

Resumo da Tese

Medição da Percepção da Qualidade de Serviço Estudos em ambiente de prestação de cuidados de saúde

Enquadramento

A problemática da qualidade começa no início do século XX no âmbito da indústria, porém apenas no meio da década de 70 do século passado, se começam as primeiras reflexões sistemáticas de aplicação do conceito de controlo de qualidade aos Serviços. As ferramentas de avaliação de Qualidade em Serviços estão eivadas de imensas limitações conceptuais, instrumentais e aplicativas, fruto da relativa jovialidade da investigação e pouca experiência empírica. As primeiras aplicações generalizadas ficaram muito aquém das expectativas dos gestores, levando ao cancelamento ou reformulação de muitos dos programas empreendidos. Do mesmo modo no contexto científico não há um paradigma que seja globalmente aceite, substituindo-se a ausência do paradigma pela existência de elementos parcelares que funcionam em determinados contextos, e/ou sob determinadas condições. Apesar de todas as limitações há o sentimento generalizado de que o conceito de qualidade é indispensável. Enquanto o paradigma conceptual não estiver disponível, a tendência é para se desenvolverem ferramentas cada vez mais específicas, que sejam capazes de responder às necessidades dos operadores de mercado.

O conceito mais próximo da Qualidade de Serviço é o de Satisfação, muitas vezes ambos são utilizados indiferenciadamente. À semelhança do que sucedeu no ponto anterior, também a Satisfação do Consumidor teve nos últimos trinta anos um percurso semelhante nas suas componentes conceptuais, instrumentais e aplicativas: enormes expectativas dos académicos e gestores, com um generalizado incumprimento dessas expectativas, do qual resulta por exemplo o facto de que quase todas as grandes empresas dos países Ocidentais terem algum grau de preocupação na satisfação do consumidor, mas os diferentes índices caírem de modo consistente. A interpretação do que é “estar satisfeito” está ainda muito longe de uma explicação globalmente aceite, repartindo-se os investigadores entre os que são mais sensíveis aos argumentos ligados

à cogniscência e os que o são à componente emocional. Mau grado o reconhecimento de todas estas limitações, considera-se que também a Satisfação é um constructo de enorme potencialidade, a ponto de se ter tornado um dos indicadores base da economia dos Estados, como o sejam o ACSI nos EUA, e o ECSI na UE27. Do mesmo modo ao nível microeconómico independentemente da génese e estrutura da Satisfação estão demonstradas uma serie de relações entre a sua constatação mensurada e outros elementos económico-financeiros das empresas, tornando-a um elemento preditor da saúde económica das firmas. Tal como já se tinha verificado a propósito da Qualidade de Serviço, existe uma consciência da comunidade dos investigadores de que as ferramentas de medição da Satisfação do Consumidor têm uma enorme falta de qualidade psicométrica, em particular as de aplicação ao nível empresarial.

A ferramenta mais empregue na última década em Qualidade de Serviço tem sido o SERVQUAL. Alguns autores utilizam-na também como avaliador da satisfação dos consumidores. O emprego generalizado do SERVQUAL permitiu que fosse a única ferramenta de medição de Qualidade de Serviço com publicações científicas cobrindo a quase totalidade dos sectores económicos. No entanto esse sucesso não foi capaz de gerar consenso entre os investigadores, somando-se as publicações que identificam fragilidades conceptuais e operacionais ao SERVQUAL. Como elementos nucleares dessa “falha” aponta-se a necessidade de recurso ao “GAP”, situação que lhe induz uma enorme serie de limitações matemáticas e psicométricas. Verificou-se igualmente que se o SERVQUAL tem uma aplicabilidade genérica bastante aceitável, quando se passa para contextos de particularização, os relatos são maioritariamente de falha. Numa tentativa de resolver essa questão os gestores e alguns académicos fundamentados na aplicação do paradigma de *gap* têm procedido à livre criação de versões, sem contudo acautelar estudos que validem o seu trabalho. Os resultados sendo melhores do que com o modelo genérico têm sido criticados por ausência de fundamentação empírica suficiente.

O sector económico da saúde é um dos mais importantes pela universalidade dos sujeitos que são seus usufructores, número e variedade de profissionais que nele laboram, e orçamentos envolvidos. A consciência de que a forma como os cuidados de

saúde são prestados é um elemento intrínseco da sua própria qualidade técnica, fez com que a saúde tivesse sido um dos primeiros sectores de actividade aonde o controlo de qualidade se tivesse manifestado. Durante mais de um século o sector da saúde manteve-se impermeável à experiência conseguida noutros sectores, promovendo-se uma reflexão sobre qualidade muito centrada em torno das corporações profissionais com visões parcelares. Nos últimos vinte a trinta anos, o aparecimento do TQH e a constatação de que os doentes se queriam envolver no processo de tomada de decisão clínica, levantou a questão de se determinar até que ponto os doentes devem intervir na avaliação do processo produtivo de saúde. Um passo fundamental nesse caminho foi a conjugação da avaliação da qualidade do *delivering* com a da satisfação dos doentes. O progressivo envolvimento dos doentes conduziu à verificação de que se eles fossem envolvidos, os próprios resultados clínicos tenderiam a melhorar. Estavam portanto reunidas todas as condições (clientes, procura, efeitos clínicos e palco competitivo) para que a problemática da satisfação e qualidade do serviço passassem a ser elementos da maior importância na Gestão de Saúde em geral e da hospitalar em particular.

A histórica autocentração corporativa fez com que a capacidade de resposta ao crescendo de solicitações fosse ultrapassada. A partir de Berwick tentou-se contornar esse deficit com a procura de soluções de controlo da qualidade de serviço realizando aprendizagens fora do sector da saúde. A investigação de Marketing de Serviços contribuiu intensamente a partir do início dos anos 90 com pesquisa e produção de algumas ferramentas que se pretenderam específicas. Contudo a própria limitação de conhecimentos em geral que se apontam nos capítulos da Tese relativos à qualidade de serviço e satisfação, fizeram-se sentir com imensa impactação nos primeiros aplicativos de saúde. A consciência de que o emprego de ferramentas genéricas adaptadas à saúde tinha limitações endógenas surge em 1994 com Bowers, o qual ao tentar a adaptação do SERVQUAL à realidade hospitalar, advoga a necessidade de se procurarem ferramentas específicas para cada tipo de serviço dos hospitais. Daí em diante, com destaque para os anos subsequentes a 2000, têm surgido versões especializadas do SERVQUAL, ou evoluções partindo desse modelo. A progressiva especialização aumentou a aderência às realidades com que cada serviço se depara, mas de uma forma geral, as críticas aos estudos continuam a ser demolidoras, pela escassez das amostras, falta de estudos de

psicometria das ferramentas que fundamentem pelo menos minimamente as propriedades métricas das ferramentas propostas e por haver uma leitura generalizada de que as questões sociodemográficas são uma parte importantíssima da gestão da percepção da qualidade de serviço e da satisfação, mas falta nessa matéria mesmo o conhecimento mais básico.

Problema

Será o SERVQUAL uma ferramenta adaptada à medição da percepção da qualidade de serviço e da satisfação dos doentes em ambiente de hospital oncológico? Bastará proceder a adaptações à metodologia do Modelo base, ou pelo contrário terão de ser introduzidas alterações procedimentais profundas? Haverá variáveis específicas dessa realidade que devam ser tomadas em consideração?

Hipóteses

H1 : Um modelo de “Qualidade de Serviço e Satisfação para Oncologia na óptica do cliente” será diferente do SERVQUAL na sua versão específica para Saúde Hospitalar Oncológica desenvolvido por Babakus e Mangold, em termos das questões, dimensões factoriais e importância relativa de cada uma das questões.

H2: A avaliação da qualidade de serviço por parte do doente (consumidor) no princípio da terapia/internamento é mais baixa do que no final.

Com esta hipótese tenta-se estudar o enviesamento tradicional que advém de um problema metodológico: Em alguns países, por razões legais, apenas é permitido inquirir o paciente após ter sido dada alta hospitalar. Normalmente os artigos são feitos com base na opinião dos pacientes que receberam alta do hospital até 90 dias após o internamento. Admite-se nesta hipótese que quando se avalia algo após um intervalo de tempo, haverá um nível de satisfação mais positivo e global pelo efeito de retenção assimétrico da memória humana, em que as sensações positivas tendem a ser mais memorizadas do que as negativas.

H3: Consoante o **risco de morte do paciente**, haverá diferentes percepções de qualidade de serviço / satisfação, expressas através de diferentes médias nos itens do inquérito. Pelo que se pesquisou na bibliografia, este aspecto nunca foi antes estudado.

H4: **A idade irá ter impactação na percepção da qualidade de serviço e da satisfação dos doentes.** Isso poderá visível também nas subescalas componentes do instrumento podendo algumas serem mais reactivas do que outras por tratarem de aspectos fraccionais da realidade hospitalar.

H5: Cada **família terapêutica** (radioterapia, quimioterapia, e cirurgia) **terá um tipo específico de necessidade, expresso através de diferentes comportamentos nas escalas.** Não consta das bases de dados utilizadas para suportar a revisão de bibliografia (nem é do conhecimento dos oncologistas que acompanharam a pesquisa os quais recorrem a bases de informação da medicina e farmácia) qualquer trabalho científico, realizado até ao momento sobre esta temática.

H6: **Os doentes com baixa instrução** terão uma avaliação diferente dos outros com média ou alta instrução. A razão pela qual se coloca esta hipótese reside no desconhecimento dos comportamentos de resposta das populações menos instruídas. Sabe-se embora com muito esparsa fundamentação que pessoas com essas características cotam mais baixo nas escalas de satisfação quando procedem à avaliação de serviços de saúde.

H7: **Comparação Urbano / Rural.** Na ausência de conhecimento da impactação de elementos transculturais significativos na pesquisa de qualidade de serviço e de satisfação torna-se uma boa possibilidade de explorar essa vertente.

H8: Por analogia à psicologia diferencial os padrões de resposta dos **géneros sexuais poderão a ser diferentes.** Quase não há literatura de suporte para esta hipótese. Apenas alguns trabalhos genéricos e quase sempre em ambiente escolar avaliaram a impactação do género humano na qualidade de serviço e na satisfação, concluindo que os homens dão melhor cotação do que as mulheres.

H9: Em linha com a Teoria *option-choosing* de Swan-Bowers, se aplicada à saúde, passa por envolver o doente o máximo possível na tomada de decisão do processo clínico. Coloca-se a hipótese de que os **doentes que foram (ou sentiram ser) envolvidos na escolha dos protocolos clínicos em que são envolvidos, terão melhores avaliações do que aqueles em que o médico assume todas as decisões.** Além da leitura de Swan-Bowers elegeu-se esta hipótese dada a crescente importância do *patient centered* enquanto ferramenta de gestão do doente.

H10: Os doentes com repetidos internamentos terão piores avaliações do que os que o fazem pela primeira vez. Não há no conjunto das bases de dados trabalhadas literatura que tenha especificamente estudado esta matéria no contexto da qualidade de serviço e/ou satisfação.

H11: Os doentes com longos períodos de internamento tendem a registar piores avaliações do que os que ainda se encontram na fase inicial do internamento.

Esta hipótese é similar à anterior mas incide no tempo de permanência. Também não tem suporte na literatura consultada. Há interesse em ser estudada porque, se se vier a confirmar o facto, é possível introduzir no protocolo de atendimento, elementos de humanização do processo clínico que de alguma forma compensem o abaixamento de positividade. Para além das características aduzidas na hipótese anterior, existe um ponto de interesse académico que reside na análise da percepção de passagem do tempo e sua interactividade com a memória.

H12: Por o Cancro ser uma doença tão estigmatizante como é sabido, os doentes serão muito sensíveis aos aspectos psicológicos, podendo considerá-los como uma necessidade de *per si*. Não há literatura específica desta matéria na qualidade de serviço ou satisfação.

Trabalho de campo

Na fase qualitativa verificou-se que muito do que os doentes diziam não estava reflectido nas versões SERVQUAL em voga nos hospitais e outros elementos neles

constantes não figuraram nas verbalizações dos doentes. Na realização dessa fase (e das subsequentes) foi necessário empregar elementos protocolares de selecção dos doentes e prestação de garantias. Como eles não estavam disponíveis na literatura de Marketing de Serviços foram produzidos a partir dos seus equivalentes da medicina e farmácia.

Os dados recolhidos evidenciaram uma enorme importância da componente emocional, no entanto a componente cognitiva adquire idêntica expressão, embora dispersa por maior número de classes semânticas. Logrou-se a produção de uma versão de ensaio, destinada à avaliação da qualidade de serviço do Hospital Oncológico partindo directamente do cliente, neste caso o doente. As conclusões da fase qualitativa foram de que se registaram em plenitude os elementos que deram origem às críticas ao SERVQUAL insertas na literatura: diferente significação de “ideal”, mau funcionamento do Gap, colagem de ideal ao topo positivo da escala.

Por razões de Ética, custo e praticidade, decidiu-se eliminar a escala de idealização assumindo que no labor corrente do hospital, o desejável é que se faça tudo pelo doente e por isso haverá identidade entre o topo de escala e “ideal”. Verificou-se igualmente que as escalas de 10 pontos eram de mais fácil emprego do que as 7 pontos, o que em populações pouco diferenciadas facilita em muito a aplicação.

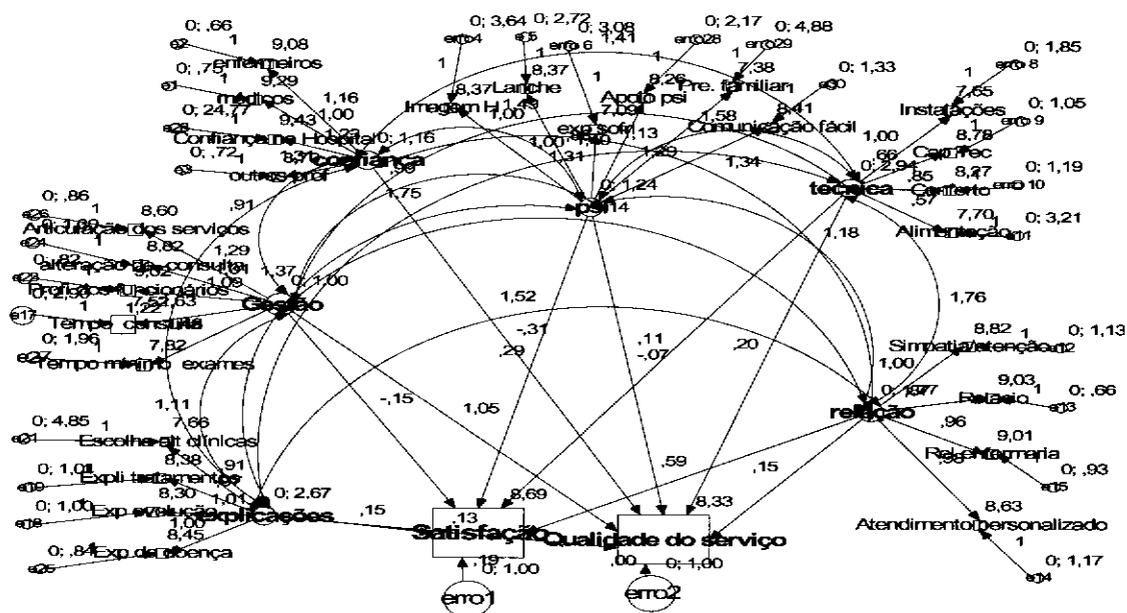
O conjunto de alterações mencionadas obrigou à repetição desta fase de trabalho, havendo por isso uma sub-fase IIa e outra IIb. Dos resultados encontrados e sua discussão permanente com profissionais de saúde resultou a versão final de inquirição.

Utilizou-se uma amostra final muito ampla (341 doentes), por comparação aos estudos homólogos publicados nos últimos anos e processaram-se os dados num triplo sentido: verificar a hipótese de modelização da proposta que se vinha trabalhando; estudar as propriedades psicométricas da ferramenta criada; conhecer o máximo possível da impactação das características sociodemográficas nas variáveis dependentes.

O primeiro dos objectivos foi alcançado numa modelização com SEM, tendo sido possível cumprir todas as condições essenciais de submissão dos dados a este algoritmo e obter um valor de aderência sintético bastante elevado.

O estudo das propriedades psicométricas foi amplo e cobriu todos os elementos que no estado de desenvolvimento da ferramenta era possível visar. Faltou o estudo das validades concorrente e divergente, as quais apenas com a ferramenta em estudo dada por concluída e generalizada a diferentes realidades, se poderá exercer com correcção. As indicações psicométricas demonstraram um elevado nível de redundância amostral e a valia das subescalas em análise. Ficou também demonstrado que o valor das subescalas é mais heurístico do que os valores dos elementos agregados. Tal característica é da maior importância para os Gestores que pretendam empregar a ferramenta aqui apresentada.

Conforme as indicações insertas, embora difusas, na Literatura Científica dos últimos dez anos, as características sociodemográficas dos respondentes são um dos principais modeladores do resultado perceptivo da Qualidade de Serviço, e da Satisfação. Tiveram grande impactação nas subescalas, com densidades diferenciadas é certo, mas quase todas as variáveis se manifestaram. A única que não cumpriu essa expectativa, residência rural/urbana, falhou muito provavelmente por insuficiente trabalho de operacionalização do que é ser cada uma dessas realidades. Verificou-se ainda que as variáveis independentes trazidas pela primeira vez a discussão científica: tipo de tratamento, risco, etc. foram óptimos discriminadores, abrindo portas para aplicativos de gestão hospitalar e para o conhecimento científico da percepção de qualidade de serviço e da satisfação em situação extrema.



Expressão da equação SEM obtida no trabalho de campo com os respectivos ponderadores e relações entre constructos

Confirmaram-se as hipóteses: H1 (produção de uma ferramenta de avaliação da Qualidade de Serviço e Satisfação para Oncologia na óptica do cliente); H3 (risco de morte); H4 (Idade do doente); H5 (família terapêutica a que se recorre no protocolo clínico); H6 (grau de instrução do doente); H9 (teoria option-choosing); H10 (número de internamentos); H11 (tempo de internamentos) e H12 (factor psicológico como valor próprio). A confirmação foi apenas parcelar ou deficiente nas hipóteses: H2 (impactação do período em que é colhida (início/fim do internamento) a informação) e H7 (impactação da residência rural/urbana do doente). A hipótese H8 (impactação de género) demonstrou interesse científico por não se ter concretizado a hipotetização de que homens e mulheres difeririam, como sucede em quase tudo o resto que é medido em percepção.

Os principais contributos da Tese decorreram a três níveis: metodológicos, sobre o comportamento de escala aplicada à avaliação de satisfação e de percepção de qualidade de serviço e, métodos de inquirição a públicos particulares; sociodemográficos, com acréscimo de conhecimento acerca de públicos habitualmente não estudados; “científicos puros” com a análise da prestação de serviços em situações limite.

Elege-se como principal contributo da Tese o ter identificado uma nova área de condição do *delivering*, designada por simplificação, “**prestação de serviços em situação extrema**”, significando isso, a prestação de serviços em situação de grande intensidade de risco para o cliente e/ou em contextos limites. Manifestaram-se nessa área um conjunto de eventos ainda não referidos na bibliografia de prestação de qualidade de serviços, nem da de satisfação. O interesse nesse conhecimento reside em que, para além de ajudar a compreender o contexto de elevada intensidade relacional, clarifica mais algumas partes dos mecanismos genésicos e funcionais dos constructos em análise.

Com idêntico interesse considera-se o facto de se ter conseguido arranjar forma de estabelecer ligação quantitativa entre os constructos da qualidade de serviço e da satisfação. Neste item, verificou-se que, ao contrário do afirmado da maioria da bibliografia, os constructos nem são a mesma coisa, nem são o oposto: deram mostras de serem composições lineares diferenciadas mas constituídas pelos mesmos componentes. A primeira, com domínio dos aspectos cognitivos, a segunda, com domínio dos aspectos afectivos.

Ao nível metodológico, o recurso ao *Gap* como constructo de interpretação da realidade revelou-se um grave problema, porque pelo menos neste ambiente extremo da Oncologia, o conceito de Hospital ideal é sensivelmente igual ao extremo da escala, não havendo portanto ganho nessa medição. Pelo contrário, interrogar o doente sobre o Hospital ideal obriga à colocação do dobro das questões com todo o esforço e stress que isso gera ao doente, colocando em causa o seu repouso.

No Modelo sugerido nesta Tese, o ONSERQUAL¹, continua-se de certo modo na linha do SERVQUAL, assumindo-se porém que o Gap é entendido como sendo o diferencial ao extremo da escala na linha como já o vêm defendendo vários autores desde os anos 90.

¹ *Optou-se pela expressão na língua inglesa para fins de publicação científica internacional.*

Dos aspectos sociodemográficos estudados destacam-se as reflexões feitas acerca de grupos populacionais, assunto ainda quase ausente da literatura científica, como o sejam os idosos e os não letrados. Verificou-se como esses grupos correspondem a realidades diferentes e carecerem de novos estudos. O envolvimento do doente na tomada de decisão teve uma impactação inequívoca, o que alarga a teoria *option-choosing* ao domínio hospitalar e demonstra como ela pode ser empregue em benefício do doente. Por último, o facto de se passar a saber que o tipo de tratamento imposto ao doente no seu protocolo clínico determina em parte a percepção que ele tem do serviço que lhe é proporcionado pelo hospital, pode se devidamente trabalhado e ser usado como elemento de gestão da percepção do doente.

Palavras-chave: Marketing de Serviços; Qualidade; Satisfação; SERVQUAL; Hospital; Oncologia