



VIDA CUIDADA, SAÚDE PRESERVADA: QUALIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE

CARED LIFE, PRESERVED HEALTH: QUALITY OF PUBLIC AND PRIVATE HEALTH SERVICES

Adriana de Fatima Valente Bastos

Email: adriana.bastos@cabo.ifpe.edu.br

Professora efetiva no Instituto Federal de Pernambuco - IFPE. Vice-líder do Núcleo de Estudos em Marketing no Interesse Social (MIS). Doutora em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas - FGV / EAESP (2019), Brasil.

Roberto Vilmar Satur

Email: robertosatur@yahoo.com.br

Professor Adjunto da Universidade Federal da Paraíba. Possui graduação em Economia pela UNIJUI e em Administração pela URI, especialização em Comércio Exterior pela UNIJUI, mestrado em Economia, linha Economia da Empresa, pela UFPB e Doutorado em Ciência da Informação, pela UFPB, Brasil.

Nelsio Rodrigues Abreu

Email: nelsio@gmail.com

Professor Associado III da Universidade Federal de Paraíba/UFPB, Doutorado em Administração pela Universidade Federal de Lavras – UFLA, Brasil.

RESUMO

Este estudo trata do comportamento do consumidor/usuário quando acessa os serviços de saúde. Com que expectativa o acessa e qual realidade encontra. É uma abordagem de *marketing* fundamentada na perspectiva da qualidade nos serviços, para tal, usou-se o modelo *Servqual* para analisar o resultado de mais de 400 questionários aplicados a usuários de planos de saúde privado e também usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema público de saúde do Brasil. Os resultados evidenciam a insatisfação com os serviços de saúde de forma mais evidente entre os usuários do SUS, mas também se encontrou insatisfação significativa entre os usuários de planos de saúde privados. Isso se percebe no momento que o *gap* gerado é elevado tanto nos serviços de saúde pública (SUS) como nos serviços ofertados pelos planos de saúde. A metodologia utilizada é qualiquantitativa, com amostra de campo de mais de 400 respondentes. Conclui-se que tanto o serviço prestado pelo sistema público de saúde quanto o serviço prestado pelos planos privados precisa urgentemente melhorar e passar a

considerar o cliente/paciente agora como um cocriador do serviço, um participante ativo e que deve ser estimulado.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde, *Marketing* de Serviços, Qualidade em Serviços de Saúde, SUS, Planos de Saúde

ABSTRACT

This research deals with the behavior of the client when he or she accesses the health insurance services, his or her expectations towards the service and the reality found. It is a marketing approach based on the perspective of quality in marketing services and for this purpose the Servqual model was used to analyze the results of over 400 questionnaires applied to users of private health insurance plans and also users of the *Sistema Único de Saúde*– SUS (The Brazilian public unified health insurance system). The results show dissatisfaction with health services in a more evident way among SUS users, but also significant dissatisfaction was found among users of private health insurance plans. This is perceived at the moment that the gap generated is high not only in the public health services (SUS) but in the services offered by the health insurance plans. The methodology used is qualitative quantitative, with a field sample of more than 400 respondents. It is concluded that both the service rendered by the public health system and the service provided by the private plans urgently needs improvement and client / patient must be considered as a co-creator of the service, an active participant that must be motivated.

Key-words: Health Services. Service Marketing. Quality in Health Services. SUS. Health Insurance

1. INTRODUÇÃO

Saúde é um direito de todos, de acordo com a Constituição Federal. Sendo assim, é dever do Estado garantir e amparar serviços na área de saúde para os cidadãos. Contudo, é possível visualizar um cenário de *déficit* na saúde pública e o aumento da procura por planos de saúde.

Entendendo que a dicotomia entre estar saudável ou estar doente afeta sobremaneira a qualidade de vida e seus respectivos problemas implicam em transtornos financeiros, físicos e psicológicos, é cada vez mais crescente o número de pessoas preocupadas com questões relacionadas à sua saúde. Inclusive insatisfeitos com as soluções públicas para esse setor, muitos usuários têm buscado planos privados de saúde ou até atendimentos particulares de modo a ter mais segurança e satisfação ao consumir tais serviços.

Conforme o IBGE (2018) é prevista uma mudança da estrutura etária brasileira, resultado da redução do número de jovens e de nascimentos, além do aumento da população idosa. Essa última, em decorrência da elevação da

expectativa de vida, e que, segundo os resultados do Censo, o número de brasileiros acima de 65 anos deve praticamente quadruplicar até 2060, confirmando a tendência de envelhecimento proporcional acelerado da população. Essa ampliação da população idosa acarreta **consequências importantes no setor da saúde, considerando que as doenças crônicas atingem mais a população idosa**, aumentando a demanda com cuidados de saúde.

Tradicionalmente, o cliente que procura serviços de saúde tem sido tratado como parte passiva do processo, apenas recebendo o que as instituições, órgãos e empresas do setor oferecem. Tal situação predominante vem mudando aos poucos por que o consumidor está mais exigente e quer mais atenção e cuidado.

Nesse sentido, o paciente (cliente da prestação de serviços de saúde) é visto como sujeito ativo e coconstrutor do seu processo de cura. Mantém-se bem informado, exigente, consciente dos seus direitos e questionador. Ele troca de prestador de serviço quando percebe que não obteve um atendimento adequado, mas também, quando constata que suas expectativas foram atingidas ou superadas, encanta-se e recomenda o prestador de serviço para toda a sua rede de relacionamento. Essas implicações corroboram com a lógica dominante em serviços, que aponta para uma mudança de paradigma, na qual o consumidor assume o comando do processo, passando a ser cocriador do que quer e não mais apenas a empresa oferecendo o que acha que deve oferecer.

A participação ativa está cada vez mais em evidência, Holman; Lorig (2000) afirmam que há o reconhecimento explícito de que o tratamento de doenças crônicas, como o câncer, para ser bem-sucedido, precisa da colaboração e da interação entre o indivíduo e seu provedor/fornecedor de serviços de saúde (médico, clínica, hospital, etc.) e com a participação ativa do paciente.

A ideia é que o paciente pode ser “trabalhador em tempo parcial” para sua própria saúde, colaborando ativamente com o tratamento, cocriando ações nesse sentido e exigindo tratamento digno e respeitoso dos serviços de saúde de modo a ter uma melhoria significativa da sua qualidade de vida, que passa pela melhoria e/ou manutenção de uma vida saudável, sem doenças. Ou seja, a prestação de tal serviço tem de ter foco no consumidor, de modo que ele perceba o benefício (valor) do serviço prestado e também, como cocriador, perceba que pode fazer parte do processo, que vai além do serviço tradicional.

Esse cliente, usuário ou paciente mais ativo tem obrigado o serviço público na área a mudar sua forma de atuação nas últimas décadas. A unificação da saúde pelo SUS e sua municipalização melhoraram parte do processo, a implantação de programas como o de saúde da família, incentivo a mais cursos de bacharelado em medicina e demais áreas da saúde, até a polêmica sobre a “importação” de médicos, tem sido adotada buscando melhorar os serviços e a saúde, diminuindo o público nos plantões de urgência e emergência hospitalares. Na questão dos planos de saúde, a implantação da portabilidade e ações para incentivar a concorrência, bem como a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar tem contribuído para melhorar o serviço, dando mais poder ao cliente. Mas o processo, tanto na área pública, como na privada ainda está longe de um modelo minimamente ideal.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Neste item, apresenta-se o referencial teórico da pesquisa baseado em uma discussão central acerca dos serviços de saúde, qualidade de serviços e lógica dominante de serviços, expondo uma síntese da literatura explorada no estudo em questão.

2.1 Os serviços de saúde

A utilização de serviços de saúde de determinado grupo populacional é predominantemente associado ao perfil e as necessidades em saúde (HULK; WHEAT, 1985). O uso de serviços também pode ser explicado por fatores internos e externos ao setor. De acordo com Wennberg (1985), os aspectos da oferta que influenciam o padrão de prestação de serviços de saúde incluem a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos e tecnológicos), a disponibilidade, o tipo, a localização geográfica, a cultura médica local, entre outros. Por outro lado, as escolhas individuais também são determinantes, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas.

Com efeito, desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as particularidades individuais no risco de adoecer. Igualmente, apontam as diferenças

no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade proporciona para seus membros (PINHEIROS; TRAVASSOS, 1999).

A análise do acesso aos serviços de saúde é complexa por estar condicionada a percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demandas e destas em uso. Segundo Ojanuga; Gilbert (1992), elementos associados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso, a medida que ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde se mostra proporcional ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso.

[...] a saúde afeta a qualidade de vida e seus respectivos problemas implicam em transtornos financeiros, físicos e psicológicos, é cada vez mais crescente o número de pessoas preocupadas com questões relacionadas à sua saúde. Inclusive insatisfeitos com as soluções públicas para a saúde, o “ter saúde” e o “fazer um bom tratamento” impulsionam muitos usuários a buscarem planos privados de saúde de modo a ter mais segurança e satisfação ao utilizar serviços de saúde. Isso faz do setor de serviço de saúde uma importante parcela do PIB brasileiro e tende a ser uma das grandes áreas de interesse das próximas décadas, especialmente por que a população, na média, vem envelhecendo e paralelo a isso a longevidade está se ampliando. (SATUR *et al.*, 2017. p. 1)

A opção por usar o SUS, planos de saúde ou a possibilidade de utilização de recursos próprios são fatores relacionados a diferença no usufruto de serviços de saúde, o que impacta na variabilidade da utilização e percepção dos serviços de saúde.

2.2 A qualidade dos serviços

Segundo Mota *et al.* (2017) os estudos sobre *marketing* de serviços e qualidade dos serviços avançou no Brasil com mais consistência a partir do início do século XXI. A defasagem se evidencia quando se percebe que a maioria dos artigos publicados no Brasil sobre o tema usam predominantemente referências de autores internacionais. E o esforço de teorização nesses artigos nacionais ainda é pequeno. Por isso é necessário ainda se recorrer a autores internacionais e clássicos.

Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988; 1990; 1991) é inegável que a qualidade do serviço prestado tem sido cada vez mais aceito como fator crítico para o sucesso de qualquer negócio. Sobre a gestão da qualidade em serviços, os

mesmos autores afirmam ser importante o constante monitoramento através da pesquisa para detectar se a prestação de serviço está sendo de qualidade.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) desenvolveram o método SERVQUAL para mensurar a qualidade no serviço prestado. Através do SERVQUAL é possível identificar o hiato entre o que o consumidor deseja *versus* o que recebe (expectativa/esperado x percebido) no serviço que contratou. Quem avalia é o cliente com base em cinco dimensões, quais são: 1. Tangíveis: aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação; 2. Confiabilidade: Capacidade de realizar o serviço prometido de forma confiável e com precisão; 3. Receptividade: Vontade de ajudar os clientes e fornecer o alerta de serviço; 4. Garantia: tempo de resposta, conhecimento e cortesia dos funcionários, resultados concretos e capacidade gerar confiança; e 5. Empatia: Cuidado, atenção individualizada que a empresa fornece aos seus clientes.

Segundo os autores a SERVQUAL pode ser constantemente reaplicada em diversos segmentos, inclusive os serviços de saúde, e assim a organização pode quantificar a diferença entre as expectativas dos clientes, suas percepções e acompanhar isso ao longo do tempo. Continuam afirmando que as pesquisas de qualidade de serviço, a partir da avaliação de desempenho, permitem rever a forma de atuação e o planejamento estratégico, mas, para isso, requer-se um fluxo rico, contínuo e multifacetado de informação. Pesquisa de qualidade de serviço requer visão, inovação e compromisso e nunca se completa, pois é um processo contínuo, um desafio permanente. Afinal, precisa sempre estar atento para as várias situações que podem dar errado, pois muitos profissionais que não têm vontade ou capacidade para fornecer um serviço excelente fazem a empresa e o cliente pagarem caro por esses erros, se eles ocorrerem.

Ressalta-se que é preciso levar em conta o que afirmam Lapierre *et al.* (1996), de que apesar do mercado de serviços ser dinâmico, a pesquisa e as medidas de avaliação ainda são muito estáticas e o interesse gira em torno da busca de modelos melhores e mais realistas de medição, na qual a primeira fase das publicações foi o de tentar compreender o que vinha a ser um serviço de qualidade, a segunda foi estabelecer critérios de medição e a terceira fase, ainda em andamento, está sendo o de aprofundar, aprimorar, refinar a medição da percepção de qualidade em serviços e adequá-lo por área, no caso deste estudo, o setor de saúde.

2.3 A lógica dominante dos serviços de saúde

Tratando-se de saúde, sabe-se que a própria visão de qualidade em serviços é diferenciada. Pensar serviços em saúde na atualidade não permite admitir modelos de gestão e de *marketing* que deixem o cliente (paciente ou usuário) de fora do processo, pois na atualidade do *marketing*, o cliente exerce função central.

A ideia de valorizar o cliente, focar nele, é tão relevante que Gordon (2012) chega a propor a mudança dos tradicionais 4Ps do *mix* do *marketing* para o Modelo SIVA, no qual o cliente passa a ser o destaque do processo e não mais a empresa. Com o modelo, o autor diz que visa identificar mais facilmente os desejos, as necessidades e as satisfações dos clientes: solução - e não produtos; informação - e não promoção; criação de valor - e não preço; acesso - onde e como estão os interessados.

Para seus argumentos McColl-Kennedy *et al.* (2012), utilizam basicamente a lógica dominante em serviços (SD), a teoria da cultura, o comportamento do consumidor e a teoria da prática social, nesse contexto identificam papéis e atividades, bem como interações que resultam na cocriação de valor. Os autores descobriram cinco práticas fundamentais para o serviço de saúde funcionar bem na lógica da cocriação de valor: gestão de equipes, controle rigoroso, parceria, adaptação pragmática e conformidade passiva. São práticas fundamentais para garantir ao cliente de serviços de saúde melhor qualidade de vida. Afinal cuidados com a saúde estão diretamente relacionados com qualidade de vida.

A cocriação e o valor estão diretamente ligados a lógica dominante em serviços, na qual consumidor e produtor, juntos, atuam na cocriação de valor. Mas, sabe-se que as perspectivas, pela lógica dominante em serviços, são recentes. Vargo e Lusch (2004) dizem que este assunto é recente, mas que vem se mostrando dominante nas últimas décadas. Essas novas perspectivas estão convergindo para formar uma nova lógica dominante de *marketing*, com o predomínio na prestação de serviços em vez de bens, focada em recursos intangíveis, a cocriação de valor, e os relacionamentos. Nessa perspectiva, pode-se apontar a prestação de serviços de saúde seguindo a lógica dominante de serviços.

Ainda, Vargo e Lusch (2011) afirmam que atualmente tudo é B2B, na verdade tudo é A2A (ator-a-ator), numa lógica de sistema em rede, voltado para a criação de valor. Na qual os indivíduos têm muitos desejos e ninguém é autossuficiente, remetendo para uma lógica de dependência de serviços que os outros nos prestam. Somos todos seres servindo uns aos outros através de nossa especialidade, ficando assim entrelaçados em rede, interdependentes. A ideia do A2A significa dizer que o consumidor tem uma contribuição ativa, é uma parte mais atuante do processo. Citam inclusive que “tudo é A2A (ou B2B) - isto é, todos os atores estão, fundamentalmente, fazendo as mesmas coisas, cocriação de valor através da integração de recursos e prestação de serviços”.

Já para Heinonen *et al.* (2010), a empresa oferece ou deve oferecer oportunidades de cocriação de valor ao cliente, mas os consumidores somente se envolvem com a criação de valor, quando o que está sendo oferecido passa a fazer parte de atividades desejadas de consumo dele, tornando-se parte de sua vida. Ou conforme apontam Vargo e Akaka (2009), o valor não é criado até que o beneficiário (consumidor, usuário, paciente) consome o produto ou serviço, detectando valor de uso que este tem para si e a partir disso conseguindo visualizar os resultados e as sensações obtidas e também comparando com alternativas disponíveis.

No serviço de saúde a cocriação de valor, o serviço prestado e o consumidor normalmente exigem a interação humana, o encontro entre o prestador de serviços com o cliente (ou paciente), um ritual. Segundo Solomon, *et al.* (1985), os encontros entre produtor e cliente do serviço são o grande diferencial. Destaca o papel esperado de cada um (tanto comprador como vendedor) levando em conta o cargo, função ou *status* social que ocupa.

O encontro de serviço é feito com interações face a face (consumidor e prestador de serviço), e então ocorre o serviço, a criação do que se deseja adaptado pela interação e manifestação da vontade das partes sobre o que se quer e sobre o que é possível ser feito, chegando a um denominador comum. Trata-se explicitamente de algo que é fornecido principalmente por pessoas para as pessoas. Assim impacta diretamente no indivíduo, é um serviço diferenciado, exige controle de qualidade e isso é medido pela satisfação do cliente.

Os autores ainda destacam que nem todos os encontros de serviço são relações diádicas simples, na qual alguns podem envolver uma série de interações didáticas, enquanto outros são ainda mais complexos, envolvem-se uma série de

diferentes atores. Assim não se pode negligenciar a importância do encontro de serviço como um fenômeno psicológico que exerce um grande impacto sobre os resultados. A fusão de duas pessoas (encontro) num ambiente de serviço é maior que a soma das suas partes, na qual o encontro é uma forma de troca social, ou ainda, encontros de serviço são as interações humanas, é um processo recíproco. Por isso o autor defende que critérios relacionados para serviço de pessoal devem também ser inclusos na avaliação pessoal de serviço. Faz uma analogia sobre saber o que vem a ser o som de duas mãos batendo palmas, mas que é impossível saber o som de uma mão batendo palmas. Ou ambas atuam ou nada. Assim é a interação do encontro entre vendedor e comprador em serviços.

Nos serviços de saúde fica evidente a importância desse encontro para a qualidade do resultado conseguido, levando em conta que sem o profissional de saúde o paciente não conseguirá o resultado esperado e sem a colaboração do paciente o profissional de saúde será meramente figura decorativa no processo (as duas mãos precisam agir para o som das palmas serem ouvidas).

De fato, cocriação de valor para o consumidor não ocorre no vazio, do nada. Todas as atividades, incluindo a cocriação de valor, ocorrem num contexto de práticas, relações e a totalidade das interações sociais dentro dos sistemas sociais, sendo essas as chaves para que o indivíduo possa: aprender, compreender, adaptar, julgar e fazer escolhas, baseado em percepções do seu mundo socialmente construído e assim ser efetivamente um ator, que através dos significados associados com interações sociais, bem como os papéis e posições dentro de um sistema social, toma decisões, inclusive sobre o valor percebido. Mas nem todos os indivíduos, nem todos os clientes, terão as mesmas motivações ao participarem da cocriação de valor (GIDDENS, 1984, e EDVARDSSON *et al.*, 2011, *apud* McColl-Kennedy *et al.*, 2012). Isso por que certos indivíduos valorizam mais uma coisa que outra, uns gostam de se envolver mais, outros menos.

A cocriação de valor ao serviço de saúde resgata também as ideias de Grönross (1994) e de Bowen, Siehl (1989) que defendem a ideia do *marketing* de relacionamento como o diferencial do *marketing* atual. O cliente de serviços, a grosso modo, é trabalhador da empresa: ajuda a montar o produto que quer, responde as dúvidas (diagnóstico), participa ativamente. O “cliente” faz parte dos limites sociais da organização, ou seja, o consumidor passou a ser um “funcionário em tempo parcial” da empresa, agindo diretamente, dando contribuições para que o

serviço prestado seja de acordo com o que efetivamente ele quer. Pois, quanto mais a empresa se direciona para o relacionamento, mais serviços ela oferece, além do produto (orientação, atenção, acompanhamento, pós-atendimento,...) e mais atraente a empresa fica para o cliente no item valor, pois transmite sensação de segurança e de valorização.

Para Grönross (1994) todos os profissionais da organização são “profissionais do *marketing*” ao menos em tempo parcial, pois no momento que estão em contato com o cliente ou entregando um serviço eles estão sendo profissionais do *marketing*, e assim, todos precisam estar motivados, informados e treinados, especialmente os que têm “alguma” chance de entrar em contato com o cliente. Afinal quando o *marketing* interno é negligenciado o externo sofre, ou seja, nada adianta uma boa ação de *marketing* e de imagem externamente se no momento do contato com o cliente os profissionais estão entregando um serviço de baixa qualidade ou um atendimento ruim. Se o vendedor (profissional ligado ao *marketing* tempo integral) prometeu algo, mas que depois na instalação o outro funcionário (ou terceirizado) não fez direito (profissional ligado ao *marketing* tempo parcial), a qualidade e todo o esforço até então depreendido pelos demais profissionais e pela empresa “foi para o espaço”.

Atualmente a empresa faz promessas para o cliente e esse desenvolve uma expectativa enquanto espera o recebimento prático da promessa feita. Quando a promessa feita for entregue o consumidor vai avaliar (valor) se esta atendeu suas expectativas. Ou seja, estamos numa Era em que, no *marketing*, não fizemos nem mais gestão de promessas, e sim a gestão de expectativas. Precisamos atender as expectativas que o consumidor tem do que prometemos (GRÖNROOS, 2006).

McColl-Kennedy *et al.* (2012) apontam as cinco áreas mais relevantes para pesquisa em serviços de saúde: (1) o que faz além dos cuidados de saúde, (2) fatores situacionais e pessoais, (3) desenvolvimento em escala de cocriação de valor ao cliente e sua validação; (4) mudanças ao longo do tempo na cocriação de valor ao cliente, e (5) impacto nas organizações de saúde e profissionais quando se trata do foco no cliente.

3. METODOLOGIA

O estudo tem por objetivo central testar as hipóteses e examinar as associações entre os construtos sugeridos por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) adaptados aos serviços de saúde e também buscam verificar os aspectos da autogestão em saúde, feitos pelos usuários, que segundo a revisão teórica apresentada, são fundamentais na melhoria da qualidade dos resultados em saúde.

A coleta de dados será desenvolvida com aplicação de questionários elaborados a partir da fase exploratória da pesquisa, que deverá ser fundamentada na escala de SERVQUAL e perguntas adicionais de autogestão em saúde. Os itens da escala apresentam aspectos psicológicos, emocionais, comportamentais e situacionais do contexto no qual o consumo está incluído.

O questionário estruturado, como mencionado anteriormente, foi à fonte de coleta de dados. A escala foi de 1 a 7.

Quanto à população e à amostra, optou-se pelos estudantes universitários de instituições públicas e privadas da grande João Pessoa, que tem ou que sua família tenha beneficiários de plano de saúde complementar ou usuários do SUS, permitindo assim uma análise comparativa. A opção pelo público universitário é que ele, apesar de jovem, pelo seu nível de instrução, já tem uma visão crítica apurada. A pesquisa de campo se deu entre os anos de 2014 e 2015. A importância do seu registro e publicação é por que permitiu um registro histórico e nos próximos anos permitirá uma nova pesquisa para verificar se a situação permanece, melhorou ou piorou. Também se tem em mãos uma ferramenta de pesquisa que pode ser aplicada a outros públicos. Ao todo foram validados aplicados 416 questionários, sendo 192 de SUS e 224 de planos de saúde.

4. RESULTADOS

A pesquisa mostrou o quanto os usuários/consumidores estão (in)satisfeitos com o serviço de saúde que eles usam. Em um primeiro patamar eles apontaram que expectativa eles têm daquele serviço (ideal), em um segundo momento eles apontam quanto eles, de fato, observam a qualidade daquele serviço (real). Essa diferença gera um terceiro número que é a diferença entre o ideal esperado e o real

observado, denominado de gap.

Tabela 1: Avaliação dos Planos de Saúde Públicos e Privados pelo Método Serviqual

| AVALIAÇÃO DOS PLANOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE PELO MÉTODO SERVQUAL | SUS | | | Plano de Saúde | | | Geral | | |
|---|------------|------------|------------|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Ideal | Real | Gap | Ideal | Real | Gap | Ideal | Real | Gap |
| TANGIBILIDADE (média) | 6,3 | 3,2 | 3,1 | 6,4 | 4,8 | 1,7 | 6,4 | 4,0 | 2,3 |
| As instalações físicas dos serviços de saúde conveniados ao plano são adequadas. | 6,3 | 3,5 | 2,7 | 6,5 | 5,2 | 1,4 | 6,4 | 4,4 | 2,0 |
| Os equipamentos dos serviços de saúde conveniados ao plano são adequados | 6,4 | 3,5 | 2,9 | 6,5 | 5,3 | 1,3 | 6,5 | 4,4 | 2,0 |
| O Plano de Saúde disponibiliza uma estrutura física de atendimento de fácil acesso para sanar dúvidas e reclamações | 6,3 | 2,9 | 3,5 | 6,4 | 4,5 | 1,9 | 6,4 | 3,7 | 2,6 |
| Na empresa de plano de saúde, os atendentes estão sempre dispostos a ajudar os pacientes. | 6,3 | 2,7 | 3,5 | 6,3 | 4,1 | 2,2 | 6,3 | 3,5 | 2,8 |
| Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente pelo plano são de fácil visualização e compreensão | 6,4 | 3,5 | 3,0 | 6,5 | 4,7 | 1,7 | 6,4 | 4,2 | 2,3 |
| CONFIABILIDADE (média) | 6,2 | 3,1 | 3,1 | 6,3 | 4,6 | 1,8 | 6,3 | 3,9 | 2,4 |
| Quando o plano de saúde promete fazer algo em certo tempo, ele cumpre o que prometeu no prazo. | 6,2 | 2,5 | 3,7 | 6,4 | 4,5 | 1,9 | 6,3 | 3,6 | 2,7 |
| Quando um paciente tem um problema, a empresa do plano de saúde mostra um interesse sincero em solucioná-lo. | 6,3 | 2,8 | 3,6 | 6,4 | 4,0 | 2,4 | 6,3 | 3,4 | 2,9 |
| As autorizações, relatórios, documentos e informações sobre o paciente são completas e emitidas sem erros | 6,3 | 3,0 | 3,3 | 6,4 | 4,6 | 1,8 | 6,4 | 3,9 | 2,5 |
| Os serviços e procedimentos são executados da forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho | 6,3 | 3,1 | 3,2 | 6,5 | 4,7 | 1,8 | 6,4 | 3,9 | 2,4 |
| O cadastro dos pacientes é mantido atualizado (nome, endereço, telefone) | 6,4 | 3,7 | 2,7 | 6,5 | 5,2 | 1,3 | 6,5 | 4,6 | 1,9 |
| Há alguma restrição no atendimento junto aos conveniados por ser do referido plano | 5,7 | 3,5 | 2,2 | 5,7 | 4,3 | 1,4 | 5,7 | 3,9 | 1,8 |
| ATENDIMENTO (média) | 6,4 | 2,6 | 3,8 | 6,3 | 4,2 | 2,1 | 6,4 | 3,5 | 2,9 |
| Os atendentes são prestativos quando existe algum problema ou reclamação com relação ao plano de saúde. | 6,4 | 2,8 | 3,6 | 6,3 | 4,3 | 2,1 | 6,4 | 3,6 | 2,8 |
| Na empresa de plano de saúde, os empregados oferecem um serviço rápido aos seus pacientes. | 6,4 | 2,5 | 3,9 | 6,4 | 4,2 | 2,2 | 6,4 | 3,4 | 3,0 |
| O tempo de espera para ser atendido na empresa é pequeno e adequado (sem fila) | 6,3 | 1,9 | 4,4 | 6,3 | 3,7 | 2,6 | 6,3 | 2,9 | 3,4 |
| O atendimento recebido é dado de forma correta (sem enganos ou má índole por parte dos funcionários) | 6,4 | 3,0 | 3,4 | 6,4 | 4,7 | 1,7 | 6,4 | 3,9 | 2,5 |
| Quando você precisa recorrer ao call center (0800) tem resposta adequada ao que precisa | 6,4 | 2,5 | 3,8 | 6,3 | 4,1 | 2,2 | 6,3 | 3,4 | 2,9 |
| A comunicação no atendimento é feita de forma clara e acessível. | 6,3 | 2,9 | 3,4 | 6,3 | 4,4 | 1,9 | 6,3 | 3,7 | 2,6 |
| SEGURANÇA (média) | 6,3 | 2,9 | 3,4 | 6,5 | 4,7 | 1,7 | 6,4 | 3,9 | 2,5 |
| O plano de saúde mantém sempre os pacientes informados (em relação aos serviços prestados) | 6,3 | 2,7 | 3,5 | 6,4 | 4,2 | 2,1 | 6,3 | 3,6 | 2,8 |
| O Plano oferece uma diversidade de serviços especializados são amplos | 6,3 | 3,2 | 3,2 | 6,5 | 4,9 | 1,6 | 6,5 | 4,1 | 2,3 |
| O número de conveniados por especialidade que prestam serviço pelo plano é amplo | 6,4 | 3,1 | 3,3 | 6,4 | 4,9 | 1,6 | 6,4 | 4,1 | 2,3 |
| Os funcionários transmitem segurança aos pacientes ao explicarem os serviços prestados pelo plano de saúde | 6,3 | 3,0 | 3,4 | 6,4 | 4,7 | 1,7 | 6,4 | 3,9 | 2,5 |
| Os funcionários tem conhecimento para responder aos pacientes no caso de dúvidas em relação aos serviços prestados | 6,3 | 2,9 | 3,4 | 6,4 | 4,7 | 1,8 | 6,4 | 3,9 | 2,5 |
| O paciente sente-se seguro ao utilizar o referido plano | 6,4 | 2,6 | 3,7 | 6,5 | 5,0 | 1,5 | 6,5 | 3,9 | 2,5 |
| EMPATIA (média) | 6,3 | 2,9 | 3,5 | 6,3 | 4,3 | 2,1 | 6,3 | 3,6 | 2,7 |
| Funcionários tratam os pacientes de forma atenciosa. | 6,4 | 3,1 | 3,3 | 6,4 | 4,6 | 1,8 | 6,4 | 3,9 | 2,5 |
| Os funcionários demonstram interesse em servir aos pacientes. | 6,4 | 2,9 | 3,5 | 6,4 | 4,3 | 2,1 | 6,4 | 3,7 | 2,7 |
| A utilização dos serviços de plano de saúde são convenientes para todos os pacientes | 6,4 | 3,1 | 3,3 | 6,4 | 4,3 | 2,1 | 6,4 | 3,8 | 2,6 |
| O paciente é tratado de forma personalizada | 6,2 | 2,7 | 3,5 | 6,2 | 4,1 | 2,1 | 6,2 | 3,5 | 2,7 |
| O Plano prioriza os interesses do paciente | 6,3 | 2,6 | 3,8 | 6,3 | 4,1 | 2,3 | 6,3 | 3,4 | 3,0 |

Fonte: Pesquisa de Campo.

Obs.: Gap quanto menor melhor.

Esses resultados evidenciam que, independentemente de ser o serviço de saúde público ou privado, quem dele depende ou usufrui quer qualidade. Tal fato explica que em todos os itens a expectativa foi acima de 6. Todavia mostrou também na prática o resultado alcançado ou realizado (real) é de insatisfação, pois os valores apurados chegam, em média, na metade do que é esperado, um pouco mais ou

menos. Isso tem gerado *gap* em torno de 3, o que é muito elevado. No SUS, especialmente, destacam-se mais os *gaps* elevados.

As tabelas a seguir trazem uma síntese das cinco dimensões do *Servqual*, com uma média dos indicadores (perguntas) medidas.

Tabela 1- Expectativa dos usuários pelos Serviços de Saúde (análise pela Servqual)

| Medidas | Expectativa com o SUS (ideal) | Expectativa com o Plano de Saúde (ideal) | Expectativa geral (ideal) |
|----------------|-------------------------------|--|---------------------------|
| Tangibilidade | 6,3 | 6,5 | 6,4 |
| Confiabilidade | 6,0 | 6,3 | 6,2 |
| Atendimento | 6,5 | 6,4 | 6,3 |
| Segurança | 6,3 | 6,5 | 6,4 |
| Empatia | 6,3 | 6,4 | 6,4 |

Fonte: Dados da pesquisa

Percebe-se pelos dados acima que tanto na tangibilidade, como na confiabilidade, no atendimento, na segurança e na empatia as expectativas dos usuário/consumidores é elevada (acima de 6, num máximo de 7). Os clientes de planos de saúde são ligeiramente mais exigentes, com excessão do atendimento no qual os usuários do SUS exigem mais. Os indivíduos que usufruem de planos de saúde optam por eles por que têm grande expectativa especialmente no item segurança e tangibilidade.

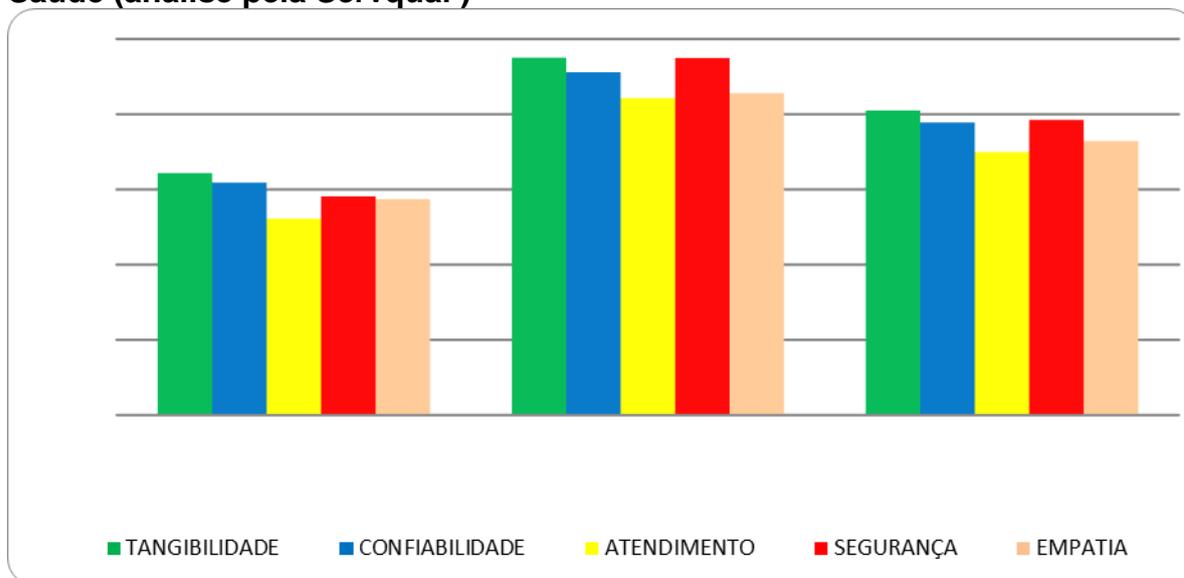
A tabela 2 a seguir evidencia o quanto, efetivamente, esses usuários/consumidores percebem que recebem dos serviços de saúde.

Tabela 2 - Realidade detectada pelos usuários ao acessarem os Serviços de Saúde (análise pela Servqual)

| Medidas | Expectativa com o SUS (ideal) | Expectativa com o Plano de Saúde (ideal) | Expectativa geral (ideal) |
|----------------|-------------------------------|--|---------------------------|
| Tangibilidade | 6,3 | 6,5 | 6,4 |
| Confiabilidade | 6,0 | 6,3 | 6,2 |
| Atendimento | 6,5 | 6,4 | 6,3 |
| Segurança | 6,3 | 6,5 | 6,4 |
| Empatia | 6,3 | 6,4 | 6,4 |

Fonte: Dados da pesquisa

Gráfico 2: Realidade detectada pelos usuários ao acessarem os Serviços de Saúde (análise pela Servqual)

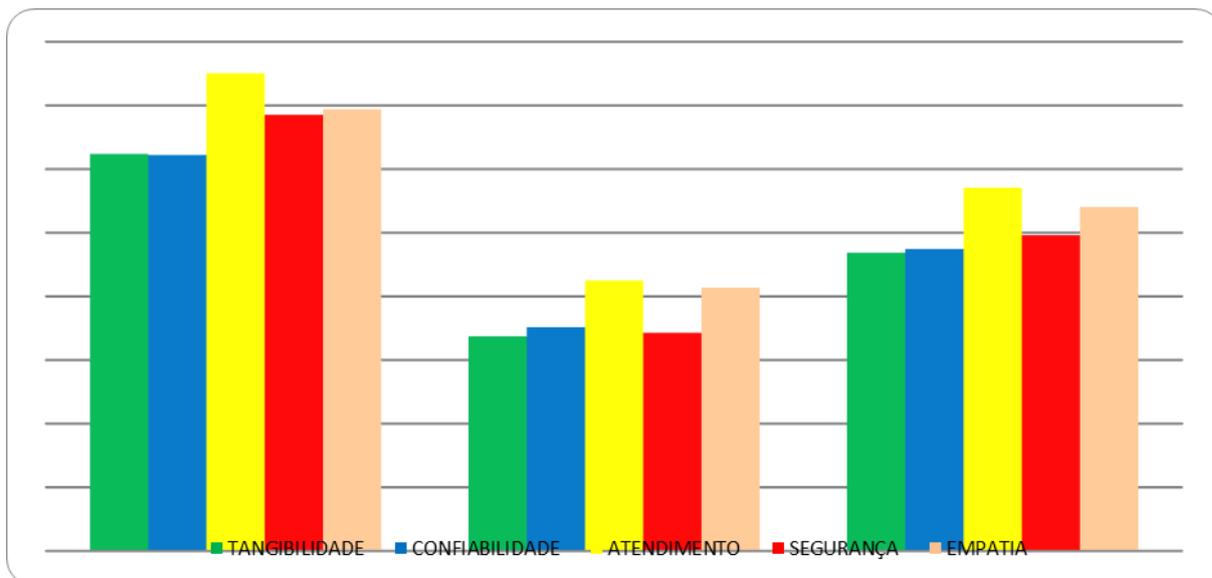


Fonte: Pesquisa de Campo.

Percebe-se que os usuários do SUS são os que tem percebido o recebimento de serviços de menor qualidade. Tirando a tangibilidade todos as demais dimensões ficaram abaixo de 3. Já os usuários de plano de saúde percebem em todos as dimensões valores um pouco acima de 4.

O gráfico a seguir mostra qual o *gap* gerado levando em conta a expectativa *versus* a realidade encontrada.

Gráfico 3: Gaps percebidos a partir da avaliação dos usuários dos Serviços de Saúde (análise pela Servqual)



Fonte: Pesquisa de Campo.

Obs.: *Gap* quanto menor melhor.

Visualiza-se que o item de maior frustração é o atendimento recebido pelos usuários do SUS, que gerou *gap* de 3,8. A segunda que gerou maior *gap* no SUS foi a empatia, seguida de perto da avaliação ruim que também obteve a dimensão segurança. Tangibilidade e confiabilidade foram as dimensões que apresentaram os resultados não tão desfavoráveis, todavia ainda assim chegaram a 3,1 ou seja, somente a metade do que os usuários esperavam.

Com isso, constata-se que apesar do SUS ser um direito universal, os usuários não conseguem perceber nele a qualidade também universal, como pode ser observado em estudos de Bastos et al. (2017).

Considerando o plano de saúde, o item com pior resultado (maior *gap*) foi o atendimento, seguido de perto da empatia. Segurança e confiabilidade vem a seguir e o item que apresentou o resultado com menor gravidade foi a tangibilidade.

Resumidamente - análise fatorial confirmatória dos constructos: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia. Aplicado tanto aos usuários do Sistema Único de Saúde quanto ao Sistema Privado. Análise de Confiabilidade referente ao SUS, todos apresentaram o alfa de Cronbach acima de 0.86. Assim demonstram consistência na formação dos construtos. Na análise do autovalor (AVE), verificou-se a formação de um único fator (variância explicada de 75,82%). Nos construtos referentes aos usuários do setor privado a análise de confiabilidade apresentou o alfa de Cronbach médio 0.87. Demonstra consistência na formação dos construtos. Na análise do autovalor (AVE) houve a percepção de um único fator

(total de variância explicada de 77,7%). Isso quer dizer que os grupos pesquisados compreenderam os 5 construtos como se fossem apenas um.

5. CONCLUSÕES

Esses resultados dos serviços de saúde são úteis tanto para os planos de saúde quanto para o SUS repensarem sua forma de prestar serviços, visando reduzir o *gap* apresentado. As clínicas, hospitais, laboratórios, planos de saúde e profissionais de saúde em geral desempenham papel fundamental para o bem-estar e qualidade de vida do indivíduo (paciente, consumidor), através do bom atendimento. Afinal, na condição fragilizada (física e mentalmente) de uma pessoa que esteja com algum problema de saúde um bom atendimento e a demonstração de atenção, de preocupação e interesse com a melhoria do paciente faz toda a diferença, pois gerará satisfação e valor sobre o ato, no qual o indivíduo valorizará mais aquela ação e acreditará mais nela. E isso contribui em muito no conjunto da obra. Logo, o tratamento não é somente médico e sim mental, ou simplesmente humano, no seu conjunto.

Assim, por exemplo, deveria ser inimaginável admitir que o atendimento nesses locais não seja de excelência e de qualidade, com equipes altamente treinadas para fazer o consumidor/paciente/usuários ter sensação plena de bem-estar. Afinal o tratamento e as atividades relacionadas, reconhecidamente ultrapassam as interações profissionais entre os indivíduos e os seus médicos, incluindo estilo de vida, crenças, atendimento e outros (Michie, Miles e Weinman, 2003).

Infelizmente não é essa a realidade brasileira. Logo, pode-se dizer que boa parte das falhas dos tratamentos médicos está fora da própria atividade da ciência médica em si. Ou seja, o tratamento eficaz começa antes da consulta ou internação e segue depois. Uma vez que o indivíduo com problemas de saúde pode sentir seus efeitos além da doença em si (física), mas também emocionalmente, cognitivamente, socialmente e até politicamente, pois faz o ser humano sentir e interpretar diferentemente várias situações individuais (de si mesmo) e coletivas (convívio, como passa a ver os outros, como acha que os outros o veem, e como, de fato, os outros o veem e o tratam). Sobre isso é importante observar também dados

sobre a pesquisa em Satur et al. (2017) e Bastos et al. (2017), que complementam todas essas observações.

Conclui-se que tanto nos serviços conveniados do SUS como junto aos serviços prestados por conveniados de plano de saúde, a melhoria passa pela urgência do entendimento de que cliente/paciente agora é também cocriador do serviço que usa, ele participa ativamente e que deve ser estimulado a cada vez mais a participar.

Sugere-se que esta pesquisa seja novamente feita, ao menos de cinco em cinco anos, para observar se houve melhorias. Também sugere-se ampliá-la para novas regiões e novos públicos. Esse registro histórico é relevante, pois aponta um parâmetro, um método e uma fotografia de um determinado momento, observado por um público específico. Pode ser assim, um ponto de partida para novos e ampliados estudos na área, visando melhorar os serviços de saúde prestados.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Laurel; OSTROM, Amy L.; CORUS, Canan; FISK, Raymond P.; GALLAN, Andrew S.; GIRALDO, Mario; MENDE, Martin; MULDER, Mark; RAYBURN, Steven W.; ROSENBAUM, Mark S.; SHIRAHADA, Kunio; WILLIAMS, Jerome D. *Transformative service research: an agenda for the future*. **Journal of Business Research**, v. 66, n. 8, p. 1203–1210, August 2013.

BASTOS, Adriana de Fátima Valente; SATUR, Roberto Vilmar; ABREU, Nelsio Rodrigues de; SANTOS, Cleberson Williams dos. Qualidade nos Serviços de Saúde: percepção dos usuários de serviços do SUS. 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde: Estado e Democracia - O SUS como direito social. **(Anais)** Natal, 1-4 maio 2017.

BOWEN, D. E.; SIEHL, C.; SCHNEIDER, B., *A framework for analyzing customer service orientations in manufacturing*. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 1, p. 75-95, Jan. 1989.

GORDON, Ross. *Re-thinking and re-tooling the social marketing mix*. **Australasian Marketing Journal**, v. 20, n. 2, p. 122-126, may 2012.

GRÖNROOS, Christian. *From marketing mix to relationship marketing: towards a paradigm shift in marketing*. **Management Decision**, v. 32, n. 2, p. 4-20, 1994.

_____. *On defining marketing: finding a new roadmap for marketing*. **Marketing Theory**, v. 6, n. 4, p. 395-417, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população por sexo e idade Brasil e Unidades da Federação 2010-2060. Coordenação de População e Indicadores Sociais Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2018. Disponível em: www.agenciadenoticia.ibge.gov.br. Acesso em 05 abr. 2019.

LAPIERRE, Jozée; FILIATRAULT, Pierre; PERRIEN, Jean. *Research on service quality evaluation: evolution and methodological issues*. **Journal of Retailing and Consumer Services**, v. 3, n. 2, p. 91-98, 1996.

MCCOLL-KENNEDY, Janet R.; VARGO, Stephen L.; DAGGER, Tracey S.; SWEENEY, Jillian C.; KASTEREN, Yasmin van. *Health care customer value cocreation practice styles*. **Journal of Service Research**. 000(00) 1-20, 1 May 2012

MOTA, Marcio Oliveira; FREITAS, Ana Augusta Ferreira; GERHARD, Felipe; MARINS, Simone Rodrigues; SOUZA, Lucas Lopes Ferreira de. Pesquisa científica em marketing de serviços no Brasil. **Pretexto**. v. 18, n. 1, p. 47-63, jan/mar. 2017. Disponível em:

<http://www.fumec.br/revistas/pretexto/article/view/2831/artigo%203%20-%201%202017.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring service quality. **Journal of Retailing**, 64 (1), 1988, p. 12-40.

_____; _____. *Guidelines for conducting service quality research.* **Marketing Research**, v. 2, n. 4, p. 34-44, Dec. 1990.

_____; _____. *Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale.* **Journal of Retailing**, v. 67, n. 4, p. 420-451, Winter 1991.

SATUR, Roberto Vilmar; SANTOS, Cleberson Williams dos; ABREU, Nelsio Rodrigues de Abreu, BASTOS, Adriana de Fátima. Saúde Cuidada, Vida Conservada: Avaliação Dos Usuários de Serviços de Plano Privado de Saúde. Congresso **Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde - QualiHosp 2017**: Inovação para Qualidade e Sustentabilidade na Saúde. EAESP/FGV, São Paulo: 21 e 22 de março de 2017. (Poster)

SOLOMON, Michael R.; SURPRENANT, Carol; CZEPIEL, John A.; GUTMAN, Evelyn G. *A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter.* **Journal of Marketing**, v. 49, n. 1, p. 99-111, Winter 1985.

VARGO, Stephen L., LUSCH, Robert F., *It's all B2B and beyond: towards a systems perspective of the market.* **Industrial Marketing Management**, v.40, n. 2, p. 181–187, 2011.

_____; _____. *Evolving to a new dominant logic for marketing.* **Journal of Marketing**, v. 68, n. 1, p. 1–17, 2004.

_____.; AKAKA, Melissa Archpru. *Service-Dominant Logic as a Foundation for Service Science: Clarifications.* **Service Science** 1(1): p. 32-41. 2009