

O *serviscape* na experiência do usuário: avaliação de percepções em serviços de *conciergeria* hospitalar

The *serviscape* in the user experience: evaluation of perceptions in hospital concierge services

El *serviscape* en la experiencia del usuario: evaluación de percepciones en servicios de *conserjería* hospitalaria

Recebido: 19/01/2022 | Revisado: 23/01/2022 | Aceito: 04/02/2022 | Publicado: 06/02/2022

Deise Vacario de Quadros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6442-2649>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: deisevquadros@gmail.com

Giulie Anna Baldissera Leite-Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2094-7731>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: giuliebaldissera@gmail.com

Sabrina Letícia Couto da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6791-9036>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: sabrina.silva@poa.ifrs.edu.br

Maria Auxiliadora Cannarozzo Tinoco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2941-1693>
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
E-mail: macannarozzo@gmail.com

Resumo

Acredita-se que a *conciergeria* hospitalar pode trazer incremento e proporcionar uma melhoria nos serviços prestados. Por fazer parte da experiência do usuário durante a internação em um hospital, o serviço e o ambiente oferecido desempenham importante papel, uma vez que podem impactar no processo de restabelecimento da saúde do paciente. Sendo assim, a atenção à percepção do usuário quanto ao serviço prestado, bem como a identificação de melhorias no serviço oferecido a partir dessas percepções se faz necessária. O presente trabalho objetiva avaliar a percepção dos pacientes sobre as evidências físicas e elementos intangíveis do ambiente de serviços (*servicescape*) na sua experiência com entrega dos serviços de *conciergeria* hospitalar, a fim de apontar melhorias na unidade de internação avaliada. Para isso, foi desenvolvido um *framework* que integra a abordagem do *service blueprint* da experiência à abordagem do *servicescape* nas evidências físicas, a partir do qual foi estruturado um questionário aplicado a 100 pacientes e/ou cuidadores (usuários do serviço) para avaliação de percepção dos pacientes, em uma unidade de internação clínico cirúrgica. Os resultados indicam para quais atributos avaliados (tangíveis e intangíveis) os usuários atribuíram nota média mais elevada, indicando maior importância na percepção da avaliação da qualidade do serviço prestado e, em contrapartida, para quais atributos foram atribuídas as menores notas médias, exigindo-se nesses últimos alguma mudança para melhoria na percepção dos usuários do serviço.

Palavras-chave: Conciergeria hospitalar; Experiência do paciente; Service blueprint; Servicescape.

Abstract

It's believed that the hospital concierge can bring increment and provide an improvement in the services provided. As part of the user experience during hospitalization in a hospital, the service and the environment offered play an important role, since they can impact the process of restoring the patient's health. Therefore, attention to the user's perception of the service provided, as well as the identification of improvements in the service offered based on these perceptions, is necessary. The present study aims to evaluate patients' perception of physical evidence and intangible elements of the service environment in their experience with the delivery of hospital concierge services, in order to point out improvements in the inpatient unit evaluated. For this, a framework was developed that integrates the service blueprint approach of experience with the approach of the *servicescape* in physical evidence, from which a questionnaire was structured applied to 100 patients and/or caregivers (service users) to assess the perception of patients. patients in a clinical surgical inpatient unit. The results indicate for which attributes evaluated (tangible and intangible) the users attributed the highest average score, indicating greater importance in the perception of the evaluation of the quality of the service provided and, on the other hand, for which attributes were attributed the lowest average scores, requiring in the latter some changes to improve the perception of service users.

Keywords: Hospital concierge; Patient experience; Service blueprint; Servicescape.

Resumen

Se cree que la conserjería del hospital puede aportar un incremento y una mejora en los servicios prestados. Como parte de la experiencia del usuario durante la hospitalización en un hospital, el servicio y el ambiente ofrecido juegan un papel importante, ya que pueden impactar en el proceso de restauración de la salud del paciente. Por tanto, es necesaria la atención a la percepción del usuario sobre el servicio prestado, así como la identificación de mejoras en el servicio ofrecido en base a estas percepciones. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la percepción de los pacientes sobre las evidencias físicas y los elementos intangibles del entorno de servicio en su experiencia con la prestación de servicios de conserjería hospitalaria, con el fin de señalar mejoras en la unidad de hospitalización evaluada. Para ello, se desarrolló un *framework* que integra el enfoque *service blueprint* de experiencia con el enfoque *servicescape* en evidencia física, a partir del cual se estructuró un cuestionario aplicado a 100 pacientes y/o cuidadores (usuarios del servicio) para evaluar la percepción de los pacientes en una unidad de hospitalización clínica quirúrgica. Los resultados indican a qué atributos evaluados (tangibles e intangibles) los usuarios atribuyeron la puntuación media más alta, indicando mayor importancia en la percepción de la evaluación de la calidad del servicio prestado y, por otro lado, a qué atributos se les atribuyó la menor puntuación. puntajes promedio, requiriendo en este último algunos cambios para mejorar la percepción de los usuarios del servicio.

Palabras clave: Conserje de hospital; Experiencia del paciente; Blueprint del servicio; Servicescape.

1. Introdução

Atualmente, a experiência do usuário é foco de diversos estudos em função da importância que assume no processo de gestão do serviço (Voorhees et al., 2017). Alguns estudos apontam para o contexto e ambiente em que o serviço é prestado, pois são itens tangíveis que influenciam na percepção dos usuários (Bitner, 1992; Cherup, 2020).

A literatura disponível que trata da percepção do espaço construído e do serviço nele prestado traz a luz o modelo conceitual do *servicescape* (Bitner, 1992). O modelo apresenta uma série de estímulos ambientais, que podem ser compreendidos como evidências, que irão influenciar no comportamento do usuário (Chou, 1998; Koc, 2021). Estes estímulos podem incluir tanto os aspectos físicos e tangíveis do ambiente como as relações interpessoais sociais entre prestadores de serviços e usuários (Bitner, 1992; Garmaroudi et al., 2021; Tombs & Mccoll-Kennedy, 2003).

No entanto, as atividades realizadas no processo do serviço e sua relação com o ambiente construído, são pouco exploradas no *servicescape*. Frente a isso, uma segunda abordagem é explorada nesta pesquisa, o *Service Blueprint*, um método de representar o processo do serviço (Kang et al., 2017; Silva et al., 2021) através de um diagrama. Assim, é possível maior compreensão do processo para a gestão do serviço de maneira mais objetiva e quantificável (Shostack, 1984).

Ao avaliar um serviço voltado à saúde, compreender a percepção do paciente é essencial. Para isso, o ambiente construído hospitalar exerce um importante papel no cuidado ao paciente (Malkin, 2008; Tzortzopoulos et al., 2009), podendo ter impacto no bem-estar, no conforto e no processo de restabelecimento de saúde (Hutton & Richardson, 1995). Nesse sentido, através da atenção constante ao *feedback* dos usuários, é possível melhorar de maneira contínua o serviço prestado (Taner & Antony, 2006). No entanto, por meio da revisão de literatura realizada nesta pesquisa, percebeu-se que a relação entre o serviço prestado e as características tangíveis e intangíveis do ambiente que contribuem para a avaliação dos usuários deste serviço ainda não recebem atenção adequada no contexto hospitalar.

O estudo apresentado na presente pesquisa foi realizado em um hospital referência de alta complexidade pelos serviços oferecidos na região Sul do Brasil. O serviço analisado é o de *conciergeria* hospitalar, em leitos alocados em uma unidade de internação de pacientes adultos. O serviço de *conciergeria* consiste em serviços de hotelaria inseridos no contexto de saúde, que primam pela entrega de um serviço de saúde e hospitalidade ao cliente. O objetivo geral deste artigo consiste em avaliar a percepção dos pacientes sobre as evidências concretas e abstratas dos encontros de serviço de *conciergeria* hospitalar. Para isso, o artigo foi estruturado da seguinte forma: na sequência da introdução, a compreensão teórica é exposta através de uma revisão de literatura; a seguir, são relatados os métodos que guiaram a coleta de dados, bem como sua análise para o desenvolvimento do trabalho; ainda são apresentados os resultados e discussões, apontando melhorias identificadas para o serviço; por fim são expostas as considerações finais.

1.1 O Serviço de *Conciergeria* Hospitalar

O serviço de *conciergeria* tem sua origem no termo *Concierge*, da língua francesa que designa o setor ou o profissional que faz o acolhimento inicial de um serviço. O serviço tem por objetivo atender às necessidades básicas e especiais do usuário, desempenhando a função de auxiliar nas demandas dos clientes quanto à estadia no estabelecimento. Constituída a partir da Idade Média, quando determinados funcionários eram responsáveis pela chave dos aposentos dos castelos, essa passou a ser uma possibilidade de gerar retorno financeiro para a manutenção das propriedades que se tornavam cada vez mais onerosas (Ismail, 2004). Com a evolução dos meios de hospedagem e serviços de hospitalidade, o serviço de *conciergeria* passou a influenciar nas expectativas dos clientes e nas práticas de mercado, tornando-se um diferencial nos serviços oferecidos pelos hotéis (Maier & Edwards, 2020; Silva et al., 2016).

Embora usualmente utilizada em hotéis e cruzeiros, os hospitais privados vêm se apropriando desse conceito com aplicabilidade em sua hotelaria (Pullmann & Rodgers, 2010). O serviço de *conciergeria* em hospitais relaciona a busca pelo objetivo principal que é a entrega da venda de saúde – um serviço com alto valor percebido, de elevada exigência de habilidade técnica, elevada intangibilidade e heterogeneidade, fornecido por profissionais de saúde – juntamente com o fornecimento do serviço de hotelaria propriamente dito, algo estandardizado conforme a categoria dos planos de saúde, mas que pode ser customizado pela necessidade e exigência dos pacientes (Li et al., 2009).

A interação do paciente com o serviço de *conciergeria* inicia logo após a internação no setor de admissão, finalizando no momento de saída do atendimento, ou seja, na alta hospitalar. A busca pelo diferencial nos serviços oferecidos é um dos grandes motes que alavancam a competitividade de mercado, visto que, cada vez mais clientes interagem na customização dos serviços, co-criando processos e serviços. Essa interação tem por objetivo satisfazer as necessidades particulares dos pacientes (Pullmann & Rodgers, 2010). Para garantir essa entrega com qualidade e segurança se faz necessário, um conjunto de habilidades não-técnicas, exigidas cada vez mais na interação com o cliente. Os profissionais precisam ter, por exemplo, proatividade e capacidade de resolução de problemas, sendo esses, itens chave na garantia das expectativas do paciente (Li et al., 2009).

Dessa forma, a *conciergeria* hospitalar aparece como um dos serviços oferecidos pelo empreendimento com foco na experiência do usuário. Com isso, um dos desafios de gestores hospitalares está na avaliação positiva por parte dos usuários, sendo a percepção do paciente um valioso indicador de qualidade. Dessa forma, a qualidade e o valor percebido do serviço, devem ser avaliados como forma de oferecer qualidade e garantia de satisfação do paciente (Báo et al., 2019; Chen et al., 2017; Januário et al., 2015).

1.2 A Experiência do Usuário

O foco na experiência do usuário final é um objetivo crescente na gestão de serviços (Bateson & Hoffman, 2001; Bitner et al., 2008; Lemon & Verhoef, 2016). A experiência do usuário pode ser compreendida como um constructo multidimensional, que tem como foco toda a jornada do cliente durante o serviço prestado (Lemon & Verhoef, 2016). Sendo assim, a experiência compreende todo o processo, considerando momentos anteriores à aquisição do serviço, durante o consumo e posteriores ao uso do serviço (Bateson & Hoffman, 2001; Voorhees et al., 2017). Essa visão ampliada do serviço possibilita a prestação de maneira eficaz (Bateson & Hoffman, 2001), além de fornecer dados que auxiliam na compreensão da experiência de serviços como um todo (Voorhees et al., 2017). A primeira etapa refere-se aos motivos do usuário buscar o serviço em questão; o momento de consumo traz à luz as reações do consumidor frente aos serviços; e por fim, a última etapa explicita a satisfação ou não deste consumidor (Bateson & Hoffman, 2001; Voorhees et al., 2017).

Desta forma, são chamados encontros do serviço todos os momentos em que o consumidor tem a possibilidade de desenvolver uma percepção em relação à empresa. Para isso, estes encontros são caracterizados como experiências de

interações com a linha de frente da empresa (Bitner et al., 2000), ou seja, uma relação direta com a interface do serviço (sejam pessoas, processos ou ambiente) (Patrício et al., 2011). Estes momentos enfatizam a importância de compreender situações e comportamentos que interferem na satisfação dos consumidores (Bateson & Hoffman, 2001).

Bitner et al. (2000) ressaltam a importância dos encontros do serviço para captar e reter clientes, pois nesses momentos são emitidos os julgamentos sobre a excelência dos serviços. Neste processo, o chamado pacote de serviços contempla as características notadas pelo paciente (cliente) que formam a percepção do serviço recebido. O pacote de serviços é constituído por cinco características: instalações de apoio (recurso físico para o serviço ser ofertado); bens facilitadores (material adquirido ou consumido pelo cliente); informações (dados e informações do cliente necessários para que o serviço possa ser realizado); serviços explícitos (benefício principal do serviço); e serviços implícitos (benefícios secundários do serviço) (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014).

Os pontos de contato da experiência do cliente com o serviço podem ser identificados por meio do mapeamento da sua jornada com o serviço (Halvorsrud et al., 2016; Lemon & Verhoef, 2016; Patrício et al., 2011). Diversas ferramentas podem ser empregadas para o mapeamento da experiência do usuário. Halvorsrud et al. (2016) propõem o *Customer Journey Framework* (CJF) como um modelo para analisar a jornada do cliente de forma integrada. Contudo, apesar de considerar as diferentes interfaces na representação da jornada do cliente em um mesmo diagrama, o CFJ não considera as evidências físicas e outros elementos intangíveis do *servicescape*, presentes no sistema de serviço que podem influenciar na experiência do cliente.

É possível mapear a experiência do cliente de forma integrada através do *Service Experience Blueprint* (SEB), proposto por Patrício et al. (2011). O SEB é um método multidisciplinar de *design* de serviços que incorpora sistematicamente os requisitos de experiência do cliente. No SEB, a experiência do cliente pode ser estudada de forma qualitativa e quantitativa para entender os requisitos de experiência em cada canal utilizado. Além disso os mesmos autores apresentam o *Multilevel Service Design* (MSD), um método holístico de integração dos diferentes níveis de um sistema de serviço que fornece informações mais robustas para prover uma experiência que atenda às necessidades e preferências do cliente, a partir dentre outras ferramentas do *Service Experience Blueprint* ou *service blueprint* da experiência do usuário.

Proposto por Shostack em 1984, o *Service Blueprint* é um método diagramático de representar o processo do serviço (Kang et al., 2017), através de uma abordagem focada no cliente para inovação e melhorias (Bitner et al., 2008). Para tal, todas as atividades chave e suas interações são dispostas de maneira visual em um diagrama, organizando-as de maneira que a perspectiva do cliente seja enfatizada (Kang et al., 2017), apresentando as informações de maneira mais precisa, com menos possibilidades de interpretações equivocadas (Shostack, 1984). O *design* orientado ao processo que o *service blueprint* oferece se destaca em relação a outros por oferecer a visualização do processo de serviço, como, por exemplo, os pontos de contato do cliente, as evidências físicas associadas aos serviços, a estrutura organizacional do processo, além de outras questões chave com impacto emocional ou funcional da experiência (Bitner et al., 2008).

Bitner et al. (2008) apresentam os cinco componentes de um SEB típico: Ações do cliente; Ações do funcionário com contato visível; Ações do funcionário sem contato visível; Processos de apoio; e Evidência Física. Entre os componentes, ainda são estabelecidas linhas de interação e de visibilidade. A estrutura original do SEB pode tornar-se ainda mais detalhada, apresentando informações relacionadas à experiência do serviço, quando integrada à análise de equipamento, espaço, ambiência e fatores de projeto (Kang et al., 2017; Lemon & Verhoef, 2016). Na pesquisa de Kang et al. (2017) é apresentado um *framework* inicial em que é desenvolvida uma análise da experiência do usuário com os serviços, para isso, os autores atribuíram o nome de *servicescape* físico para as evidências físicas.

1.3 Servicescape: a percepção do usuário

O termo *Servicescape* foi proposto por Bitner em 1992. Um modelo conceitual que trata da influência total percebida do ambiente construído para os serviços. Essa abordagem surge a partir da compreensão de que o meio físico influencia na percepção dos usuários em relação aos serviços (Bitner, 1992). O *servicescape* pode influenciar na entrega de um serviço em função das características do ambiente, que são capazes de induzir o comportamento dos usuários quanto aos objetivos do serviço (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014). Para isso, são definidas três dimensões do ambiente: condições do ambiente (temperatura, odor, etc.), espaço/função (*layout*, equipamento, etc.); e sinais, símbolos e artefatos (e.g., sinalização, decoração) (Bitner, 1992).

Bitner (1992) afirma ainda que o *servicescape* é capaz de assumir um papel facilitador, tanto na definição de relações que serão estabelecidas entre os usuários, quanto na interdependência entre *layout* e serviço. Nesse contexto, o *servicescape* apresenta uma relação entre ambiente-usuário que vai além da interação empresa-consumidor da visão de serviços. Arnould et al. (1998) apontam que *servicescapes* são produzidos a partir da criação de ambientes desenvolvidos para uma determinada finalidade e através da maneira como o usuário irá interpretar este espaço. Dessa forma, relações estabelecidas entre os diferentes usuários – entre clientes, entre fornecedores e entre clientes e fornecedores – também influenciam no *servicescape*.

Para reforçar a relação entre os encontros do serviço e *servicescape*, o *social-servicescape* é apresentado por Tombs & Mccoll-Kennedy (2003), trazendo à luz a relação que vai além dos atributos físicos. Sob essa visão, são acrescentadas percepções: os componentes tempo e espaço são importantes na definição do comportamento esperado pelo cliente; a densidade social pode interferir na percepção do ambiente; e contágio emocional, uma vez que ao observar as emoções de outras pessoas, o indivíduo pode apresentar diferentes reações afetivas (Garmaroudi et al., 2021).

Considerando o foco da experiência do usuário a partir dos serviços prestados, é importante compreender que tanto o ambiente construído (Bitner, 1992), quanto as relações sociais estabelecidas entre os diferentes usuários são capazes de afetar nessa experiência, demonstrando que a experiência do paciente se mostra relevante quando há adequada relação entre o prestador de serviço e a padronização técnica dos profissionais (Chen et al., 2017; Fitzsimons & Cornwell, 2018). Essa percepção indica o protagonismo que os encontros do serviço e o *servicescape* assumem nesse contexto (Akaka & Vargo, 2015; Kang et al., 2017).

2. Metodologia

Foi realizado um estudo de abordagem metodológica mista (qualitativo e quantitativo) do tipo estudo de caso (Creswell, 2010). O estudo de caso foi realizado em um hospital terciário, de alta complexidade, localizado na região sul do Brasil. A alta complexidade envolve alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de promover à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007).

O método subdivide-se principalmente em quatro etapas: (1) Caracterização do estudo de caso; (2) *Framework* de integração do *servicescape* à experiência do usuário; (3) Construção e aplicação do instrumento de avaliação de percepções; (4) Análise estatística dos dados.

2.1 Caracterização do Estudo de Caso

Inserido no contexto de unidades de internação hospitalar, o serviço de *conciêrgeria* avaliado atende 91 leitos dispostos em 4 unidades de internação de pacientes adultos, do serviço privado e da rede suplementar de saúde. O quadro de funcionários conta com 4 *conciêrges*. A análise do presente estudo foi realizada em uma dessas unidades, composta por 19 leitos mistos destinados a pacientes adultos com necessidades de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos. A maioria dos pacientes internados caracterizou-se acima de 60 anos de idade e estavam acompanhados de um familiar ou de um cuidador.

O pacote de serviços oferecido na unidade é padronizado. O único item que tem influência na contratualização feita pela seguradora de saúde ou plano particular de internação, é a dimensão do quarto. A lista de itens constantes no pacote de serviços pode ser visualizada no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1. Pacote de Serviços do Serviço de Conciergeria Hospitalar.

Instalação de Apoio	Leito privado Frigobar Televisão Local para acompanhante Banheiro Privado Climatização Mobília Sala de Recreação
Bens Facilitadores	Kit Higiene Circuito fechado de televisão Internet Roupa de Cama Alimentação
Serviço Explícito	Acomodação durante tratamento Limpeza Cuidado de hospedagem confortável
Serviço Implícito	Cordialidade Resolução de Problema Acesso à informação Segurança do ambiente Segurança na atuação da equipe Assistência segura Empatia Rapidez de Atendimento

Fonte: Coleta de Dados.

Sobre a equipe de atendimento, o *conciERGE* é o profissional que se coloca à disposição do paciente e sua família, sendo que as solicitações relativas à acomodação do paciente são feitas para este profissional. Além do *conciERGE* de referência de cada unidade, tem-se as seguintes equipes de atendimento:

Equipe de Enfermagem: 1 profissional que orienta sobre procedimentos, rotinas e funcionamento da unidade, aplica escalas institucionais, avalia riscos e gerencia os cuidados.

Técnico de enfermagem: 1 técnico que executa a prescrição médica e de enfermagem.

Nutricionista: 4 atendentes de nutrição que fazem as primeiras combinações dietéticas, identificando as restrições e solicitações, adequando às necessidades do paciente.

Equipe Médica: cada paciente tem sua equipe médica responsável, que realiza combinações com o paciente referentes a exames e procedimentos e/ou cirurgias previstos durante a internação, bem como o tempo previsto de estadia.

Equipe de Higienização: 5 profissionais do serviço de higienização e 2 camareiras. Os profissionais de higienização acessam o quarto para fazer a limpeza diária, organizar o ambiente e recolher lixo. A camareira é a profissional que faz a organização do leito do paciente no que diz respeito às roupas de cama (tanto do paciente quanto do cuidador).

Setor Administrativo: 1 secretária, responsável pela relação entre as solicitações do paciente e o convênio, mais precisamente em relação a questões financeiras, autorização de exames e autorização de medicamentos de alto custo.

Sobre o atendimento das demais necessidades do cliente, este se dá através das solicitações à equipe de enfermagem, ao administrativo da unidade de internação ou diretamente por um ramal de acesso no quarto ao serviço de *conciergeria*.

2.2 Framework de integração do *servicescape* à experiência do usuário

As abordagens que embasaram a análise da experiência do usuário consideram os elementos tangíveis e intangíveis na determinação das percepções dos usuários em relação aos serviços prestados. Dentre estas, duas se destacaram pelo seu potencial de contribuição para esta pesquisa, sendo elas: *service blueprint da experiência* (Patrício et al., 2011; Shostack, 1984) e *servicescape* (Bitner, 1992). Além disso, a pesquisa de *Smart Service Experience* (Kang et al., 2017) também foi considerada pela relação que estabelece entre as abordagens anteriores.

Através de análise das abordagens e seus modelos conceituais, foi possível propor um *framework* para avaliação das percepções dos pacientes em relação ao *servicescape* durante a sua experiência com os serviços de *conciergeria*.

O *framework* empregado neste estudo integra as dimensões do *servicescape* (Bitner, 1992; Kang et al., 2017) ao *service blueprint* da experiência, na área das evidências físicas do diagrama. Desta forma, o item de evidências físicas passou por uma ressignificação que objetiva a entrega de informações mais detalhadas. Para isso, foram consideradas as abordagens propostas por Bitner et al. (2008) e Kang et al. (2017), integrando a abordagem do *servicescape*. Para melhor compreensão das diferentes dimensões e características das evidências percebidas pelo paciente, o presente estudo abrange não só relações estabelecidas através dos atributos físicos, como também dimensões intangíveis, explicitando percepções sociais que podem interferir na percepção do serviço (Tombs & Mccoll-Kennedy, 2003). O *framework* adotado neste estudo está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Framework de integração do *servicescape* à experiência do usuário.

Fases da ação do cliente	
Servicescape	Intangíveis
	Espaço
	Ambiência
Encontros do Serviço	Linha de interação
Interações Front Office	Linha de visibilidade
Interações Back Office	
Processos de Apoio	

Fonte: Coleta de Dados.

O *framework* do Quadro 2 foi utilizado para representar a experiência do usuário com os serviços de *conciergeria*, a partir dos encontros de serviço e os elementos do *servicescape*, em cada dimensão, relacionados a cada encontro. Para isso, foram coletados relatos da rotina de 100 casos de pacientes internados na unidade em estudo.

Os elementos do *servicescape* foram definidos a partir da observação dos serviços entregues e de *brainstorming* realizado pelas autoras, sendo validados junto à equipe de colaboradores da unidade.

2.3 Construção e aplicação do instrumento de avaliação de percepções

Após a representação da experiência do usuário no *framework* proposto, foi elaborado um questionário utilizado como instrumento de coleta de dados objetivando avaliar a percepção dos usuários em relação aos encontros dos serviços prestados. O instrumento foi definido em formato de questionário, de acordo com os encontros de serviço constantes no *service blueprint* da experiência e dimensões do *servicescape* correspondentes.

Inicialmente, o questionário foi composto por quatro seções, subdivididas nos 3 construtos definidos a partir das fases da experiência do cliente (internação, estadia e alta). No entanto, por limitações do trabalho de coleta de dados, o questionário focou nas questões relacionadas ao momento da estadia. Assim, o construto de internação foi excluído do processo de coleta de dados, uma vez que a procedência do encaminhamento de internação pode se dar através de diferentes meios, o que dificultaria o acesso aos usuários e o construto de alta hospitalar foi excluído em razão da limitação de tempo imposta para a realização do trabalho, pois excluiria diversos pacientes em potencial a serem entrevistados por ainda não terem recebido alta no tratamento. Dessa forma, foi realizado um recorte de estudo transversal, considerando apenas o construto pertinente ao momento de estadia dos pacientes.

As questões pertinentes à estadia contemplam dois âmbitos: questões tangíveis (*servicescape* físico) e intangíveis (*servicescape* social), totalizando 23 itens para avaliação. O instrumento utilizou uma escala Likert (1 a 5 pontos) e foram estabelecidas as dimensões do instrumento em conformidade com os itens identificados na construção do *service blueprint da experiência do usuário*. Além disso, uma seção de caracterização do perfil do paciente também constava no questionário, com dados pertinentes à idade, gênero e tempo de internação.

A aplicação dos questionários foi realizada por uma das pesquisadoras, a qual tinha vínculo profissional com a instituição e participava do gerenciamento dos cuidados dos pacientes internados no setor em que o estudo foi realizado. O conhecimento prévio da pesquisadora permitiu uma melhor receptividade dos pacientes para participação no estudo, uma vez que estavam sendo inquiridos por alguém de sua confiança.

O questionário foi respondido pelo próprio paciente ou por seu cuidador principal nos casos em que o paciente fosse menor de idade ou impossibilitado de responder. O tempo de aplicação teve duração de 10 a 30 minutos, cuja variabilidade foi decorrente da heterogeneidade dos respondentes e até mesmo do estado de saúde de cada paciente.

Inicialmente, foi explicado a cada paciente o objetivo da pesquisa, onde se pretendeu evidenciar a importância da participação dos usuários do serviço no levantamento de dados sobre suas necessidades e suas percepções quanto à avaliação dos serviços recebidos. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e tiveram garantidos o total sigilo e confidencialidade dos dados fornecidos, assinando um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para efetiva participação na pesquisa. Ainda, foi garantido a cada paciente o direito à retirada de sua participação no estudo em qualquer tempo, caso fosse desejável.

2.4 Análise Estatística dos dados

A amostra de pesquisa foi composta por 100 pacientes usuários do serviço de *conciiergeira* (internação em caráter privado ou da rede suplementar de saúde), sendo esses os que tinham condições de assumir seus próprios cuidados pessoais ou seus acompanhantes de referência. O setor avaliado possui uma média de internação de 50 pacientes por mês, sendo assim, a amostra avaliada pode ser considerada representativa da população atendida pelo hospital/serviço.

Para tabulação dos dados, foi utilizado o *software* Excel e as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 18.0. Foram realizadas análises descritivas (construção de tabelas de frequências (simples e cruzadas); gráficos; cálculo de medidas resumo (média e desvio-padrão) bem como análises inferenciais (mensuração da confiabilidade do questionário pelo coeficiente Alfa de Cronbach, Análise Fatorial Exploratória, Teste t de Student para comparação de médias de amostras independentes e Teste Qui-quadrado para verificar associação entre variáveis qualitativas).

A Análise Fatorial é uma técnica estatística multivariada que serve ao propósito de exploração de um conjunto de dados e tem por objetivo reduzir certo número de variáveis a uma dimensão menor. Essa redução é representada por uma nova

variável (componente) que expressa uma combinação linear das variáveis originais, todas métricas ou quantitativas (Hair et al., 2005).

Para realizar uma Análise Fatorial, alguns testes são necessários para verificar se alguns pressupostos estatísticos estão atendidos pelo conjunto de dados em questão, quais sejam:

- Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, ou seja, que pode ser atribuída a um fator comum. Dessa forma, quanto mais próximo do valor 1 (unidade) melhor o resultado, ou seja, mais adequada é a amostra à aplicação da técnica de Análise Fatorial. Para Hair et al. (2005), para o teste são valores aceitáveis entre 0,5 a 1,0, assim, se o valor do teste for inferior a 0,5, indica-se que a análise fatorial não pode ser realizada.

- Teste de Bartlett: verifica se a matriz de correlação entre as variáveis pode ser considerada uma matriz identidade, indicando ausência de correlação entre as variáveis.

Para os testes, adotou-se nível de significância de 5%, ou seja, resultados significativos estão denotados por $p < 0,05$.

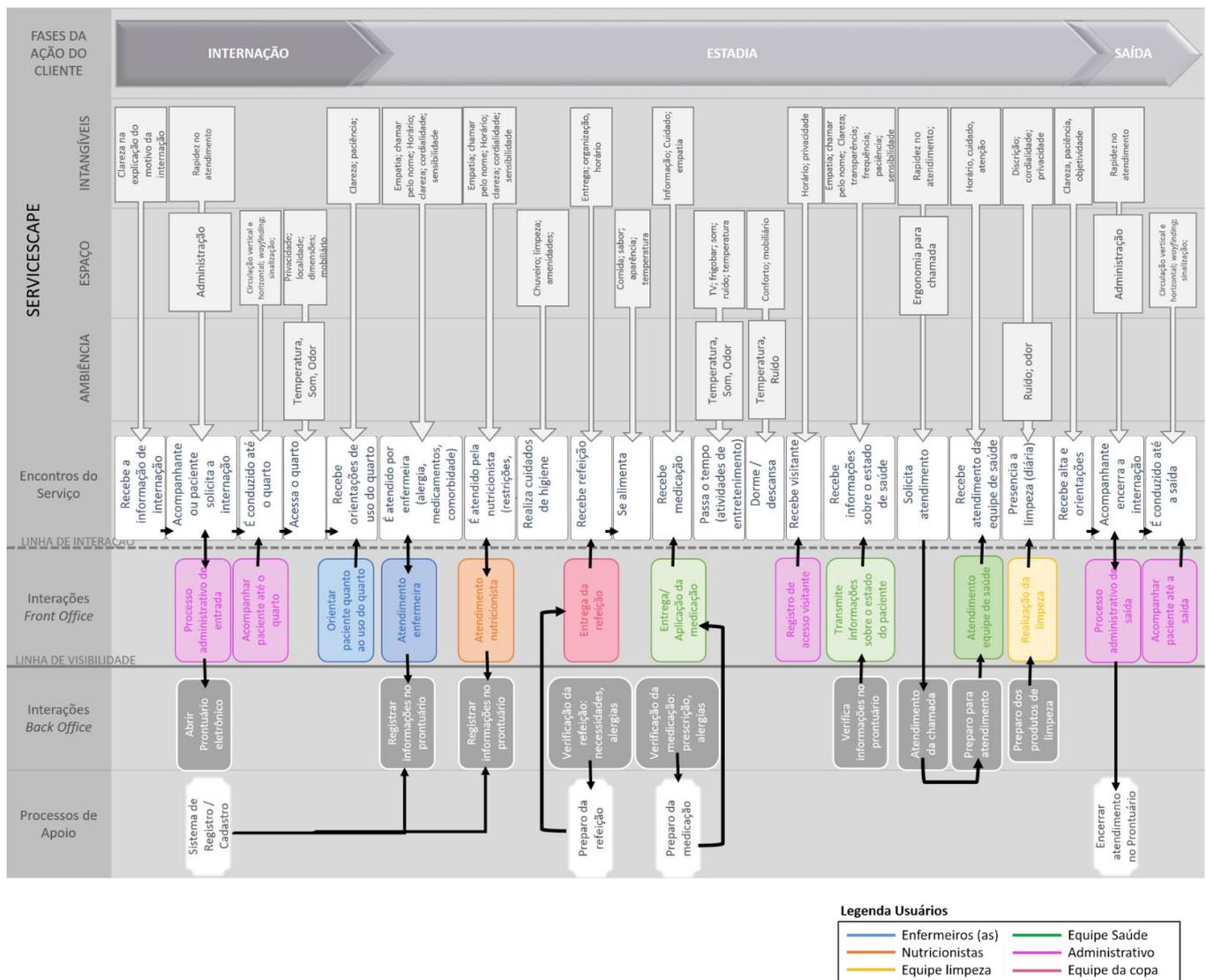
3. Resultados e Discussão

Nesta seção são apresentados os resultados gerados da aplicação do *framework* para avaliação das percepções dos pacientes em relação ao *servicescape* e sua influência na experiência com o serviço de *conciergeria*.

3.1 O *servicescape* e a experiência do paciente

A partir do *framework* proposto foi desenvolvido o *service blueprint* da experiência apresentado na Figura 1. Foram identificados 21 encontros de serviço, aos quais foram atribuídas 28 evidências de *servicescape*.

Figura 1. Service Blueprint da experiência com o serviço de *conciergeria* do hospital.



Fonte: Coleta de Dados.

Os encontros do serviço estão compreendidos em três fases, que vão desde a internação, quando o paciente é admitido no setor, passando pelo momento de estadia e finalizando no momento de alta hospitalar. Considerando a limitação da presente pesquisa, a experiência do usuário não foi considerada integralmente. O estágio de consumo do serviço foi o intervalo de tempo determinado para o desenvolvimento do presente estudo, ou seja, o momento em que o serviço é fornecido ao cliente. Essa delimitação foi definida por ser neste estágio que as interações entre cliente, funcionário e instalações (*servicescape*) são estabelecidas, influenciando diretamente na avaliação deste serviço (Bateson & Hoffman, 2001).

No processo administrativo de entrada, cada paciente admitido recebe 2 cartões de visita, sendo um para visitantes, que podem acessar diariamente o hospital no horário estabelecido para visitas e um cartão de acompanhante para permanecer em tempo integral com o paciente. É fornecido também um cartão para que o familiar possa receber o café da manhã, conforme acerto com a instituição de saúde.

A partir do momento em que o paciente é internado, ele é conduzido por um profissional da *conciergeria* até o seu respectivo quarto, sendo esse o primeiro encontro do serviço da fase de estadia. O tipo de acomodação e as facilidades possibilitam que o cliente faça um primeiro julgamento acerca do que lhe é oferecido, o pacote de serviços. Assim, são avaliadas inicialmente as condições de ambiência (temperatura, odor, som, etc.) e físicas (privacidade, localidade, layout,

dimensões, mobiliário) do ambiente.

Ao serem alocados, além da instalação de apoio (o leito privado) e do serviço explícito (acomodação durante o tratamento) o ambiente pode ser analisado como um todo, considerando os bens facilitadores, serviços implícitos e informações sobre o uso do aparelho de televisão, ar-condicionado, acionamento da campainha, acionamento da cama.

Considerando todos os encontros do serviço prestados, a interação entre colaboradores e pacientes ou acompanhantes, se torna um estímulo intangível significativo ao longo da estadia. Para isso, comportamentos e relações interpessoais tornam-se evidências para avaliação. Empatia, sensibilidade, cordialidade e paciência mostram cuidado além do caso clínico do paciente. Além disso, pequenas ações, como chamar o paciente pelo nome, ter cuidado com horários de atendimento e passar informações com clareza e transparência também se destacam para o *servicescape* intangível.

O *service blueprint* da experiência mostra as interações *front office* categorizadas de acordo com os usuários envolvidos, são eles: enfermeiros (as); nutricionistas; equipe de limpeza; equipe de saúde; administrativo; e equipe de copa. Para a visualização gráfica dos diferentes grupos, foram atribuídas diferentes cores para os múltiplos usuários, explicitando a interdependência de equipes e atividades no dispositivo visual (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**).

A boa experiência do usuário tem relação direta com o time de *front office*, pois profissionais motivados e capacitados através de um treinamento comportamental e técnico, com compreensão da visão institucional, propicia um trabalho mais harmônico. Adicionalmente a isso, o suporte fornecido pelo *back office* para a execução de processos de apoio encadeia esse exercício, com um importante foco na estrutura, na liderança e no gerenciamento profissional (Bittar, 2000).

3.2 Análise Estatística das percepções dos pacientes

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, estima-se que as idades dos pacientes avaliados variam de 16 a 98 anos, com média de 63,0 anos e variação ao redor da média de 19,1 anos. Ainda, metade dos pacientes avaliados têm menos de 68,5 anos de idade e a outra metade dos pacientes avaliados tem 68,5 anos ou mais de idade. Ainda, a amostra de estudo é composta por pacientes, em sua maioria, idosos (66% com 60 anos ou mais de idade). Em relação ao gênero, percebeu-se uma predominância de pacientes mulheres, pois 57,0% dos pacientes avaliados são do sexo feminino e 43,0% do sexo masculino.

Tabela 1. Estatísticas descritivas para as variáveis Idade (em anos) e Tempo de estadia (em dias).

Variável	n	Mín.	Máx.	Média	Mediana	DP
Idade (anos)	100	16	98	63	68,5	19,1
Tempo de estadia (dias)	100	2	3397	41,1	3	339,3

DP = desvio-padrão. Fonte: Coleta de dados.

Sobre os tempos de estadia, são definidos a partir de uma média de permanência do paciente e estima-se que variaram de 2 a 3397 dias, com média de 41,1 dias e variação ao redor da média de 339,3 dias. Ainda, metade dos pacientes avaliados têm até 3 dias de estadia.

Cabe destacar que se optou por aplicar o questionário aos pacientes tão logo fosse possível, a justificativa para tal foi devido à necessidade de se garantir uma amostra suficiente de respondentes e que tenha experimentado todos os encontros dos serviços prestados durante a internação, sabendo-se que a maioria dos pacientes permanece internado por pouco tempo no setor avaliado. Assim, a fim de não perder o seguimento de um número considerável de pacientes e garantindo que os pacientes tenham experienciado todos os encontros dos serviços, optou-se pela abordagem ainda nos primeiros dias de estadia. Sendo assim, foi observado um percentual elevado (78,0%) de pacientes com tempo de estadia de menos de 7 dias, isto é, ainda na primeira semana de internação.

De maneira geral, as pessoas conceituaram bem os serviços oferecidos, considerando que todas as médias superaram 50% da pontuação da escala Likert (2,5 pontos), conforme o Quadro 3.

Com relação aos momentos de interação com pessoas da equipe do hospital, as menores pontuações médias atribuídas pelos pacientes foram em relação à clareza do recebimento de informações sobre o uso do quarto (3,9 pontos) e sobre a rapidez no atendimento da equipe de enfermagem após o chamado via botão (4,0 pontos); já em relação à ambiência e espaço, a menor nota média observada foi em relação ao acesso aos botões de chamado da equipe de enfermagem (2,6 pontos), seguida da qualidade da climatização do quarto (ar condicionado) (2,9 pontos). Isso pode ser explicado pois os botões para chamar a equipe de enfermagem estão localizados na parede atrás e abaixo do leito, sendo mesmo de difícil acesso ao paciente. Tais informações servem como evidências para a equipe de gestão, para que possa ser realizada a devida manutenção e mudança de *layout*, buscando melhorar a experiência do usuário com o serviço prestado na internação.

Ao comparar os resultados de variação entre as notas médias atribuídas para as questões intangíveis e questões tangíveis do *servicescape*, percebeu-se que uma diferença de pontuação entre as questões tangíveis e as intangíveis, sendo as questões intangíveis mais bem avaliadas, em média (Quadro 3).

Quadro 3. Estatísticas descritivas por item do questionário.

Questão	Média	Desvio- padrão
ESTADIA - Interação com pessoas da equipe do hospital (questões intangíveis)		
Clareza no recebimento de informações sobre o uso do quarto	3,9	1,0
Rapidez no atendimento da equipe de enfermagem após chamado via botão	4,0	0,6
Paciência e cordialidade no atendimento da equipe de enfermagem	4,2	0,7
Disponibilidade da equipe de enfermagem para entrega ou aplicação da medicação	4,2	0,6
Entrega da alimentação nos horários previstos	4,2	0,6
Paciência e cordialidade no atendimento da equipe de nutrição	4,3	0,9
Comunicação com equipe médica sobre estado de saúde (empatia, clareza, paciência)	4,3	0,5
Comunicação com equipe enfermagem sobre estado de saúde (empatia, clareza, paciência)	4,3	0,6
Horário e privacidade para visitas	4,3	0,5
Discrição e cordialidade da equipe de limpeza do quarto	4,3	0,8
ESTADIA - Interação com o ambiente construído (ambiência e espaço)		
Acesso a botões de chamado da equipe de enfermagem	2,6	1,2
Qualidade da climatização no quarto (ar-condicionado)	2,9	1,3
Avaliação sobre as acomodações para o acompanhante	3,6	1,0
Avaliação sobre condições físicas do quarto (temperatura, som, odor)	3,7	0,9
Conforto do leito (colchão, altura do leito, facilidade de descer do mesmo)	3,8	0,9
Qualidade da alimentação servida (aparência, sabor, temperatura)	3,9	0,9
Avaliação sobre o mobiliário do quarto (cama, armário, mesa, ...)	4,0	0,8
Avaliação sobre o banheiro do quarto (qualidade do chuveiro, instalações,...)	4,0	0,9
Avaliação sobre a localização do quarto	4,0	0,6
Qualidade dos dispositivos para atividades de entretenimento (TV, frigobar, som)	4,0	0,7
Limpeza do banheiro	4,0	0,8
Limpeza do quarto (leito, roupas de cama, assoalho, etc)	4,1	0,6
Avaliação sobre a dimensão do quarto	4,6	0,5

Fonte: Coleta de Dados.

Para o bloco de atributos que abrange perguntas relacionadas aos momentos de interação com pessoas da equipe do hospital, que o presente trabalho trata como questões intangíveis, em uma escala de 5,0 (cinco) pontos, a diferença entre a melhor e a pior pontuação média atribuída foi de 0,4 ponto. Já para os atributos pertinentes aos momentos de interação com o ambiente construído, ou seja, questões tangíveis relacionadas com a ambiência e o espaço físico, considerando a mesma escala, foram verificados 2,0 (dois) pontos de diferença entre a melhor e a pior pontuação média atribuída pelos pacientes. Com os resultados obtidos, foi possível perceber a maior facilidade na avaliação de atributos tangíveis em relação aos intangíveis, confirmando o estudo de Parasuraman et al. (1985).

Segundo Parasuraman et al. (1985), quando avalia bens, o cliente emprega alguns critérios tangíveis para julgamento de sua qualidade, tais como, estilo, durabilidade, cor, rótulo, embalagem, entre outros. Entretanto, na avaliação da qualidade de um serviço, os critérios tangíveis ficam mais limitados às instalações físicas, equipamentos e apresentação pessoal dos prestadores de serviços e alguns critérios intangíveis se fazem necessários levar em conta na avaliação, porém, com maior dificuldade de mensuração e comparação por tratarem de questões relacionadas às expectativas de cada cliente atendido. Por conta dessa intangibilidade, a maioria das empresas acha mais difícil entender como os consumidores percebem seus serviços e sua qualidade (Zeithaml, 1981). Para Gronroos (1982): “Quando um prestador de serviços souber como será avaliado pelo consumidor, poderá sugerir como influenciar essas avaliações na direção desejada”.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem se mostrado de grande relevância no processo de tomada de decisão, na implementação de intervenções, no planejamento de serviços humanizados e na entrega de um resultado com maior qualidade tanto para os gestores quanto para profissionais e usuários dos serviços. Além disso, essas avaliações permitem identificar as necessidades dos usuários possibilitando focar em itens considerados importantes como forma de obter uma melhor apreciação final. A percepção do usuário constitui um ponto de partida para melhoria dos serviços prestados, adicionalmente a isso demonstra a preocupação com vistas a contemplar a perspectiva de um perfil de clientes que utilizam o serviço a fim de promover fidelização (Lima et al., 2017). Os encontros do serviço permitem o direcionamento de ações e de investimentos.

Dando sequência à análise, na comparação entre os gêneros, com 5% de significância, pode-se concluir que não existe diferença estatisticamente significativa em nenhum dos atributos pertencentes ao Construto 1 (Momentos de interação com pessoas da equipe do hospital) comparando os escores médios atribuídos por mulheres e homens (todos os p-valores superiores a 0,05). Isto é, as percepções médias de mulheres e homens dos atributos avaliados neste construto não apresentaram diferenças significativas. Ainda, com 5% de significância, podemos concluir que não existe diferença estatisticamente significativa em nenhum dos atributos pertencentes ao Construto 2 (Momentos de interação com o ambiente construído) comparando os escores médios atribuídos por mulheres e homens (todos os p-valores superiores a 0,05). Isto é, as percepções médias de mulheres e homens dos atributos avaliados neste construto não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

A análise da consistência interna do instrumento de pesquisa (questionário) foi feita pelo cálculo dos Coeficientes Alfa de Cronbach - geral e por construto. Segundo Streiner (2003), o valor do coeficiente precisa ser superior ao valor 0,8 para ser considerado alto e, assim, o instrumento de coleta de dados apresentar boa consistência. Nas análises realizadas, calcularam-se os coeficientes Alfa de Cronbach do Construto 1 (0,884), do Construto 2 (0,805) e geral do instrumento de pesquisa (0,830), o que demonstra que o questionário aplicado apresentou boa consistência, uma vez que todos os coeficientes (por construto e geral) foram superiores à 0,8.

Em relação aos testes para aplicação da Análise Fatorial, a amostra mostrou-se adequada ($KMO = 0,776$) e rejeitou-se a hipótese de que a matriz de correlações entre as variáveis do instrumento de pesquisa seja do tipo identidade (p -valor $< 0,05$), ou seja, as variáveis estão correlacionadas.

Assim, após a verificação dos pressupostos, procedeu-se com a Análise Fatorial propriamente dita, considerando como método de extração o de Componentes Principais, método de rotação Varimax e critério de inclusão do fator na análise se ele apresentasse autovalor maior do que 1 (unidade).

O Quadro 4 traz o resultado da Análise Fatorial Exploratória com a matriz dos coeficientes das componentes geradas. Foram identificadas 6 componentes (fatores), conforme diferenciação por cores na tabela. Como se observa na última linha, os 6 fatores extraídos explicam 63,6% da variância acumulada das respostas (soma dos % de Variância Explicada) dos sujeitos da

amostra ao questionário aplicado. O primeiro fator explica 29,1%, o segundo explica 10,8%, o terceiro explica 6,4%, o quarto explica 6,1%, o quinto explica 5,7% e o sexto explica 5,5%.

Quadro 4. Matriz estrutural dos coeficientes e fatores (componentes) do instrumento de pesquisa (questionário).

Questões	Componente*					
	1	2	3	4	5	6
Clareza no recebimento de informações sobre o uso do quarto	0,138	-0,128	-0,012	-0,083	0,257	0,324
Paciência e cordialidade no atendimento da equipe de enfermagem	0,234	-0,179	0,012	0,105	-0,099	0,014
Disponibilidade da equipe de enfermagem para entrega ou aplicação da medicação	0,184	-0,026	0,056	-0,006	-0,108	-0,084
Paciência e cordialidade no atendimento da equipe de nutrição	0,178	-0,135	0,026	0,055	0,027	-0,047
Entrega da alimentação nos horários previstos	0,141	-0,079	-0,082	0,088	0,11	0,114
Rapidez no atendimento da equipe de enfermagem após chamado via botão	0,151	0,059	0,005	-0,11	-0,134	0,006
Comunicação com equipe médica sobre estado de saúde (empatia, clareza, paciência)	0,134	0,127	0,03	-0,182	-0,053	-0,044
Comunicação com equipe enfermagem sobre estado de saúde (empatia, clareza, paciência)	0,199	-0,066	0,042	-0,089	-0,011	-0,087
Horário e privacidade para visitas	-0,002	-0,135	-0,02	0,043	0,464	-0,062
Discrição e cordialidade da equipe de limpeza do quarto	-0,004	0,235	-0,082	-0,003	0,111	0,04
Avaliação sobre a dimensão do quarto	-0,056	0,105	0,039	-0,112	0,286	0,088
Avaliação sobre o mobiliário do quarto (cama, armário, mesa, ...)	-0,143	0,109	0,112	0,09	0,136	-0,032
Avaliação sobre o banheiro do quarto (qualidade do chuveiro, instalações,...)	-0,068	0,145	0,197	-0,027	0,106	-0,152
Avaliação sobre a localização do quarto	-0,064	0,042	-0,09	0,407	0,007	-0,155
Avaliação sobre condições físicas do quarto (temperatura, som, odor)	-0,056	0,018	0,056	0,231	0,068	-0,327
Avaliação sobre as acomodações para o acompanhante	0,019	-0,052	0,411	-0,123	-0,025	-0,121
Qualidade da alimentação servida (aparência, sabor, temperatura)	0,107	-0,099	0,371	-0,012	-0,34	-0,001
Qualidade dos dispositivos para atividades de entretenimento (TV, frigobar, som)	0,019	-0,186	0,04	0,421	-0,035	0,211
Qualidade da climatização no quarto (ar condicionado)	0,017	-0,085	0,352	-0,014	0,073	-0,015
Limpeza do quarto (leito, roupas de cama, assoalho, etc)	-0,073	0,37	-0,109	0,021	-0,024	-0,02
Limpeza do banheiro	-0,003	0,357	0,037	-0,115	-0,134	0,086
Conforto do leito (colchão, altura do leito, facilidade de descer do mesmo)	-0,001	0,155	-0,133	0,309	-0,241	0,169
Acesso a botões de chamado da equipe de enfermagem	-0,048	0,055	0,041	0,031	0,045	0,605
Autovalor	6,7	2,48	1,47	1,41	1,32	1,26
% Variância Explicada	29,1	10,8	6,4	6,1	5,7	5,5

*Método de Extração: Análise de Componentes Principais e método de Rotação: Varimax com Normalização Kaiser. A rotação convergiu em 9 iterações. Fonte: Coleta de dados.

A partir das componentes geradas na Análise Fatorial, pode-se perceber um novo agrupamento dos atributos do instrumento de coleta de dados original, dividindo-os em novos construtos. Através de uma breve análise comparativa na literatura, foram definidos os 6 novos construtos do *servicescape*:

- **Fatores Sociais** (componente 1): considera características sociais através da relação interpessoal estabelecida entre os usuários (Azila-Gbette et al., 2013);
- **Conveniências e Apoio Familiar** (componente 2): abrange as condições de conforto e adequação da instalação (Pai & Chary, 2013). Além disso, a presença do familiar aparece como um sistema de suporte para o paciente, reduzindo a ansiedade, dor e ampliando a sua habilidade de cooperação (Fontaine et al., 2001). Compreende-se por familiar todo indivíduo que estabelecer vínculo (emocional, social, etc.) com o paciente (Rothen et al., 2010);
- **Ergonomia** (componente 3): aborda dimensões, disposição do mobiliário e espaço (Codinhoto et al., 2009; Han et al., 2018; Tzortzopoulos et al., 2009);
- **Fatores Ambientais** (componente 4): considera características de *wayfinding*, trata do nível de ruído, odor e adequação e higiene do local (Azila-Gbette et al., 2013; Codinhoto et al., 2009);
- **Alimentação** (componente 5): considera a qualidade da alimentação oferecida.

- **Higiene e Segurança** (componente 6): considera um ambiente construído que proporcione segurança para seus usuários (Han et al., 2018).

4. Considerações Finais

Com a aplicação do instrumento de pesquisa foi possível identificar quais elementos do *servicescape* merecem maior atenção por parte da gestão do hospital, por estarem com níveis médios de percepção mais baixos, apontando para necessidade de melhorias no setor. Tendo acesso à estas informações, equipes responsáveis podem focar esforços nos aspectos do serviço de *conciergeria* mais críticos, buscando uma melhoria na experiência e satisfação dos usuários durante o processo de internação.

Um atributo que apresentou menor desempenho na percepção dos usuários foi a climatização do quarto, sendo um dos itens de menor pontuação média atribuída, requerendo maior atenção pois o hospital possui um sistema de climatização ainda não modernizado na unidade de atendimento avaliada. Além da climatização, o acesso aos botões de chamado da equipe de enfermagem; a avaliação das condições físicas do quarto (temperatura, luz, som) e a rapidez da equipe de enfermagem após chamado via botão também foram atributos que apresentaram notas médias baixas. Foi possível perceber uma forte correlação entre os atributos de acesso aos botões de chamado da equipe de enfermagem e rapidez da equipe de enfermagem após chamado via botão (coeficiente de correlação = 0,876, $p < 0,05$). Isso demonstra que os pacientes que avaliaram como de difícil acesso os botões de chamado da equipe de enfermagem, são os que perceberam como pior a rapidez no pronto-atendimento. Cabe destacar que, desses itens, apenas a rapidez da equipe de enfermagem após chamado via botão era um atributo intangível, os demais são atributos tangíveis relacionados à ambiência e espaço e podem ser melhorados através de mudanças no *layout* ou dos equipamentos do quarto.

A Análise Fatorial demonstrou que o instrumento aplicado apresentou elevada consistência e confiabilidade, apesar de ter sido elaborado considerando os 23 atributos do *servicescape* identificados no mapeamento da experiência a partir do *service blueprint*, sendo divididos em 3 construtos. Os resultados mostraram que os atributos poderiam ser melhor agrupados em 6 componentes, que foram denominadas de acordo com as características percebidas: Fatores Sociais; Conveniências e Apoio Familiar; Ergonomia; Fatores Ambientais; Alimentação; e Higiene e Segurança.

Cabe destacar que a componente denominada Fatores Sociais contempla variáveis intangíveis, que consideram características de relação interpessoal estabelecida entre os fornecedores do serviço e clientes. As demais componentes estão principalmente relacionadas a fatores tangíveis do *servicescape*. O resultado da Análise Fatorial não invalida os resultados da análise descritiva sobre percepções dos usuários, sendo sugerida, em trabalhos futuros, a validação dos fatores extraídos.

O serviço de *conciergeria* hospitalar exige a formulação de estratégias competitivas para compreensão das prioridades do usuário para então alocar seus recursos apropriadamente. Os recursos envolvidos dizem respeito não somente aos serviços oferecidos, como também à diversidade do seu corpo funcional e percepção do ambiente construído. Considerando que nem todos compreendem serviços de *conciergeria* hospitalar, percebe-se a necessidade de atenção a este aspecto. As pessoas precisam ser despertadas para esse conceito, uma vez que a estadia está integrada ao serviço de saúde e ao ambiente de acomodação, demonstrando um grande potencial de crescimento e possibilidade de se ter uma oferta diferenciada nesse tipo de serviço.

A avaliação do serviço de *conciergeria* hospitalar permite identificar o nível de exigência do usuário e o grau de investimento da instituição para atender as demandas. Com isso, pode-se identificar e priorizar o ponto de partida e o perfil requerido dos profissionais para atender este determinado público. De tal maneira, que a avaliação pode ser identificada como uma sondagem inicial para o planejamento de ações e investimentos, tanto na estrutura física quanto no mobiliário e no *back e front office*.

Para a avaliação do serviço de *conciergeria* hospitalar com foco na experiência do usuário, a presente pesquisa utilizou a abordagem de *service blueprint* da experiência. Para tal, as evidências do serviço foram adaptadas aos conceitos advindos da literatura de *servicescape*, a partir de um *framework* proposto. A abordagem de mapeamento da experiência do usuário empregada possibilitou visualizar os atributos (tangíveis e intangíveis) dos encontros do serviço do ponto de vista dos usuários, relevantes para a sua experiência durante a internação.

Considerando o objetivo da presente pesquisa, o *framework* empregado mostrou-se eficaz na compreensão do papel das dimensões e atributos do *servicescape* do serviço de *conciergeria* hospitalar para a experiência do paciente. Por se tratar de um serviço complexo e de difícil compreensão, muitas vezes o serviço hospitalar é avaliado através de evidências concretas e abstratas do ambiente construído. O *framework* conceitual implementado permitiu incorporar essas dimensões na análise da experiência dos usuários, a partir da integração das abordagens de *service blueprint* da experiência e do *servicescape*. Além disso, o *framework* mostrou-se adequado para os objetivos propostos e para identificação de melhorias nos serviços de *conciergeria* a partir da análise da experiência dos usuários.

A implementação do *framework* proposto permite identificar e ações de melhoria nos ambientes hospitalares, com foco na experiência do usuário, possibilitando a replicação em outros cenários, de maneira a contemplar as ações demandadas com base em um perfil de pacientes. Além disso, o monitoramento de ações implementadas em instituições hospitalares possibilita o acompanhamento e a inserção de novos serviços e traz a possibilidade de qualificar encontros em serviços tanto públicos, quanto privados, fomentando o bem-estar, o conforto e o processo de restabelecimento da saúde.

Apesar de terem sido atribuídas cores no diagrama do *service blueprint* da experiência para os diferentes grupos de funcionários, tal relação não foi explorada em razão das delimitações do presente trabalho. No entanto, percebe-se o potencial para estudos futuros, uma vez que a representação explícita a interdependência de equipes e atividades.

Na presente pesquisa a delimitação de tempo para aplicação dos questionários fez com que o prazo de dois meses fosse estabelecido para viabilizar o estudo piloto. Sendo assim, também é sugerido que em trabalhos futuros os questionários sejam aplicados em um período de tempo maior, compreendendo diferentes estações do ano, uma vez que as condições climáticas podem interferir em algumas percepções do usuário do serviço, tais como a de climatização do quarto, alimentação. Além disso, a realização da avaliação de percepções dos pacientes com maior frequência pode permitir que pequenas adequações sejam feitas em um menor período de tempo.

Referências

- Akaka, M. A., & Vargo, S. L. (2015). Extending the context of service: from encounters to ecosystems. *Journal of Services Marketing*, 29(6/7), 453–462.
- Arnould, E. J., Price, L. L., & Tierney, P. (1998). Communicative staging of the wilderness servicescape. *Service Industries Journal*, 18(3), 90–115.
- Azila-Gbettor, E. M., Avorga, S. M. K., Danku, L. S., & Atatsi, E. A. (2013). Physical evidence and quality service delivery in public hospitals in Ghana. *International Review of Management and Marketing*, 3(4), 153–163.
- Báo, A. C. P., Amestoy, S. C., Moura, G. M. S. S., & Trindade, L. (2019). Quality indicators: tools for the management of best practices in Health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 360–366.
- Bateson, J. E. G., & Hoffman, K. D. (2001). *Marketing de Serviços* (Bookman (ed.)).
- Bitner, M. J., Ostrom, A. L., & Morgan, F. N. (2008). Service blueprinting: a practical technique for service innovation. *California Management Review*, 50(3), 66–94.
- Bitner, Mary J. (1992). Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing*, 56(2), 57–71.
- Bitner, Mary Jo, Brown, S. W., & Meuter, M. L. (2000). Technology infusion in service encounters. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 138–149.
- Bittar, O. J. N. V. (2000). Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 46(1), 70–76.
- Chen, L., Huang, L. H., Xing, M. Y., Feng, Z. X., Shao, L. W., Zhang, M. Y., & Shao, R. Y. (2017). Using the Delphi method to develop nursing-sensitive quality indicators for the NICU. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3–4), 502–513.

- Cherup, A. N. (2020). The Challenge of Consumer Diversity in Servicescapes: An Investigation of Consumer and Service Provider Experiences [University of Nebraska - Lincoln]. In *University of Nebraska*. <https://digitalcommons.unl.edu/businessdiss/58>
- Chou, Y.-H. (1998). Servicescape Symbolism. *BSc (Hons) MSc*.
- Codinhoto, R., Tzortzopoulos, P., Kagioglou, M., Aouad, G., & Cooper, R. (2009). The effects of the built environment on health outcomes. *Facilities*, 27(3/4), 138–151.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3ª). Artmed.
- Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. J. (2014). *Service Management: Operations, Strategy, Information Technology* (M.-H. Irwin (ed.); 8th ed.).
- Fitzsimons, B., & Cornwell, J. (2018). What can we learn from patients' perspectives on the quality and safety of hospital care? *BMJ Quality and Safety*, 27(9), 671–672. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008106>
- Fontaine, D. K., Briggs, L. P., & Pope-Smith, B. (2001). Designing humanistic critical care environments. *Critical Care Nursing Quarterly*, 24(3), 21–34.
- Garmaroudi, S. A., King, C., & Lu, L. (2021). Social servicescape's impact on customer perceptions of the hospitality brand – The role of branded social cues. *International Journal of Hospitality Management*, 93(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102774>
- Gronroos, C. (1982). A Service-Oriented Approach to Marketing of Services. *European Journal of Marketing*, 12(8), 588–601.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Multivariate data analysis* (5th ed.). Bookman.
- Halvorsrud, R., Kvale, K., & Følstad, A. (2016). Improving service quality through customer journey analysis. *Journal of Service Theory and Practice*, 26(6), 840–867. <https://doi.org/10.1108/JSTP-05-2015-0111>
- Han, J., Kang, H.-J., & Kwon, G. H. (2018). A measurement for evaluating the environmental quality of advanced healthcare facilities: Intelligent healthscape quality for medical staff. *Building and Environment*, 144, 532–541.
- Hutton, J. D., & Richardson, L. D. (1995). Healthscapes: The importance of place. *Marketing Health Services*, 15(1), 10.
- Ismail, A. (2004). *Hospedagem: Front Office e governança* (P. T. Learning (ed.)).
- Januário, G. C., Lemos, S. M. A., de Lima Friche, A. A., & Alves, C. R. L. (2015). Quality indicators in a newborn hearing screening service. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 81(3), 255–263. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.08.008>
- Kang, H.-J., Kwon, G. H., Kim, B., & Park, E. (2017). Framework for smart servicescape: a case of smart home service experience. *IASDR 2017 (International Association of Societies of Design Research)*, 1665–1677.
- Koc, E. (2021). *Cultural Aspects of Tourism and Hospitality - A Services Marketing and Management Perspective*. Newgen Publishing UK.
- Lemon, K. N., & Verhoef, P. C. (2016). Understanding customer experience throughout the customer journey. *Journal of Marketing*, 80(6), 69–96.
- Li, J.-M., Yang, J.-S., & Wu, H.-H. (2009). Analysis of competency differences among frontline employees from various services typologies: integrating the perspectives of the organisation and customers. *The Service Industries Journal*, 29(12), 1763–1778.
- Lima, A. A. de, Monteiro, L. F., & Vasconcelos, C. R. de. (2017). Avaliação do Desempenho dos Serviços de Saúde: Análise das Usuárias de uma Unidade de Atenção Básica com Base no Modelo de Kano. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 6(1), 42–51. <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i1.285>
- Maier, T., & Edwards, K. (2020). Service System Design and Automation in the Hospitality Sector. *Journal of Hospitality*, 2(1–2), 1–14. <http://htmjournals.com/jh/index.php/jh/article/view/20>
- Malkin, J. (2008). *A visual reference for evidence-based design* (C. for H. Design (ed.)). Center for Health Design.
- Pai, Y. P., & Chary, S. T. (2013). Dimensions of hospital service quality : a critical review Perspective of patients from global studies. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(4), 308–340. <https://doi.org/10.1108/09526861311319555>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 40, 41–50.
- Patrício, L., Fisk, R. P., e Cunha, J. F., & Constantine, L. (2011). Multilevel service design: From customer value constellation to service experience blueprinting. *Journal of Service Research*, 14(2), 180–200. <https://doi.org/10.1177/1094670511401901>
- Pullmann, M., & Rodgers, S. (2010). Capacity management for hospitality and tourism: A review of current approaches. *International Journal of Hospitality Management*, 29(1), 177–187.
- Rothen, H. U., Stricker, K. H., & Heyland, D. K. (2010). Family satisfaction with critical care: measurements and messages. *Current Opinion in Critical Care*, 16(6), 623–631.
- Shostack, G. L. (1984). Designing services that deliver. *Harvard Business Review*, 62(1), 133–139.
- Silva, I. C. O. G. da, Barreto, L. M. T. da S., & Ferreira, L. V. F. (2016). Turismo de bem-estar: análise dos serviços do segmento em spas day – Natal/RN, Brasil. *RITUR - Revista Iberoamericana de Turismo*, 5(2), 99–118. <https://doi.org/10.2436/20.8070.01.7>

- Silva, H. M., Nascimento, M. M. G. do, Neves, C. de M., Oliveira, I. V., Cipolla, C. M., Oliveira, G. C. B. de, Nascimento, Y. de A., Djenane, & Oliveira, R. de. (2021). Service blueprint of comprehensive medication management: A mapping for outpatient clinics. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(10), 1727–1736. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.01.006>
- Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80, 217–222.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2), 1–10.
- Tombs, A., & Mccoll-Kennedy, J. R. (2003). Social-servicescape conceptual model. *Marketing Theory*, 3(4), 447–475.
- Tzortzopoulos, P., Codinhoto, R., Kagioglou, M., Rooke, J., & Koskela, L. (2009). The gaps between healthcare service and building design: a state of the art review. *Ambiente Construído*, 9(2), 47–55.
- Voorhees, C. M., Fombelle, P. W., Gregoire, Y., Bone, S., Gustafsson, A., Sousa, R., & Walkowiak, T. (2017). Service encounters, experiences and the customer journey: Defining the field and a call to expand our lens. *Journal of Business Research*, 79(April), 269–280. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.04.014>
- Zeithaml, V. a. (1981). How consumer evaluation processes differ between goods and services. *Marketing of Services*, 9(1), 186–190. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:How+consumer+evaluation+processes+differ+between+goods+and+services#0>