

**UNIVERSIDADE PAULISTA**  
**PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO NO ATENDIMENTO NO  
CENTRO DE REABILITAÇÃO PELA PERSPECTIVA DO  
ACOMPANHANTE DO PACIENTE, COMO INSTRUMENTO DE  
GESTÃO PARA OBTER VANTAGEM COMPETITIVA.**

**Roseli Martins da Silva**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de mestre em Administração.

**SÃO PAULO**

**2012**

**UNIVERSIDADE PAULISTA**

**PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO NO ATENDIMENTO NO  
CENTRO DE REABILITAÇÃO PELA PERSPECTIVA DO  
ACOMPANHANTE DO PACIENTE, COMO INSTRUMENTO DE  
GESTÃO PARA OBTER VANTAGEM COMPETITIVA.**

**Roseli Martins da Silva**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum

**SÃO PAULO**

**2012**

Silva, Roseli Martins da.

Avaliação da qualidade do serviço no atendimento no centro de reabilitação pela perspectiva do acompanhante do paciente, como instrumento de gestão para obter vantagem competitiva / Roseli Martins da Silva. - 2012.

80 f. : il. + CD-ROM.

Dissertação (mestrado) – Apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2012.

Área de concentração: Estratégia Empresarial.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

1. Qualidade do serviço. 2. Acompanhante do paciente - percepção. 3. Desempenho organizacional. I. Título. II. Ryngelblum, Arnaldo Luiz (orientador).

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO NO ATENDIMENTO NO  
CENTRO DE REABILITAÇÃO PELA PERSPECTIVA DO  
ACOMPANHANTE DO PACIENTE, COMO INSTRUMENTO DE  
GESTÃO PARA OBTER VANTAGEM COMPETITIVA.**

**Roseli Martins da Silva**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista – UNIP para a obtenção do título de mestre em Administração.

Aprovada em:

Banca Examinadora

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum  
Universidade Paulista UNIP

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Luciana Massaro Onusic  
Universidade Paulista UNIP

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Zilla P. Bendit  
Fundação Getúlio Vargas FGV-SP

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que não me deixou desistir, que me amparou e que me confortou nas horas mais difíceis.

À minha família, Alice, Sinval, William e Solange que me ajudou a acreditar que o conhecimento é a mola propulsora para se tornar uma pessoa melhor.

Aos meus colegas de Mestrado, Rosa Pugliese e Marcus Rocca, que foram meus parceiros nos trabalhos e nas dificuldades que a vida impõe em alguns momentos.

Ao meu orientador, Professor Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum, agradeço a oportunidade de compartilhar experiências e conhecimentos durante estes quase dois anos.

Ao centro de reabilitação que possibilitou a realização da pesquisa para conclusão desse estudo.

Ao Professor Dr. Kendi Sakamoto, que indicou-me para realizar a pesquisa no centro de reabilitação.

À Márcia Nunes, exemplo de profissionalismo, e amiga que muito me auxiliou, em vários momentos para não desistir.

*“O verdadeiro saber está em  
saber  
que não se sabe”*

Sócrates

## RESUMO

O setor de serviços representa o segmento de maior participação no cenário econômico nacional. Em um mercado cada vez mais competitivo, com clientes mais exigentes, a busca pelo padrão de qualidade é o grande desafio. No caso do segmento da saúde, os centros de reabilitação estão inseridos nesse contexto, em busca de aperfeiçoar o atendimento ao paciente. O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade dos serviços no atendimento no centro de reabilitação para pacientes com necessidades especiais, pela percepção do acompanhante do paciente, como um elemento fundamental de suporte à estratégia do mesmo. A percepção da qualidade pelo acompanhante do paciente baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Estudar a percepção é o ponto de partida para o direcionamento de ações que possibilitem identificar melhorias no serviço e explorar novas estratégias de atendimento. Para pesquisa e mensuração dos dados coletados, foi elaborado um questionário adaptado da escala SERVQUAL de caráter descritivo e exploratório. Os resultados demonstram que o nível de satisfação referente ao atendimento no centro de reabilitação estudado foi favorável, onde a avaliação do desempenho supera as expectativas em todas as dimensões abordadas. As dimensões que apresentaram os maiores *gaps* foram tangibilidade e empatia. O estudo identificou que atributos de maior relevância estão relacionados à interação profissional do atendimento com o paciente. Torna-se importante destacar que atributos relacionados à capacitação do corpo clínico do atendimento merecem maior atenção como pontos de melhorias para reverter a estratégia organizacional.

**Palavras-chave:** Qualidade do serviço, percepção do paciente, desempenho organizacional

## **ABSTRACT**

The service sector represents the largest segment of participation in the national economic scenario. In an increasingly competitive market, with more demanding customers, the pursuit of quality standards is the challenge. In the case of health service, rehabilitation centers are within this context, seeking to improve patient care. The objective of this paper is to evaluate the quality of services in the rehabilitation center for patients with special needs, through the perception of the patient's companion. The perception of quality by the patient's companion is based on objective and subjective criteria. To study the perception is the starting point for the direct actions that allow to identify service improvements and to explore new strategies of care. To research and measurement of data collected, we designed a questionnaire adapted from SERVQUAL descriptive and exploratory. The results show that the level of satisfaction regarding the care in the rehabilitation center study was favorable, where the evaluation of performance exceeds expectations in every dimension addressed. The dimensions that showed the biggest gaps were tangibility and empathy. The paper identified the most relevant attributes that are related to professional interaction with the patient's care. It is important to note that attributes related to the training of the medical care they deserve greater attention as points for improvement to review the organizational strategy.

**Keywords:** Quality of service, patient's perception, organizational performance

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Resultados do modelo PSQ aplicado por Grönroos.....	<b>18</b>
<b>Quadro 2-</b> Determinantes da qualidade- 10 categorias.....	<b>26</b>
<b>Quadro 3-</b> Escala SERVQUAL.....	<b>28</b>
<b>Quadro 4-</b> Dimensões da Qualidade – SERVQUAL.....	<b>30</b>
<b>Quadro 5-</b> Dimensões da Qualidade – Os Sete Pilares da Qualidade.....	<b>33</b>
<b>Quadro 6-</b> Dimensões da Responsividade.....	<b>36</b>
<b>Quadro 7-</b> Aplicação do IRS .....	<b>41</b>
<b>Quadro 8-</b> IRS :Atribuição de pesos- variável agilidade.....	<b>42</b>
<b>Quadro 9-</b> Resumo dos modelos de qualidade.....	<b>43</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1- PSQ.....</b>	<b>20</b>
<b>Figura 2- Gap.....</b>	<b>24</b>
<b>Figura 3 – IRS.....</b>	<b>40</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos Pacientes do Centro de reabilitação segundo a faixa etária (2012).....	<b>56</b>
<b>Tabela 2</b> - Distribuição das Acompanhantes dos Pacientes do Centro de reabilitação segundo a faixa etária (2012).....	<b>57</b>
<b>Tabela 3</b> - Distribuição do Grau de instrução dos acompanhantes no Centro de reabilitação (2012).....	<b>57</b>
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da Faixa de renda no Centro de reabilitação - em salários mínimos (2012).....	<b>58</b>
<b>Tabela 5</b> - Alpha de Cronbach.....	<b>60</b>
<b>Tabela 6</b> - KMO and Bartlett's Test.....	<b>61</b>
<b>Tabela 7</b> - Análise de fatores para o questionário Servqual (adaptado) – expectativa.....	<b>62</b>
<b>Tabela 8</b> - Descrição dos Fatores identificados.....	<b>63</b>
<b>Tabela 9</b> - Distribuição dos escores médios segundo as dimensões de qualidade.....	<b>65</b>

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
2.1.	Objetivo Geral .....	14
2.2.	Objetivos Específicos .....	14
<b>3.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO DE MEDIÇÃO DE QUALIDADE.....</b>	<b>15</b>
3.1.	Modelo de Grönroos - PSQ .....	15
3.2.	Modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry - Gap.....	22
3.3.	Modelo de Donabedian .....	31
3.4.	Modelo de Vaitsman, Andrade e Farias - IRS.....	34
<b>4.</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO DE ESTRATÉGIA .....</b>	<b>45</b>
4.1.	Estratégia Empresarial – Vantagem Competitiva .....	45
<b>5.</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>51</b>
5.1.	Universo e amostra .....	51
5.2.	Local da Pesquisa: Centro de Reabilitação .....	51
5.3.	Tipo de pesquisa .....	53
5.4.	Coleta de dados .....	55
5.5.	Organização e a análise dos dados .....	55
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>56</b>
6.1.	Caracterização dos Participantes da pesquisa – Dados Demográficos.....	56
6.2.	Elaboração do Questionário .....	58
6.3.	Classificação dos atributos segundo o instrumento SERVQUAL: Análise Fatorial..	59
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>75</b>
9.1.	Anexo 1 - Pesquisa sobre avaliação da expectativa e percepção da qualidade do serviço no Centro de Reabilitação:.....	75
9.2.	Anexo 2 - População residente, por situação de domicílio e sexo (feminino), segundo os grupos de idade - Brasil 2010.....	79
9.3.	Anexo 3 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade , por nível de instrução - Brasil 2010.....	79
9.4.	Anexo 4 - Situação do domicílio e classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita.....	80
9.5.	Anexo 5 Total Variance Explained .....	80

## 1. INTRODUÇÃO

Diante dos desafios impostos pelo mercado, as organizações procuram cada vez mais, novos modelos de gestão, com o objetivo de melhorar o seu desempenho gerencial, na medida em que o mercado se torna mais competitivo.

A importância da avaliação da qualidade nas organizações torna-se cada vez mais relevante no cenário nacional. Segundo o IBGE (2010), o crescimento do PIB no primeiro trimestre foi de 2,7%, no qual o setor de serviços representa 58% desse total, além de ser o que mais emprega no mercado interno.

O desenvolvimento de padrões de avaliação de desempenho é de interesse tanto das organizações quanto do cliente, para produzir o aperfeiçoamento buscado por ele, que cada vez mais passa a interagir nesse processo.

Um dos grandes desafios do mercado é atender essas duas forças, as organizações, que enfrentam um mercado altamente competitivo, que implica na busca de resultados sustentáveis, e os clientes, cada vez mais exigentes para satisfazer suas necessidades.

No segmento da saúde não é diferente. Ao analisar uma organização de centro de reabilitação, um longo caminho é traçado para atingir os resultados desejados, diante da complexidade e comprometimento que envolvem cada etapa do processo de atendimento do cuidado com a saúde.

Na instituição pesquisada, constituída pelo centro de reabilitação e um hospital, os serviços estão distribuídos em quatro grandes áreas de atendimento (BITTAR, 2000). A área de infraestrutura, que oferece suporte às outras áreas englobando recursos físicos e humanos. A área de ambulatório e emergência que contribui para a prevenção e acompanhamento das doenças, evitando as internações. A área de internação clínica e cirúrgica, na qual os serviços prestados demandam processos mais complexos, assim como maior especialização e conhecimento por parte dos profissionais de atendimento. Há por fim a área de diagnóstico e tratamento, que nas últimas décadas apresentou um considerável avanço tecnológico, que também contribui para a melhoria do atendimento, mas que exige grandes investimentos tanto na parte de recursos materiais, como no treinamento de pessoal especializado.

Nesse ambiente institucional, identificar quais os problemas mais críticos observados pelo acompanhante do paciente no construto da qualidade, poderá auxiliar nos processos, para melhor gerenciamento dos serviços.

A Organização Mundial da Saúde -OMS em 1983 reiterou a avaliação da qualidade pela percepção do paciente em relação ao atendimento, como um relevante indicador de qualidade, impulsionando para novas contribuições nesse sentido. Quanto mais a população estiver consciente de seus direitos, o caminho para melhoria do serviço poderá ser atingido mais rapidamente(LEMME, 2005).

Existem alguns trabalhos que avaliam a qualidade dos serviços de atendimento hospitalar, representados pelas agências que emitem certificação ou acreditação, procurando garantir a qualidade da assistência à saúde através de padrões pré-determinados. Os critérios utilizados para fazer a medição, apresentam resultados que, na maioria das vezes, não solucionam os problemas para melhoria da qualidade no atendimento. Alguns estudos aprofundam nas questões relevantes relacionadas às expectativas e necessidades pela perspectiva do paciente.

Além disso, o desenvolvimento de programas de garantia da qualidade através de certificação, que se valem da Norma ISO9000, ou da acreditação, através de instituições como a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*—JCAHO (BITTAR, 2000) ainda atingem poucas instituições hospitalares nacionais. No Brasil, da rede hospitalar constituída pelo universo de 6.528 instituições de saúde, apenas 195 foram avaliadas, e somente 36 foram acreditadas (FELDMAN *et al*, 2005).

Mensurar a qualidade dos serviços através da percepção do cliente está baseado muito mais em critérios associados a critérios pessoais, do que relacionados à parte técnica do profissional, uma vez que o paciente não domina com propriedade o conhecimento técnico exercido pelos profissionais da área, como os médicos e os enfermeiros (GRÖNROOS, 1990).

Além disso, outro aspecto inerente à avaliação da qualidade que afeta o seu desempenho, está relacionado às características que englobam esse tipo de avaliação. No caso do setor da saúde, os pacientes não podem provar ou sentir antes de consumir. Outro aspecto está relacionado às etapas de produção e consumo, que no caso de uma indústria de produção, é possível identificar as fases de produção e consumo, o que não acontece com o serviço, onde estas etapas se apresentam de maneira simultânea. Existe, além disso, uma grande

possibilidade de variação na execução do mesmo serviço, pois estes podem ser prestados por diferentes pessoas, variando de fornecedor para fornecedor, e de cliente para cliente, dificultando a qualidade constante na sua prestação. (KOTLER,1998).

Finalmente, a administração eficiente da qualidade nas organizações de saúde, além de contribuir para atingir os resultados esperados, proporciona melhor alocação de todos os recursos de que a organização dispõe, produzindo melhores resultados.

O objetivo desse estudo é avaliar a qualidade dos serviços pela percepção do acompanhante dos pacientes, em um centro de reabilitação, e identificar quais os fatores que contribuem para melhorias no serviço para orientação na estratégia da organização.

No próximo capítulo será exposto o objetivo geral que norteia esse trabalho, como também os objetivos específicos que auxiliam e complementam o estudo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Avaliação da qualidade do serviço prestado no centro de reabilitação através da percepção do acompanhante do paciente e identificar quais os fatores que contribuem para melhorias no serviço para orientação da estratégia da organização.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Verificar os diferentes níveis de satisfação dos pacientes segundo as seis dimensões propostas: cinco dimensões pelo instrumento SERVQUAL e a sexta dimensão pelo conceito de responsividade;
- Realizar um levantamento estatístico, através da análise fatorial, identificando novas dimensões do construto da qualidade, para melhor entendimento da percepção.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO DE MEDIÇÃO DE QUALIDADE**

O objetivo desse capítulo é demonstrar os instrumentos de medição da qualidade dos serviços prestados no cuidado à saúde, pela percepção do paciente, auxiliando na gestão da organização.

A parte inicial desse trabalho busca apresentar modelos de medição da qualidade, procurando identificar o que o consumidor espera e entende por qualidade. Os modelos proporcionam detalhar quais são os atributos do serviço que o consumidor avalia como importantes e que impactam no seu nível de satisfação.

É importante destacar que em função da diversidade terminológica disponível nos trabalhos apresentados, onde o consumidor é um cliente, no contexto da saúde é o paciente de internação que fará essa avaliação. Dessa forma, o consumidor do serviço, poderá ser identificado como usuário, cliente, comprador do serviço, assim como o fornecedor do serviço, corresponderá ao prestador ou vendedor do serviço.

#### **3.1. Modelo de Grönroos - PSQ**

Na década de 80, surgiram alguns trabalhos discutindo modelos de medição, identificando as relações entre a qualidade do serviço, através da interação prestador de serviço com o consumidor. Nessa linha de pesquisa, Grönroos, (1982 e 1984) e Parasuraman, Zeithamel e Berry, (1985 e 1988) abordaram como avaliar as expectativas e percepções dos consumidores em relação ao serviço prestado.

Grönroos (1984) foi um dos primeiros a desenvolver um modelo para mensurar a qualidade dos serviços na percepção do consumidor. Nesse modelo, a qualidade percebida é o resultado da avaliação entre a comparação das expectativas em relação ao serviço com a percepção do serviço que foi realizado. Através dessas variáveis, expectativas e percepção do serviço realizado, o autor determina quais são os fatores que contribuem para a formação da percepção da qualidade sobre o serviço.

Grönroos (1984) identificou aspectos importantes na definição de como pode ser percebida a qualidade dos serviços pelos consumidores. Na medida em que as atitudes

pessoais, expressas através do comportamento, são de grande relevância na relação prestador do serviço e consumidor, o autor procura identificar quais os atributos importantes para avaliar a qualidade. Diante disso, o autor define duas dimensões básicas para a qualidade: a técnica e a funcional. Grönroos(1990) ressalta as distinções entre a dimensão técnica e a dimensão funcional que compõem a qualidade percebida.

A dimensão técnica distingue entre o pacote básico de serviço (facilidade para obtenção dos serviços básicos) e serviços de apoio (concessão não necessária para o pacote básico de serviço) (GRÖNROOS, 1990, p. 73).

A dimensão funcional é constituída em três aspectos:

- Em que medida os serviços são acessíveis, dependendo dos horários, localização, número de empregados, capacidade do estabelecimento e quantidade de clientes.
- A interação com os recursos humanos, físicos, rotinas e consumidores. A influência da linguagem verbal e não verbal dos empregados, a dificuldade das interações com os empregados, recursos físicos e rotinas. A interação com os consumidores.
- A compreensão e capacidade do consumidor para desempenhar o seu papel na prestação de serviço.

Na dimensão técnica o consumidor avalia de forma mais objetiva o que representa o resultado final do processo de prestação de serviço, enquanto que na dimensão funcional, o consumidor avalia de forma subjetiva a sua interação com o profissional do atendimento.

Além dessas duas dimensões, Grönroos (1990, p. 39) sinaliza uma terceira dimensão, a imagem da empresa, que atua como um filtro e influencia as duas dimensões citadas. A imagem corporativa é resultante da forma como o consumidor avalia a empresa, podendo influenciar na sua percepção em relação ao serviço prestado. A imagem corporativa pode ser desenvolvida pela empresa através do composto de marketing, porém, é importante que reflita a qualidade técnica e a qualidade funcional, ou seja, a propaganda e a comunicação não devem fazer promessas excessivas, pois, isso implica em aumento das expectativas, propiciando discrepâncias ainda maiores entre expectativas e percepções (GRÖNROOS, 1984). Segundo Grönroos (1990, p. 170), a imagem tem um impacto sobre a percepção do cliente, podendo ser identificada em quatro aspectos:

- A imagem comunica expectativas aliadas a campanhas de marketing e publicidade boca-a-boca.
- A imagem é um filtro que influencia a percepção da operação da empresa, onde a qualidade técnica e a qualidade funcional são observadas por esse filtro. Se a imagem é boa, torna-se um abrigo, porém, uma imagem desfavorável, produz maior insatisfação nos clientes.
- A imagem é uma função das experiências, como também das expectativas dos clientes.
- A imagem tem um impacto interno, influenciando nas atitudes dos funcionários da organização, interferindo no desempenho dos empregados, e consequentemente nas relações de clientes e na qualidade do serviço prestado. Uma imagem clara e positiva de uma empresa com excelente serviço, favorece a comunicação dos valores defendidos pela empresa, reforçando atitudes positivas para os funcionários, como também auxilia na formação do perfil para contratação de bons funcionários.

A imagem da empresa também interage nas expectativas dos consumidores. Em outras palavras, se a propaganda, que contribui para a formação da imagem da empresa, fizer promessas excessivas e não cumpri-las, potencializará as expectativas do consumidor, resultando em discrepâncias entre o que se espera e o que se percebe do serviço, afetando negativamente a imagem da empresa (GRÖNROOS, 1984 e 1990).

Grönroos(1990) defende que os consumidores escolhem os prestadores de serviços fazendo comparações entre percepções do serviço recebido com o serviço esperado. Segundo seu modelo, resultados favoráveis na qualidade percebida são atingidos quando os serviços experimentados conseguem atingir às expectativas dos consumidores.

Para implementar o modelo proposto por Grönroos, em 1981 foi aplicado um questionário destinado a executivos suecos de vários setores da economia: bancário, securitário, hoteleiro, restauração, aéreo, manutenção e limpeza, locação de veículos e turismo, totalizando 219 respondentes. O questionário seguiu a escala Likert de 5 pontos (1: "discordo fortemente" a 5: "concordo fortemente"). A coluna referente ao percentual (%) mostra a porcentagem de entrevistados que avaliaram como "concordo" ou "concordo fortemente" com a assertiva elaborada.

Quadro 1- Resultados do modelo Percepção da Qualidade do Serviço aplicado por Grönroos

Questões	% de resposta com nota 4 e 5
1. Na maioria dos casos, o contato diário com os clientes ( <b>interação comprador – vendedor</b> ) é mais importante que as atividades tradicionais de marketing, tais como propaganda, comunicação de massa, etc.	94,1
2. A imagem corporativa é formada mais pelo contato do cliente com a companhia ( <b>interação comprador – vendedor</b> ) que o resultado de atividades de marketing.	88,8
3. As atividades tradicionais de marketing são de importância marginal somente com relação à imagem corporativa que os clientes têm da empresa no momento presente.	74,0
4. A comunicação pessoal tem um impacto mais substancial nos consumidores potenciais que as atividades tradicionais de marketing.	83,5
5. A maneira de os atendentes conduzirem os contatos com os clientes traz compensações por possíveis problemas temporários de qualidade técnica.	91,3
6. A maneira dos atendentes conduzirem os contatos com os clientes, e sendo estes voltados para o cliente e conscientes do serviço, traz compensações no caso de um baixo nível de qualidade técnica.	37,9

Fonte: Adaptado de Grönroos, 1984.

Com base nas informações reproduzidas no Quadro 1, nas cinco primeiras assertivas, **acima de 74% dos entrevistados “concordam” ou “concordam fortemente” com os aspectos abordados.** A comunicação entre consumidor e o profissional do atendimento, expressa através da interação comprador-vendedor informada na tabela, apresenta forte influência sobre a percepção do cliente, sobrepondo as atividades relacionadas ao marketing, como mostram as assertivas 1 e 2. **Pelo menos 88% dos entrevistados “concordaram” ou “concordaram fortemente” com esse aspecto.** A forma como se processa esse contato, através da assertiva 4 e principalmente da assertiva 5, determinam a importância de como as partes se relacionam. Pode-se observar que mais de 80% dos entrevistados acreditam que a forma como o serviço é entregue ao cliente, pode até relevar ou compensar problemas relacionados às falhas de qualidade técnica. Dessa forma, na visão dos entrevistados, a qualidade funcional, que corresponde à interação entre o consumidor e o prestador de serviço, pode compensar problemas relacionados à qualidade técnica oferecida.

No caso dos serviços de atendimento no centro de reabilitação, o acompanhamento e controle da qualidade recaem, em parte, sobre o paciente, que ao interagir com o profissional da área da saúde, poderá observar a qualidade funcional definida pelo autor.

O estudo de Grönroos(1984), através das assertivas formuladas no Quadro 1, que serviram de base para elaboração do modelo, possibilitou estabelecer características mais comuns dentre os vários setores da economia. Essas informações contribuíram para identificar a qualidade na percepção do consumidor do serviço. Esse estudo pode ser utilizado como referência no serviço de atendimento no centro de reabilitação, pois o paciente ao fazer uso desse serviço de atendimento também procura avaliar a qualidade do atendimento utilizando os mesmos atributos.

Segundo Grönroos (1982), um dos aspectos que dificultam a avaliação do serviço é a sua intangibilidade, quando a empresa encontra mais dificuldade para entender como os consumidores percebem a qualidade. Outro desafio é como identificar quais os atributos relevantes a serem avaliados pelo consumidor, pois nesse caso a empresa seria capaz de sugerir como influenciar essas avaliações buscando antecipar as necessidades do consumidor para a direção desejada (GRÖNROOS, 1982).

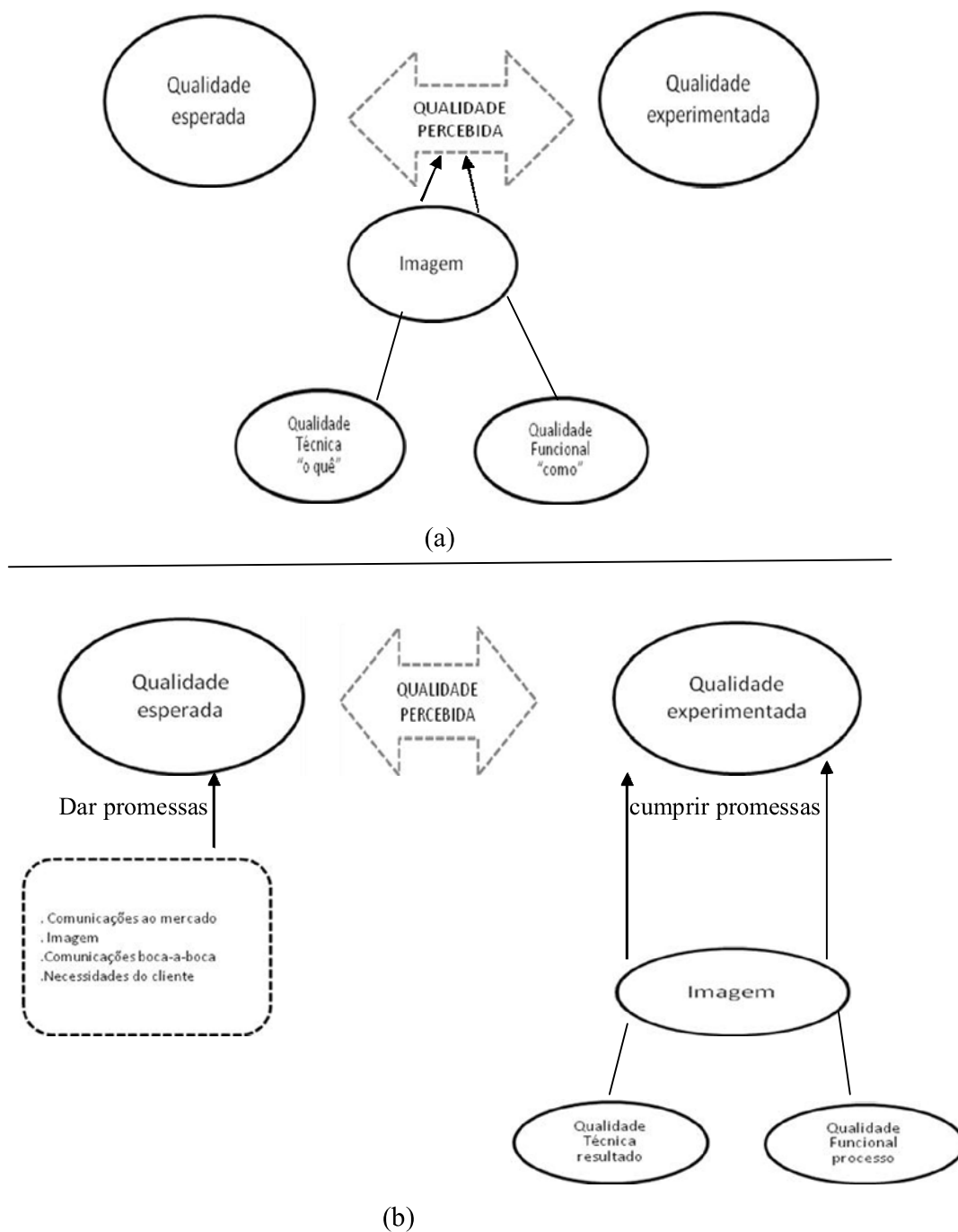
Grönroos (1984) descreve o processo de produção no segmento de serviço, como um sistema construído por inter-relações e interdependência, envolvendo numerosos subprocessos, independentes e interativos.

Segundo Grönroos (1998), uma parte do serviço pode ser elaborada antes do paciente entrar no processo, porém, a percepção da qualidade do serviço é parte crucial do processo, e somente ocorre durante a interação com o paciente e em sua presença. O consumo de um serviço é percebido pelo paciente no processo de produção do serviço, observado de forma crítica nessa interação. Dessa forma, o consumo do processo de serviço é uma parte crítica da experiência do serviço. A percepção do processo é parte fundamental para percepção da qualidade do serviço.

O processo de consumo proporciona um resultado para o paciente, que sinaliza o resultado do processo do serviço. Para o paciente essa separação entre processo e resultado não acontece, pois ele só percebe o resultado de um processo de serviço através do consumo do processo.

O conceito de qualidade de serviço percebida foi desenvolvido por Grönroos (1982; 1984) através de um modelo genérico demonstrando as dimensões da qualidade, conhecido como PSQ:

Figura 1- Modelo Genérico de qualidade do Serviço de Grönroos



Fonte: Adaptado de Grönroos (1983, p.28; 1990, p.47)

Conforme a Figura 1, a qualidade percebida se forma através da diferença entre a qualidade experimentada e a qualidade esperada.

A qualidade percebida é boa quando a qualidade experimentada supera a qualidade esperada segundo as expectativas do cliente.

Segundo Grönroos (1990, p. 38), o consumidor é influenciado pela forma como recebe o serviço e como experimenta o processo de consumo do serviço. Essa interação entre comprador –vendedor foi definida como qualidade funcional do serviço. Na figura 1, parte (a) apresentam-se duas dimensões básicas: o que o consumidor recebe e como ele recebe. A qualidade técnica ( o que recebe) representa o resultado do processo e a qualidade funcional (como recebe) representa o processo de interação. A dimensão da qualidade funcional é percebida de forma subjetiva, em função de como se estabelece a interação comprador-vendedor.

Na figura 1, parte (b) demonstra como as experiências de qualidade estão associadas às atividades tradicionais de marketing, determinando a qualidade de serviço percebida. Grönroos (1990) afirma que se as expectativas são irrealistas, a qualidade percebida poderá ser baixa, mesmo que a qualidade experimentada seja boa. A qualidade esperada é uma função de uma série de fatores: a comunicação ao mercado, a comunicação boca a boca, a imagem corporativa e as necessidades do cliente. A comunicação ao mercado inclui a publicidade, mala direta, relações públicas e campanhas de venda, que são direcionadas pela empresa. A imagem e a comunicação boca a boca são indiretamente controladas pela empresa. O impacto externo sobre esses fatores pode influenciar, porém, normalmente eles são uma função do desempenho anterior da empresa.

Além disso, a imagem da empresa também pode influenciar na qualidade experimentada, sendo construída não somente pelas qualidades técnicas e funcionais, mas também por aspectos como reputação e valores comunicados aos consumidores através do boca a boca, como é demonstrado na figura 1, parte (b).

Mais tarde, Grönroos (2003) elabora o conceito de serviço como: “um processo, consistindo em uma série de atividades mais ou menos intangíveis que, normalmente, mas não necessariamente, ocorrem nas interações entre o cliente e os funcionários e/ou recursos ou bens físicos e/ou sistema do fornecedor de serviços e que são fornecidas como soluções para problemas do cliente “ (GRÖNROOS, 2003, p. 65). Além disso, o autor destaca que quando

se trata de bens físicos, produção e consumo são processos que acontecem separadamente, enquanto que quando se trata de serviços, esse dois processos ocorrem simultaneamente, o que dificulta a avaliação.

### **3.2. Modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry - Gap**

Parasuraman *et al.* (1985) elaboraram um trabalho pioneiro para medição de qualidade do serviço, baseada no modelo de satisfação de Oliver (1980), propondo que a satisfação do cliente é resultante da diferença entre a expectativa e o desempenho do serviço. Poucos pesquisadores acadêmicos têm desenvolvido estudos que procuram definir a qualidade dos serviços devido às dificuldades na delimitação e também na medição do construto. Apesar de existência de trabalhos que avaliam a qualidades de bens ou produtos tangíveis, as características dos serviços apresentam obstáculos, considerando a intangibilidade, a heterogeneidade e a inseparabilidade para essa medição.

Segundo Zeithaml (1981), quanto à intangibilidade, a maioria dos serviços não podem ser contados, medidos, inventariados, testados e verificados antes da venda para que possa ser garantida a qualidade. Em função da intangibilidade, a empresa pode ter dificuldade para entender como os consumidores percebem os seus serviços e conseqüentemente como avaliar a qualidade oferecida.

Segundo Parasuraman *et al.* (1985) apud Booms *et al.* (1981), quanto à heterogeneidade, serviços que demandam trabalho de alto conteúdo, o desempenho varia de produtor para produtor, de cliente para cliente, e de dia para dia. Não é possível definir consistência do comportamento do pessoal de serviço, buscando estabelecer uma qualidade uniforme, considerando que o que a empresa pretende entregar pode ser completamente diferente do que o consumidor recebe.

A fim de testar o modelo, Parasuraman *et al.* (1985) realizaram uma pesquisa exploratória com executivos pertencentes a empresas americanas para investigar o conceito de qualidade do serviço. As empresas selecionadas, representativas do setor de serviços norte-americanos, pertenciam a quatro diferentes tipos de serviços: banco varejista, corretagem de ações, cartão de crédito e reparo e manutenção de produtos. Além das entrevistas com os executivos pertencentes aos quatro grupos citados, foi realizada uma reunião envolvendo 12

grupos (*focus groups*) que eram usuários dos quatro tipos de serviços citados, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre os seguintes pontos:

- Identificar se os gestores de serviços percebiam quais eram os principais atributos da qualidade. Definir quais os problemas e tarefas que estavam envolvidos no gerenciamento da qualidade do serviço.
- Identificar quais os principais atributos da qualidade dos serviços, pela ótica do cliente.
- Identificar as discrepâncias (lacunas) entre a percepção do cliente e dos responsáveis pelo marketing das empresas.
- Determinar quais os pontos em comum entre a percepção dos consumidores e dos gestores, que combinados em um modelo geral, podiam representar a qualidade, pela visão do cliente.

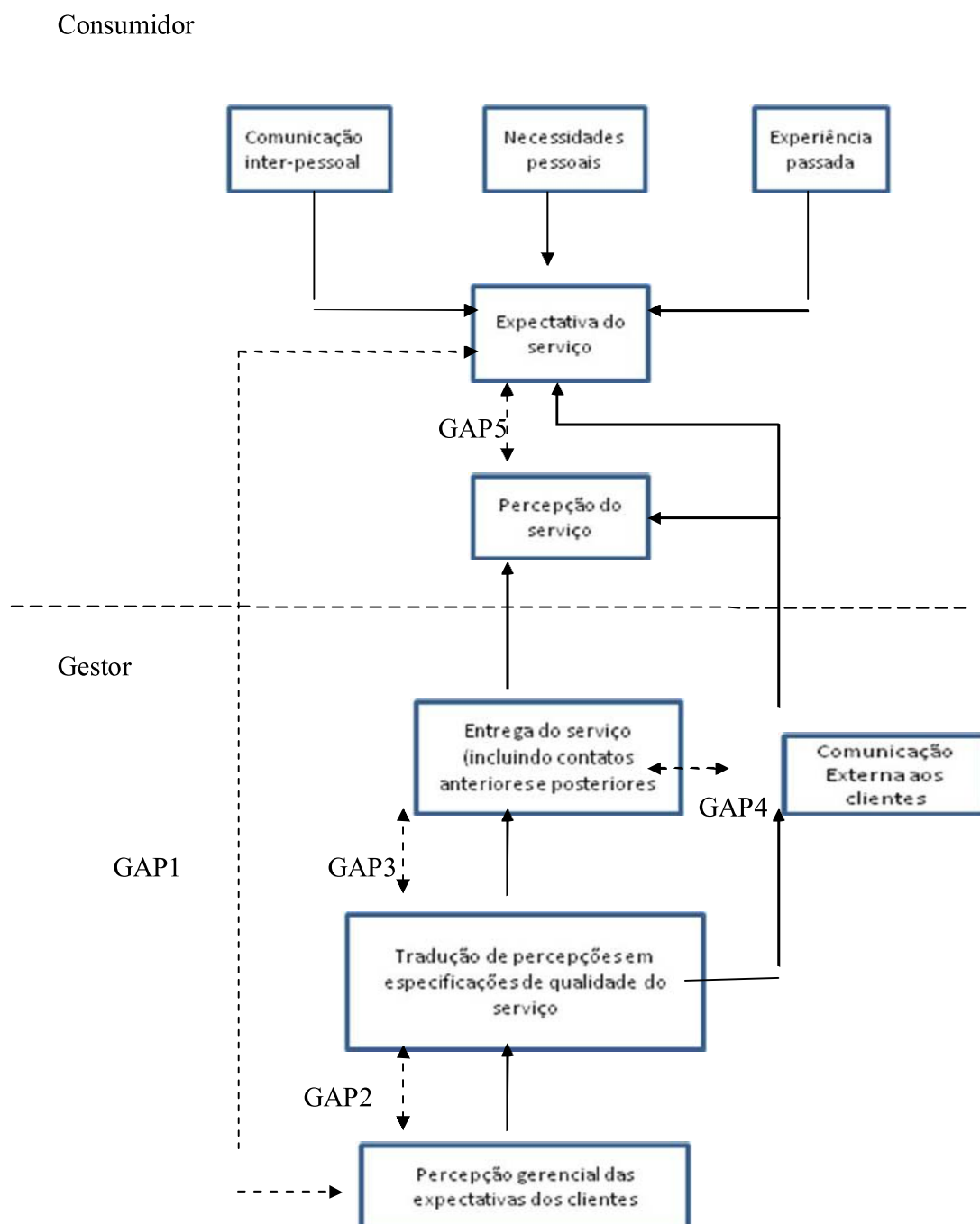
As entrevistas junto aos executivos de empresas americanas, representados por 14 no total, procuraram selecionar os gestores a partir do marketing, operações, administração sênior e relações com o cliente, considerando que cada uma dessas áreas poderia ter impacto na qualidade. Nessas entrevistas, procurou-se abordar aspectos relacionados à percepção de atributos referentes à qualidade na perspectiva do consumidor, que medidas foram tomadas para controlar ou melhorar a qualidade do serviço e quais os problemas enfrentados na prestação de serviço de alta qualidade.

A reunião com o *focus group*, buscou usuários atuais ou recentes do serviço em questão, divididos com base na idade e sexo. Essas entrevistas foram realizadas em diferentes áreas metropolitanas: sudoeste, costa-oeste, centro-oeste e oriente.

Através das entrevistas, observou-se um conjunto de discrepâncias ou lacunas a respeito das percepções da qualidade do serviço e em relação às tarefas associadas com a prestação de serviços, entre a interação consumidor e gestor responsável pelo serviço. Essas lacunas podiam significar obstáculos na tentativa de oferecer um serviço de alta qualidade na perspectiva do consumidor (PARASURAMAN *et al*, 1985).

A partir das entrevistas, foi possível construir o modelo Gap de qualidade, demonstrado na Figura 2

Figura 2. Modelo “GAP” de Qualidade dos Serviços



Fonte: Adaptado de Parasuraman *et al.*(1985, p. 44)

Conforme figura 2, o lado inferior corresponde às lacunas reveladas pelas entrevistas junto aos executivos (lado do gestor). Essa parte envolve as lacunas representadas pelos GAPs 1, 2, 3 e 4.

GAP1: Determina a diferença entre a expectativa do consumidor e a percepção gerencial das expectativas dos consumidores.

GAP2: Determina a diferença entre a percepção gerencial das expectativas do consumidor e como se formam essas percepções em especificações de qualidade dos serviços. Nesse sentido, a formação dessas especificações se dá através do contato interpessoal para a prestação do serviço.

GAP3: Determina a diferença entre os padrões de especificações dos serviços e o que realmente é prestado referente ao atendimento ao cliente. Ex: Tudo que envolve pessoas é difícil manter padronizado.

GAP4: Determina a diferença entre o que os meios de comunicação prometem ao cliente e o que realmente é fornecido. Não prometer mais do que irá cumprir.

O lado superior corresponde às lacunas reveladas nas entrevistas dos executivos e os grupos focais, resumindo aspectos determinantes da qualidade.

GAP5: Determina a resultante da interação dos GAP's, onde a avaliação sobre a qualidade dos serviços pelos clientes é como eles percebem o real desempenho em função das suas próprias expectativas. Assim, o GAP5 é a diferença entre a expectativa e a percepção do cliente em relação ao serviço prestado.

O GAP5 depende dos GAP (1, 2,3 e 4), ou seja,  $GAP5 = f(Gap1, Gap2, Gap3, Gap4)$ .

Ex: No Gap3 que corresponde a padrões de especificação, será favorável o que acontece superar a expectativa, caso contrário , desfavorável, ou seja, as especificações não são cumpridas.

O modelo Gap expõe as influências das lacunas ocorridas na qualidade do serviço prestado, tanto no contexto gerencial como na visão do consumidor. Na visão gerencial, a análise orienta-se para uma melhoria na prestação do serviço, enquanto que no contexto do consumidor, a avaliação busca a satisfação de cada consumidor nos vários itens que compõem a qualidade.

Com base nessas avaliações, foi possível observar que a percepção de qualidade dos serviços pelos consumidores depende da direção e da intensidade dos outros Gaps, além do 5. Além disso, os consumidores utilizam os mesmos critérios para chegar ao julgamento sobre

a qualidade. A partir dessas informações, Parasuraman *et al.* (1985) elaboraram 10 categorias, conhecidas como determinantes da qualidade, e que mais tarde deram origem às dimensões da qualidade:

Quadro 2: Determinantes da qualidade

Determinante	Conteúdo
Confiabilidade	Envolve consistência de desempenho e confiabilidade. Também significa que a empresa honra seus compromissos. Especificamente envolve: precisão nas contas, manutenção dos registros de forma correta e realização do serviço no tempo determinado.
Presteza	Refere-se ao desejo e prontidão que os empregados têm em prover os serviços. Envolve rapidez e pontualidade nos serviços, por exemplo: postar um recibo ou contatar um cliente rapidamente, ou realizar rapidamente um serviço.
Competência	Significa possuir as competências necessárias e conhecimento para realizar o serviço. Envolve conhecimento e habilidade do pessoal de atendimento, conhecimento e habilidade do pessoal de apoio operacional, capacidade de pesquisa da organização.
Acessibilidade	Refere-se à proximidade e a facilidade de contato. O serviço pode ser acessível por telefone, o tempo de espera para receber o serviço não é muito extenso, tem um horário de funcionamento e localização conveniente.
Cortesia	Abrange educação, delicadeza, respeito, consideração e amabilidade do pessoal de atendimento. Compreende também consideração com a propriedade do cliente (por exemplo: não usar sapatos sujos no carpete).
Comunicação	Significa manter os clientes informados em linguagem que sejam capazes de compreender. Pode significar que a empresa deve ajustar sua linguagem para diferentes consumidores, aumentando o nível e sofisticação para os mais bem educados e falando de maneira simples e direta com os mais simples. Também compreende: proporcionar explicação do serviço, preços, descontos e garantir ao consumidor que um eventual problema será resolvido.
Credibilidade	Considera a honestidade, credibilidade e confiabilidade. Implica em que a empresa esteja comprometida em atender aos interesses e objetivos dos clientes. Envolvem o nome e a reputação da empresa, características pessoais dos atendentes e nível de interação com os clientes durante a venda.
Segurança	Ausência de perigo, risco ou dúvidas, abrangendo: segurança física, financeira e Confidencialidade .
Entendimento	Significa esforçar-se para compreender as necessidades dos clientes. Envolve o aprendizado sobre os requisitos específicos do cliente, proporcionar atenção individualizada, reconhecer clientes constantes e preferenciais.
Aspectos Tangíveis	Significa a inclusão e demonstração de evidências físicas ao serviço: instalações, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados no serviço, representação física do serviço, tais como um cartão de crédito plástico, ou uma prestação de contas, além de outros clientes presentes nas instalações.

Fonte: Parasuraman *et al.* 1985.

Segundo Parasuraman *et al.* (1985), considerando o processo “durante” e após a “compra” do serviço, o consumidor compara a expectativa e o desempenho, para cada uma das dimensões propostas no quadro 2. Os clientes avaliam de forma global, ou seja, apresentam atitudes comuns considerando os diferentes setores selecionados na pesquisa.

Em relação às avaliações antes do momento da compra, Parasuraman *et al.* (1985) salientam que dois dos determinantes participam desse processo: aspectos tangíveis e a credibilidade. A dimensão da tangibilidade envolve aspectos que estão relacionados à aparência física das instalações, equipamento, aparência do pessoal de atendimento. Essa etapa se caracteriza pelo primeiro contato com o prestador de serviço, onde a interação entre consumidor e prestador do serviço não é relevante. A dimensão da credibilidade também antecede a interação, pois, está associada à imagem e reputação que a organização constrói na percepção do consumidor.

Segundo Parasuraman (1985) competência e segurança são determinantes que apresentam maior dificuldade na avaliação por parte dos consumidores, tendo em vista a necessidade do conhecimento mais técnico e aprofundado acerca do serviço prestado.

Dessa forma, ao adquirir um serviço, o consumidor faz uma avaliação entre a expectativa do serviço, o que se espera, e o serviço percebido, o julgamento da qualidade. Com base nas 10 dimensões da qualidade (quadro 2), Parasuraman *et al.* (1988) desenvolveram um questionário chamado de escala (Instrumento) SERVQUAL.

Nesse trabalho foram identificados 97 itens relativos à expectativa e 97 itens relativos à percepção da qualidade, com base em 200 respondentes, divididos em homens e mulheres. Cada item abordado foi questionado no formato de dois aspectos: um refere-se à expectativa do serviço e o outro à percepção de qualidade da empresa em questão. Para melhorar a confiabilidade do questionário, foi utilizado o coeficiente de correlação de Cronbach, separando por dimensão, onde se chegou ao primeiro refinamento em 54 itens distribuídos em 10 dimensões. Dando continuidade ao refinamento, chegou-se ao resultado proposto na escala SERVQUAL de 22 itens, distribuídos em cinco dimensões: tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia, conforme quadro 3.

Quadro 3. O instrumento SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988)

Item		Expectativa(E)	Desempenho (D)
1	Aspectos Tangíveis	Eles <b>deveriam</b> ter equipamentos modernos.	XYZ Tem equipamentos modernos.
2		As suas instalações físicas <b>deveriam</b> ser visualmente atrativas.	As instalações físicas de XYZ são visivelmente atrativas.
3		Os seus empregados <b>deveriam</b> estar bem vestidos e asseados.	Os empregados de XYZ são bem vestidos e asseados.
4		As aparências das instalações as empresas <b>deveriam</b> estar conservadas de acordo com o serviço oferecido.	A aparência das instalações físicas XYZ é conservada de acordo com o serviço oferecido.
5	Confiabilidade	Quando estas empresas prometem fazer algo em certo tempo, <b>deveriam</b> fazê-lo.	Quando XYZ promete fazer algo em certo tempo, realmente faz.
6		Quando os clientes têm algum problema com estas empresas elas, <b>deveriam</b> ser solidárias e deixá-los seguros.	Quando você tem algum problema com a empresa XYZ, ela é solidária e o deixa seguro.
7			XYZ é de confiança.
8		Estas empresas <b>deveriam</b> ser de confiança.	XYZ fornece o serviço no tempo prometido.
9		Eles <b>deveriam</b> fornecer o serviço no tempo prometido.	XYZ mantém seus registros de forma correta.
		Eles <b>deveriam</b> manter seus registros de forma correta.	
10	Presteza	<b>Não seria de se esperar</b> que eles informassem os clientes exatamente quando os serviços fossem executados.	XYZ <b>não</b> informa exatamente quando os serviços serão executados.
11		<b>Não</b> é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos empregados da empresas.	Você <b>não</b> recebe serviço imediato dos empregados da XYZ.
12		Os empregados das empresas <b>não</b> têm que estar sempre disponíveis em ajudar os clientes.	Os empregados da XYZ <b>não</b> estão sempre dispostos a ajudar os clientes.
13		É normal que eles estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos.	Empregados da XYZ estão sempre muito ocupados em responder aos pedidos.

14	Segurança	Clientes <b>deveriam</b> ser capazes de acreditar nos empregados desta empresa.	Você pode acreditar nos empregados da XYZ.
15		Clientes <b>deveriam</b> ser capazes de sentirem-se seguros na negociação com os empregados da empresa.	Você sente-se seguro em negociar com os empregados da XYZ.
16		Seus empregados <b>deveriam</b> ser educados.	Empregados da XYZ são educados.
17		Seus empregados <b>deveriam</b> obter suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.	Os empregados da XYZ <b>não</b> obtêm suporte para cumprir suas tarefas corretamente.
18	Empatia	<b>Não seria</b> de se esperar que as empresas dessem atenção individual aos clientes.	XYZ <b>não dá</b> atenção individual.
19		Não se pode esperar que os empregados deem atenção personalizada aos clientes.	Os empregados da XYZ <b>não</b> dão atenção pessoal.
20		É absurdo esperar que os empregados saibam quais são as necessidades dos clientes.	Os empregados da XYZ <b>não</b> sabem das suas necessidades.
21		É absurdo esperar que estas empresas tenham os melhores interesses de seus clientes como objetivo.	XYZ <b>não</b> tem os seus melhores interesses como objetivo.
22		<b>Não deveria</b> se esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes.	XYZ <b>não</b> tem os horários de funcionamento convenientes a todos os clientes.
<div><div>(1)Discordo Fortemente</div><div>(2)</div><div>(3)</div><div>(4)</div><div>(5)</div><div>(6)Concordo Fortemente</div><div>(7)</div></div>			

O quadro 3 engloba as 5 dimensões, detalhadas através de 22 questões que seguem a escala Likert, cuja variação ( com escala de 1 até 7) ocorre entre “discordo fortemente” até “concordo fortemente”. Além disso, as 22 questões são diferenciadas através do conceito de *Gap*, expressos através da avaliação da expectativa, e num segundo momento, do desempenho do serviço.

Os 22 itens do quadro 3, agrupados nas dimensões tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia, são descritos através de afirmações e negações, estabelecidas pela escala Likert.

A escala SERVQUAL é apontada como um dos modelos mais indicados para avaliar a qualidade dos serviços. Essa escala baseia-se no princípio de que a insatisfação do cliente provém da existência de um *gap* entre expectativa de qualidade e a qualidade do serviço recebido. Esse princípio está fundamentado em cinco dimensões da qualidade, definidas como:

Quadro 4 - Dimensões da Qualidade: escala SERVQUAL

Tangibilidade	Aparência física das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação.
Confiabilidade	Capacidade de desempenhar o serviço proposto de modo confiável e com precisão.
Presteza	Disposição de ajudar os clientes e fornecer o serviço com presteza.
Segurança	Conhecimento e cortesia dos funcionários e capacidade de transmitir confiança.
Empatia	Atenção individualizada e cuidadosa que as empresas proporcionam aos clientes

Fonte: Parasuraman *et al.* (1988)

Assim, a avaliação da qualidade de um serviço, representada por Q, por um cliente, corresponde à diferença entre a sua percepção (desempenho), representada por P e a sua expectativa do serviço, representada por E, em certas dimensões da qualidade em serviço. A equação mostrada a seguir ilustra este conceito de avaliação.

$$Q = P - E$$

P = Valores de medida de percepção(desempenho) para característica do serviço;

E = Valores de medida da expectativa característica do serviço;

Q = Avaliação da qualidade do serviço em relação à característica.

A diferença entre a expectativa e o desempenho, conhecido como *gap*, corresponde à medida da qualidade do serviço em relação a uma característica que está sob a avaliação

### 3.3. Modelo de Donabedian

Donabedian é reconhecido por vários trabalhos sobre monitoramento e avaliação da qualidade em saúde, muito citado como referência por vários autores. Seus estudos definem questões teóricas, além da preocupação com aspectos práticos de mensuração. Parte desses conceitos, como definição da qualidade, estabelecendo não somente as dimensões que a constituem, mas também as estruturas, processo e resultado serão detalhados a seguir.

Segundo Donabedian (1980, p. 692), talvez uma das definições mais conhecidas de qualidade, proposta por Lee e Jones em 1933, baseia-se em 8 artigos de fé, que reproduzem princípios que nada mais são do que juízos de valores na medicina:

.Aprimorar a fundamentação científica da prática médica, onde a boa assistência ao paciente corresponde ao tipo de medicina praticada e ensinada por profissionais reconhecidos na profissão;

- Manter uma relação estreita, pessoal e contínua entre médico e paciente;
- Manter serviços médicos integrais;
- Tratar o indivíduo como ser inteiro;
- Requerer cooperação inteligente entre consumidores(público leigo) e prestadores de serviço (praticantes da medicina científica).
- Enfatizar a prevenção;
- Coordenar ações voltadas para o bem-estar social;
- Promover a acessibilidade da assistência médica e serviços sociais, implicando na utilização de todos os serviços necessários preconizados pela medicina científica moderna para atender às necessidades de toda população.

A qualidade pode ser definida, ainda, segundo Donabedian (1980), através de três dimensões: a técnico-científica, a relação interpessoal e o ambiente. O domínio técnico envolve a aplicação da ciência e da tecnologia do setor médico à administração do problema da saúde. O domínio interpessoal refere-se à administração da interação social e psicológica entre o paciente e o profissional. O ambiente se refere às comodidades e bem-estar

proporcionados ao paciente, como a sala de espera, conforto, presteza e cortesia. Nesse sentido, o paciente avalia com mais propriedade o domínio interpessoal, pois, observa as condições em que o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais. A avaliação do domínio interpessoal pode influenciar os resultados no domínio técnico e vice-versa, porém, para se obter um melhor resultado, um domínio não é eficaz sem o outro.

Mais tarde, Donabedian (2005, p. 692) elaborou um novo conceito para avaliar a qualidade, através dos três pilares básicos conhecidos como estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde aos recursos necessários ao processo assistencial, tais como recursos materiais e financeiros, sistemas de informação, instalações e equipamentos, o serviço prestado, a qualificação do pessoal médico e da organização, o modelo organizacional. Os processos estão relacionados à dinâmica das atividades executadas pelos profissionais da saúde, é a interação médico-paciente, como também ao conjunto de atividades do cuidado desde o início do atendimento até o diagnóstico e tratamento. O resultado é a mudança no estado da saúde, é a obtenção das características esperadas dos produtos ou serviços oferecidos, demonstrando os efeitos do atendimento na saúde para o paciente, promovendo o bem estar.

Estudos de mensuração da qualidade no atendimento que somente utilizam como parâmetros de avaliação os resultados, representados pelo bem estar do paciente após a assistência à sua doença, devem ser observados com certa precaução, pois esse critério desconsidera aspectos que possibilitam a maior eficiência no processo, que por sua vez ocorrem durante o tratamento, como por exemplo, desde a consulta com o médico, passando por diagnóstico e exames de laboratórios. Em alguns casos, longos períodos de tempo são necessários para aprimorar determinados tratamentos de algumas doenças, para obter ou não resultados satisfatórios. Todo esse período que antecedeu o resultado final do tratamento influencia na assistência prestada ao paciente, portanto, essa fase do tratamento também deve ser considerada como relevante, ou seja, para obter resultados favoráveis, os processos caminham no mesmo sentido. O autor ressalta que a instituição que apresente uma boa estrutura, que auxilia no processo de produção, pode não resultar em bom desempenho da qualidade do serviço. Dessa forma, a avaliação da qualidade do serviço, segundo Donabedian(1988) é uma medida de relacionamento entre todos os atores envolvidos no processo de prestação do serviço, onde o equilíbrio entre as várias funções exercidas pelos atores norteia as decisões para promover a gestão desses serviços.

Dessa forma, quando se avalia o desempenho do serviço, procura-se evidências, que orientem qual a melhor estratégia a ser seguida. Essas evidências estão associadas às três fases que devem compor a avaliação: estrutura, processo e resultado, cujo bom atendimento depende da combinação dessas três configurações. Nesse sentido, a avaliação da qualidade envolvendo estrutura-processo e resultado, possibilita identificar com maior clareza em que momento ou quais as causas que determinaram um serviço inadequado e conseqüentemente resultados insatisfatórios para o paciente.

Alguns anos mais tarde, Donabedian (1990) aprofunda-se na reflexão sobre a questão da qualidade, definindo sete atributos, denominados “Sete Pilares da Qualidade”. Mesmo nessa nova abordagem, a qualidade não deve ser entendida somente pelo componente técnico, mas também pelas relações interpessoais entre o cliente e o profissional cuidador:

Quadro 5- Os Sete Pilares da Qualidade

Dimensões	Descrição
Eficácia	Capacidade de contribuir para produzir melhorias, o melhor a ser feito nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as outras circunstâncias.
Efetividade	O melhor possível nas condições existentes, o grau em que o cuidado atinge o patamar de melhoria da saúde.
Eficiência	O melhor resultado a um menor custo, de tal forma que se duas estratégias são igualmente eficazes, a melhor será a de menor custo.
Otimização	A melhor relação custo/benefício na assistência à saúde, onde o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescido, que tais adições não são rentáveis.
Aceitabilidade	A adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e de seus familiares. Incorpora os elementos já mencionados anteriormente como: acessibilidade, efetividade, eficiência e otimização. Trata da relação do profissional da saúde com o paciente.
Legitimidade	De que forma os cuidados propostos são aceitos pela sociedade. Como o cuidado é visto pelos indivíduos e pelos médicos que consideram como o melhor.
Equidade	Princípio pelo qual se julga o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados à saúde e de seus benefícios entre os membros de uma população. Busca equacionar um cuidado aceitável no plano individual e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Adaptado de Donabedian, 1990.

Os Sete Pilares definidos por Donabedian, além de estabelecer como forma de avaliação a relação custo x benefício nos processos para produção de melhorias, também demonstra a relevância na interação paciente e profissional do atendimento. Além disso, o autor introduz a questão social na dimensão da legitimidade, onde estabelece a preocupação de como a qualidade do serviço de atendimento é aceita pela sociedade. Dessa forma, estabelece a importância das expectativas e valores sociais para determinar a legitimidade, uma vez que a responsabilidade com o bem-estar do paciente, e de forma geral, da população, deve fazer parte de um dos objetivos da organização hospitalar. A complexidade da organização hospitalar é reflexo da preocupação em proporcionar um bom atendimento, através de uma equipe de profissionais com elevado nível de capacitação, e, além disso, que cumpra a missão de assistência à saúde.

### **3.4. Modelo de Vaitsman, Andrade e Farias - IRS**

Vaitsman e Andrade(2005) fazem uma reflexão sobre os conceitos de satisfação do usuário e responsividade e como tais conceitos são discutidos em seu trabalho relacionando-os à pesquisa de avaliação do serviço e do sistema de saúde.

A definição de satisfação está relacionada ao cuidado com a saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde. A opinião do paciente passa a ser utilizada como parte das pesquisas de avaliação da saúde, focalizando distintas dimensões.

Os resultados obtidos na maioria das pesquisas de avaliação relacionadas à satisfação, principalmente nacionais, mostram-se positivos em relação aos serviços de saúde, ou seja, aspectos críticos em relação aos cuidados não são expressos em boa parte das pesquisas. Os autores ressaltam que boa parte dos pacientes evitam criticar os serviços, tanto pelo temor de perder o acesso como pela relação de dependência dos profissionais de atendimento, assumindo uma posição de gratidão frente aos serviços prestados. Esse viés ocorre principalmente no segmento da rede pública de atendimento (BERNHART, 1999) apud Vaitsman e Andrade (2005). Além disso, outro aspecto que compromete os resultados das pesquisas de satisfação envolve fatores subjetivos, voltados para as expectativas e exigências individuais, onde a preocupação é identificar o que o paciente espera do serviço. Esses

aspectos são influenciados de acordo com o grau de exigência de cada paciente, seus interesses, sua formação educacional e cultural.

Vaitsman e Andrade (2005) defendem que questões ligadas à satisfação defrontam-se com aspectos subjetivos como a expectativa. Os pacientes podem ter aprendido a reduzir suas expectativas e consequentemente, comprometer a capacidade crítica da avaliação e o grau de exigência sobre o serviço.

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), o conceito de responsividade contribui como uma ferramenta de avaliação do sistema de saúde que se preocupa em definir princípios de validade universal com maior objetividade.

No ano de 2000, a Organização Mundial da Saúde – OMS utiliza o conceito de responsividade nas pesquisas de avaliação da saúde, que ressalta a importância da opinião do paciente, que até então era desconsiderada. A OMS estabelece que quanto mais o indivíduo esteja consciente dos seus direitos quanto à qualidade dos serviços de saúde, a possibilidade de concretizar um sistema de atendimento mais eficiente estará mais próxima de ser atingida.

Segundo a OMS – Organização Mundial da Saúde (2000b), responsividade apresenta duas dimensões: respeito pelas pessoas e orientação para o cliente (Gakidou, 2000) apud Vaitsman e Andrade (2005).

Quadro 6- Dimensões da Responsividade

Dimensão	Características	Descrição
Respeito pelas pessoas	Dignidade	O paciente deve ser bem recebido e tratado com respeito e consideração nas unidades de saúde. O respeito à privacidade do paciente durante as consultas deve ser garantido.
	Confidencialidade	Toda a informação fornecida pelo paciente deve ser garantida, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde.
	Atendimento:	Fornecer informações claras para que o paciente possa entender, esclarecendo todas as dúvidas, não só sobre o medicamento como também sobre diagnósticos realizados, exames solicitados, ações terapêuticas.
Orientação para o cliente	Agilidade	Tempo de espera por consultas deve ser curto e o atendimento de emergência deve ser rápido.
	Instalações	Oferecer conforto e limpeza aos pacientes
	Informação e comunicação	Promover canais de ouvidoria para os pacientes, a unidade de atendimento deve prover sinalização adequada nos setores, através de placas ou pessoas que orientem o paciente. Facilidade para conseguir a documentação necessária para iniciar procedimentos e exames.

Adaptado IPEC / Fiocruz Instituto de Pesquisa Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz

A primeira dimensão, respeito pelas pessoas, refere-se à ética envolvida na interação dos pacientes com o sistema de saúde, determinada pelas seguintes categorias: dignidade, confidencialidade e atendimento.

A segunda, orientação para o cliente, inclui as categorias que influenciam a satisfação do paciente, mas, não estão ligadas diretamente ao cuidado com a saúde: agilidade, informação e instalações.

O conceito de responsividade se orienta para aspectos mais objetivos, fortalecendo a posição dos pacientes enquanto consumidores do serviço da saúde, inserindo-o como indivíduo ou cidadão. Nesse sentido, o conceito de responsividade contribui como mais uma dimensão da qualidade, onde aspectos como a experiência do paciente no ambiente hospitalar, determinam características mais objetivas, com maior precisão. Por exemplo, na pesquisa de satisfação, pergunta-se “o quanto” a pessoa está satisfeita com o tempo que levou para ser atendida, enquanto que nas pesquisas de responsividade, a mesma pergunta seria reformulada para “quanto tempo levou para a pessoa ser atendida”. Considerando que as pesquisas de responsividade, não têm por base somente a opinião das pessoas, mas, principalmente, o que acontece quando elas interagem com o sistema de saúde. Dessa forma, o conceito de responsividade procura identificar as expectativas legítimas individuais e coletivas, onde a percepção do paciente, enquanto consumidor dos serviços, em relação ao sistema de saúde, prioriza a dimensão humana e de direitos do paciente, ressaltando para questões relacionadas à cidadania. Nessa abordagem, pelo conceito de responsividade, procura-se identificar e quantificar aspectos que não são somente de ordem particular de cada indivíduo, mas sim, englobar o mesmo aspecto pela visão de um grupo, que representa a coletividade Vaitsman e Andrade (2005).

Vaitsman e Andrade(2005) abordam o aspecto da subjetividade relacionado à percepção, onde a visão de cada usuário é reflexo de aspectos sociais, econômicos e valores, que interferem na avaliação. A percepção representa uma visão da realidade diferenciada para cada indivíduo, no qual o paciente não é somente um indivíduo que faz uso de um serviço para atender suas necessidades, mas que está inserido na sociedade enquanto cidadão, que possui direitos que devem ser providos por um sistema que garanta seu acesso ao bom atendimento.

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), a prática de avaliação dos serviços da saúde através de inquéritos dirigidos aos usuários se intensificou a partir dos anos 80 na Europa e

Estados Unidos, e no Brasil, essas pesquisas tornaram-se mais comuns a partir da segunda metade da década de 90.

Mais tarde, Andrade *et al.*(2010), apresentam um trabalho que utiliza os conceitos de responsividade para a construção de um índice, o IRS- Índice de Responsividade do Serviço, baseado em um questionário aplicado aos pacientes do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas, em 2002. O objetivo da elaboração do índice IRS é permitir a percepção dos usuários sobre a questão da responsividade do serviço de saúde, que corresponde a quanto o sistema de saúde atende às expectativas legítimas dos usuários.

A metodologia começou a ser desenvolvida através da pesquisa “Gestão de Qualidade e Satisfação do Usuário em Organizações Públicas de Saúde: Um Estudo Piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas”, na unidade da Fundação Oswaldo Cruz, em 2002 (VAITSMAN, 2003).

Segundo Vaitsman *et al.*(2010), o IRS segue o mesmo arcabouço metodológico do Índice de Percepções Organizacionais (IPO), elaborado com base em pesquisa realizada na mesma unidade em 1999 que buscou avaliar a satisfação dos profissionais que trabalhavam no hospital por meio de uma série de dimensões organizacionais. Dessa forma, enquanto o IPO se concentra na avaliação da satisfação pelos profissionais da área médica, o IRS buscou identificar a satisfação pela percepção e opinião do paciente que utiliza o serviço de saúde. Esses dois indicadores, construídos com base na mesma metodologia, se complementam, pois, apresentam objetivos distintos. Através desse indicador, os autores procuraram condensar com base nas informações coletadas, uma forma de expressar as percepções positivas e negativas das variáveis a serem investigadas.

Assim como os estudos de Vaitsman e Andrade (2010), destacaram a metodologia utilizada para avaliar a satisfação do usuário, baseada em Parasuraman *et al.*(1988), a metodologia para a construção do IRS determinou:

- a) Definição de variáveis a serem investigadas relacionadas aos direitos individuais, sociais e políticos. O direito individual corresponde aos princípios que todo paciente deve ter direito à privacidade, confidencialidade da informação médica, de tal forma que permita consentir ou recusar o tratamento, além de ser informado sobre os riscos relevantes dos procedimentos médicos. Os direitos sociais são coletivos, associados a valores universais no campo da saúde.

As variáveis que compõem o respeito pelas pessoas englobam a dimensão ética envolvida na interação das pessoas com o sistema de saúde, representadas por dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. A orientação para o cliente, que engloba aspectos da satisfação do paciente, não ligados diretamente ao cuidado à saúde, foram representadas por agilidade, suporte social, instalações e escolha, que segundo a OMS, é definida como a possibilidade que o paciente tem na escolha por quem quer ser atendido.

- b) Pesquisa composta por etapa qualitativa, com realização de entrevistas e quantitativa com aplicação de questionários a um número representativo de pacientes (298 questionários, composto de 12 blocos).
- c) Elaboração de um conjunto de indicadores sintéticos que compõem o índice de responsividade do serviço, o IRS, na perspectiva dos pacientes.

A composição do índice leva em consideração o peso de cada variável, expresso pela relevância da dimensão do serviço que está sendo medido, pelo conceito de responsividade inseridos no questionário e pela variação da escala. Os serviços a serem medidos encontram-se no quadro 8, onde serão definidos os pesos de cada variável, assim como os quesitos que a compõem.

Através desse indicador, foi possível mensurar a visão dos usuários, que no caso do IPEC/Fiocruz foi positiva, considerando-se que trata-se de uma unidade de referência, de alta complexidade, em relação a doenças infecto-contagiosas. (Vaitsman e Andrade, 2010).

Figura 3: Roteiro analítico: variáveis e quesitos do Índice de Responsividade do Serviço (IRS)

	Variáveis	Quesitos
Respeito pelas pessoas	Dignidade	Processo de atendimento pela primeira vez Respeito dos funcionários e profissionais Problemas no atendimento dos funcionários e profissionais Consideração pelos usuários Sofreu preconceito Respeito pela privacidade
	Confidencialidade	Confiança na confidencialidade das informações
	Atendimento	Atenção aos problemas do paciente Explicações claras e suficientes Tempo para tirar dúvidas Abertura para falar com os profissionais
Orientação para o cliente	Agilidade	Demora para o primeiro atendimento Tempo de espera para o primeiro atendimento Tempo de espera nas consultas marcadas Tempo de espera sem ficar impaciente Frequência de atraso para ser atendido Explicação para o atraso
	Instalações	Limpeza dos locais de espera Limpeza dos consultórios Limpeza dos locais de exame Limpeza dos banheiros Conforto dos locais de espera Conforto dos consultórios
	Informações e Comunicação	Localização de setores / salas dentro da unidade Avaliação das placas e das sinalizações Facilidade para conseguir informações Facilidade para fazer reclamações Providências quanto à reclamação feita Satisfação com as providências tomadas Conhecimento de que se faz pesquisa no IPEC/Fiocruz Informação quando falta medicamento

Fonte: IPEC/Fiocruz Instituto de Pesquisa Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz

Exemplo de Aplicação da escala e do escore relativos à pergunta: “Em sua opinião, com que frequência os médicos lhe tratam com respeito?”

Quadro 7- Aplicação do IRS

Em sua opinião, com que frequência os médicos o(a)tratam com respeito?”	Sempre	Quase Sempre	Raramente	Nunca	Total
I- Exemplo de aplicação da escala (n)	10	7	3	0	
II- Exemplo de escore da pergunta (%)	96,3	3,4	0,3	0	100
Ponderação (I x II)	963	23,8	0,9	9	987,7

Escore da pergunta =  $987,7 / 100 = 9,88$

I- Valores atribuídos às perguntas: 0; 3; 7 e 10

II- Frequência de cada pergunta respondida: 96,3%%; 3,4%; 0,3% e 0.

Cálculo do escore da pergunta, item I: a escala ordinal de quatro itens (sempre; quase sempre; raramente; nunca), foram atribuídos os seguintes valores 10; 7; 3 e 0.

A escala de interpretação dos valores do índice utilizada foi a seguinte: Excelente (0,901 a 1); muito bom (0,801 a 0,900); bom (0,701 a 0,800); regular (0,601 a 0,700); ruim (0,401 a 0,600); muito ruim (0,201 a 0,400); péssimo (0,000 a 0,200)

O *score* da pergunta, com base na tabela, que expressa a avaliação dos usuários sobre esse indicador foi excelente.

Para perguntas dicotômicas do questionário (sim ou não) foram atribuídos os valores 10 e 0.

Para o cálculo do IRS para cada variável, foi considerado que as perguntas / quesitos apresentariam diferentes pesos:

- Considerar a relevância da dimensão ou aspecto do serviço, com base nas questões ressaltadas pela literatura, referente ao conceito de responsividade.
- Considerar a quantidade de perguntas / quesitos utilizados para mensurar diferentes aspectos de uma mesma variável.

Exemplo:

Atribuição de pesos na variável agilidade:

Quadro 8- Atribuição de pesos na composição da variável agilidade

Peso	Aspectos Internos das Variáveis	Indicadores
1/3	Primeiro Atendimento	Demora (3/5) Tempo de espera (2/5)
2/3	Consultas	Tempo de espera (6/10) Frequência de atraso (3/10) Explicação do atraso (1/10)

O índice de agilidade foi composto de 5 questões, cujas duas primeiras referiam-se ao primeiro atendimento e as três seguintes referiam-se às consultas. O grupo relativo ao primeiro atendimento apresentou menor peso (1/3), por tratar-se de um evento menos nítido na memória do entrevistado do que as consultas, que por sua vez ocorrem durante todo o tratamento, daí a atribuição de maior peso (2/3).

Como os resultados da pesquisa não apresentavam valores menores do que 3 partiu-se desse valor como base. Não se estipulou um valor teto, para composição dos resultados, tendo em vista que as avaliações foram muito positivas. A conversão dos escores estabelece uma variação entre 0 e 1 para avaliação de cada variável.

Através da metodologia utilizada pelo IRS, foi possível mensurar a visão dos pacientes sob diferentes aspectos da organização. O potencial analítico do IRS foi adequado, podendo ser segmentado em grupos como: escolaridade, patologia e tempo de tratamento, permitindo uma análise comparativa entre diferentes grupos.

Quadro 9- Resumo dos modelos de Qualidade

Modelo	Dimensões	Representação da Qualidade (Q)	Conclusões
Grönroos (1984)	Qualidade = 3 dimensões. técnica, funcional e imagem	$Q = f(\text{expectativa, desempenho e imagem})$	. Interação entre comprador e vendedor. .Contato comprador / vendedor tem mais influência na formação da imagem que atividades de marketing
Parasuraman et al (1985, 1988)	Qualidade= 22 itens agrupados em 5 dimensões(tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia)	SERVQUAL: $Q = D - E$ D= desempenho E=Expectativa	.A qualidade é medida através das cinco dimensões, e representada pela diferença entre expectativa e desempenho ao longo das dimensões.
Donabedian(1982;	Qualidade = 3 dimensões. técnica-científica, interpessoal e ambiente	$Q = f(\text{estrutura, processo, resultado})$	.A qualidade pode ser avaliada com base nos 7 pilares, comparando a relação custo x benefícios, além de demonstrar a relevância da interação paciente e o profissional cuidador. Além disso, atributos como legitimidade e equidade são relevantes para avaliação.
Vaitsman e Andrade (2005)	Qualidade = 2 dimensões .Respeito pelas pessoas e Orientação para o paciente.	$Q = \text{satisfação do paciente}$	.A qualidade é medida através da satisfação do paciente, pelo conceito de responsividade. .Medida mais objetiva de avaliação. .Aspectos de direitos universais e sociais.

Elaborado pela autora

Diante disso, além da questão conceitual que define qualidade pela percepção do paciente, outra barreira está associada para mensurar esse construto. Donabedian(1990) elaborou vários trabalhos que colocam a questão de qual a melhor forma para mensurar a qualidade, cuja contribuição, além de identificar os atributos que impactam na avaliação pelo paciente, também introduz elementos que identificam a importância da subjetividade na avaliação. Além disso, introduz atributos universais como legitimidade e equidade, retomados mais tarde por Vaitsman e Andrade, através do conceito de responsividade.

Vaitsman e Andrade (2005; 2010) buscam identificar nas pesquisas de avaliação pelo paciente, aspectos mais objetivos, representados pelo conceito de responsividade. Através da

metodologia aplicada no instrumento IRS, destacam a importância de avaliar o serviço com atributos de caráter universal, como respeito pelo paciente, independente de sua condição social.

Grönroos (1984) foi um dos primeiros a estabelecer a importância do entendimento entre a interação comprador e vendedor. Para a empresa ser competitiva é necessário entender como a qualidade é percebida pelos consumidores e de que forma essa qualidade é influenciada.

Parasuraman *et al.* (1984) construíram um instrumento de mensuração que quantifica, através dos *gaps*, as diferenças entre expectativas e desempenho do serviço a ser estudado. O instrumento SERVQUAL é muito utilizado para avaliar o serviço de atendimento hospitalar. Brown e Swartz (1989) utilizaram as 10 dimensões desenvolvidas por Parasuraman *et al.* (1985) para medição da qualidade no atendimento em consultórios médicos; Borges (2006); Wilma (2008) ; Malanga (2011); Righi (2010) também fizeram uso da escala SERVQUAL em seus trabalhos de mensuração da qualidade dos serviços na área da saúde.

A elaboração de instrumentos de mensuração da qualidade do serviço poderá auxiliar na tomada de decisão, contribuindo para que provedores e consumidores dos serviços caminhem no mesmo sentido de promover maior satisfação para os usuários.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO DE ESTRATÉGIA**

Neste capítulo serão discutidos conceitos que permitem obter vantagem competitiva perante a concorrência, apropriando-se do conceito de qualidade de serviço, pelo olhar do paciente.

### **4.1. Estratégia Empresarial – Vantagem Competitiva**

Para Barney(1991), as organizações buscam melhor desempenho e geração de riqueza, através do desenvolvimento de suas habilidades associadas ao domínio de recursos raros e de difícil imitação. Dessa forma, Barney descreve que os recursos podem ser classificados como capital físico; recursos humanos e recursos organizacionais.

Em seu artigo, Barney(1991) estabelece relações entre os recursos das empresas e a geração de vantagens competitivas sustentáveis. O pressuposto básico da Visão Baseada em Recursos (RBV) determina que o desempenho de uma empresa possa ser explicado pela maneira como são geridos e utilizados os seus recursos (ativos processos organizacionais, capacidades, informações). Sua análise baseia-se em quatro atributos empíricos de potencialidade dos recursos de uma empresa:

- a) Valor: possuir alto valor econômico, com o qual a empresa possa explorar uma oportunidade ou eliminar uma ameaça, permitindo programar estratégias para aumentar a eficiência e efetividade;
- b) Raridade: ser raro, escasso, de difícil acesso à concorrência.
- c) Imitabilidade : difícil de ser imitado;
- d) Substituibilidade: impossibilidade de encontrar um substituto que possa cumprir o papel do outro, pois, a ausência de substitutos estratégicos torna a vantagem competitiva sustentável por um longo período.

Com isso, o autor afirma que as organizações, em busca de um melhor desempenho e geração de riqueza, procuram desenvolver capacidades que associadas ao conjunto de recursos que têm sobre seu domínio, classificados como raros e de difícil imitação implementam estratégias para obter vantagem competitiva, e com isso neutralizar forças externas, identificando oportunidades e ameaças.

A RBV se fundamenta no princípio de que as organizações se constituem de forma diferenciada em função dos recursos e competências que possuem. Nessa perspectiva, as organizações obtêm vantagens competitivas através das estratégias que possibilitem explorar os pontos fortes através das oportunidades que surgem no meio ambiente, e paralelamente neutralizar as ameaças externas.

Barney (1986) destaca que se há homogeneidade nas empresas, considerando que elas tenham os mesmos recursos físicos, humanos e organizacionais e adotem as mesmas estratégias, não haverá diferenciação e como consequência não haverá vantagem competitiva. Em contrapartida a heterogeneidade decorre da imperfeição do mercado onde os recursos demandados para implementação de uma estratégia são obtidos.

Segundo o autor, as empresas que fizerem o primeiro movimento para a implantação de uma estratégia, sempre irão obter uma vantagem competitiva em relação à concorrência, pois, elas podem obter ganhos com reputação, disponibilidade em canais de distribuição e desenvolvimento de produtos para seus clientes.

Uma empresa possui uma vantagem competitiva quando adota uma estratégia de criação de valor, que não seja adotada por um outro concorrente. Esta vantagem poderá ser sustentável, se os competidores, atuais ou potenciais, não tiverem a capacidade de imitar a estratégia no curto prazo (BARNEY, 1991).

Outro quesito importante é a reputação, pois, não é um bem disponível para todas as empresas. Seu desenvolvimento histórico positivo refletirá de quanto pode ser imitado ou não por outras empresas (BARNEY, 1991).

Por fim, sugere a importância do papel dos gestores na compreensão para a dotação de recursos como fundamental para a obtenção de uma vantagem competitiva sustentável.

O bom desempenho de uma organização, expresso através da geração de seus resultados, está associado ao diferencial de produtos ou serviços disponibilizados aos seus

clientes, representados através do bom atendimento, bom relacionamento e personalização de serviço. O planejamento por si só não significa obter vantagem competitiva, mas sim a utilização dos recursos disponíveis pelas empresas pode se transformar em vantagens competitivas sustentáveis. O que diferencia e se traduz em vantagem competitiva é como as empresas irão utilizar os recursos que elas possuem. Por exemplo, a compra de máquinas e tecnologia por si só, não se transforma em vantagem competitiva, mas sim, a forma como elas serão utilizadas.

Outro aspecto favorável para o bom desempenho de uma organização está relacionado ao desenvolvimento das habilidades organizacionais, associados à capacitação dos indivíduos, que também constitui-se como um recurso da firma, fortalecendo a estrutura formal da empresa.

No caso dos centros de reabilitação, através das avaliações obtidas a partir do instrumento de medição da qualidade, distribuídas nas seis dimensões da qualidade, será possível identificar quais são as variáveis que mais influenciam na percepção do acompanhante do paciente ao utilizar o serviço de reabilitação / internação. Cabe ressaltar que os profissionais de atendimento em nosso estudo estarão representados somente pelo médicos, enfermeiros e profissionais especialistas, que são imprescindíveis para a realização e promoção do bem estar do paciente.

Dessa forma, o acompanhante do paciente ao avaliar a dimensão da tangibilidade, que concentra atributos relacionados às instalações físicas, ao ambiente do centro de reabilitação e aos profissionais do atendimento, poderá sinalizar quais são os recursos físicos e humanos que a unidade de atendimento dispõe para a prestação do serviço:

- Os equipamentos necessários para o pronto atendimento (medicina diagnóstica) estão disponíveis, e em boas condições de uso para o bom funcionamento.
- As instalações são adequadas, com boas condições de repouso, sem barulho, para a recuperação do paciente.
- O ambiente é limpo e agradável.
- Materiais informativos são de fácil visualização e entendimento.
- Os médicos, enfermeiros e profissionais especialistas estão vestidos de forma adequada para execução de seu trabalho.

Na tangibilidade de um serviço, o acompanhante do paciente avalia o que vê e sente no primeiro contato com a organização, cumprindo a etapa do processo, pois, ela ocorre durante todo o período de prestação do serviço.

A dimensão da confiabilidade se traduz na capacidade do profissional (médicos, enfermeiros e profissionais especialistas) em executar o serviço de forma segura e eficiente. A interação entre o profissional e o paciente é mais presente, podendo ser representada nos seguintes aspectos:

- Os médicos, enfermeiros e profissionais especialistas cumprem os horários estabelecidos: para o atendimento de rotina, medicação, plantão e quando solicitado com urgência.
- As informações fornecidas pelos médicos e enfermeiros são precisas e as datas são respeitadas em função do tratamento.
- As atividades são realizadas no tempo prometido: execução de exames, medicamentos e acompanhamentos.
- Os médicos, enfermeiros e profissionais especialistas apresentam relatórios, documentos e informações sobre o paciente, sem erros.

A confiabilidade cumpre a etapa do resultado do serviço, onde as expectativas dos acompanhantes dos pacientes podem ser maiores do que para as outras dimensões.

A dimensão do atendimento confere atenção imediata no auxílio ao paciente e na execução do serviço. Nessa dimensão a rapidez na solução do problema, assim como a atenção na prestação das informações e na resposta na correção de erros, fazem a diferença na avaliação. Nesta etapa, a interação entre o paciente e médicos, enfermeiros e profissionais especialistas se evidencia.

A dimensão da segurança é transmitida através do conhecimento e capacidade dos médicos, enfermeiros e profissionais especialistas para o desempenho de suas funções, como também:

- Responsabilidade das suas atribuições.
- Linguagem clara e de fácil compreensão durante o atendimento.
- Demonstração de cortesia no atendimento.

A segurança pode ser identificada como a capacidade de transmissão de comprometimento dos médicos, enfermeiros e profissionais especialistas em relação aos serviços prestados com isenção de riscos ou dúvidas junto ao paciente.

A dimensão da empatia mostra a preocupação dos médicos, enfermeiros e profissionais especialistas em atender de forma individualizada, incluindo também:

- Capacidade dos médicos, enfermeiros e profissionais especialistas, de demonstrarem interesse personalizado.
- Os médicos, enfermeiros e profissionais especialistas sensibilizarem-se e entenderem as necessidades do paciente.
- Paciência para responder aos questionamentos do paciente.

A dimensão da responsividade refere-se à disponibilidade do médico e enfermeiro em ajudar o paciente, atendendo de forma atenciosa, com precisão e rapidez de resposta.

- O médico e enfermeiro devem transmitir tranquilidade, interesse e confiança na resolução dos problemas.
- O médico e enfermeiro devem ter boa vontade no atendimento.

Dessa forma, através da avaliação da qualidade em todas as dimensões estabelecidas pelo estudo, os acompanhantes dos pacientes formaram o próprio conceito de qualidade, segundo suas percepções. A percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Cada acompanhante do paciente tem o seu próprio conceito de qualidade, porém existem determinados fatores determinantes da qualidade que exercem maior influência sobre a percepção do indivíduo. Identificar esses fatores de maior influência na avaliação da qualidade poderá auxiliar a organização a orientar-se para promover ações que viabilizem a melhoria da qualidade dos serviços prestados no atendimento de internação.

Os resultados do estudo poderão auxiliar os gestores das unidades hospitalares a compreender e se aprofundar os conhecimentos das dimensões da qualidade, identificando as disponibilidades como também a alocação dos recursos de forma mais eficiente, traduzidos em melhor desempenho nos resultados.

A abordagem da estratégia empresarial pela RBV se fundamenta em justificar que o melhor desempenho é sustentável quando a organização possui recursos que possibilitam agregar valor aos resultados. Esses recursos são raros, diferenciados e difíceis de serem imitados, possibilitando portanto, a organização atingir vantagens competitivas perante a concorrência (BARNEY, 2001). O instrumento SERVQUAL adaptado, expressos através das dimensões da qualidade, pode ser utilizado como ferramenta que possibilita identificar quais os atributos que mobilizam os recursos da organização para melhorar o seu desempenho.

## **5. METODOLOGIA**

O presente estudo busca responder à seguinte pergunta de pesquisa:

Como a qualidade do serviço prestado no Centro de Reabilitação é avaliada, a partir da percepção do acompanhante do paciente, através do instrumento Servqual adaptado, identificando quais os fatores que contribuem para a melhoria do serviço?

### **5.1. Universo e amostra**

Segundo Malhotra (2001, p. 301), população a ser pesquisada pode ser representada como “a coleção de elementos ou objetos que possuem a informação procurada pelo pesquisador e sobre os quais devem ser feitas inferências”.

A amostra deste estudo é não probabilística, representada pelos acompanhantes dos pacientes que utilizaram o centro de reabilitação para tratamento das necessidades especiais, localizado em São Paulo, na região metropolitana da zona Sul.

A composição da amostra engloba pacientes que passaram pela sala de triagem do centro de reabilitação no período de Março/2012 até Maio/2012.

A opção pela indagação sobre a qualidade do serviço pela percepção do acompanhante do paciente procurou evidenciar a utilidade dessa abordagem, preservando as condições físicas do paciente, que encontra-se impossibilitado de emitir opinião em função da sua limitação física e de idade.

### **5.2. Local da Pesquisa: Centro de Reabilitação**

O Centro de Reabilitação constitui-se em uma Clínica de atendimento, na qual, após a triagem e o exame médico inicial, o paciente é avaliado por uma equipe multidisciplinar, composta por especialistas que são capacitados a avaliar com base na deficiência

diagnosticada. O trabalho de acompanhamento do paciente passa a ser avaliado procurando identificar qual o melhor tratamento a ser fornecido para promover uma melhor qualidade de vida para o paciente. As clínicas atuam na área de: paralisia cerebral, lesão medular, lesão encefálica, mielomeningocele, má-formação congênita, amputados, doenças neuromusculares poliomielite.

**Clínica de Paralisia Cerebral:** o centro de reabilitação atende crianças que sofreram um dano cerebral antes, durante ou após o parto, produzindo sequelas que comprometem o bom funcionamento de vários órgãos ou sistema do organismo. O tratamento oferecido procura estimular o desenvolvimento neuropsicomotor proporcionando à criança uma recuperação de suas habilidades motoras. O acompanhamento se dá de acordo com as necessidades da criança.

**Clínica de Lesão Medular:** o centro de reabilitação atende pacientes tetraplégicos ou paraplégicos devido a uma lesão na medula espinhal independentemente das causas : acidentes de trânsito, mergulhos em água rasa, tumores, infecções ou ferimentos de arma de fogo. O trabalho exercido pelos profissionais que atendem essa lesão utiliza principalmente recursos terapêuticos para atingir as metas de acordo com o quadro clínico de cada paciente.

**Clínica de Lesão Encefálica Adquirida:** o centro de reabilitação atende pacientes que sofreram traumatismo craniano , infecções cerebrais , acidente vascular encefálico (derrame), tumores e anóxias (asfixias). De acordo com o prognóstico observado diante do acontecimento , a equipe orienta para o tratamento de reabilitação física e também à estimulação cognitiva, caso seja necessário. No caso de crianças , a orientação enfatiza o acompanhamento escolar.

**Clínica de Mielomeningocele (Espinha Bífida):** o centro atende pacientes com má-formação congênita da medula espinhal e da coluna vertebral. O grupo de doenças (mielomeningocele, lipomeningocele, espinha bífida oculta de agesia da coluna lombosacra) provoca alterações da função de vários órgãos e sistemas, como comprometimento das funções do cérebro, bexiga, intestino e membros inferiores. O tratamento visa preservar ao máximo a função destes órgãos e impedir a presença de complicações que passam prejudicar a condição física do paciente.

**Clínica de má-formação Congênita:** o centro de reabilitação atende pacientes com má-formação congênita dos membros , osteogenesis imperfecta (doença dos ossos de vidro),

artrogripose múltipla congênita (articulações rígidas) e doenças genéticas que podem causar alterações nos membros.

**Clínica de Amputados:** o centro de reabilitação atende pacientes com amputações adquiridas, cujas principais causas são traumatismos, doenças vasculares, diabetes, infecções, queimaduras e tumores. A equipe auxilia no trabalho de reabilitação para adaptação à prótese, para favorecer a independência nas atividades motoras do paciente.

**Clínica de Doenças Neuromusculares :** o centro de reabilitação atende pacientes com doenças de origem no músculo (miopatias) ou no nervo periférico (neuropatias) de causa hereditária, representadas por distrofias musculares, miopatias congênitas , miotonias , amiotrofias espinhais, neuropatias hereditárias, ataxias.

**Clínica de Outras modalidades:** atende pacientes vítimas de poliomielite (paralisia infantil) e muitos pacientes que ainda apresentam sequelas (apesar da erradicação desde 1989, devido às maciças campanhas de vacinação ) que necessitam de tratamento. Também são atendidas crianças com lesão do plexo braquial decorrentes de lesão no parto.

### **5.3. Tipo de pesquisa**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com entrevistas estruturadas, de abordagem quantitativa, em que o processo de pesquisa utilizou a percepção do acompanhante do paciente sobre as dimensões da qualidade do serviço no centro de reabilitação, abordando expectativas e desempenho. Malhotra (2001, p. 106) define como **“um tipo de pesquisa que tem como principal objetivo o fornecimento de critérios sobre a situação-problema enfrentada pelo pesquisador e sua compreensão”**. Malhotra (2001) justifica a importância da pesquisa exploratória quando pouco se sabe a respeito da situação-problema, sendo adequada para defini-lo com maior precisão.

O instrumento de coleta de dados aplicado na pesquisa utilizou o modelo SERVQUAL, com adaptações. O modelo SERVQUAL é uma escala multidimensional com a finalidade de avaliar o relacionamento do usuário (acompanhante do paciente) com o serviço prestado (centro de reabilitação). De acordo com Parasuramam *et al.* (1988), o modelo SERVQUAL reflete as 5 dimensões da qualidade dos serviços, onde cada dimensão contém

múltiplos itens que representam os atributos fundamentais do serviço estudado. As cinco dimensões da qualidade são: tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia, conforme apresentado anteriormente.

Entrevistas estruturadas foram realizadas com os acompanhantes dos pacientes do centro de reabilitação selecionado, seguindo roteiro pré-estabelecido composto por assertivas a serem avaliadas segundo a escala Likert de 5 pontos, de 1 (muito insatisfeito) ; 2 (insatisfeito) ; 3 (indiferente); 4 (satisfeito) e 5 (muito satisfeito), que abordaram o que se espera do serviço, como também o desempenho alcançado pela percepção do acompanhante do paciente. A redução da escala Likert de 7, versão original da SERVQUAL, para 5 foi solicitada pelo Centro de Reabilitação. A elaboração do questionário seguiu a orientação sugerida pelo centro de reabilitação.

Segundo Malhotra (2006, p. 182) o método de levantamento envolve um questionário estruturado, que possibilita obter informações dos participantes da pesquisa , elucidando comportamento, intenções , atitudes, motivações e características demográficas e de estilo de vida. Através de um questionário formal as perguntas são realizadas em ordem pré-determinada.

Além do modelo SERVQUAL, que configura 5 dimensões da qualidade, outra dimensão foi introduzida , com base no conceito de responsividade, definido pela OMS (Organização Mundial da Saúde). O conceito de responsividade compõe-se de duas dimensões: respeito pelas pessoas e orientação para o cliente. Dessa forma, o roteiro de entrevista foi composto de 17 assertivas (instrumento SERVQUAL ) com mais 4 assertivas relacionadas ao conceito de responsividade , totalizando 20 assertivas.

Foi utilizada a abordagem quantitativa, que se caracteriza pelo emprego da quantificação, desde a etapa de coleta de informações, até no tratamento através de técnicas estatísticas (média e análise fatorial ). A abordagem quantitativa aplica-se ao estudo descritivo, pois, descreve e classifica a relação entre as variáveis, como também analisa a relação entre os fenômenos estudados. Também foi utilizada a análise fatorial, que é um procedimento estatístico utilizado para redução e resumo dos dados selecionados. Através da análise fatorial é possível identificar as correlações entre as variáveis estudadas, pelo fato de cada variável ser expressa como combinação linear de fatores subjacentes (MALHOTRA,2006, p . 548).

#### 5.4. Coleta de dados

Foram entrevistados 60 acompanhantes de pacientes. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o questionário intitulado “Pesquisa sobre avaliação da expectativa e percepção da qualidade do serviço no Centro de Reabilitação”(ANEXO 1).

Os acompanhantes que responderam à pesquisa, são os responsáveis pelo acompanhamento do tratamento junto ao Centro de Reabilitação. A entrevista ocorreu em dois momentos: o primeiro contato com o acompanhante do paciente foi elaborado no momento em que ele passou pela sala de triagem: a expectativa, o que se esperava do serviço antes de conhecer o centro de reabilitação. Nesse caso, foram selecionados os pacientes que utilizaram o centro de reabilitação até duas consultas. O segundo momento ocorreu após o mesmo acompanhante do paciente já ter usado os serviços do centro de atendimento, acima de três consultas que podem ser caracterizadas como tratamento, exames laboratoriais, acompanhamento por profissionais especializados (fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistentes sociais). Nesse segundo momento, foi questionado ao acompanhante qual a percepção sobre o serviço oferecido após sua utilização.

#### 5.5. Organização e a análise dos dados

Os dados foram processados pelo sistema Windows Excel e Statistic Package for Social Sciences (SPSS) versão 19.0, ambos em ambientes Windows Vista.

Foi utilizado o Coeficiente *Alpha de Cronbach* para verificar a confiabilidade da escala utilizada, em relação às questões referentes a Expectativas e Percepção do desempenho. O coeficiente *Alpha de Cronbach* mensura a homogeneidade dos componentes da escala, verificando a consistência interna dos itens que pode variar de 0 (zero) até 1 (um), sendo considerado satisfatório quando supera 0,6 (MALHOTRA, 2006).

Em relação à utilização da estatística descritiva, foi aplicada a análise de avaliação da média.

## 6. RESULTADOS

### 6.1. Caracterização dos Participantes da pesquisa – Dados Demográficos

Os resultados obtidos através do estudo, descritos a seguir, caracterizam os participantes (acompanhantes dos pacientes) e referem-se às variáveis: gênero, faixa etária, tempo de tratamento, nível de escolaridade e faixa de renda.

Em relação à variável gênero, todos os respondentes da pesquisa são do sexo feminino.

Quanto à idade dos pacientes, verifica-se a variação entre 2 até 25 anos.

**Tabela 1- Distribuição dos Pacientes do Centro de Reabilitação segundo a faixa etária (2012)**

<b>Idade</b>	<b>No. Pacientes</b>	<b>Participação( % )</b>
Até 5 anos	10	17%
De 6 até 10 anos	21	35%
De 11 até 15 anos	18	30%
De 16 até 20 anos	5	8%
De 21 até 25 anos	6	10%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaborado pela autora

Observa-se na tabela 1 que a faixa etária predominante dos pacientes encontra-se entre 6 até 10 anos de idade (35%), seguida dos pacientes de 11 até 15 anos de idade (30%), onde, 52% da amostra pesquisada demonstra que os pacientes apresentam idade inferior a 10 anos, ou seja, na maioria dos casos iniciam o tratamento ainda crianças.

**Tabela 2- Distribuição das Acompanhantes dos Pacientes do Centro de Reabilitação segundo a faixa etária (2012)**

<b>Idade</b>	<b>Acompanhantes</b>	<b>Participação( % )</b>
De 20 até 29 anos	12	20%
De 30 até 39 anos	20	33%
De 40 até 49 anos	12	20%
De 50 até 59 anos	11	18%
De 60 até 69 anos	5	8%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaborado pela autora

Observa-se na tabela 2 que a faixa etária predominante das acompanhantes dos pacientes encontra-se entre 30 até 39 anos de idade (33%), essencialmente composta por mulheres. Grande parte das acompanhantes é representada pela figura materna, eventualmente em alguns casos, são as avós.

**Tabela 3-Distribuição do Grau de instrução dos acompanhantes no Centro de Reabilitação (2012)**

<b>Grau de Instrução (acompanhantes)</b>	<b>Acompanhante</b>	<b>Participação( % )</b>
1o. Grau incompleto	29	48%
1o. Grau completo	13	22%
2o. Grau completo	13	22%
Superior incompleto	5	8%
Superior completo	0	0%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaborado pela autora

De acordo com a tabela 3, o nível de escolaridade da amostra pesquisada no Centro de Reabilitação, demonstra que 48% não concluíram o 1º. Grau (ensino fundamental). A baixa escolaridade reflete-se nas faixas de escolaridade superiores, onde apenas 8% atingiram o nível universitário, porém sem concluí-lo.

**Tabela 4- Distribuição da Faixa de renda das Acompanhantes - em salários mínimos (2012)**

<b>Faixa de renda</b>	<b>Acompanhante</b>	<b>Participação( % )</b>
Até 1	50	83%
Mais de 1 a 2	9	15%
Mais de 2	1	2%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Elaborado pela autora

No que diz respeito à faixa de renda, tabela 4, o estudo demonstra que 83% da amostra pesquisada apresenta rendimento familiar (*per capita*) inferior 1 salário mínimo.

Além disso, cabe destacar que 75% do total da amostra pesquisada é composta por mulheres que são as únicas responsáveis pelo sustento da família, pois encontram-se na condição de solteira ou separada.

## 6.2. Elaboração do Questionário

Para avaliação da qualidade do serviço percebida pelo acompanhante do paciente, através do instrumento SERVQUAL, foram realizadas modificações no questionário, solicitadas pela instituição onde foi realizada a pesquisa, adaptando ao ambiente de estudo, porém, mantendo as cinco dimensões (tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia) e acrescentando a dimensão responsividade, assim distribuídas.

- Tangibilidade: assertivas de 1 até 4 (v1)
- Confiabilidade: assertivas de 5 até 8 (v2)
- Atendimento: assertivas de 9 até 11 (v3)
- Segurança: assertivas de 12 até 13 (v4)
- Empatia: assertivas de 14 até 16 (v5)
- Responsividade: assertivas de 17 até 20 (v6)

As sete variáveis (v1, v2, v3, v4, v5 e v6) foram estabelecidas através das dimensões que caracterizam o construto, que serão utilizadas para análise multivariada e estatística descritiva.

- Elaboração do questionário- Dados demográficos
- Dados do acompanhante: nome, idade e sexo
- Dados do paciente: nome, idade e sexo
- Tempo de tratamento: (meses/anos)
- Renda familiar: em salários mínimos, por domicílio
- Formação escolar: 1º. Grau incompleto / completo (ensino fundamental);  
2º. Grau completo (ensino médio);  
  
Superior incompleto / completo
- .Estado Civil : solteira, casada, viúva, separada.
- .Residência : zona norte, sul ,leste e oeste.

### **6.3. Classificação dos atributos segundo o instrumento SERVQUAL: Análise Fatorial**

Segundo Hair *et al.*(2005), a análise fatorial consiste numa técnica de interdependência que avalia todas as variáveis simultaneamente, suas inter-relações maximizando o poder de explicação do conjunto de variáveis, Uma das técnicas utilizadas para aplicação da análise fatorial é a análise de confiabilidade do construto utilizado para obtenção dos dados, representado pelo Alpha de Cronbach, que trata da consistência interna baseada na correlação média entre os itens. Quanto mais próximo de 1, maior será a fidedignidade das dimensões do construto.

Tabela 5- Alpha de Cronbach

<b>Dimensões</b>	<b>Expectativa</b>	<b>Desempenho</b>
Tangibilidade	0,88	0,88
Confiabilidade	0,67	0,27
Atendimento	0,69	0,44
Segurança	0,80	0,61
Empatia	0,84	0,70
Responsividade	0,79	0,64

Na Tabela 5 ,está apresentando o *Alpha de Cronbach* para cada dimensão do instrumento SERVQUAL adaptado. O coeficiente *Alpha de Cronbach* mede a homogeneidade dos componentes da escala, ou seja, a consistência interna dos itens (MALHOTRA, 2006). As dimensões relacionadas à expectativa do serviço assumiram escores superiores a 0,60 demonstrando que a escala apresenta consistência interna satisfatória. No caso da avaliação do desempenho do serviço prestado, as dimensões confiabilidade e atendimento, apresentaram esse indicador abaixo do recomendável, ou seja, não apresentam homogeneidade nos atributos que compõe cada uma dessas dimensões. As demais dimensões, tangibilidade, segurança, empatia e responsividade apresentam consistência satisfatória. Quanto maior for o *Alpha de Cronbach*, maior será a probabilidade que os fatores identificados na pesquisa ocorram também em outras pesquisas que utilizem a mesma escala.

Outro teste utilizado para avaliar a adequação da análise fatorial corresponde ao Teste KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). Trata-se de um índice usado para avaliar a adequação da análise fatorial. Valores entre 0,5 e 1 indicam análise fatorial apropriada, enquanto que valores abaixo de 0,5 indicam análise fatorial inadequada(MALHOTRA,2006)..

O teste de esferecidade de Bartlett, também é utilizado para retificar a adequação da análise fatorial. Este teste examina a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população, ou seja, a matriz de correlação da população é uma matriz identidade, onde cada variável se correlaciona perfeitamente com ela própria ( $r=1$ ), mas não apresenta correlação com as outras variáveis ( $r=0$ ). É recomendável estabelecer o nível de significância até 0,05. (BAKKE *et al* ,2008) apud Malhotra, (2001).

Tabela 6- KMO and Bartlett's Test

		Expectativa	Desempenho
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,728	0,449
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	855,723	635,762
	Df	190	190
	Sig	,0000	,0000

A Tabela 6 demonstra os testes de KMO e esferecidade de Bartlett como adequadas ,no caso das dimensões relacionadas às expectativas, onde a medida de adequação de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) resultou em valor de 0,728 evidenciando a adequação da amostra a técnica de análise fatorial e o teste de esfericidade de Bartlett teve valor de 855,7 ( $p < 0,001$ ) confirma o diagnóstico da utilização da análise fatorial como satisfatória para a amostra estudada. Porém , para as avaliações relacionadas ao desempenho do serviço no centro de reabilitação, a análise fatorial não é apropriada, pois, o Teste KMO apresentou resultado de 0,449, ruim para testar a adequação ao uso da análise fatorial.

Outro teste estatístico utilizado para avaliar as cargas dos fatores corresponde ao de Comunalidade. Esta estatística determina a porção da variância que uma variável compartilha com todas as outras variáveis consideradas. É também a proporção de variância explicada pelos fatores comuns (MALHOTRA,2006).

Foram obtidos 5 fatores que juntos representam 70,6% da variância total dos dados, o que pode ser considerado satisfatório para a pesquisa sobre a expectativa do serviço. O Fator 1 apresentou variância de 37,6%, o Fator 2 de 10,7%, o Fator 3 de 9% , o Fator 4 de 6,9% e o Fator 5 de 6,4%. Assim , os cinco fatores capturados conseguem explicar 70,6% da associação total entre os dados para as 20 variáveis do Servqual adaptado. Portnato , em análises futuras, poder-se-ia trabalhar com 5 fatores, incorrendo em uma perda de 29,4% na associação entre os dados.

**Tabela 7.** Análise de fatores para o questionário Servqual (adaptado) – expectativa

Questões	F1	F2	F3	F4	F5
<b>Tangibilidade</b>					
V1		<b>0,45</b>		0,53	
V2		<b>0,92</b>			
V3		<b>0,90</b>			
V4		<b>0,89</b>			
<b>Confiabilidade</b>					
V5	0,43		0,50		
V6			<b>0,81</b>		
V7				0,62	
V8	0,44			<b>0,73</b>	
<b>Atendimento</b>					
V9		0,31			<b>0,74</b>
V10	0,34				<b>0,78</b>
V11			0,47		<b>0,55</b>
<b>Segurança</b>					
V12	<b>0,75</b>				
V13	<b>0,86</b>				
<b>Empatia</b>					
V14	<b>0,65</b>			0,33	0,37
V15	<b>0,75</b>			0,52	
V16	<b>0,70</b>				
<b>Responsividade</b>					
V17	0,50				<b>0,50</b>
V18			0,51		0,34
V19			<b>0,85</b>		
V20				<b>0,66</b>	0,36
% da variância dos dados	37,6	10,7	9	6,9	6,4

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 8- Descrição dos Fatores identificados

Designação dos fatores	Fator /Variável	Descrição
Aspectos interpessoais do cuidado no atendimento.	F1:v12;v13;v14;v15;v16	Os funcionários deveriam conhecer as necessidades especiais dos pacientes. Facilitar as condições de acesso a mobilidade. Os médicos, enfermeiros deveriam demonstrar interesse personalizado. Os funcionários deveriam informar com clareza os processos.
Aspectos relacionados aos trajes (uniformes) dos funcionários.	F2:v2; v3;v4	Os médicos, enfermeiros e funcionários deveriam estar vestidos adequadamente.
Aspectos relacionados a capacitação dos cuidadores e procedimento clínico do paciente	F3:v 6; v19	Os enfermeiros deveriam seguir os procedimentos solicitados pelos médicos. Agilidade no procedimento de início do tratamento.
Aspectos relacionados ao Corpo Clínico, comunicação e infraestrutura	F4:v7 ; v20	Os médicos deveriam informar o diagnóstico. O Centro de reabilitação deveria ser bem sinalizado.
Atendimento entrada e saída	F5:v9; v10	O Centro de reabilitação deveria providenciar agilidade na entrada. O Centro de reabilitação deveria providenciar agilidade na saída (liberação do tratamento).

Fonte: Elaborada pela autora

A interpretação do Fator 1, que representa 37,6% da variância está associada a aspectos interpessoais no atendimento. Considerando a equipe de profissionais do atendimento, esse fator representa o ponto mais relevante no Centro de Reabilitação. As equipes de atendimento demonstram interesse, são educadas no processo de atendimento e acompanhamento do tratamento. Essas informações retificam a importância de aspectos interpessoais citados por Donabedian (1980) no segmento da saúde, como também por Grönroos (1983), expressos através da qualidade funcional, que estabelece a interação entre o profissional (vendedor) e o acompanhante do paciente (comprador) do serviço.

O Fator 2, que relaciona os aspectos da aparência dos trajes utilizados apresentou uma variação de 10,7%. Trata-se de uma preocupação que faz parte dos agentes cuidadores no Centro de Reabilitação, refletindo limpeza e padronização, que auxiliam no bom andamento do serviço.

Aspectos relacionados ao Fator 3 também complementam como uma das preocupações voltadas para a capacitação do corpo clínico que dá suporte ao tratamento. Esse fator representa 9% da variância total, envolvendo questões relacionadas à rapidez nos procedimentos iniciais de tratamento.

O Fator 4, que representa 6,9% da variância total, compreende aspectos relacionados à comunicação entre médico e acompanhante do paciente, que pode influenciar na transparência para melhoria do diagnóstico e evolução do tratamento. Além disso, a sinalização do centro de reabilitação também representada por esse fator identifica a preocupação em orientar o fluxo e a mobilidade dos pacientes que já apresentam suas limitações impostas pela própria enfermidade.

Por último, o Fator 5, trata de aspectos relacionados ao início e fim do tratamento, representado por 6,4% da variância total. As ações que envolvem o Fator 5, o atendimento na entrada e na saída, podem sinalizar o grau de burocracia e formalizações que são exigidas para o paciente, para que possa iniciar, e quando for solucionado o problema, ser liberado do tratamento. Nesse sentido, esses processos demandam um acompanhamento do fluxo de entradas e saídas de pacientes, propiciando um melhor planejamento acerca de quantidade de funcionários, como novas contratações, novos processos e aumento da capacidade produtiva que propicia suporte ao atendimento.

Tabela 9- Distribuição dos escores médios segundo as dimensões de qualidade

Variáveis	Dimensões	Expectativa	Desempenho	Gap
V1 até V4	Tangibilidade	1,97	4,55	2,58
V5 até V8	Confiabilidade	1,99	4,38	2,39
V9 até V11	Atendimento	1,54	3,87	2,33
V12 e V13	Segurança	2,18	4,43	2,25
V14 até V16	Empatia	1,97	4,44	2,47
V17 até V20	Responsividade	1,84	4,30	2,46

Elaborada pela autora

Com relação à utilização da estatística descritiva, foi apurada a média para todas as dimensões do instrumento SERVQUAL adaptado, tanto para expectativa como para a percepção de cada respondente. Escores positivos, que resultam da diferença entre a percepção em relação à expectativa de cada dimensão sinalizam, em todas as dimensões, uma qualidade acima do esperado. Os maiores Gaps estão relacionados a atributos relacionados à tangibilidade, com escore de diferença de 2,58, seguida de atributos relacionados à empatia, com escore de diferença de 2,47. Em todas as dimensões a percepção sobre a avaliação do desempenho do serviço prestado no centro de reabilitação foi superior à avaliação da expectativa, respondida pelos acompanhantes dos pacientes. Dessa forma, pode-se concluir, que a avaliação das dimensões analisadas foi satisfatória, representando um atendimento favorável.

Na análise das dimensões referenciadas pela expectativa, os escores mais elevados foram segurança (2,18) e confiabilidade (1,99). Nesse contexto, atributos relacionados à preocupação dos funcionários em relação à mobilidade como também facilitação às condições de acesso na movimentação do paciente, exerceram forte influência na formação da expectativa da dimensão segurança. Em relação à confiabilidade, aspectos relacionados à capacitação do corpo clínico, clareza dos procedimentos terapêuticos e padronização nos processos de atendimento, foram a segunda dimensão com a maior expectativa. A dimensão do atendimento apresentou o menor grau de expectativa, com escore de 1,54, que agrupa

aspectos relacionados ao enquadramento e processos formais para iniciar o tratamento e precisão nos horários das consultas agendadas.

Na análise das dimensões em relação ao desempenho pela percepção do acompanhante do paciente, o escore melhor avaliado foi a dimensão de tangibilidade, com escore médio de 4,55. Nessa dimensão, aspectos como instalações , padronização nos uniformes da equipe de atendimento (médicos, enfermeiros, profissionais especializados e recepcionistas) se apresentam de forma adequada. A dimensão da empatia, também na percepção, foi a segunda maior nota ,4,44, o que confirma a preocupação com o atendimento personalizado oferecido pelo centro de reabilitação. O menor escore, 3,87, foi referente a dimensão do atendimento, semelhante a dimensão da expectativa.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi avaliar a qualidade do serviço no centro de reabilitação pela percepção do acompanhante do paciente. O estudo indica que os fatores mais relevantes na avaliação foram atributos relacionados à tangibilidade e à empatia. Através da mensuração da satisfação do serviço, obtida pelo instrumento SERVQUAL, que demonstra a diferença entre a expectativa e percepção do desempenho do serviço, conhecido como Gap, constata-se a qualidade do serviço como sendo satisfatória. As dimensões com os maiores Gaps foram tangibilidade, com escore de 2,6, e empatia, com escore de 2,5.

Em relação aos atributos de atendimento determinados pelas dimensões do instrumento SERVQUAL adaptado no momento da expectativa, através da análise fatorial observou-se que aspectos relacionados à interação interpessoal do atendimento são citados pelas acompanhantes como fatores de maior relevância.

A avaliação da percepção da qualidade do serviço no segmento da saúde pode servir como um instrumento para o gerenciamento dos processos internos do Centro de Reabilitação. Entender essa avaliação pela percepção do usuário do serviço, que nesse estudo foram representadas pelas acompanhantes dos pacientes é o ponto de partida. Considerando que o perfil representado pelas acompanhantes, que na maioria dos casos, correspondem às mães dos pacientes, descreve uma população de baixo poder aquisitivo, pouca instrução educacional, normalmente são separadas ou solteiras, e que na sua totalidade só conhecem o atendimento do serviço público, resultando em um grau de expectativa baixo, como pode ser observado nas pesquisas das expectativas do atendimento em relação às dimensões do instrumento SERVQUAL adaptado. O escore médio alcançado em torno das cinco dimensões da qualidade apresentou avaliação inferior ao escore 2, que demonstra certo grau de insatisfação relacionado ao momento de avaliação da expectativa.

Para Vaitsman e Andrade (2005) o aspecto da subjetividade está relacionado à percepção, onde cada acompanhante elabora a avaliação com base na sua formação cultural, situação econômica e seus valores que são construídos ao longo da sua vida. Cada acompanhante apresenta uma visão diferenciada de acordo com a sua realidade, seus valores e suas expectativas, onde o aspecto subjetivo da avaliação também é influenciado pelo grau de exigência, que no caso do estudo, também é reduzido.

Considerando as seis dimensões da qualidade abordadas neste trabalho- tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia e responsividade – a dimensão de segurança e confiabilidade apresentaram os maiores escores na avaliação da expectativa, que corresponde ao momento da avaliação quando as acompanhantes não conhecem o serviço na sua totalidade. Nesse sentido, aspectos ligados à dimensão da segurança estão relacionados a atributos associados ao risco envolvendo a mobilidade dos pacientes, que no centro de reabilitação, precisam de uma atenção redobrada. Quanto aos aspectos ligados à confiabilidade, atributos como capacitação do corpo clínico e precisão nos diagnósticos também refletiram maior preocupação por parte das acompanhantes.

Ainda no momento da avaliação da expectativa, a aplicação da técnica de análise fatorial demonstrou-se adequada para a sua realização, identificando a possibilidade de redução do número de variáveis do modelo SERVQUAL adaptado de 20 variáveis para cinco fatores, onde aspectos interpessoais do cuidado no atendimento representam 37,6% da variância total. Essa constatação identifica a importância dos aspectos de interação entre paciente e os cuidadores nos serviços de saúde. Os acompanhantes dos pacientes avaliam atributos ligados a interação do profissional do atendimento com o paciente, expressos através da preocupação, interesse e conhecimento das necessidades e limitações dos pacientes que são atendidos no centro de reabilitação. A análise fatorial possibilita identificar estruturas de dependência e dimensões nem sempre perceptíveis pelo modelos apresentados, identificando as variáveis promotoras da satisfação aos acompanhantes dos pacientes. Os quatro fatores restantes respondem por 33,3% da variância total, sendo representados por aspectos associados à apresentação dos profissionais do atendimento (uniformes), capacitação do corpo clínico, clareza na transmissão do diagnóstico e agilidade no enquadramento para iniciar o tratamento.

Considerando as mesmas dimensões do instrumento SERVQUAL para o momento da avaliação do desempenho, etapa que consiste na percepção do serviço oferecido já utilizado na sua totalidade, as acompanhantes avaliaram com escores elevados. A média das avaliações das seis dimensões apresentou escore superior a 4, caracterizando a avaliação como satisfatória. As dimensões que apresentaram os maiores escores na avaliação foram tangibilidade, com escore médio de 4,6, seguida da empatia, com escore médio de 4,4. Nesse sentido, atributos relacionados a instalações, atenção personalizada e clareza nas informações apresentaram as melhores avaliações. A pior avaliação da qualidade foi a dimensão do atendimento, 3,8, que corresponde a aspectos associados à agilidade no processo de

enquadramento para iniciar o tratamento, como também em relação a precisão nos horários de consulta.

Porém nesta fase da pesquisa, os testes de validação para apuração da análise fatorial não foram favoráveis para sua utilização. A inadequação da aplicação da análise fatorial obtidas no momento da avaliação da percepção do desempenho compromete a redução dos fatores para identificar associações entre as variáveis. No momento da avaliação do desempenho, as acompanhantes dos pacientes além de conhecer com mais profundidade o diagnóstico da doença, que na maioria dos casos, são complexos e diferentes, também demandam necessidades específicas em função da doença e do tratamento. Como cada doença exige um tratamento específico, pois apresentam características peculiares, a falta de uniformidade relacionada às associações das dimensões, dificulta as correlações entre as variáveis.

Por fim, a avaliação do *Gap* segundo o instrumento elaborado por Parasuraman, Zeithaml e Berry foi satisfatória em todas as dimensões propostas no estudo. Dessa forma, a percepção da avaliação do serviço oferecido no Centro de Reabilitação superou as expectativas determinadas no primeiro momento da avaliação. Os maiores escores do *Gap* foram representados pela dimensão de tangibilidade, com diferença de 2,6, seguido da dimensão de empatia, com escore de 2,5. As demais dimensões também apresentaram *Gaps* positivos, situados entre 2 até 2,5 de diferença. Dessa forma, a avaliação do *Gap* demonstra uma qualidade satisfatória no Centro de Reabilitação.

Portanto, no contexto do gerenciamento do Centro de Reabilitação, visando à qualidade dos serviços prestados ao paciente com necessidades especiais, devem ser implementadas estratégias que promovam melhor desempenho na relação interpessoal dos agentes envolvidos. Os resultados demonstram que a prioridade na interação do profissional do atendimento em relação ao paciente reforça a preocupação no bem estar do paciente. Além disso, a capacitação do corpo clínico como a clareza nas informações também auxiliam no bom atendimento, mesmo que não considerado como prioridade por parte das respondentes. Dessa forma, fatores relacionados à capacitação do corpo clínico poderão ser mais explorados e dimensionados como recurso estratégico para o melhor desempenho do serviço, propiciando vantagem competitiva para a instituição.

Finalmente, estudos similares em outras unidades da instituição poderiam ser desenvolvidos, com objetivo de buscar o melhor entendimento da percepção sobre a qualidade

do serviço, procurando auxiliar na construção de instrumentos de acompanhamento do desempenho, determinando critérios de excelência para o bom atendimento, com base nos recursos humanos da instituição pesquisada.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N. F.; SANTANA, V. S.; MARI, J. J. – **Princípios de Epidemiologia para Profissionais de Saúde Mental**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília; 1989.

BAKKE, H. A. ;LEITE, A. S. M.; SILVA, L. B. **Estatística Multivariada: Aplicação da Análise Fatorial na Engenharia de Produção**; Revista Gestão Industrial, 2008 UTFP

BARNEY, J. **Firm resources and sustained competitive advantage**. Journal of Management. Greenwich, v.17, nº1, p.99-120; 1991.

BARNEY, J.; WRIGHT, M.; KETCHEN, D. J. **The resource based view of the firm: Ten years after 1991**. Journal of Management, Greenwich, v. 27, p.625-641; 2001.

BARNEY, J. **Resource-based theories of competitive advantage: a ten year retrospective on the resource-based view**. Journal of Management, v.27, p. 643-650; 2001.

BARNEY, J. B. **Strategic factor market: expectations, luck, and business strategy**. Management Science, v. 32, nº. 10,p. 1231-1241; Oct. 1986.

BERNHART, M. H.; WIADNYANA I. G. P;WIHARDJO, H.;POHAN, I. **Patient satisfaction in developing countries**. Social Science & Medicine, v. 48, p.989-996; 1999.

BITTAR, O. J. N. V. **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 46 n.1; São Paulo Jan/Mar; 2000.

BOOMS, B. H.; BITNER, M. J. **Marketing Strategies and Organization Structures for Services Firms**. American Marketing, p.47-51; 1981.

BORGES, J. C. B. **Avaliação da Medida de Independência Funcional – Escala MIF – e de percepção da Qualidade – Escala Servqual – em cirurgia cardíaca**. 118f Tese (Doutorado em Bases Gerais de Cirurgia) - Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2006.

CRUZ, W. B. S. **Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado**.118p. (Dissertação da Escola de Enfermagem) Universidade de São Paulo , 2008.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approach to its assessment**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. v. 1; 1980a.

DONABEDIAN, A. **Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: Explorations in Quality Assessment and Monitoring** , Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. v. I, p. 77-125; 1980b.

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** Journal of the American Medical Association, 260:1743-1754; 1988.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of Medical Care.** Milbank Quaterly, v. 83, N. 4:691-729;2005.

FELDMAN,L.B; GATTO, M.A.F; CUNHAS, I.C.K.O **História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação** ,Acta Paulo Enferm.:18(2):213-9; 2005.

FIELD, A. **Descobrimdo a Estatística usando o SPSS.** 2. Ed. Porto Alegre. Artmed, 2009.

GAKIDOU, E. MURRAY, C.J.L.; FRENK, J. **Measuring preferences on health system performance assessment.** GPE Discussion Paper Series, n. 20. EIP/GPE, WHO; 2000.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.**5ª. Ed.São Paulo:Atlas, 1999.

GRÖNROOS, C. **Strategic Management and Marketing m the Service Sector, Marketing Science Institute.** Cambridge, MA; 1983.

GRÖNROOS, C. **Marketing, Gerenciamento e Serviços.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

GRÖNROOS, C. **A Service Quality Model and its Marketing Implications,** European Journal of Marketing, Vol. 18,no. 4, pp. 36-44; 1984.

GRÖNROOS, C. **Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition,** Lexington Books, Lexington, MA. 1990.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade.** Rio de Janeiro:Campus, 1993.

GRÖNROOS, C. **Strategic Management and Marketing in the Service Sector, Helsingfors.** Swedish School of Economics and Business Administration, 1982.

HAIR JUNIOR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise multivariada de dados.** 5. ed.Porto Alegre: Bookman, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010, Características da População e dos Domicílios :Resultado do Universo**, 2010; Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 12 mar.2012

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010, **Sala de Imprensa:Contas Nacionais Trimestrais- Indicadores de Volume e Valores Correntes** , 2010; Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 22 nov.2011

KOTLER, P. **Administração e Marketing: Análise, planejamento, implementação e controle**. 5. ed. Atlas. São Paulo; 1998.

LEE, R. I.; JONES, L.W. **The Fundamentals of Good Medical Care**. Chicago: University of Chicago Press; 1933.

LEMME, A. C. **Ouvindo e encantando o Paciente**. Rio de Janeiro: Quality Mark; 2005.

MALANGA, A. C. M. **Quality Evaluation of Brazilian National Health System (SUS) Through a healthcare program for pregnancy – Mãe Paulistana**. Dissertação (Mestre em Administração em Redes de Negócios) – Universidade Paulista – UNIP,2011.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. .ed.Porto Alegre: Bookman, 2001.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. .ed.Porto Alegre: Bookman,2006.

MORLEY, S.; SNAITH, P. – **Principles of Psychological Assessment**. In: Freeman, C. & Tyrer, P. (eds.) Research Methods in Psychiatry, Gaskell, London; 1989.

NORUSIS, M.J. SPSS/PC. **Professional statistics**. Chicago: SPSS Inc.; 1992.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias , dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira; 2002.

Organização Mundial de Saúde 2000b.**The World Health Report – Health Systems: Improving Performance**. Disponível em <[www.who.int/whr/en/](http://www.who.int/whr/en/)>.

Organización Mundial de La Salud (OMS) . **Evaluación de los programas de salud : normas fundamentales para su aplicación em El proceso de gestión para el desarrollo nacional de La salud**. Ginebra: OMS: 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V.A.; BERRY, L.L. **A conceptual model of services quality and its implication for future research.** Journal of Marketing, v. 49, n. 4, p. 41-50; 1985.

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

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V.A.; BERRY, L.L. **Refinement and reassessment of the Servqual Scale,** Journal of Retailing, v. 67, n. 4, p. 420-50; 1991.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V. A.;BERRY, L.L., **Reassessment of expectation as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research,** Journal of Marketing, v. 58, n. 1, p. 111-24; 1994.

RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. **Qualidade em serviço público de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família.** Revista Produção Online, v. 10, set. 2010.

VAITSMAN,J., ANDRADE,G. R. B. **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** Ciência e Saúde Coletiva; 2005.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.;FARIAS, L. O. **Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS)** .Cadernos de Saúde Pública-vol.26 n. 3 Rio de Janeiro mar.2010.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.;FARIAS, L. O. MÉDICI, M. E.V.; NASCIMENTO, L. R. **Gestão de qualidade e satisfação dos usuários em organizações públicas de saúde: um estudo piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas. Relatório final.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003

ZEITHAML,V.A. **How Consumer Evaluation Processes Differ between Goods and Services, in Marketing of Services.** J. Donnelly and W. George, eds., Chicago: American Marketing, p.186-190; 1981.

## **9. ANEXOS**

### **9.1. Anexo 1 - Pesquisa sobre avaliação da expectativa e percepção da qualidade do serviço no Centro de Reabilitação:**

Questionário:

**I-Nome do acompanhante:**

**II-Idade:**

**III-Paciente:**

**IV-Idade:**

**V-Tempo de Reabilitação:** ( ) Meses

**VI-Renda Mensal (salários mínimos):**

( ) Até 1

( ) De 1 até 2

( ) De 2 até 3

( ) De 3 até 4

( ) Acima de 4

**VII-Formação escolar:**

( ) 1º. Grau Incompleto    ( ) 1º. Grau completo    ( ) 2º. Grau Incompleto

( ) 2º. Grau completo    ( ) Superior incompleto    ( ) Superior completo

**VIII-Estado Civil:**

( ) Solteiro(a)    ( ) Casado(a)    ( ) Separado(a)    ( ) Viúvo(a)    ( ) Divorciado(a)

**IX-Residência:**

( ) Zona Norte    ( ) Zona Sul    ( ) Zona Leste    ( ) Zona Oeste

Escala Likert:

**1- Muito insatisfeito    2-Insatisfeito    3- Indiferente    4- Satisfeito    5- Muito satisfeito****Parte I-Escala Servqual adaptada- Expectativas ( 1º. Momento)**

A partir das suas experiências no centro de reabilitação, responda as questões abaixo de acordo com a sua expectativa sobre os serviços.

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

Obs: Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. O objetivo é conhecer suas opiniões. Os resultados individuais desta pesquisa são confidenciais.

Dimensões da qualidade	1	2	3	4	5
<b>TANGIBILIDADE</b>					
1. O ambiente físico do Centro de Reabilitação deveria apresentar instalações modernas e agradáveis.					
2. Os enfermeiros deveriam estar vestidos adequadamente: uniformizados e limpos.					
3. Os médicos deveriam estar vestidos adequadamente: uniformizados e limpos.					
4. As recepcionistas deveriam estar vestidas adequadamente: uniformizadas e limpos.					
<b>CONFIABILIDADE</b>					
5. A equipe médica deveria estar capacitada para executar os procedimentos de forma adequada.					
6. A equipe de enfermagem / atendentes deveriam estar capacitada para executar os procedimentos solicitados pelo médico de forma adequada.					
7. O processo no atendimento inicial (recepção) deveria ser organizado, com procedimentos padronizados.					
8. A equipe médica deveria informar ao paciente o diagnóstico durante o período de reabilitação.					
<b>ATENDIMENTO (Prestreza)</b>					
9. O Centro de Reabilitação deveria providenciar agilidade nos processos de enquadramento para entrada e registro do paciente.					
10. O Centro de Reabilitação deveria providenciar agilidade nos processos de liberação, alta da reabilitação do paciente.					

11. Os horários das consultas com os profissionais especialistas: fisioterapia, fono e psicologia) deveriam ser cumpridos com exatidão.					
<b>SEGURANÇA</b>					
12. Os funcionários do Centro de Reabilitação conhecem as necessidades especiais dos pacientes, não colocando em risco a mobilidade do paciente.					
13. O Centro de Reabilitação deveria facilitar as condições de acesso de mobilidade para os pacientes em tratamento.					
<b>EMPATIA</b>					
14. Os médicos deveriam dar atenção (interesse) personalizado para o paciente.					
15. Os enfermeiros deveriam dar atenção (interesse) personalizado para o paciente.					
16. Os funcionários de atendimento deveriam informar com clareza os processos de agendamento e a sequência desses no C.R.					
<b>Responsividade- Respeito pelas pessoas</b>					
<b>Dignidade</b> 17. Quanto ao atendimento no Centro de Reabilitação ,os funcionários priorizam a educação (cordialidade) na relação paciente e profissional.					
<b>Atendimento</b> 18. Os profissionais técnicos demonstram empenho na reabilitação do paciente.					
<b>Responsividade- Orientação para o cliente</b>					
<b>Agilidade</b> 19. O Centro de Reabilitação deveria providenciar rapidez no preenchimento dos dados iniciais para atendimento (início da reabilitação) do paciente.					
<b>Informações e comunicações</b> 20. A localização dos setores na unidade deveria ser transmitida de forma clara e de fácil compreensão.					
<b>21 – Nota Geral</b>					

Fonte: adaptado pela Autora

## Parte II -Escala Servqual adaptada- Desempenho( 2º. Momento)

A partir das suas experiências no centro de reabilitação , responda as questões abaixo de acordo com a sua percepção sobre o desempenho dos serviços.

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

Obs: Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. O objetivo é conhecer suas opiniões. Os resultados individuais desta pesquisa são confidenciais.

Dimensões da qualidade	1	2	3	4	5
<b>TANGIBILIDADE</b>					
1. O ambiente físico do Centro de Reabilitação apresenta instalações modernas e agradáveis.					
2. Os enfermeiros estão vestidos adequadamente: uniformizados e limpos.					
3. Os médicos estão vestidos adequadamente: uniformizados e limpos.					
4. As recepcionistas estão vestidas adequadamente: uniformizadas e limpos.					
<b>CONFIABILIDADE</b>					
5. A equipe médica está capacitada para executar os procedimentos de forma adequada.					
6. A equipe de enfermagem / atendentes está capacitada para executar os procedimentos solicitados pelo médico de forma adequada.					
7. O processo no atendimento inicial (recepção) é organizado, com procedimentos padronizados.					
8. A equipe médica informa ao paciente o diagnóstico durante o período de reabilitação.					
<b>ATENDIMENTO (Prestreza)</b>					
9. O Centro de Reabilitação providencia agilidade nos processos de enquadramento para entrada e registro do paciente.					
10. O Centro de Reabilitação providencia agilidade nos processos de liberação, alta da reabilitação do paciente.					
11. Os horários das consultas com os profissionais especialistas: fisioterapia, fono e psicologia) são cumpridos com exatidão.					
<b>SEGURANÇA</b>					
12. Os funcionários do Centro de Reabilitação conhecem as necessidades especiais dos pacientes, não colocando em risco a mobilidade do paciente.					
13. O Centro de Reabilitação facilita as condições de acesso de mobilidade para os pacientes em tratamento.					
<b>EMPATIA</b>					
14. Os médicos dão atenção (interesse) personalizado para o paciente.					
15. Os enfermeiros dão atenção (interesse) personalizado para o paciente.					
16. Os funcionários de atendimento informam com clareza os processos de agendamento e a sequência desses no C.R.					
<b>Responsividade- Respeito pelas pessoas</b>					
<b>Dignidade</b>					
17. Quanto ao atendimento no Centro de Reabilitação, os funcionários priorizam a educação (cordialidade) na relação paciente e profissional.					
<b>Atendimento</b>					
18. Os profissionais técnicos demonstram empenho na reabilitação do paciente.					
<b>Responsividade- Orientação para o cliente</b>					

<b>Agilidade</b> 19. O Centro de Reabilitação providencia rapidez no preenchimento dos dados iniciais para atendimento (início da reabilitação) do paciente.					
<b>Informações e comunicações</b> 20. A localização dos setores na unidade é transmitida de forma clara e de fácil compreensão.					

Fonte: adaptado pela Autora

## 9.2. Anexo 2 - População residente, por situação de domicílio e sexo (feminino), segundo os grupos de idade - Brasil 2010

Idade	População - Mulheres	Participação( % )
Até 19	30.997.754	32%
De 20 até 29 anos	17.258.382	18%
De 30 até 39 anos	15.148.769	16%
De 40 até 49 anos	12.830.134	13%
De 50 até 59 anos	9.679.284	10%
De 60 até 69 anos	6.084.830	6%
Acima de 70 anos	5.349.656	5%
<b>Total</b>	<b>97.348.809</b>	<b>100%</b>

Fonte: Censo IBGE (2010)

## 9.3. Anexo 3 - Pessoas de 10 anos ou mais de idade , por nível de instrução - Brasil 2010

Grau de Instrução (acompanhantes)	no. Pacientes	Participação( % )
1o. Grau incompleto	81 355 342	50%
1o. Grau completo	28 148 324	17%
2o. Grau completo	38 035 501	23%
Superior completo	13 455 172	8%
Não Determinado / outros	983 315	1%
<b>Total</b>	<b>161 977 654</b>	<b>100%</b>

Fonte: Censo IBGE (2010)

#### 9.4. Anexo 4 - Situação do domicílio e classes de rendimento nominal mensal domiciliar per capita

Salário Mínimo	População	Participação( % )
Até 1	24 846 366	77%
Mais de 1 a 2	3 861 081	12%
Mais de 2	3 519 833	11%
<b>Total</b>	<b>32.227.280</b>	<b>100%</b>

Fonte: Censo IBGE (2010)

#### 9.5. Anexo 5 Total Variance Explained

TOTAL VARIANCE EXPLAINED									
Initial Eigenvalues			Loadings			Loadings			
Total	Variance	Cumulative	Total	Variance	Cumulative	Total	Variance	Cumulative	
1	7,518	37,588	37,588	7,518	37,588	37,588	3,840	19,199	19,199
2	2,142	10,710	48,298	2,142	10,710	48,298	3,090	15,451	34,651
3	1,810	9,050	57,347	1,810	9,050	57,347	2,504	12,518	47,169
4	1,374	6,870	64,218	1,374	6,870	64,218	2,424	12,121	59,289
5	1,285	6,424	70,642	1,285	6,424	70,642	2,271	11,353	70,642
6	1,086	5,428	76,070						
7	1,021	5,105	81,175						
8	,757	3,787	84,962						
9	,644	3,222	88,184						
10	,534	2,672	90,857						
11	,394	1,972	92,829						
12	,319	1,596	94,425						
13	,266	1,332	95,756						
14	,242	1,212	96,968						
15	,196	,981	97,949						
16	,130	,651	98,600						
17	,092	,462	99,063						
18	,089	,444	99,506						
19	,056	,278	99,784						
20	,043	,216	100,000						