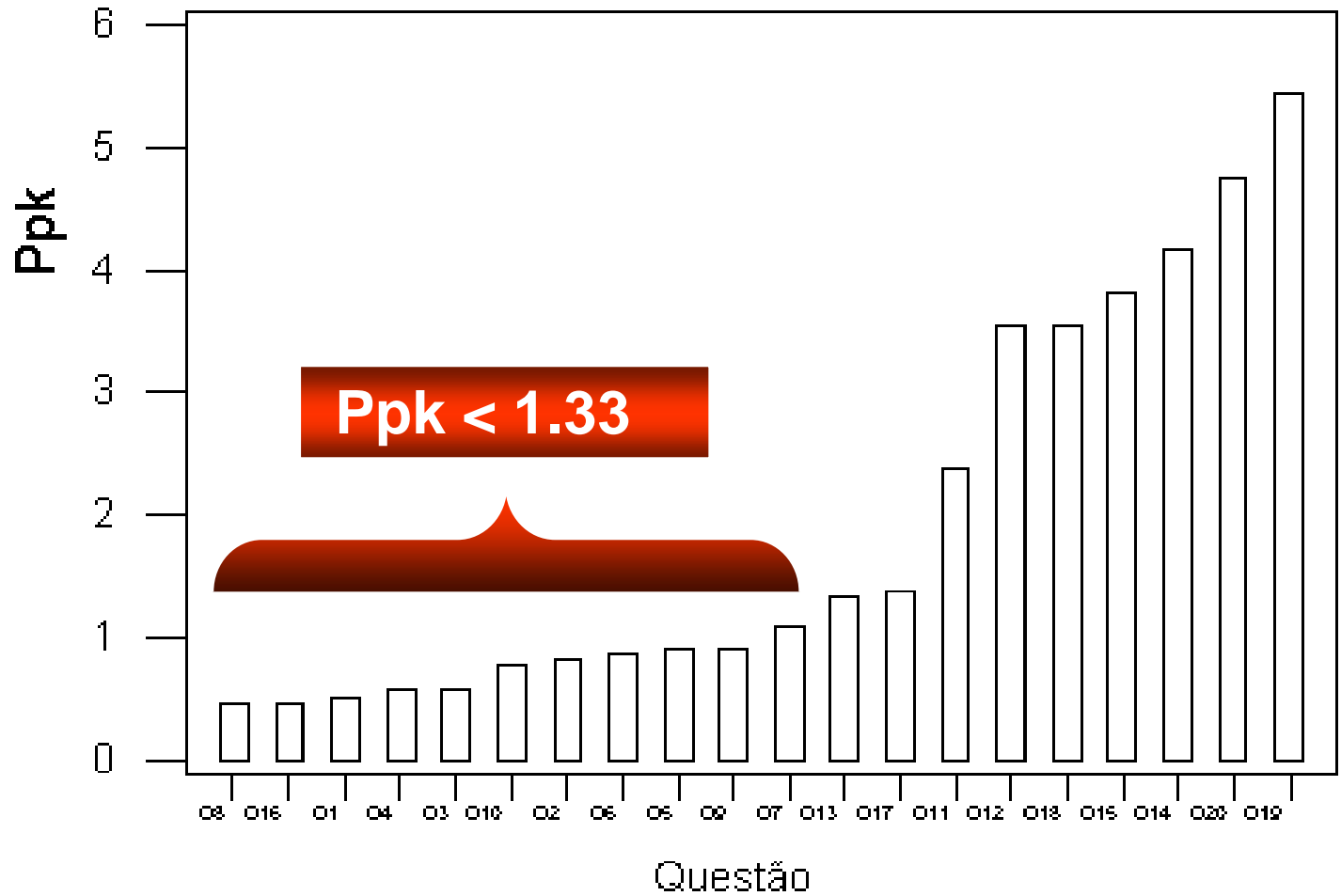
ANÁLISE DE CAPABILIDADE

CAP. IV



**Análise da capacidade de Q1
(Aparência física do consultório)**

ANÁLISE DE CAPABILIDADE



CAPABILIDADE

CAP.IV

Q8-Q16-Q1-Q4-Q3-Q10-Q2-Q6-Q5-Q9-Q7



$Ppk < 1.33$

Q13-Q17-Q11-Q12-Q18-Q15-Q14-Q20-Q19



$Ppk > 1.33$

CONCLUSÕES

CAP.V



SUGESTÕES

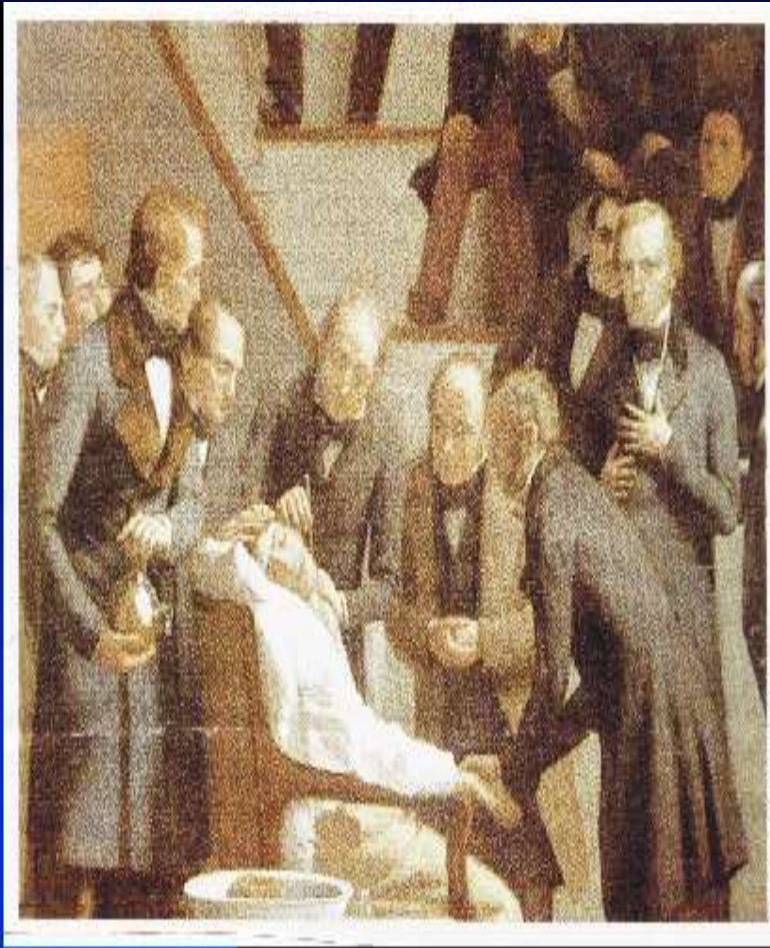
CAP. V

MODELO  **OUTRAS ESPECIALIDADES
MÉDICAS**

OUTLIERS  **SUGESTÕES**  **MAIOR
IMPACTO**

SOFTWARE  **AUTOAVALIAÇÃO**

ENDOMARKETING  **RESULTADOS**





Nele você confia até de olhos fechados.

Antes de uma cirurgia,
consulte seu Anestesiologista

Uma mensagem

Sociedade Brasileira
de Anestesiologia