

# MÉDICOS, ADMINISTRADORES HOSPITALARES E OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE NO MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR: PERCEPÇÕES DE QUALIDADE NO ATENDIMENTO AO CLIENTE

Paulo Burlamaqui

Mauricio Fogaça

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC-RS

## RESUMO

O objetivo desse trabalho foi o de analisar as diferenças de percepção entre médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares no mercado de saúde suplementar, sobre atributos que determinariam a qualidade sob o ponto de vista dos clientes. A realidade, apresentada nos referenciais teóricos, indica que clientes e prestadores de serviços têm hiatos de percepção entre si e que o contexto conflitante marcado por individualismo, prevalência de foco financeiro e oportunismo no mercado de saúde suplementar, trariam discordância no modo de perceber aquilo que é importante para os clientes por esses prestadores de serviços. O trabalho divide-se em uma fase qualitativa e outra quantitativa, onde foi realizado uma *survey* com 150 respostas válidas. Objetivando identificar os atributos de clientes, foi utilizada a escala SERVQUAL. As cinco dimensões da qualidade de serviços consideradas foram: aspectos tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. Os resultados apontam que existem diferenças significativas no modo como médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras avaliam a importância dos atributos ou dimensões de qualidade para clientes de serviços de saúde.

**Palavras-Chave:** Qualidade dos Fornecedores de Serviços em Planos de Saúde Suplementar.

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil contamos com uma complexa modelagem compondo serviços, políticas e recursos públicos e privados para a atenção à saúde da população, definidos pela Constituição Federal, que estabelece regras basilares para a exploração de atividades por entes privados, que compõem o mercado de saúde suplementar (operadoras de planos de saúde, hospitais, médicos, etc.).

As pessoas que utilizam o sistema público de saúde, atualmente têm buscado, através de pressões políticas e do controle social, melhorar a qualidade dos serviços prestados por instituições ligadas a esse sistema, cuja análise não será realizada no presente estudo. Já no segmento privado, que ainda está em organização, além da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, os clientes exercem ainda mais sua busca por melhores serviços, vez que assumem o ônus de pagar por um plano de saúde. Os foros buscados pelos clientes de planos de saúde para discussão de pleitos não atendidos têm sido, além da própria ANS, as Delegacias de Defesa do Consumidor (DECON's), os Juizados Especiais Cíveis (JEC's) e até mesmo a Justiça Comum, prova que mesmo diante de uma legislação específica para o segmento, ainda são muitas as lacunas existentes entre os anseios dos clientes e aquilo que lhes é oferecido pelas operadoras de planos de saúde e seus prestadores de serviços, principalmente médicos e hospitais (ALCOFORADO, 2003).

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

efetua avaliação dos serviços credenciados (MARTELOTTE, 2003) e há nesse mercado forte presença de oportunismo (ANDREAZZI, 2003).

De outro lado, os participantes do mercado de saúde suplementar – excetuando-se os clientes – têm atualmente seu relacionamento centrado basicamente em questões financeiras (MARTELOTTE, 2003), não estando claros os mecanismos utilizados pelos mesmos para garantir melhores serviços e, em última análise, qualidade aos clientes finais, que, em tese pelo ônus adicional em relação aos "clientes" do SUS – Sistema Único de Saúde, deveriam receber serviços com qualidade superior e serviços de maior valor agregado. Conceitualmente, a cadeia de valor é uma ferramenta para identificar maneiras para criar mais valor para os clientes (URDAN, 2001). Mas pelo que pode ser encontrado nos referenciais teóricos através da teoria da desconfirmação (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988), existe a possibilidade de divergirem os profissionais do mercado de saúde suplementar sobre a importância de atributos para clientes, podendo não estar perfeitamente alinhadas as expectativas aos serviços oferecidos.

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

O segmento de saúde suplementar brasileiro conta atualmente com cerca de 40 milhões de clientes, enquanto beneficiários, distribuídos em todo o território nacional, representando 23,5% da população brasileira. Nesse mercado, atuam em torno de duas mil operadoras, dez mil hospitais e trezentos mil médicos, além dos demais prestadores de serviços, como laboratórios, serviços de radiologia, dentre outros (ANS, 2005). Esse segmento em 2004 representou quase 9% PIB, segundo dados do IBGE.

## 4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 O Segmento Saúde Suplementar

O segmento do mercado de saúde privado, também conhecido como saúde suplementar, é composto por operadoras de saúde (planos de saúde) e prestadores de serviços, entre eles, médicos, hospitais, laboratórios, etc. (ALMEIDA, 1998), que juntos oferecem serviços de forma suplementar ao sistema público brasileiro e, em virtude disso, percebem remuneração de seus clientes finais que são as pessoas físicas e jurídicas que contratam os planos de saúde.

No início dos anos 80, havia cerca de 15 milhões de clientes dos planos de saúde, conforme registros da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Federação das Unimed. Esses números revelavam a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde como alternativas assistenciais para os trabalhadores especializados, com atuação mais forte na região sudeste do país. Ainda, esses números propiciaram a organização de sub-redes, fragmentando-se o sistema onde um hospital conveniado, simultaneamente, com o SUS e com inúmeras empresas de assistência suplementar (hoje denominadas operadoras de saúde), podia tornar-se, também, empresa de plano de saúde (ALMEIDA, 1998; BARONE, 2003).

Alcoforado (2003), em sua pesquisa de mestrado, com foco no cliente, aponta em suas conclusões as fragilidades do consumidor de serviços de saúde, sendo essa uma das premissas que o faz delegar ou confiar à operadora a busca pelos melhores prestadores de serviços. Diante de todo esse cenário, fazendo-se um salto direto do contexto de organização estrutural e legal definido a partir de 1998, atualmente a ANS passa a se preocupar com questões mais relacionadas a prestação de serviços propriamente dita, o que motiva sua diretoria, no final de 2004 a lançar o Programa de Qualificação em Saúde Suplementar, cujo foco são as operadoras de plano de saúde, que serão avaliadas através de grupos de indicadores.

## **4.2 Satisfação e Qualidade em Serviços de Saúde**

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

Na maioria das vezes o serviço envolve certa interação entre o fornecedor e o cliente, mas em se tratando de serviços de saúde, pode ser que essa não ocorra sempre ou sob estado de consciência do paciente (ALCOFORADO, 2003). Dessa forma, é provável que o cliente não consiga avaliar plena e adequadamente o serviço realizado, mas pode, no entanto, avaliá-lo com base nas interações que ocorrem em ambas as extremidades do processo de serviço. Em virtude dessa limitação, o cliente de serviços de saúde, delega e confia ao seu plano de saúde – por imposição legal da lei 9656/98 (ANS, 2005) – ou a seu médico – em virtude da relação médico-paciente (ALMEIDA, 1998) – a função de avaliar os demais membros do mercado de saúde suplementar, pois serviços profissionais são extremamente intangíveis e no segmento saúde, em virtude da complexidade das técnicas utilizadas, dificilmente poderiam ser avaliados diretamente pelos clientes ou seus familiares (JACQUES, 2003).

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

Buscando adotar um referencial que tratasse de atributos de qualidade para clientes, como principal balizador desse estudo, utilizou-se a metodologia SERVQUAL (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988), cuja base é a teoria da desconformação, onde o confronto das expectativas com a realidade são os construtos da qualidade percebida. São utilizados alguns referenciais teóricos e outros dados secundários, não sendo realizada nova pesquisa qualitativa ou novo levantamento de dados para confirmação, vez que essa temática já parece ter sido suficientemente abordada e o conjunto de atributos adequados.

## **4.3 A Metodologia SERVQUAL e os Atributos de Qualidade para os Clientes de Serviços de Saúde**

A organização dos atributos importantes para a avaliação da qualidade em serviços feita por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que têm como premissa básica a percepção dos clientes, já foi testada em muitas áreas, inclusive a de saúde, gerando assim os indicadores para a pesquisa quantitativa proposta por esse trabalho. Outra consideração é que mesmo em serviços de saúde, onde existe uma grande variedade de subdivisões de serviços, talvez fosse necessário algum ajuste na escala SERVQUAL. Isso não seria um problema, conforme previsão de seus criadores, a metodologia, embora organizada com um esquema definido, pode ser alterada, visando atender as peculiaridades do tipo de serviço a ser avaliado.

O estudo de Parasuraman, Zeithaml, Berry (1988) permitiu com o uso extenso de *focus group* o estabelecimento de dez dimensões da qualidade de serviços, segundo expectativas dos clientes: confiabilidade, receptividade, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, compreensão e tangibilidade. Essas dez dimensões que foram obtidas em um estudo exploratório representariam os critérios ou atributos que os clientes julgam ser importantes na prestação de serviços de qualidade.

A escala SERVQUAL é composta de duas seções: uma de 22 itens, que registra as expectativas dos clientes de prestadores de serviço e outra, também de 22 itens, que mede as

percepções dos clientes frente aos serviços prestados por essa mesma empresa. Os resultados das duas seções são então comparados, para se chegar às pontuações da lacuna em cada uma das cinco dimensões. Quanto maior a lacuna, “mais distantes são as percepções do cliente em relação às suas expectativas, e mais baixa a avaliação da qualidade do serviço” (PARASURAMAN, ZEITHAML, BERRY, 1988, p. 368).

Para fins desse trabalho é admitida como referência válida para sustentar atributos de clientes as dimensões da qualidade do instrumento SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), que será utilizado como base de comparação entre médicos, administradores de operadoras de planos de saúde e administradores de instituições hospitalares, pois se há *gap* ou hiato entre o que pensam clientes e prestadores de serviços, num segmento como o de saúde suplementar, pode ser que haja divergência entre o que pensam esses três tipos de atores de um mesmo ciclo de serviços ou momentos da verdade, que começa na venda ou adesão do cliente a um plano de saúde e perpassa pelo atendimento prestado por médicos, dentro ou fora de hospitais. Adiciona-se isso ao que dizem diversos autores sobre a pouca preocupação com qualidade em serviços de saúde (ALMEIDA, 1998) e oportunismo no mercado de saúde suplementar (ANDREAZZI, 2003), além de outras características de relacionamento deficitário entre médicos, administradores hospitalares e de planos de saúde e se obtém as condições para que sejam lançadas as duas hipóteses dessa pesquisa:

H1: Existe diferença significativa de percepção entre médicos, administradores de operadoras e administradores hospitalares sobre a importância de atributos que determinam a qualidade dos serviços para os clientes;

H2: A diferença de percepção pode ser notada pelos três atores desse segmento de forma direta (sobre si mesmos) e indireta (o que os outros pensam).

## 5 METODOLOGIA

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

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

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

Na escala original (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988), são os clientes que atribuem notas ou conceitos para suas expectativas e posteriormente para suas percepções. No presente estudo, como o objetivo era verificar que importância dão médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras para os atributos definidores da qualidade para clientes, foram os três tipos de respondentes que manifestaram suas percepções sobre cada um dos itens do formulário.

O formulário para coleta de dados foi validado junto a professores do MAN – Mestrado de Administração e Negócios da PUCRS e logo após foi realizado pré-teste com dez representantes do público alvo (médicos e gerentes de hospitais e de operadoras de planos de saúde). Nesse período, aqueles que responderam e avaliaram o formulário, sugeriram agrupar as 22 questões do formulário em 20 em função da dificuldade de os respondentes diferenciarem duas questões muito parecidas, sendo uma nos atributos tangíveis do instrumento SERVQUAL e outra no grupo de itens atenção.

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

Quadro 1. Entidades que participaram através dos *sites* disponibilizados.

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

Fonte: Cadastro das Entidades Associativas, 2005.

A base de dados estava em uma *home page*, hospedada no *site* da PUCRS que foi concluída em 22/12/2005, quando foram repassados os primeiros *e-mails* indicando o endereço eletrônico para preenchimento do questionário.

## 5 Resultados

O número total de respondentes foi de 164, sendo que destes foram considerados válidos 150 questionários, sendo 46 de médicos, 37 de administradores de hospitais e 67 de administradores de operadoras. Em virtude da amostragem por conveniência, ficou evidente que nos estados onde os pesquisadores tinham apoiadores, o número de respondentes foi maior (50 % do RS; 50 % de outros 9 estados).

A média dos escores dos três grupos quando da mensuração direta (ou auto-avaliação) sobre a opinião dos clientes foram comparadas mediante teste de análise de variância de um fator, utilizando-se o *software* SPSS versão 7.0. A hipótese de nulidade afirma que não existem diferenças entre as médias dos grupos e a hipótese alternativa afirma que existe diferença entre as médias. Contudo, caso a hipótese alternativa fosse aceita, a ANOVA não indicaria quais médias são diferentes entre si, apenas que existe diferença entre elas. Para avaliar entre quais grupos existiam diferenças foi necessário aplicar um teste *post hoc* para tal fim. Optou-se pelo teste de *tukey*.

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

Os resultados da avaliação direta dos três grupos pesquisados indicam, em geral, que os administradores de hospitais acreditam, quando comparados aos médicos e administradoras de operadoras, que os clientes dão maior importância às questões tangíveis do atendimento bem como a atenção dedicada a eles clientes ( $p < 0,01$ ). Os administradores hospitalares também

percebem que os clientes se importam mais com a confiança ( $p<0,05$ ) e a empatia transmitida ( $p<0,01$ ), quando comparada à opinião dos médicos.

Tabela 1. Resultado da avaliação direta conforme opinião de Médicos, Administradores Hospitalares e Administradores de Operadoras (Porto Alegre, 2006).

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

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

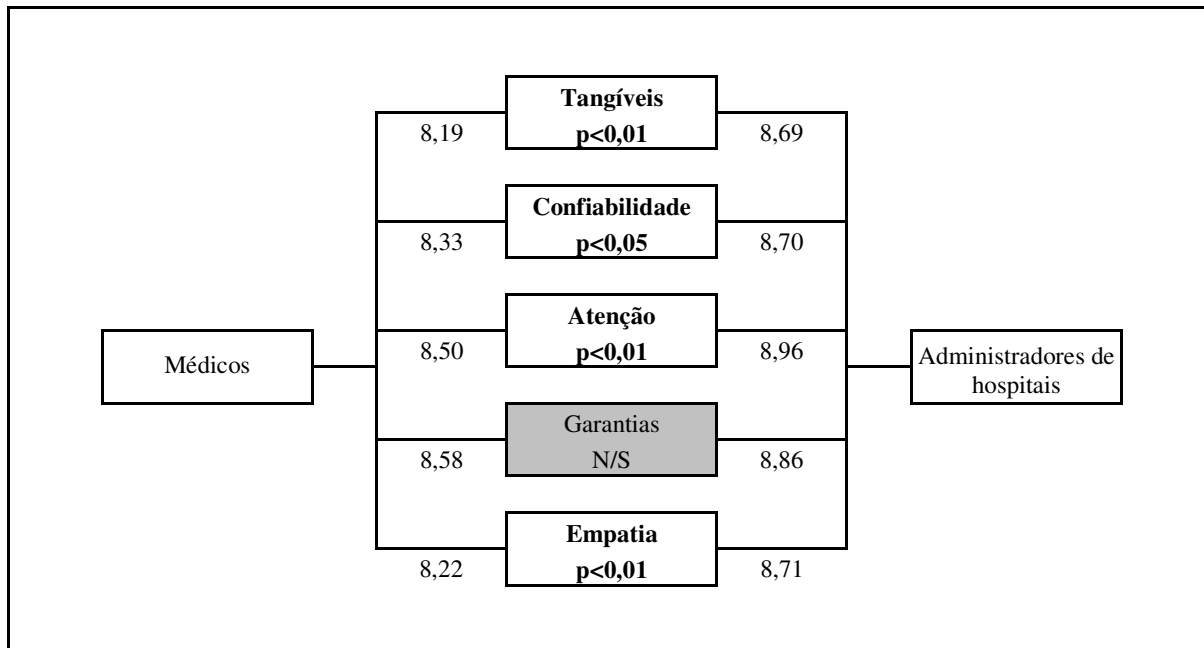
\*\* Letras diferentes nas linhas indicam significância estatística. Letras minúsculas indicam  $p<0,05$  e letras maiúsculas indicam  $p<0,01$

Fonte: Coleta de Dados (SPSS versão 7.0)

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

Para facilitar o entendimento dos resultados da avaliação direta (ou auto-avaliação), são apresentados a seguir as figuras 1, 2 e 3 que indicam a comparação das médias obtidas em cada uma das dimensões, sendo respectivamente a primeira entre médicos e administradores hospitalares, a segunda entre médicos e administradores de operadoras e a terceira entre administradores de operadoras e administradores de hospitais.

Figura 1: Comparação da avaliação direta entre médicos e administradores hospitalares

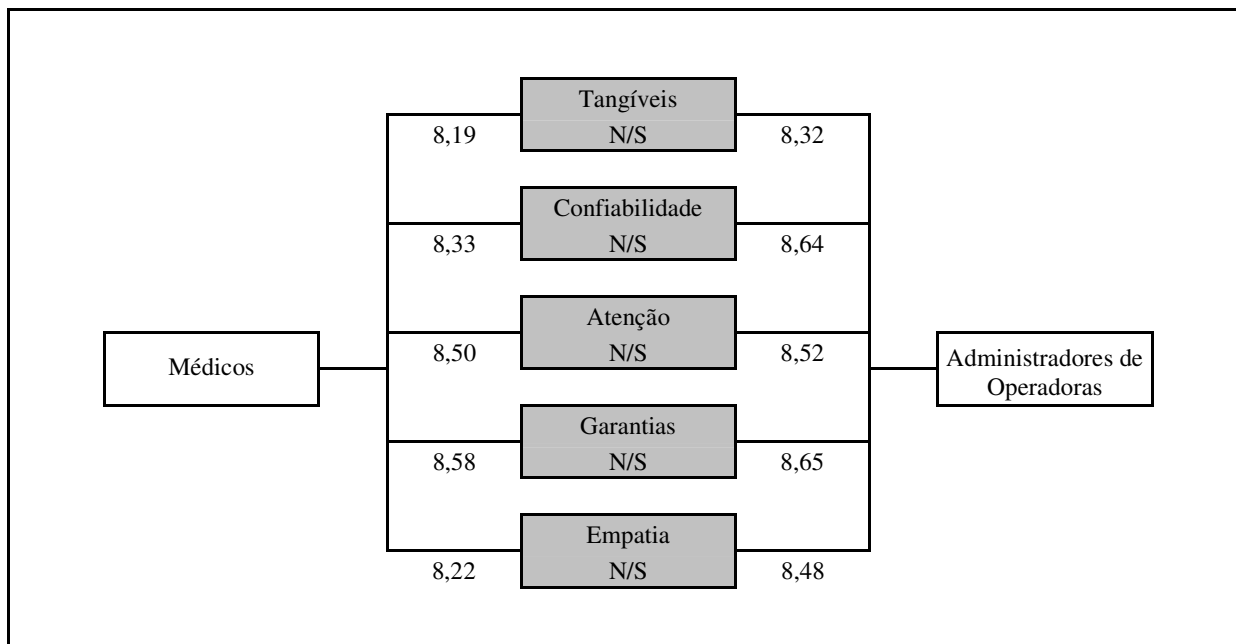


Fonte: Os autores

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

Os resultados apresentados na figura 1 demonstram que existem diferenças significativas entre médicos e administradores de hospitais para as dimensões tangíveis, confiabilidade, atenção/presteza e empatia. Na dimensão garantias, as diferenças não são significantes estatisticamente, o que leva a crer que esse é um ponto de convergência entre médicos e administradores hospitalares. Nas cinco dimensões avaliadas, os administradores hospitalares atribuíram a si próprios escores médios maiores que os atribuídos pelos médicos também na auto-avaliação, sendo que destas, quatro apresentam diferenças estatisticamente significativas. Ou seja, nessa primeira comparação que trata da avaliação direta, administradores hospitalares dão maior importância aos atributos de clientes do que os médicos.

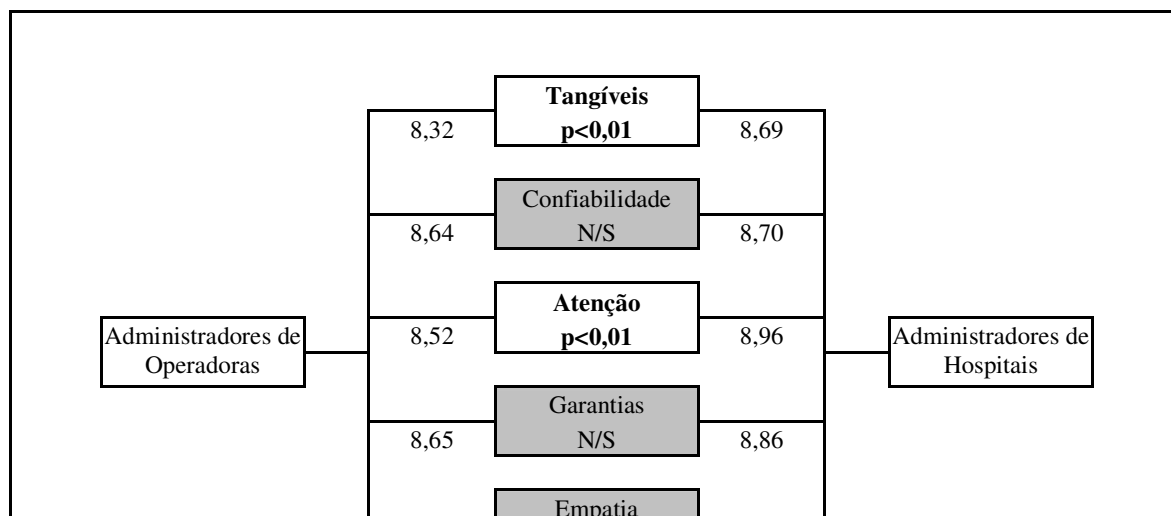
Figura 2: Comparação da avaliação direta entre médicos e administradores de operadoras



Fonte: Os Autores

Os resultados acima mostram que não existe diferença significativa no modo como médicos e administradores de operadoras avaliam as cinco dimensões. Os administradores de operadoras atribuíram a si próprios escores médios maiores que os atribuídos pelos médicos, também na auto-avaliação. Assim como os administradores de hospitais, os de operadoras dão maior importância aos atributos de clientes do que os médicos, muito embora não exista significância estatística no modo de pensar sobre os atributos de clientes ou dimensões da qualidade entre os dois tipos de respondentes, conforme resultados na figura 3.

Figura 3: Comparação da avaliação direta entre administradores de operadoras e administradores hospitalares





Fonte: Os Autores

Os resultados apresentados na figura 3 demonstram que existe diferença no modo de pensar sobre atributos importantes para clientes em apenas duas, das cinco dimensões da qualidade, quando se faz a comparação entre administradores de operadoras e administradores hospitalares. As dimensões onde foram constatadas diferenças são tangíveis e atenção/presteza, onde ambos tem sua maior valorização dada pelos administradores hospitalares. Nas cinco dimensões, os administradores hospitalares atribuem a si próprios escores maiores que os administradores de operadoras.

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

O quadro 2 coloca as cinco dimensões da qualidade em serviços da SERVQUAL em ordem de importância, conforme apresentado a seguir:

Quadro 2: Ordem de Importância das Dimensões

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

Fonte: Os Autores

A ordem de importância apresentada no quadro acima, onde três das cinco dimensões apresentam a mesma ordenação para médicos e administradores de operadoras (em primeiro garantias, em quarto a empatia e em quinto os itens tangíveis) demonstraram que existe maior proximidade na percepção entre esses dois tipos de respondentes. Para esse resultado não foram encontrados argumentos na sustentação teórica e pode ser umas das contribuições do presente trabalho. A primeira dimensão da qualidade atribuída por médicos e administradores de operadoras refere-se ao conhecimento e polidez dos profissionais e à sua habilidade em inspirar confiança ao cliente, o que leva a crer que esses dois tipos de respondentes estão mais preocupados em garantir aos clientes os tratamentos mais adequados, confiáveis e seguros. Já os administradores hospitalares consideraram como primeiro item a atenção/presteza que refere-se ao desejo para ajudar o cliente e prover um serviço imediato, o que talvez possa ser explicado pela característica das instituições hospitalares que lidam com a questão da urgência e da necessidade do pronto atendimento para salvar vidas.

A aplicação da SERVQUAL com os respondentes sendo os profissionais de saúde não é novidade, conforme já levantado no referencial teórico. Outrossim, merece atenção o fato de que em duas outras pesquisas tenham sido encontrados resultados similares, quando avaliada a ordem de importância das dimensões da qualidade. O mesmo repetiu-se nessa pesquisa para os três tipos de respondentes, gerando assim um ponto de convergência. Além disso, os

clientes valorizam fatores relativos as relações interpessoais com prestadores de serviços (URDAN, 2001) do que a aspectos tangíveis (JUNQUEIRA e AUGE, 1995).

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

Tabela 2: Avaliação indireta (como cada respondente vê os demais)

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

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

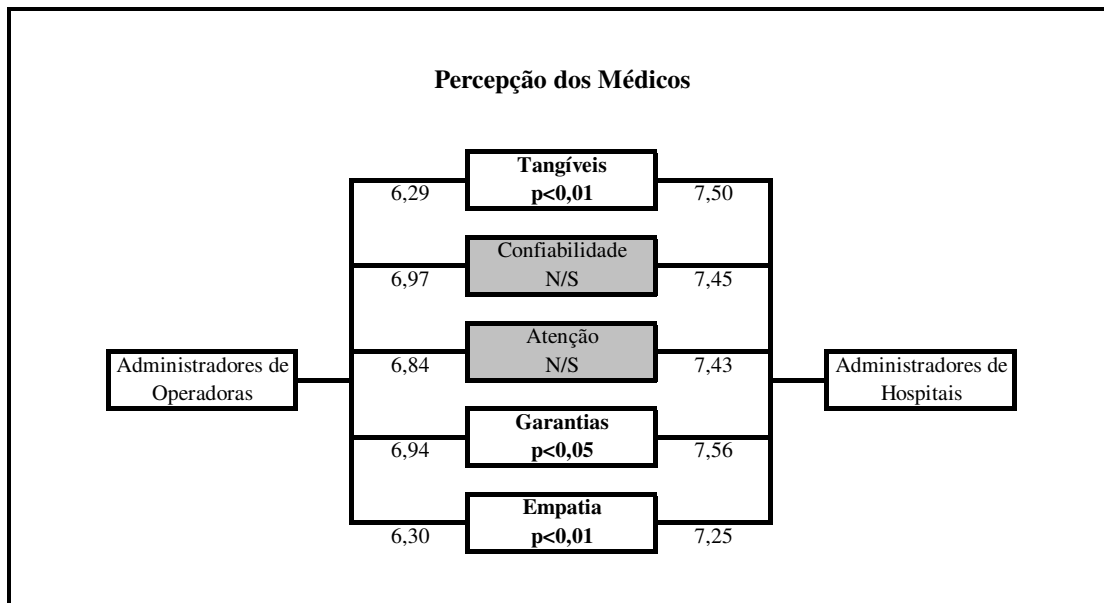
Fonte: Os Autores; Coleta de dados (SPSS versão 7.0).

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

De acordo com essa tabela, pode ser observado no quadro geral de resultados, que foram obtidas 7 das 15 possibilidades de diferenças nas dimensões, enquanto que nos números da avaliação direta, analisados no grupo anterior, haviam sido encontradas 6 das 15 possibilidades de dimensões com diferenças significativas. Isso, de certa forma, leva a crer que as diferenças de percepções são mais percebidas nos outros respondentes do que em si próprios.

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

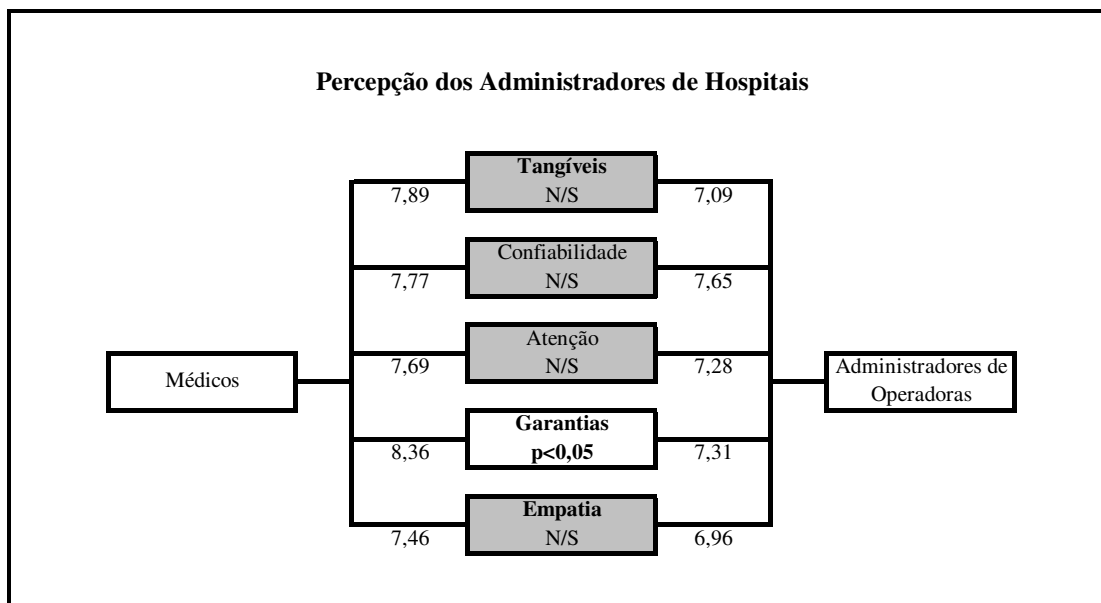
Figura 4: Avaliação indireta por Médicos (como o respondente vê os demais)



Fonte: Coleta de dados

Na mesma lógica da avaliação indireta, foi avaliada a percepção dos administradores hospitalares para os outros dois tipos de respondentes. De maneira contrária aos médicos, os administradores hospitalares em média não atribuíram notas diferentes para médicos e administradores de operadoras, exceto na dimensão garantias ( $p<0,05$ ). Conforme tabela abaixo, são observadas médias superiores para os médicos, contudo em apenas uma categoria foi possível observar diferenças significativas nas médias segundo teste *t de Student* para amostras independentes. Assim, na opinião dos administradores hospitalares sobre as outras duas categorias, os médicos crêem que os clientes se importam mais com as garantias oferecidas em relação a percepção dos administradores de operadoras.

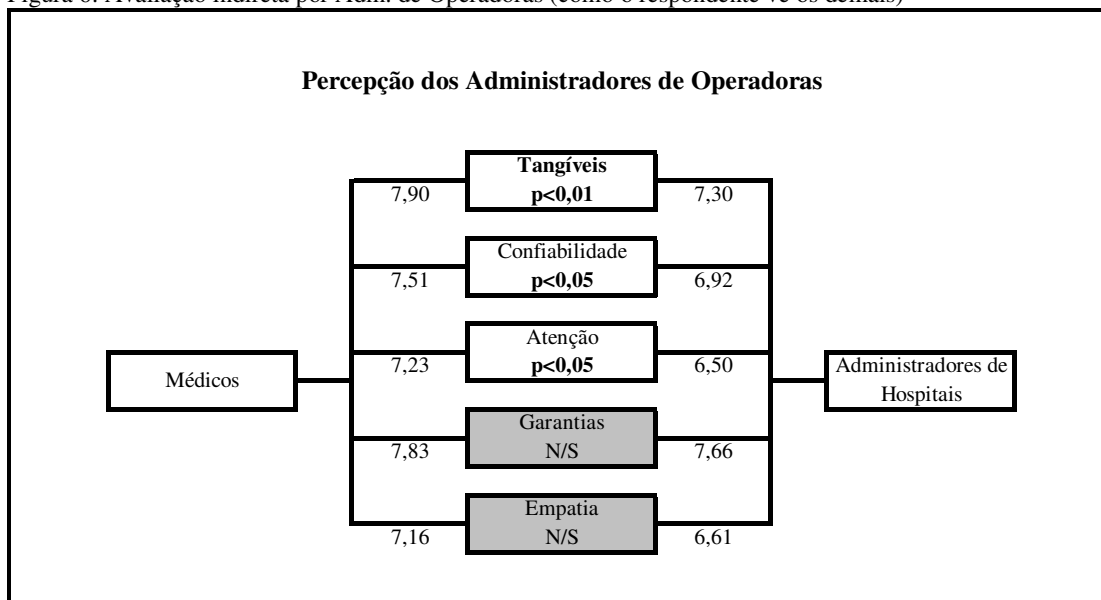
Figura 5: Avaliação indireta por Adm. de Hospitais (como o respondente vê os demais)



Fonte: Coleta de dados

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

Figura 6: Avaliação indireta por Adm. de Operadoras (como o respondente vê os demais)



Fonte: Coleta de dados

Ao comparar os resultados obtidos na auto-avaliação (como cada respondente pensa sobre si) e os da avaliação indireta (como cada respondente pensa sobre os outros), percebe-se que na comparação entre médicos e administradores de operadoras, na auto-avaliação não havia nenhuma dimensão com diferença significativa e na avaliação indireta, feita pelos

administradores hospitalares, apenas na dimensão garantias ( $p < 0,05$ ) foi encontrada diferença significativa e portanto os três tipos de respondentes acreditam que não existem diferenças nas quatro outras dimensões (tangíveis, confiabilidade, atenção e empatia).

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

Por fim, quando são confrontadas as médias atribuídas por administradores de operadoras e administradores hospitalares na auto-avaliação com as de médicos sobre esses dois outros (avaliação indireta), apenas a dimensão tangíveis é considerada diferente pelos três tipos de respondentes. Nota-se que na auto-avaliação foram encontradas diferenças significativas entre administradores de operadoras e administradores hospitalares nas dimensões tangíveis ( $p < 0,01$ ) e atenção ( $p < 0,01$ ) enquanto que nos conceitos atribuídos por médicos as diferenças estariam presentes nas dimensões tangíveis ( $p < 0,01$ ), garantias ( $p < 0,05$ ) e empatia ( $p < 0,01$ ). A figura apresentada a seguir condensa esses resultados comparados entre a auto-avaliação e a avaliação indireta.

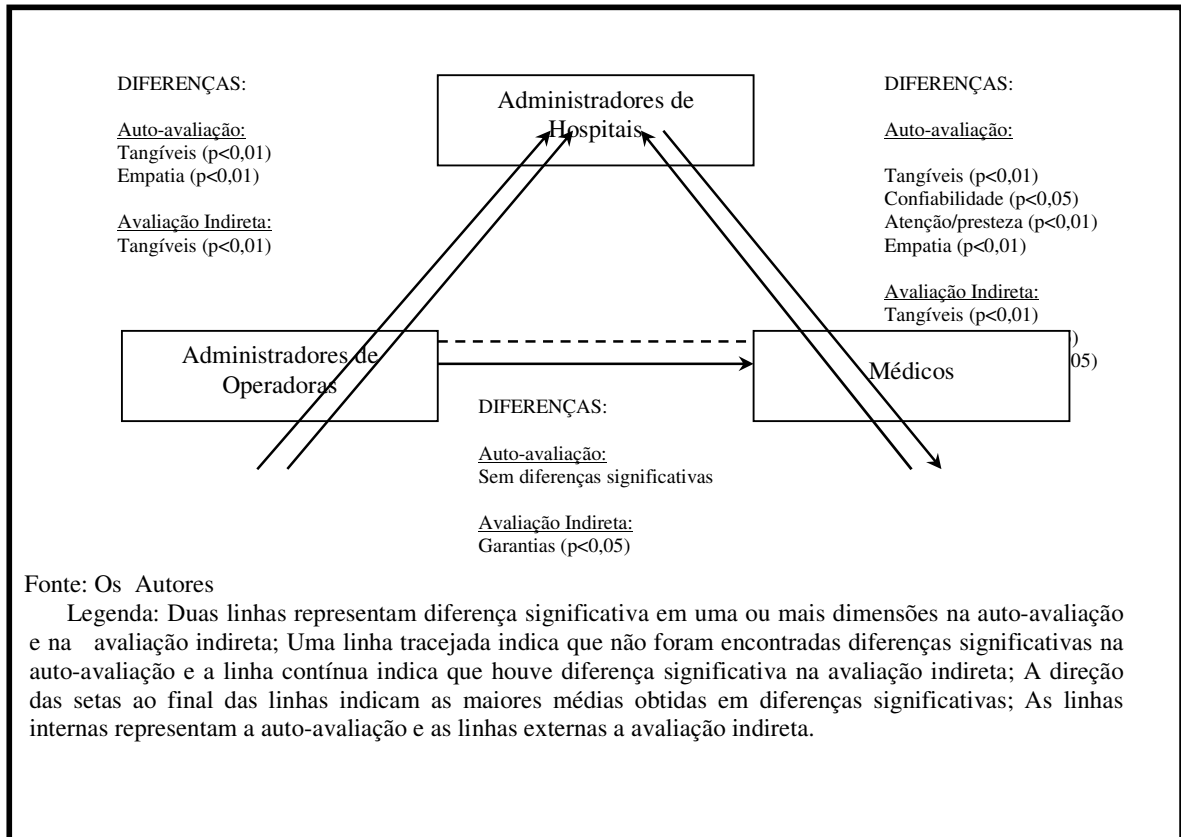
Tabela3: Comparação entre a auto-avaliação e a avaliação indireta

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

Fonte: coleta de dados

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

Figura 7: Diferenças de percepção entre médicos, administradores hospitalares e administradores de operadoras na auto-avaliação e na avaliação indireta.



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

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

## 6 Considerações Finais

Com base nos resultados, pôde ser concluído que existem diferenças de percepção entre médicos, administradores de operadoras e administradores de hospitais com relação a importância dos atributos valorizados pelos clientes, caracterizados nesse trabalho pelas cinco dimensões da qualidade em serviços da escala SERVQUAL. Vale destacar que os três grupos isoladamente valorizam de forma bastante acentuada todos os atributos de clientes.

Outra conclusão importante é que médicos e administradores de operadoras se aproximam no modo de perceber muitas questões (dimensões da qualidade e ordem de

importância das mesmas), enquanto que os administradores de hospitais são vistos por si próprios e pelos demais como aqueles que dão mais importância aos atributos de clientes. Além disso, os administradores hospitalares também consideram que médicos e administradores de operadoras pensam de forma parecida.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALMEIDA, Célia. O mercado privado de assistência à saúde no Brasil: panorama atual e tendências no mercado de saúde suplementar. **IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, n. 599, 1998, 49 p.

ANDREAZZI, Maria de Fátima S. Formas de remuneração de serviços de saúde. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA**. Brasília, DF, 2003, 35 p.

**ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.** [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Site oficial da ANS Acessado em 15/10/2005.

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

JACQUES, Édison. Implantação de unidade intermediária hospitalar através de sistema gerencial estratégico integrado ao *balanced scorecard*. Atibaia, SP: **Anais ENANPAD - ANPAD**, 2003, 17 p.

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

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

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A. e BERRY, L. L.: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**. Greenwich, v. 64, n. 1, Spring 1988, p. 12-40.

QUINTO NETO, Antonio. **Acreditação Hospitalar: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde.** Porto Alegre: Da Casa Editora, 1997.

RAJU, P. S.; LONIAL, S. e GUPTA, Yash. Market orientation and performance in the hospital industry. **Journal of Healthcare Marketing**. v. 15, n. 4, 1995, p. 34-41.

THOMAZ, José Carlos, BRITO, Eliane P. Z. e MOORI, Roberto G. O uso do *vallue shop* na análise da criação de valor em serviços: uma aplicação em serviços médico-hospitalares. Atibaia, SP: **Anais ENANPAD - ANPAD**, 2003, 15 p.

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