

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

**QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
FISIOTERÁPICOS – UM ESTUDO DE CASO SOBRE
EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DE CLIENTES**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Deizi Griebeler

Santa Maria, RS, Brasil

2006

**QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
FISIOTERÁPICOS – UM ESTUDO DE CASO SOBRE
EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DE CLIENTES**

por

Deizi Griebeler

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Área de Concentração em Qualidade e Produtividade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de Produção.**

Orientadora: Profa. Dra. Leoni Pentiado Godoy

Santa Maria, RS, Brasil

2006

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Tecnologia
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FISIOTERÁPICOS –
UM ESTUDO DE CASO SOBRE
EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DE CLIENTES**

elaborada por
Deizi Griebeler

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Engenharia de Produção

COMISSÃO EXAMINADORA:

Leoni Pentiado Godoy, Profa. Dra.
(Presidente/Orientadora)

Adriano Mendonça Souza, Prof. Dr. (UFSM)

Jadir Camargo Lemos, Prof. Dr.(UFSM)

Santa Maria, 11 de dezembro de 2006.

DEDICATÓRIA

A Carlos Eduardo Blanco Linares,

pelo incentivo e apoio incondicionais
a meu aprimoramento profissional.

AGRADECIMENTOS

Difícil é o ofício de agradecer a tantas pessoas que colaboraram para o êxito deste trabalho: corre-se o risco de esquecer umas ou não agradecer suficientemente a outras. Mesmo assim, eis uma tentativa.

À professora Leoni Pentiado Godoy, pelas oportunidades a mim proporcionadas, pelo crescimento profissional e intelectual proporcionados e pelo privilégio de ter sido sua orientada.

Ao professor Adriano Mendonça Souza, por sua disponibilidade em mostrar-me os caminhos da Estatística Multivariada e por sua relevante contribuição neste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, que contribuíram para que eu expandisse meus conhecimentos para além da área da Fisioterapia.

À Carla Agne Domingues, por viabilizar a realização desta pesquisa e pelas oportunidades a mim conferidas, às quais foram determinantes em meu crescimento profissional.

Às pessoas que se prontificaram em responder ao questionário.

Aos meus pais, Paulo José Griebeler e Terezinha Griebeler, por não medirem esforços para que meu acesso à educação fosse assegurado da melhor forma possível, de maneira a possibilitar a concretização de mais esta etapa em minha vida.

Ao meu marido Carlos Eduardo Blanco Linares, agradeço por incentivar-se, sempre, a buscar aprimoramento profissional. Agradeço pelo companheirismo e pelos exemplos de determinação, coerência e profissionalismo.

À amiga Fernanda Calil Petri, pelos estímulos à realização do mestrado e pelo otimismo contagiante frente à nossa profissão.

Aos colegas de mestrado pelos bons momentos compartilhados.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE QUADROS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Considerações iniciais	14
1.2 Tema e problema de pesquisa	16
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo geral.....	16
1.3.2 Objetivos específicos.....	17
1.4 Justificativa	17
1.5 Estrutura do trabalho	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 Qualidade e qualidade total	20
2.2 Definição de serviços e sua importância	22
2.2.1 Características dos serviços.....	26
2.3 Qualidade em serviços	29
2.3.1 Mensuração da qualidade em serviços.....	31
2.4 Expectativas e percepções	41
2.5 Qualidade em saúde	45
2.6 Método PILATES	46
2.7 Estatística Multivariada	49
2.7.1 Análise de Agrupamentos.....	49

2.7.2 Análise Fatorial.....	51
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	53
3.1 Método científico.....	53
3.2 Quanto aos objetivos das pesquisas.....	54
3.3 Finalidades da pesquisa científica.....	55
3.4 O problema de pesquisa.....	55
3.5 Quanto à sua natureza	55
3.6 Quanto à técnica de pesquisa	56
3.7 Planejamento da pesquisa.....	57
3.7.1 Delimitação da unidade-caso e amostragem.....	57
3.7.2 Coleta de dados.....	57
3.7.3 Análise dos dados.....	58
3.8 Limitações do estudo.....	60
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	62
4.2 Escala SERVQUAL	65
4.3 Análise de Agrupamentos	74
4.4 Análise Fatorial.....	87
5 CONCLUSÕES.....	96
5.1 Perspectivas para trabalhos futuros	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS.....	106
Anexo A - A ferramenta SERVQUAL.....	106
Anexo B - Modelo de questionário para avaliação da qualidade em serviços de Fisioterapia.....	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Participação dos setores econômicos no Produto Interno Bruto brasileiro.....	24
Figura 2 - Empregabilidade dos setores econômicos.....	24
Figura 3 - Crescimento da empregabilidade dos setores econômicos referente a 2004/2005.....	25
Figura 4 - Dimensões de qualidade de serviço.....	31
Figura 5 - Modelo do GAP.....	35
Figura 6 - Fatores-chave para a lacuna do cliente.....	36
Figura 7 - Níveis de expectativas e zona de tolerância.....	41
Figura 8 - Principais influências na formação das expectativas.....	42
Figura 9 - Construção da satisfação do cliente.....	43
Figura 10 - Percentual dos participantes quanto ao sexo.....	63
Figura 11 - Faixa etária dos participantes do estudo.....	63
Figura 12 - Escolaridade da amostra.....	64
Figura 13 - Número de sessões realizadas.....	64
Figura 14 - Desempenho dos atributos da dimensão Confiabilidade.....	65
Figura 15 - Desempenho dos atributos da dimensão Empatia.....	66
Figura 16 - Desempenho dos atributos da dimensão Sensibilidade.....	67
Figura 17 - Desempenho dos atributos da dimensão Segurança.....	68
Figura 18 - Desempenho dos atributos da dimensão Tangíveis.....	69
Figura 19 - Importância de cada dimensão da Escala SERVQUAL.....	70
Figura 20 - Importância de cada dimensão da Escala SERVQUAL, de acordo com o sexo dos participantes do estudo.....	72
Figura 21 - Dendograma com todas as questões referentes às expectativas dos clientes.....	75
Figura 22 - Dendograma mostrando a formação de dois <i>clusters</i>	76
Figura 23 - Dendograma após a retirada da questão 20.....	77

Figura 24 - Dendograma após a retirada das questões 20 e 01.....	78
Figura 25 - Dendograma após a retirada das questões 20 e 01 e inclusão da variável 14 ao cluster.....	79
Figura 26 - Dendograma após a retirada das questões 20, 01 e 14.....	80
Figura 27 - Dendograma após a retirada das questões 20, 01 e 14 e inclusão da variável 06 ao cluster.....	81
Figura 28 - Dendograma após a exclusão das questões 20, 01, 14 e 06.....	82
Figura 29 - Dendograma após a exclusão das questões 20, 01, 14, 06 e 05.....	83
Figura 30 - Dendograma após a retirada das questões 20, 01, 14, 06, 05 e 21.....	84
Figura 31 - Dendograma após a exclusão das questões 20, 01, 14, 06, 05, 21, 11 e 15.....	85
Figura 32 - Dendograma após a retirada de nove questões: 20, 01, 14, 06, 05, 21, 11, 15 e 07..	86
Figura 33 - Número de autovalores e seus respectivos valores.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Classificação das questões de acordo com a análise fatorial.....	91
Tabela 02 - Classificação das questões selecionadas pela Análise de Agrupamentos após aplicação da Análise Fatorial.....	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Exemplos do julgamento da assistência médica feita pelos clientes.....	38
Quadro 02 – Importância conferida a cada dimensão da Escala SERVQUAL.....	39
Quadro 03 - Autovalores e percentual de variância explicada.....	88
Quadro 04 – Análise fatorial envolvendo as 22 questões da Escala SERVQUAL.....	90
Quadro 05 – Autovalores e percentual de variância explicada.....	92
Quadro 06 – Questões componentes dos três fatores.....	93
Quadro 07 - Sugestão de questionário baseado na Escala SERVQUAL.....	95

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – A ferramenta SERVQUAL.....	106
ANEXO B – Modelo de questionário para avaliação da qualidade em serviços de Fisioterapia.	108

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Universidade Federal de Santa Maria

QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS FISIOTERÁPICOS – UM ESTUDO DE CASO SOBRE EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES DE CLIENTES

Autora: Deizi Griebeler

Orientadora: Leoni Pentiado Godoy

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 11 de dezembro de 2006.

A presente dissertação aborda a qualidade na prestação de serviços fisioterápicos através da comparação entre expectativas e percepções de clientes. O estudo foi desenvolvido junto aos praticantes de Pilates de uma clínica de Fisioterapia da cidade de Santa Maria – RS. Para avaliar a qualidade dos serviços, utilizou-se a Escala SERVQUAL, cuja característica é possibilitar a comparação entre as expectativas que os clientes têm sobre a prestação de um determinado serviço com as suas percepções sobre o mesmo. Oitenta e seis clientes participaram do estudo. Os dados provenientes da Escala SERVQUAL adaptada para a presente pesquisa foram submetidos à Estatística Descritiva e, das 22 questões constituintes da Escala, em 12 delas a percepção de qualidade foi superior às expectativas. Três questões apresentaram médias muito parecidas entre as expectativas e percepções e, em sete questões, as expectativas foram superiores às percepções. Além da Estatística Descritiva, os dados também foram submetidos à Análise Estatística Multivariada, a fim de verificar a presença ou não de questões redundantes na Escala SERVQUAL adaptada à Fisioterapia. A aplicação de Estatística Multivariada permitiu a retirada de questões redundantes mediante critérios de exclusão. Assim, nove questões foram eliminadas do questionário, acarretando uma diminuição de apenas 8,828% na variância total entre a versão original e a reduzida. Este estudo possibilitou detectar pontos de melhoria nos serviços prestados pela clínica constituinte do caso e, além disso, sugeriu uma Escala SERVQUAL com menor número de questões, sem perda significativa em sua abrangência. Com isso, outros segmentos do setor de serviços poderão se beneficiar da versão mais enxuta da ferramenta SERVQUAL e facilitar suas pesquisas.

Palavras-chave: Qualidade, Escala SERVQUAL, Fisioterapia.

ABSTRACT

Master Dissertation
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

RENDERED FISIOTERAPY QUALITY SERVICES - EXPECTATIONS AND PERCEPTIONS OF CUSTOMERS

Author: Deizi Griebeler

Advisor: Leoni Pentiado Godoy

Date and Place of Defense: Santa Maria, December 11th, 2006.

The present study approaches quality in the physiotherapy services rendered through the comparison between expectations and customers' perceptions. The study was developed in a Physiotherapy clinic from Santa Maria's city with Pilates praticant. SERVQUAL scale was used to evaluate the quality services. SERVQUAL scale makes possible a comparison between customers' expectations about rendered services and their perceptions about the same. Eighty eight customers answered the questionnaire. SERVQUAL scale dates were submitted to Descriptive Statistics. In the twenty two total questions to the Scale we found twelve questions where the quality perception was higher than expectations. Three questions presented very much a like seemed average between the expectations and perceptions and in seven the expectations were higher than perceptions. Data were also submitted to Multivariate Exploratory Techniques, for the purpose to verify the presence or not of redundant subjects in the SERVQUAL scale adapted to Physiotherapy. Multivariate Exploratory Techniques allowed retreat redundant questions through exclusion criteria. Thereby, nine questions were eliminated to the questionnaire, result in a 8,828% decrease in the total variance among the original and the reduced version. This study made possible to detect improvement points in the services rendered by the clinic, furthermore it proposed an SERVQUAL scale with smaller number of questions without significant loss in its representation. In conclusions, other service section can take advantage in your research with the SERVQUAL driest version presented here.

Key Words: Quality, SERVQUAL scale, Physiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

A qualidade é, freqüentemente, considerada como um dos pontos determinantes do sucesso de empresas e prestadores de serviço. Oferecer produtos e serviços com qualidade passou a ser condição de preexistência no mercado, não mais se configurando como estratégia de diferenciação.

A História relata que a preocupação com a qualidade não é exclusividade do mundo contemporâneo. Segundo Oliveira (2004), por volta de 2150 a.C., o código de Hamurabi já demonstrava uma preocupação com a durabilidade e funcionalidade das habitações produzidas na época, de tal forma que, se um construtor negociasse um imóvel que não fosse sólido o suficiente para atender à sua finalidade e desabasse, o construtor seria sacrificado.

Ainda conforme Oliveira (2004), os romanos, menos punitivos, voltaram-se mais ao desenvolvimento de técnicas de pesquisa altamente sofisticadas para a época. Enfatizaram o desenvolvimento de padrões de qualidade, métodos de medição e ferramentas específicas para mensurar suas terras.

Distintos povos, em diferentes épocas, buscaram incorporar qualidade em suas tarefas. A Revolução Industrial, conforme Carvalho e Paladini (2005), marcou o advento de uma nova maneira de produzir, caracterizada pela padronização e produção em larga escala. Nesse período, a *era da inspeção* atingiu o seu auge, tendo como foco a detecção de eventuais defeitos de fabricação sem, contudo, haver metodologia preestabelecida para executá-la. A inspeção encontrava defeitos, mas não produzia qualidade.

Algarte e Quintanilha (2000) destacam que, nesse mesmo período, a revolução industrial determinou mudanças profundas na administração das organizações, que passaram a dividir o processo industrial em várias fases: marketing, concepção, projeto, aquisição, produção e comercialização. Tais mudanças marcaram o início do distanciamento entre produtor e consumidor, o que ocasionou uma série de problemas na qualidade dos produtos.

Em virtude da produção em larga escala, a verificação de todos os produtos tornou-se inviável, o que impulsionou o desenvolvimento da *era do controle estatístico*. Nessa fase, a técnica de amostragem passou a ser utilizada e o cliente deixou de participar da inspeção da qualidade, que ficou a cargo de um departamento especializado (Oliveira, 2004). O enfoque, inicialmente, ainda recaía sobre o produto, mas, com o passar do tempo, voltou-se para o controle do processo de produção.

A mudança de foco de produto para processo criou as condições necessárias para o início da *era da qualidade total*, na qual se enquadra o período atual. Segundo Oliveira (2004), identificam-se as seguintes características dessa fase:

- O cliente passa a ser o centro das atenções das organizações, que dirigem esforços para satisfazer às suas necessidades e expectativas.
- Toda a empresa é responsável pela garantia da qualidade de produtos e serviços.
- Ênfase na prevenção de defeitos.
- A empresa passa a ser vista sistemicamente.

A partir da Revolução Industrial até a primeira metade do século XX, o setor industrial, em face de sua importância econômica para a produção da riqueza mundial, foi o setor mais estudado pelos meios acadêmicos. Com o crescimento da importância do setor de serviços na economia, o seu estudo e entendimento mostraram-se cruciais e, hoje, é vasta a literatura que aborda o tema *qualidade em serviços*.

Segundo Grönroos (2003), a qualidade apresenta duas dimensões distintas: a qualidade técnica diz respeito ao que é oferecido ao cliente a fim de satisfazê-lo e a qualidade funcional refere-se a como o serviço é prestado. Na área da saúde, percebe-se um grande avanço em sua qualidade técnica, sendo considerável a produção científica destinada ao conhecimento da etiologia e tratamento das doenças. No entanto, os estudos que abordam a qualidade funcional da prestação de serviços de saúde são relativamente pequenos, o que evidencia a carência de conhecimentos nesta área.

Cabe destacar que uma estratégia de qualidade técnica será bem-sucedida se a empresa tiver êxito em obter uma solução técnica que a concorrência não consiga igualar. Atualmente, criar uma vantagem técnica é cada vez mais difícil, pois a disseminação do conhecimento e de novas tecnologias ocorre muito rapidamente. Então, desenvolver a dimensão da qualidade funcional pode agregar substancial valor para os clientes e, assim, criar o necessário diferencial competitivo. Como diz Grönroos (2003), “a qualidade técnica do resultado de um processo de serviço normalmente é um pré-requisito para boa qualidade”.

O setor da saúde, apesar de estar inserido no setor de serviços, possui características específicas e completamente diferenciadas dos outros serviços, devido à natureza de sua atividade intrinsecamente ligada à vida humana. Segundo Santos (2004), ao fazer um julgamento sobre a qualidade na prestação de serviços de saúde, os pacientes baseiam suas percepções nos pontos em que se sentem mais qualificados para julgar. Quando o consumidor se encontra em posição inferior para avaliar produtos ou serviços que sejam tecnicamente complexos, opta por utilizar outras dimensões que não as técnicas para efetuar a sua avaliação.

Desta forma, perceber a visão dos clientes (pacientes), em relação à qualidade funcional dos serviços de saúde, pode constituir-se num diferencial importante para a satisfação e fidelização dos mesmos. Dentro desta perspectiva, o presente estudo constitui-se num esforço para aprofundar os conhecimentos sobre a qualidade em saúde, em especial na área da Fisioterapia. O mesmo tem como foco as expectativas e percepções dos clientes sobre a prestação do serviço, pois, segundo Deming (1990) e Paladini (1995), “conhecer as expectativas da clientela” constitui-se no princípio fundamental da qualidade.

1.2 Tema e problema de pesquisa

O problema de pesquisa verificou a seguinte questão:

Qual a relação entre expectativas e percepções de clientes de Fisioterapia quanto à prestação de serviços de Pilates?

1.3 Objetivos

A seguir, são definidos e delimitados o objetivo geral e os objetivos específicos do trabalho.

1.3.1 Objetivo geral

Mensurar a qualidade na prestação de serviços fisioterápicos de Pilates, através da comparação entre expectativas e percepções dos clientes de uma clínica de Santa Maria – RS.

1.3.2 Objetivos Específicos

Adaptar a Escala SERVQUAL a serviços de Fisioterapia.

Aplicar o instrumento de coleta de dados, a fim de avaliar as expectativas do cliente quanto à prestação do serviço fisioterápico, bem como a qualidade do serviço percebida pelo cliente.

Verificar, com base na Estatística Multivariada, a existência ou não de questões redundantes na Escala SERVQUAL adaptada à Fisioterapia.

Sugerir uma versão mais enxuta para a Escala SERVQUAL, caso existam questões redundantes.

Sugerir a utilização dos resultados na revisão das estratégias adotadas pela clínica de Fisioterapia constituinte do caso, visando ao aumento na satisfação dos clientes quanto aos serviços recebidos.

1.4 Justificativa

A realização deste trabalho justifica-se pelos seguintes motivos:

1. Contribuir para um aprofundamento, no âmbito acadêmico, do emprego da Ferramenta SERVQUAL, expandindo-a a serviços de Fisioterapia, uma vez que não se encontrou, junto à literatura pesquisada, adaptação da mesma para serviços fisioterápicos.
2. Servir de fonte de consulta para fisioterapeutas e demais profissionais da saúde que desejem conhecer o uso da Ferramenta SERVQUAL em estabelecimentos de saúde e, por meio dela, tomar conhecimento das expectativas e percepções de seus clientes.
3. Disponibilizar, a estudantes e profissionais da área da saúde, material de consulta sobre qualidade na prestação de serviços de saúde, voltado mais à qualidade funcional do que à qualidade técnica, uma vez que a questão técnica é abordada, intensamente, nos cursos de graduação. Através da revisão da literatura apresentada e da experiência prática relatada na pesquisa de campo, estudantes e profissionais das ciências da saúde poderão ampliar seu leque de conhecimentos, a fim de oferecer a seus clientes uma nova prática profissional, uma vez que a prestação do serviço só tem sentido se obtiver resultado para a clientela.

4. O tratamento fisioterápico, na maioria das vezes, não se limita a uma sessão. Pela natureza da profissão, fisioterapeuta e paciente interagem frequentemente e, uma boa relação entre ambos contribui para a definição do diagnóstico e a prescrição de um tratamento eficaz. Somente quando há empatia na relação fisioterapeuta-paciente é que se torna possível garantir adesão ao tratamento e avaliação fidedigna dos resultados. Assim, o estudo das expectativas e percepções dos pacientes sobre a qualidade dos serviços fisioterápicos contribui para a compreensão e o aprofundamento do que seja qualidade nesta relação. Cabe salientar que profissionais da saúde prestam serviço a pacientes que devem ser considerados, também, na perspectiva de clientes, com expectativas a serem atendidas. Ampliar a visão profissional, nesse aspecto de cliente, pode significar diferenciação em mercados competitivos.

1.5 Estrutura do Trabalho

O presente estudo de caso estrutura-se em cinco capítulos, conforme descrito a seguir.

No primeiro capítulo, faz-se uma introdução ao tema qualidade, expõem-se os objetivos geral e específicos, a motivação para a realização desta pesquisa, bem como a estruturação dos capítulos da dissertação.

O segundo capítulo, de Fundamentação Teórica, subdivide-se em cinco seções, quais sejam: a primeira seção aborda a Qualidade e Qualidade Total; a segunda traz definições de serviços e sua importância na economia do país; a terceira seção aborda a qualidade em serviços; a quarta seção refere-se a expectativas e percepções dos clientes, uma vez que a Escala SERVQUAL, utilizada neste trabalho, é baseada nestes dois pilares; por último, aborda-se a qualidade em saúde.

A metodologia é descrita no capítulo três, no qual se classifica o trabalho quanto aos seus objetivos, finalidades, problema de pesquisa, natureza, técnica de pesquisa, planejamento da pesquisa e limitações do estudo.

Em seguida, no quarto capítulo, tem-se a análise e discussão dos resultados da pesquisa, com suas devidas representações gráficas. Apresentam-se os dados coletados e as interpretações das variáveis que compõem a Escala SERVQUAL. Após, apresenta-se a Análise de Agrupamento e a Análise Fatorial aplicadas no presente trabalho.

O capítulo cinco, que encerra a dissertação, apresenta as conclusões, as sugestões de melhoria e perspectivas para trabalhos futuros, as quais poderão dar suporte às ações na área de recursos humanos, dentro da realidade vivenciada no dia-a-dia de clínicas de Fisioterapia.

Finalizando, referencia-se a bibliografia utilizada na pesquisa e os anexos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Qualidade e Qualidade Total

A qualidade é abordada na literatura como ferramenta indispensável para as organizações competitivas que buscam a excelência em seus serviços. Seus princípios deixaram de ser privilégio de algumas organizações para se imporem como prática inevitável às empresas que objetivam aumentar sua participação no mercado. Em função da relevância do tema qualidade, a presente revisão de literatura oferece alguns conceitos teóricos sobre o assunto para possibilitar seu melhor entendimento.

Deming (1990), considerado o pai da qualidade, abordou o tema da qualidade com a seguinte pergunta inicial: o que é qualidade?

A norma ISO/CD8402 define qualidade como “a totalidade de propriedades e características de um produto ou serviço com habilidade de satisfazer às necessidades explícitas ou implícitas”.

Joseph Juran, físico romeno, desenvolveu muitos conceitos na área de qualidade e, em seu entender, qualidade significa “adequação ao uso” (JURAN, 1992). Sua principal contribuição foi estruturar o conceito de qualidade de uma forma extremamente abrangente. Para ele, a qualidade deveria ser definida de forma a orientar-se para seu alvo específico - o consumidor - quem usa o produto ou o serviço. Juran defendeu que o gerenciamento da qualidade era constituído por três processos: planejamento, controle ou manutenção e melhoria, os quais constituem os pilares da “Trilogia de Juran”. Além disso, acrescentou que os colaboradores deveriam participar do planejamento da qualidade e, a eles deveriam ser feitas delegações de experiências de autocontrole e auto-inspeção. Cabe ressaltar que a “adequação ao uso” requer atenção especial sobre as alterações nas necessidades do consumidor em seu dia-a-dia, a fim de que produtos e serviços não caiam na obsolescência, mas permaneçam ajustados aos anseios do consumidor.

No entender de Crosby (1992), qualidade é conformidade com os requisitos, ou seja, ausência de defeitos. Para ser alcançada, exige o atendimento a determinadas normas claras e conhecidas e requer o envolvimento de todos os membros da organização.

Edward Deming, considerado um dos pesquisadores da revolução da qualidade no Japão, ressaltou que um produto para ter qualidade deveria satisfazer a seus clientes. Textualmente, afirmou que “a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia” (DEMING, 1990). Defendeu a melhoria contínua dos processos e mostrou que a qualidade é, antes de tudo, um problema administrativo e não apenas uma questão técnica. A qualidade, em seu entender, é a perseguição às necessidades dos clientes e deveria visar às necessidades presentes e futuras do usuário. Deming não aceitou o “zero defeitos” de Crosby, pois acreditava ser um ideal inatingível que faria a organização fixar-se apenas em números, em resultados e em buscar o impossível. Para ele, limitar a qualidade à “conformidade com os requisitos” era banir o espaço para a inovação, a melhoria de um processo ou a melhoria da própria administração da organização.

Paladini (1995) salientou a relevância de saber o que é qualidade, para que os esforços destinados a obtê-la fossem corretamente direcionados para o seu alvo específico: o consumidor.

Mezomo (1995) chamou a atenção que a definição de “qualidade” na área da saúde (e de ensino) implica, também, a explicitação e incorporação dos direitos fundamentais da pessoa humana, que devem ser garantidos e preservados em sua integridade. É necessário que a organização reconheça a dignidade das pessoas, bem como o valor da vida e da saúde e que se comprometa a respeitá-los de forma absoluta.

Conforme os autores citados, a “qualidade” foi diversamente conceituada por diferentes autores, existindo, fundamentalmente, uma certa convergência entre todas as definições propostas no sentido de revelar a importância da satisfação do cliente ou do consumidor de bens ou serviços.

Chegou-se, então, ao conceito de **Qualidade Total**. Segundo Campos (1998), Qualidade Total “é o controle exercido por todas as pessoas para a satisfação das necessidades de todas as pessoas”. A qualidade total representa a necessidade de todos os membros da empresa estarem voltados para o cumprimento dos conceitos, princípios e técnicas da qualidade a fim de satisfazer ao cliente.

Segundo Feigenbaum (1994), a Qualidade Total é uma filosofia de compromisso com a excelência, a qual deve estar difundida em toda a organização para satisfazer aos desejos

dos clientes. Em seu entender, a qualidade total passa a ser um modo de gerenciamento que tem impacto em toda a organização.

Para Albrecht e Bradford (1992), proporcionar qualidade total em serviços é “uma situação na qual uma organização fornece qualidade e serviços superiores a seus clientes, proprietários e funcionários”. Baseado nesta definição, Las Casas (1999) acrescentou que a qualidade total é um conceito amplo e que não se limita apenas aos clientes externos, mas aplica-se a todos os que interagem com a organização.

Assim, a qualidade total refere-se a um conjunto de atividades para dirigir e controlar uma organização, de modo a satisfazer a todas as pessoas envolvidas com a organização, especialmente o cliente.

Torna-se importante ressaltar que os conceitos citados expressam o pensamento de grandes líderes mundiais da nova filosofia da qualidade, mas nenhum deles pode ser tomado com exclusividade. Conforme Ricci (2003), a qualidade, de modo geral, resgata o valor de quem trabalha, respeita o consumidor/cliente e dá legitimidade social à organização produtora. A qualidade, portanto, não é apenas um instrumento e uma técnica de venda de bens e serviços, nem uma simples tática de redução de custos e de aumento de produtividade e competitividade. Ela tem relação com o íntimo das pessoas e com toda a organização.

2.2 Definição de serviços e sua importância

No entender de Kotler (1994), “um serviço é qualquer ato ou desempenho que uma parte pode oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e que não resulte na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico”.

Zeithaml e Bitner (2003, p. 2) definiram serviços como “atos, processos e desempenho”.

O serviço é uma atividade ou série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que, normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas de fornecedores de serviços – que é fornecida como solução ao(s) problema(s) dos cliente(s) (GRÖNROOS, 1995, p. 36).

Para Paladini (1995), serviços referem-se a bens intangíveis, representados por ações desenvolvidas por terceiros em atendimento a solicitações específicas de atividades a executar.

Grönroos (2003) salientou que, ainda hoje, os serviços são definidos de maneira ultrapassada quando considerados *como algo fornecido por um certo tipo de organização*. Atribuir ao setor de serviços tudo o que não está incluído nas estatísticas oficiais como manufatura, setor industrial ou setor agrícola, constitui-se num equívoco para o qual o autor atribuiu duas razões:

- 1) tal definição negligencia os *serviços ocultos* na indústria de fabricação e agricultura; e
- 2) define serviços como um “setor” da economia, não como uma *perspectiva* de como criar vantagem competitiva.

Na verdade, o autor considerou que empresas sempre oferecem um serviço aos clientes, não importando o que produzem. Além disso, clientes não compram bens ou serviços, compram os benefícios que os bens e serviços lhes proporcionam. Quanto maiores e mais variados os benefícios adicionados ao produto central, seja este um bem físico ou um serviço, maiores as chances de alcançar melhor desempenho do que concorrentes com a mesma qualidade e preço de produtos centrais.

O setor de serviços caracteriza-se, mundialmente, por sua crescente participação no PIB e na criação de novos empregos, sendo que este setor exerce, paralelamente, uma forte influência no desempenho dos demais setores da economia, principalmente no setor industrial (CORREA e CAON, 2002). Segundo o IBGE, em 1900, a participação do setor de serviços na economia era de 44% do PIB, chegou a 50% nos anos 30 e 40 e a 57,2% no ano de 1998. A partir de então, observou-se uma queda em sua participação no PIB: os dados apontam uma participação de 51,1% do setor de serviços na economia no ano de 2004; em contrapartida, observou-se um aumento na participação da indústria e da agropecuária brasileiras no intervalo considerado. Na Figura 01, é demonstrada a participação da agropecuária, indústria e serviços na economia do país a partir do ano de 1991.

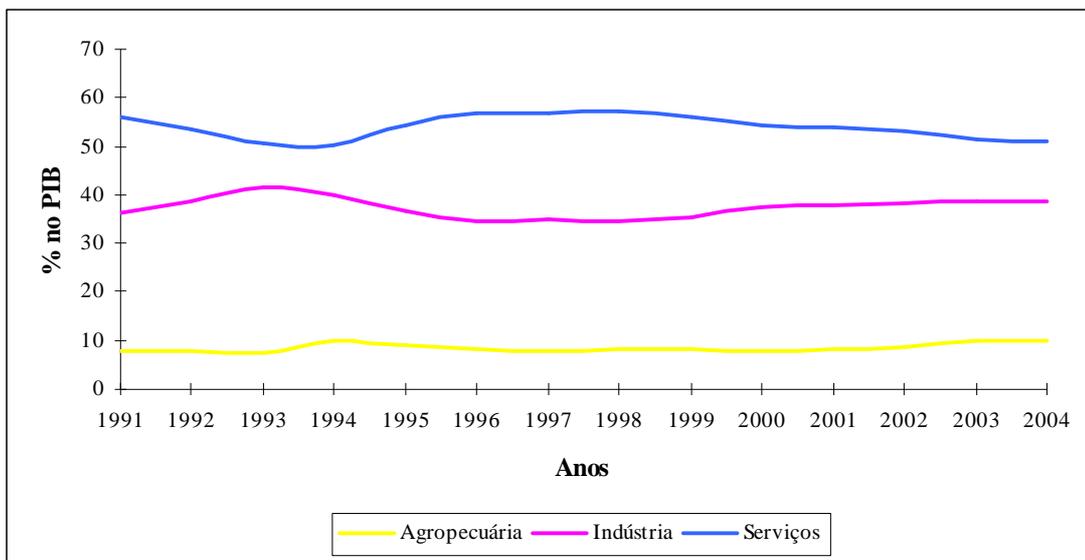


Figura 1 – Participação dos setores econômicos no Produto Interno Bruto brasileiro.

Fonte: adaptado do Anuário Estatístico 2005.

A Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio (PNAD), publicada pelo IBGE (2005), revelou que o setor econômico que mais empregou foi o de serviços, seguido pelo setor agrícola, de comércio e reparação, indústria e construção, conforme mostra a Figura 02.

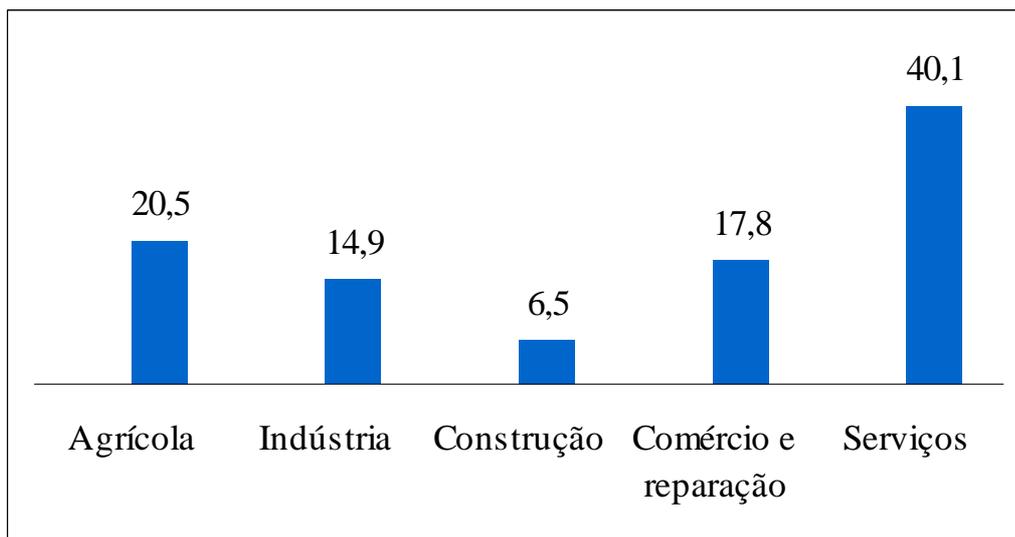


Figura 02 - Empregabilidade dos setores econômicos.

Fonte: adaptado de IBGE (2005).

Em relação às pessoas ocupadas, o setor da economia que mais cresceu foi o de comércio e reparação. O setor de serviços empregou 2,1% a mais no ano de 2005 em relação a 2004, conforme mostra a Figura 03.

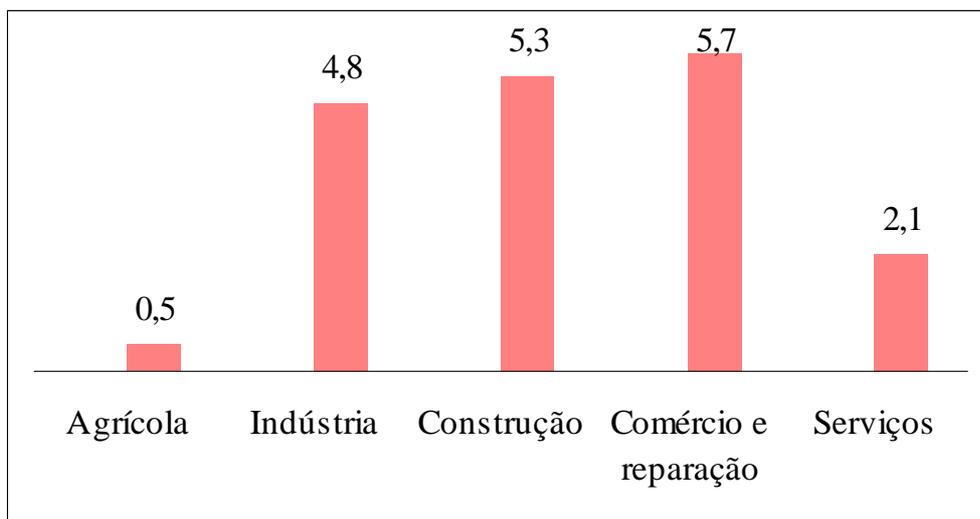


Figura 03 – Crescimento da empregabilidade dos setores econômicos referente a 2004/2005.
Fonte: adaptado de IBGE (2005).

Rust, Zeithaml e Lemon (2001) afirmaram que, dentre as várias tendências amplas e inter-relacionadas que norteiam as mudanças econômicas em todos os mercados desenvolvidos, a mudança de foco de *bens* para *serviços* constituiu-se no pano de fundo para as demais mudanças. Assim, as tendências a longo prazo caracterizam-se por focar serviços ao invés de bens; relações no lugar de transações; reter clientes ao invés de somente atraí-los; focar o cliente e não o produto e, finalmente, o valor da marca dando lugar ao valor do cliente.

A importância do setor de serviços na economia nacional fez com que as empresas passassem a avaliar a qualidade dos serviços prestados, algo antes praticado mais comumente em organizações do ramo industrial. Oliveira (2004) salienta que a avaliação da qualidade, no setor de serviços, deve ser praticada de modo diferente do realizado pelas empresas industriais, já que no ambiente de prestação de serviços, a gestão da qualidade centra-se fundamentalmente na interação com o usuário.

No entanto, a qualidade dos serviços, mesmo representando um item estratégico na competitividade das empresas, nem sempre recebe a importância merecida. As empresas, não raras vezes, direcionam seus esforços para aspectos relacionados aos processos de produção

dos serviços sem uma preocupação maior com a qualidade com que são fornecidos. Para Mezomo (1995), a má qualidade prejudica a imagem da empresa e seu custo é considerável, pois a maioria dos clientes insatisfeitos não reclama, simplesmente muda de fornecedor.

Mas, adicionar qualidade a serviços e mensurá-la implica, primeiro, conhecer e entender as características dos serviços, abordadas a seguir.

2.2.1 Características dos serviços

Segundo Kotler (2002), quatro características fundamentais distinguem serviços de bens físicos: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

Intangibilidade

Ao contrário de bens físicos, serviços não podem ser vistos, sentidos ou provados antes de serem adquiridos. Ainda que haja elementos tangíveis presentes durante a prestação de um serviço, a intangibilidade continua presente. Por exemplo, quando uma empresa de transporte aéreo leva um passageiro de São Paulo ao Rio de Janeiro, o serviço é intangível, embora haja vários elementos tangíveis envolvidos no processo, tais como a aeronave e os guichês de atendimento. Segundo Grönroos (2003), grande parte da literatura de serviço afirma que a intangibilidade é a característica mais importante de um serviço, diferenciando-a de bens físicos. Mas, na mente dos consumidores, nem sempre os bens físicos são tangíveis. Pode-se tomar como exemplo um automóvel: ele pode significar ao seu dono poder, conforto, liberdade, comodidade, entre outras tantas características, além de ser algo tangível.

Inseparabilidade

Bens físicos podem ser produzidos, estocados, distribuídos e só então consumidos. Serviços, por sua vez, em geral, são produzidos e consumidos simultaneamente, ou seja, não há separação entre produção e consumo.

Variabilidade

Bens físicos podem ser produzidos sob condições controladas (projetadas para otimizar tanto a produtividade quanto a qualidade) e depois confrontados com padrões de qualidade estabelecidos antes de chegarem aos clientes. Serviços, por serem desempenhos, estão sujeitos a variações: dependem de quem, quando e onde são fornecidos. Um mesmo

serviço, projetado para funcionar de determinada maneira, pode apresentar variações de qualidade entre dias e horários diferentes ou entre funcionários diferentes. No que diz respeito a funcionários, aliás, pode-se dizer que a variabilidade é particularmente crítica em serviços intensivos de mão-de-obra.

Percibilidade

Ao contrário de bens físicos, serviços não podem ser estocados. Uma organização que opera salas de cinema não pode guardar assentos vazios de uma sessão para a seguinte; médicos não podem estocar o horário de consulta não utilizado por um paciente.

Além dessas quatro características, Grönroos (2003) acrescentou que:

- 1) Serviços são processos, consistindo em atividades ou uma série de atividades, em vez de coisas;
- 2) O cliente participa do processo de produção, no mínimo até certo ponto;
- 3) Os serviços não resultam, normalmente, na propriedade de alguma coisa;
- 4) Apresentam um aspecto de “heterogeneidade”, pois as pessoas interferem sobre o serviço, ou seja, um serviço prestado a um cliente não é, exatamente, o mesmo a ser prestado ao cliente seguinte.

Conforme Grönroos (2003), a característica mais importante de serviços é sua natureza de processo, sendo que a maioria das outras características deriva da característica de processo. O fato de um serviço não ser uma coisa, mas processos que consistem em uma série de atividades, requer atenção diferenciada quanto ao controle de qualidade, uma vez que não há qualidade pré-produzida para controlar antes de o serviço ser vendido e consumido. Como a maioria dos processos é invisível, na percepção do cliente é a parte visível do processo de serviço que importa, sobre a qual o controle de qualidade deve ocorrer na hora e no local da produção e consumo. Quanto ao restante do processo, somente ele pode experimentar o resultado.

Mediante o exposto nos parágrafos anteriores, percebe-se que a prestação de um serviço é um processo complexo e dinâmico, com muitas características interferentes e inter-relacionadas. Oferecer serviços de qualidade, diferenciados da concorrência e que aumentem a satisfação dos clientes, constitui-se num desafio às organizações, alcançado somente se a cultura da qualidade estiver incorporada à empresa e tiver contagiado todos os seus membros.

Mas, aumentar a satisfação de um cliente leva à precisão de medi-la e, para tanto, faz-se necessário saber a medida de qualidade percebida por ele e o que agrega valor ao serviço

oferecido. Na ótica de Churchill (2000), valor para o cliente é a diferença entre as percepções do cliente quanto aos benefícios da compra e uso dos produtos e serviços e os custos em que eles incorrem para obtê-los. Essa abordagem, presente no marketing voltado para o valor, pressupõe que os clientes que estejam dispostos e sejam capazes de realizar trocas o farão quando (1) os benefícios das trocas excederem os custos e (2) os produtos ou serviços oferecerem um valor superior em comparação com outras opções.

Ainda citando o marketing voltado para o valor, Christopher (2001) salientou que os clientes não devem ser vistos como máquinas que calculam, precisamente, a soma de todos os benefícios e subtraem desse número a soma de todos os custos de uma transação. A equação de valor é simplesmente uma representação útil da idéia de que benefícios têm efeitos positivos e custos têm efeitos negativos sobre o valor. Os clientes, muitas vezes, consideram vários benefícios e custos ao tomar decisões de comprar, provavelmente, de uma maneira pouco estruturada.

Em muitos casos, os clientes baseiam suas compras em satisfação com produtos e serviços comprados anteriormente, e fazem pouca ou nenhuma avaliação do valor das outras opções possíveis. Por isso, muitas vezes é difícil atrair novos clientes, sendo fundamental manter os clientes atuais. É preciso, também, considerar que os clientes variam em suas percepções de valor: diferentes clientes podem avaliar o mesmo serviço de maneiras diferentes.

Identificar valores para a avaliação de qualidade não é tarefa fácil, não só pelas características individuais humanas, mas também porque, quando alguém se sente bem-sucedido na tentativa de obter qualidade, descobre que as necessidades do consumidor mudaram, que concorrentes entraram no mercado, que existem novos materiais com os quais trabalhar, alguns melhores que os antigos (OLIVEIRA, 2004, p. 28).

Além disso, os serviços apresentam maior dificuldade de avaliação por parte do cliente. Bens físicos tendem a possuir elevados atributos de procura - características que um cliente pode determinar antes da compra, tais como cor, estilo e forma. Serviços, por sua vez, tendem a possuir elevados atributos de experiência - características que um cliente só pode determinar após a compra, tais como gosto, facilidade de controle e tratamento pessoal (LOVELOCK e WRIGHT, 2001).

Berry e Parasuraman (1995) salientaram que as empresas que objetivam defeito zero em serviços enfrentam complexas dificuldades devido às características singulares do serviço. Destacam-se, entre tais dificuldades: o desempenho de um serviço sem erros em tempo real, a verificação e a compreensão dos padrões subjetivos dos clientes e o reconhecimento de que

serviços obscuros e confusos contribuem de maneira sutil, mas significativa, para as “sobras” de serviço.

Ficou explícita, assim, a importância de se conhecer e compreender bem o processo de prestação de serviços, com suas peculiaridades e dinamismo. Mas, como oferecer produtos e serviços com benefícios maiores que os oferecidos pelos concorrentes? Eis o desafio que se impõe às organizações e que torna clara a necessidade de incorporar *qualidade* à prestação de serviços, abordada a seguir.

2.3 Qualidade em serviços

Segundo Las Casas (1999), a qualidade em serviços é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tem para satisfazer a uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém. “Hoje não basta agradar os consumidores, é necessário encantá-los, superando suas expectativas”. Isso é fundamental para se obter excelência em serviços.

De acordo com Oliveira (2004), a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia. Cada indivíduo possui o poder de ajuizar sobre a qualidade e cada um o faz com sua própria condição atual, isto é, conhecimentos, necessidades, interesses, características particulares e de imposição do grupo social a que se insere.

Em serviços, a avaliação da qualidade surge ao longo do processo da prestação, que geralmente ocorre no encontro entre um cliente e um funcionário da linha-de-frente. A satisfação do cliente com a qualidade do serviço pode ser definida pela comparação da percepção do serviço prestado com a expectativa do serviço desejado. Quando se excede a expectativa, o serviço é percebido como de qualidade excepcional, e também como uma agradável surpresa. Quando, no entanto, não se atende às expectativas, a qualidade do serviço passa a ser inaceitável. Quando se confirmam as expectativas pela percepção do serviço, a qualidade é satisfatória (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2000, p. 249).

Zeithaml e Bitner (2003) destacaram que, no caso de serviços puros, a qualidade de serviços é o elemento preponderante nas avaliações dos clientes. Nos casos em que os serviços ao cliente são oferecidos em combinação com um produto físico, a qualidade em serviços também pode ser fundamental para a determinação da satisfação do cliente. Salientam ainda que, se o serviço tem um resultado específico, como quando se ganha ou se perde um caso na justiça, o cliente pode julgar a eficácia do serviço com base em tal resultado.

Grönroos (1984) propôs um modelo genérico da qualidade percebida, que resulta da comparação entre a qualidade esperada e a qualidade percebida pelo cliente. No modelo, são duas as dimensões de qualidade: técnica e funcional. A qualidade técnica é o que o cliente absorve ao terminar sua interação com o prestador de serviços e os processos de produção e entrega. Sendo os serviços processos experimentais, o modo como transcorrem as interações tem impacto sobre a percepção do serviço. Disso surge a qualidade funcional: a maneira como a qualidade técnica – o resultado final do processo – é transferida ao cliente. Segundo Urdan (2001) e Miguel e Salomi (2004), Grönroos (1984) dá maior ênfase à dimensão funcional, afirmando que o consumidor não está interessado somente no que recebe, à semelhança de um processo de produção, mas no processo propriamente dito.

Miguel e Salomi (2004) destacaram que Grönroos considerou a imagem da empresa como uma terceira variável no modelo de qualidade do serviço, que abrange o local (decoração, elementos do ambiente físico) e os seus recursos disponíveis durante o consumo. A imagem pode ser considerada como uma dimensão da qualidade, por meio da qual os clientes formam seu conceito da empresa e têm as suas expectativas influenciadas por este conceito. A imagem da empresa seria construída, principalmente, pelas qualidades técnicas e funcionais, além de outros fatores menos influentes, tais como reputação, informações de terceiros, propaganda, preço e relações públicas.

Grönroos (2003) argumentou que, numa situação em que o consumidor tem uma boa imagem da organização, mas tem uma experiência ruim com a dimensão técnica e/ou funcional, a qualidade do serviço percebida ainda pode ser boa porque a imagem que o consumidor faz da organização é positiva. Obviamente, se o consumidor ficar desapontado com o serviço várias vezes, a imagem da organização tende a piorar. Inversamente, quando o consumidor tem uma imagem negativa da organização, qualquer falha na dimensão técnica e/ou funcional, durante a experiência com o serviço, tende a amplificar uma qualidade de serviço percebida como ruim. No que tange à percepção da qualidade, a imagem pode ser vista como um filtro.

A Figura 04 é uma representação do modelo de Grönroos, que leva em consideração todos os elementos abordados anteriormente.

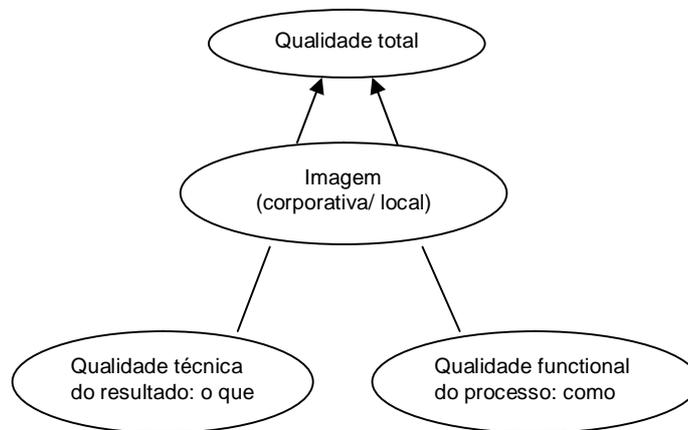


Figura 04 – Dimensões de qualidade de serviço.
Fonte: adaptado de Grönroos, 2003.

Quando os clientes não podem avaliar com precisão a qualidade técnica de um serviço, eles formam impressões a cerca do serviço, inclusive sobre sua qualidade técnica, a partir das fontes disponíveis para tanto, usando seu próprio “instinto” ou os indicativos que podem não ser evidentes para o prestador dos serviços (ZEITHAML e BITNER, 2003).

Satisfazer ao cliente significa aproximar ao máximo o serviço percebido do serviço esperado. Visando aproximar esses dois universos, as organizações de serviços devem atentar para o seguinte: primeiro, as promessas dirigidas ao cliente não devem ser irrealistas quando comparadas ao serviço que o consumidor receberá, a fim de que não se formem expectativas inatingíveis. Em segundo lugar, as organizações devem compreender o que (qualidade técnica) e como (qualidade funcional) a qualidade é influenciada na ótica do cliente e de que forma ele percebe essas dimensões (GRÖNROOS, 2003).

Satisfazer ao cliente implica conhecer suas necessidades, expectativas e julgamentos sobre a qualidade dos serviços oferecidos a ele. Assim, o tópico abordado a seguir trata da mensuração da qualidade em serviços.

2.3.1 Mensuração da qualidade em serviços

A importância dos serviços demanda a necessidade de se empreender esforços em relação à mensuração da qualidade nos serviços prestados. Nesse sentido, ao longo do tempo,

diversos pesquisadores têm dedicado esforços nesta área, buscando aprimorar sua conceituação e desenvolver técnicas de medição.

Um dos precursores nessa direção foi Grönroos (1984), que desenvolveu um dos primeiros modelos para mensuração da qualidade em serviços. Mais tarde, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) propuseram a medição de qualidade do serviço baseada no modelo de satisfação de Oliver (1980), trabalho também desenvolvido por Brown e Swartz (1989). Em seguida, Parasuraman et al. (1988) complementaram seu modelo com um instrumento denominado SERVQUAL, baseado na avaliação de dimensões da qualidade para serviços (PARASURAMAN, et al., 1990). A partir de então, vários autores têm se dedicado a esse campo de pesquisa, seja aperfeiçoando os modelos existentes (Parasuraman *et al.*, 1991; 1994; Teas, 1993), propondo outros modelos (Bolton e Drew, 1991; Cronin e Taylos, 1992), ou comparando-os (MIGUEL e SALOMI, 2004, p. 13).

Segundo Miguel e Salomi (2004), o instrumento SERVQUAL é muito difundido e referenciado em publicações. Esses mesmos autores afirmam que não existe ainda um consenso na literatura sobre qual modelo é mais apropriado. “Alguns trabalhos empíricos, como o de Lee et al. (2000), apontam que o modelo SERVPERF retrata melhor a qualidade de serviços que o modelo SERVQUAL (MIGUEL e SALOMI, 2004, p. 29)”. No entanto, no entender desses autores, ainda não é possível ser conclusivo sob esse aspecto.

Urdan (1993 apud LOURES 2003) destacou a importância das teorias de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1991) para a compreensão da qualidade de serviços: “...tal estudo é o mais sistemático e abrangente concebido com o objetivo de determinar as dimensões externas da qualidade de serviço...”. Johnston e Clark (2002) afirmaram que o SERVQUAL é um dos instrumentos mais conhecidos para avaliar a qualidade do serviço.

A afirmação de Urdan (1993) podia ser corroborada de duas formas. Em primeiro lugar, é sabido que livros didáticos adotados por instituições de ensino superior sobre marketing de serviços (Grönroos, 1995; Fitzsimmons e Fitzsimmons, 2000; Zeithaml e Bitner, 2000; Bateson e Hoffman, 2001) trazem, em seus textos, referências ao modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), o que comprova a longevidade e receptividade do modelo. Em segundo lugar, outras tentativas, tais como o SERVPERF de Cronin e Taylor (1994), parecem ter sido esquecidas, tanto nos periódicos internacionais quanto nos livros didáticos, o que, no mínimo, indica uma superioridade do SERVQUAL, vista por aqueles que o testaram ao longo dos últimos anos (LOURES, 2003, p. 65).

Nesse contexto, os parágrafos seguintes versarão sobre o Instrumento SERVQUAL, empregado na presente dissertação.

Modelo Gap e instrumento SERVQUAL

O Modelo de Gap originou-se de estudos realizados por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) e propunha-se a encontrar respostas às seguintes dúvidas:

Como exatamente os consumidores avaliam a qualidade de um serviço?

Os serviços são avaliados pelos consumidores de uma forma global ou parcial?

Quais as múltiplas facetas das dimensões de um serviço?

Estas dimensões diferem de acordo com o segmento do serviço?

Fizeram parte dos estudos entrevistas com clientes de quatro setores de serviços: banco de varejo, cartão de crédito, seguros e serviços de manutenção e reparo de produtos. As questões abordadas nas entrevistas incluíam as razões para a satisfação e insatisfação dos consumidores com o serviço; descrições do serviço ideal; significado da qualidade de serviço; fatores importantes na avaliação da qualidade do serviço; e performance de expectativas a respeito do serviço. A partir dessas entrevistas, os autores concluíram que:

Existe um conjunto de gaps ou discrepâncias-chave em relação às percepções de qualidade de serviços dos executivos e as tarefas associadas com a entrega de qualidade aos consumidores. Esses gaps podem ser grandes obstáculos à tentativa de entregar um serviço que os consumidores perceberiam como sendo de alta qualidade (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1985, p. 44)

Conforme Mello et al. (2002), os autores supra-citados identificaram três características básicas para qualidade de serviços, a saber:

- (a) Os clientes encontram maior dificuldade em avaliar a qualidade de serviços que a qualidade de bens;
- (b) A percepção de qualidade em serviços resulta da comparação de expectativas de consumidores e a performance alcançada pelo serviço e,
- (c) As avaliações de qualidade não dependem apenas do resultado final do serviço, dependem também do processo de prestação do mesmo.

Com base nessas três características, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) desenvolveram, mediante estudos exploratórios, um modelo de qualidade de serviços: o *modelo dos gaps*. Estes *gaps* seriam grandes obstáculos na tentativa de se atingir um nível de excelência na prestação de serviços. São eles:

Gap 1 – compreende a diferença entre as expectativas dos clientes e a percepção gerencial destas suas expectativas. Miguel e Salomi (2004) exemplificam através de uma empresa

improvável de ser apontada como um exemplo de alto nível de qualidade, mas considerada por seus executivos como tendo a qualidade dos seus serviços como ponto forte.

Gap 2 – consiste na diferença apurada entre a percepção gerencial das expectativas dos clientes e a tradução destas percepções em especificações de serviço. Miguel e Salomi (2004) relatam que as entrevistas feitas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) mostraram, de forma consistente, que uma das causas do baixo nível de qualidade foi o fornecimento de um serviço de baixa qualidade, mesmo em empresas que tinham procedimentos detalhados sobre o que fazer e como tratar seus clientes.

Gap 3 – exprime a diferença entre aquilo que foi descrito em especificações de serviços pelos gerentes e o que realmente é fornecido aos clientes.

Gap 4 – considera a discrepância entre a promessa realizada pelos meios de comunicação e o que, realmente, é fornecido. Por exemplo, a propaganda pode anunciar características de um serviço que podem não ser cumpridas e, assim, gerar uma diminuição na percepção do nível de qualidade do serviço.

Destes quatro *gaps* resultou o quinto e último *gap*, - o *Gap 5* - que é a diferença entre as expectativas dos clientes a respeito de um serviço e a performance alcançada, podendo ser expresso como função dos outros *Gaps*. Ou seja, problemas no *gap 5* representam apenas o resultado das ações realizadas nos *gaps 1 a 4*, como mostra a Figura 05.

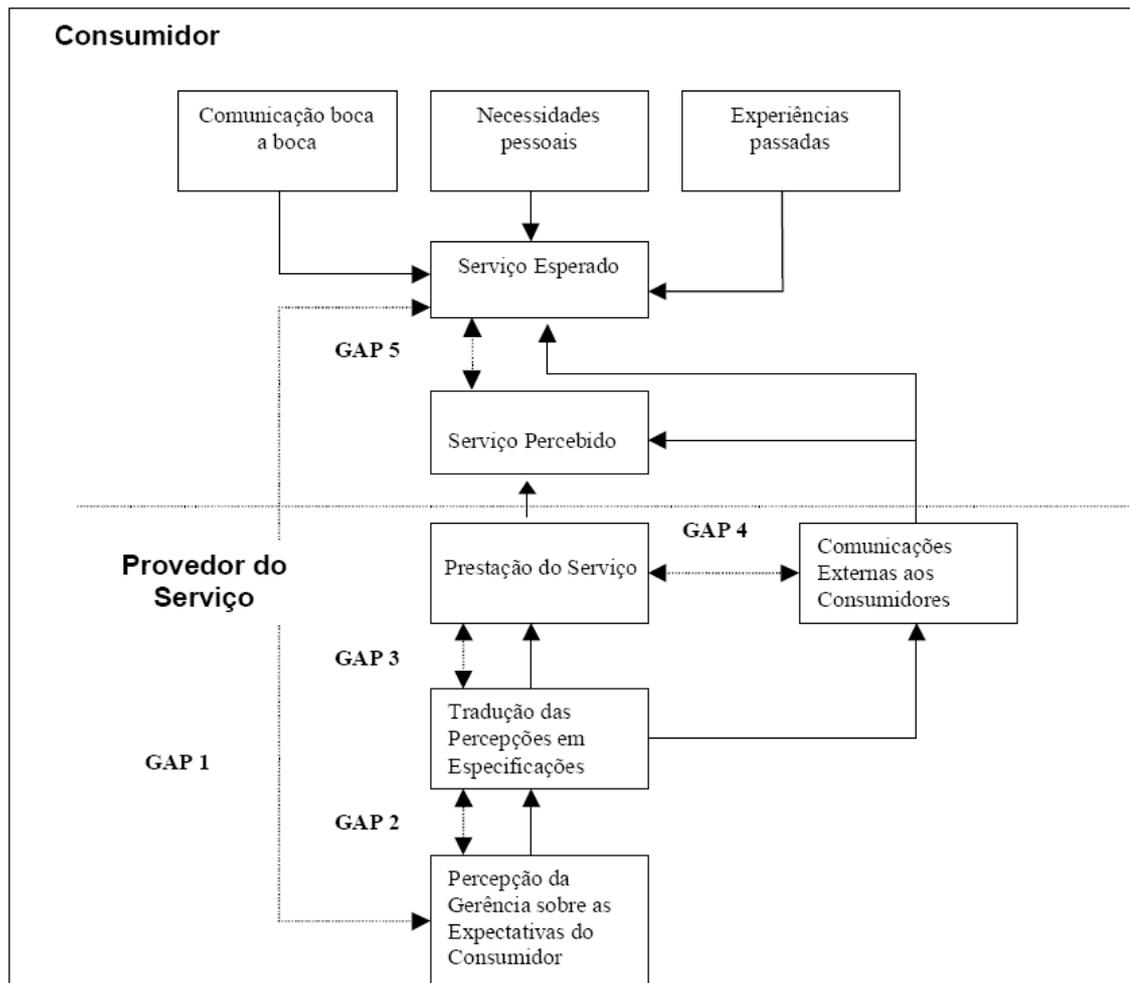


Figura 05 - Modelo do GAP

Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985.

Zeithaml e Bitner (2003) atribuíram às quatro primeiras lacunas a denominação de *lacunas da empresa* e ao gap 5, foco central do modelo de lacunas, atribuíram o nome de *lacuna do cliente*. Para eles, ao mesmo tempo em que as percepções dos clientes são afirmações subjetivas sobre experiências reais realizadas pelos clientes, as expectativas dos clientes são os padrões, ou os pontos de referência, com os quais as experiências dos serviços são confrontadas. A Figura 06 resume os fatores-chave para a composição da lacuna do cliente.

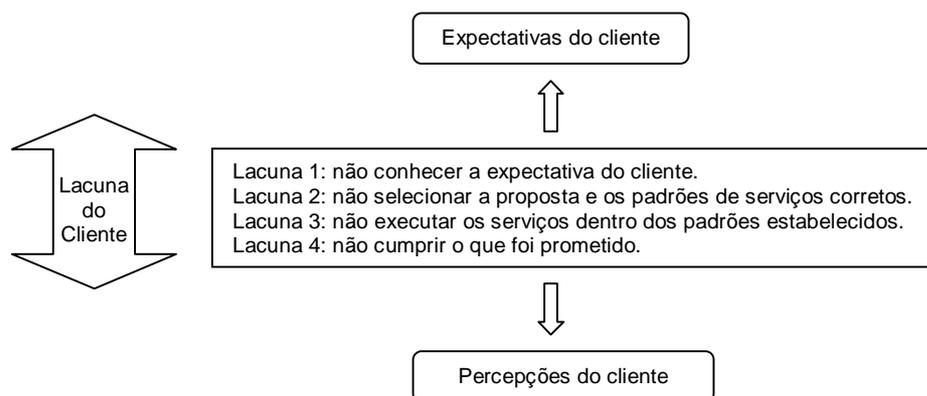


Figura 06 – Fatores-chave para a lacuna do cliente.

Fonte: Zeithaml e Bitner, 2003.

Numa segunda etapa de seu trabalho, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) deram uma grande contribuição à literatura de marketing com o desenvolvimento do SERVQUAL, uma escala destinada a medir percepções dos consumidores sobre qualidade de serviços. Primeiramente, eles destacaram dez categorias, a princípio chamadas de determinantes da qualidade e, posteriormente, denominadas de dimensões da qualidade, que representam os pontos críticos na prestação de um serviço, podendo causar a discrepância entre expectativa e desempenho. Os dez determinantes da qualidade identificados por esses autores e utilizados pelos consumidores para chegar a um julgamento sobre a qualidade do serviço prestado, independente do tipo de serviço considerado eram: confiabilidade, presteza, competência, acessibilidade, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, compreensão e conhecimento do cliente e aspectos tangíveis.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), tomando como base as dez dimensões da qualidade citadas no parágrafo anterior, desenvolveram um questionário chamado de escala (ou instrumento) SERVQUAL. Foram identificados, inicialmente, 97 itens, distribuídos pelas dez dimensões da qualidade. Posteriormente, a escala foi refinada algumas vezes: as dez dimensões da qualidade foram agrupadas em cinco, quais sejam: confiabilidade, presteza, segurança, empatia e aspectos tangíveis. Além disso, o questionário passou a ter 22 itens.

Como mostrado no Anexo A, a escala consiste em um questionário com duas seções: 1) uma seção com 22 questões acerca das expectativas do cliente sobre determinado serviço; 2) uma seção com 22 questões sobre as percepções do serviço. Os 22 itens representam características específicas para cada dimensão e utiliza-se uma escala Lickert de 7 pontos,

variando de (1) “discordo fortemente” a (7) “concordo fortemente”, permitindo aos clientes responder cada questão em graus variados. Conforme mencionado por Miguel e Salomi (2004), as cinco dimensões da qualidade apresentam coeficiente alfa, por dimensão, variando de 0,72 a 0,86, sendo o menor para aspectos tangíveis e o maior para empatia, com um coeficiente total da escala de 0,92.

Quanto às dimensões da qualidade, Berry e Parasuraman (1995); Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), destacaram que as cinco primeiras dimensões que os clientes utilizam para julgar a qualidade dos serviços são, em ordem decrescente de importância: confiabilidade, sensibilidade, segurança, empatia e tangibilidade.

- 1) *Confiabilidade*: é a capacidade de prestar o serviço de modo confiável e com precisão, conforme prometido. O desempenho de um serviço confiável é uma expectativa do cliente e significa um serviço cumprido no prazo, sem modificações e sem erros.
- 2) *Sensibilidade*: é a disposição para auxiliar os clientes e fornecer o serviço prontamente; é ter vontade de ajudar. Deixar o cliente esperando, principalmente por razões não aparentes, cria, desnecessariamente, uma percepção negativa da qualidade. Se ocorrer uma falha em um serviço, a capacidade para recuperá-la, rapidamente e com profissionalismo, pode criar muitas percepções positivas da qualidade. Zeithaml e Bitner (2003) acrescentam que esta dimensão enfatiza a atenção e a prontidão no trato com solicitações, reclamações e problemas e, juntamente com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), atribuem a essa característica o nome de *Responsabilidade*.
- 3) *Segurança*: é o conhecimento e a cortesia dos funcionários bem como sua capacidade de transmitir confiança e confidencialidade. A dimensão segurança inclui as seguintes características: competência para realizar o serviço, cortesia e respeito ao cliente, comunicação efetiva com o cliente e a idéia de que o funcionário está, realmente, interessado no melhor para o cliente. Zeithaml e Bitner (2003) acrescentam que é provável que esta dimensão seja, particularmente, importante no caso de serviços nos quais os clientes percebem que há alto risco envolvido e/ou quando estão incertos sobre sua habilidade para avaliar resultados, por exemplo, bancos, seguros, corretagem, assistência médica e serviços advocatícios.
- 4) *Empatia*: é demonstrar interesse, atenção e carinho individualizados aos clientes. A empatia inclui as seguintes características: acessibilidade, sensibilidade e esforço para entender as necessidades dos clientes.

5) *Tangibilidade*: é a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoas e materiais para comunicação. A condição do ambiente é uma evidência tangível do cuidado e da atenção aos detalhes exibidos pelo fornecedor do serviço. Zeithaml e Bitner (2003) acrescentam que a tangibilidade proporciona representações físicas da imagem dos serviços, a qual será usada pelos clientes, em especial por novos clientes, para avaliar a qualidade. Salientam que hospitais, restaurantes, hotéis e lojas de entretenimento usam os tangíveis para fortalecer sua imagem, promover unidade e coesão e dar indicativos de qualidade aos clientes, freqüentemente combinando-os com alguma outra dimensão para que seja criada a estratégia de qualidade da empresa.

O Quadro 01 exemplifica como os clientes julgam as cinco dimensões da qualidade em serviços.

	<i>Confiabilidade</i>	<i>Sensibilidade</i>	<i>Segurança</i>	<i>Empatia</i>	<i>Tangíveis</i>
Assistência médica (consumidores)	Horas marcadas são cumpridas pontualmente; diagnósticos demonstram ser feitos com precisão.	Acessibilidade; sem necessidade de espera; interesse em ouvir.	Conhecimento; habilidades, credenciais, reputação.	Trata o paciente como uma pessoa; recorda os problemas anteriores; boa capacidade para ouvir; paciência.	Sala de espera; sala de exames; equipamento; materiais impressos.

Quadro 01 – Exemplos do julgamento da assistência médica feita pelos clientes.
Fonte: adaptado de Zeithaml e Bitner, 2003.

A conclusão de que a confiabilidade é o fator mais importante para os clientes de serviços foi obtida a partir de estudos formais feitos por Berry e Parasuraman desde 1983. Uma série de estudos foi desenvolvida em setores que vão dos serviços “puros” (por exemplo, seguros) a serviços associados com produtos tangíveis (por exemplo, conserto de eletrodomésticos). Os resultados desses estudos mostraram que a confiabilidade é o principal critério que os clientes levam em consideração ao avaliar a qualidade do serviço de uma empresa. Segundo Berry e Parasuraman (1995), quando uma empresa presta um serviço de modo descuidado, quando comete erros possíveis de evitar, quando deixa de cumprir

promessas sedutoras feitas para atrair clientes, ela abala a confiança do cliente em sua capacidade e diminui suas chances de obter reputação pela excelência do serviço. Do ponto de vista do cliente, a prova de um serviço é sua realização impecável, ou seja, é preciso fazer bem o serviço da primeira vez para evitar retrabalho e frustração do cliente.

Berry e Parasuraman (1995), num estudo com mais de 1900 clientes de cinco diferentes empresas de serviços, pediram aos clientes que dessem um valor à relativa importância das cinco dimensões, distribuindo 100 pontos entre elas. A distribuição de pontos apresentou a hierarquia mostrada no Quadro 02.

Dimensão	Pontos obtidos
Confiabilidade	32
Sensibilidade	22
Segurança	19
Empatia	16
Tangíveis	11
Total de pontos	100

Quadro 02 – Importância conferida a cada dimensão da Escala SERVQUAL.

Fonte: adaptado de Berry e Parasuraman, 1995.

Ainda, conforme os autores supra-citados, uma confiabilidade constante dá a uma empresa oportunidade de competir eficazmente e construir uma reputação pelos serviços. Conseguir uma diferenciação competitiva, por meio de uma sólida confiabilidade no serviço, pode proporcionar diversos benefícios significativos: índices mais elevados de retenção dos clientes atuais (e menor pressão para se envolver em dispendiosos esforços para recrutar novos clientes), mais negócios dos clientes atuais, diminuição das despesas com serviços refeitos, mais comunicação boca-a-boca, promovendo a empresa e maior oportunidade de cobrar um preço mais alto.

Segundo Miguel e Salomi (2004), em 1991, Parasuraman e seus colegas refinaram o instrumento SERVQUAL. As expressões originais “deveriam”, que poderiam contribuir, negativamente, para um aumento de expectativa do entrevistada, foram substituídas por outras que retratavam a expectativa do que os clientes considerariam como serviços excelentes.

Além desta mudança, todas as expressões negativas foram substituídas por expressões afirmativas e dois itens foram substituídos, com a finalidade de refletir, mais fielmente, as dimensões representadas. Com essas alterações, a análise de regressão apresentou resultados mais consistentes, sendo o valor do coeficiente de Pearson (R^2) maior que 0,57 para todas as empresas investigadas. Loures (2003) acrescentou que, nesse refinamento, a estrutura básica do SERVQUAL, com cinco dimensões, foi mantida e uma descoberta sobre a dimensão tangíveis foi feita: os consumidores avaliam a aparência de instalações físicas/equipamentos de forma diferente da que avaliam a aparência de empregados/materiais de comunicação.

Quanto à sua aplicabilidade, a escala SERVQUAL é utilizada para medir a qualidade de serviço em vários setores, assim como serve de base em estudos publicados sobre esse tema. Sua aplicação dá-se em empresas de contabilidade, lojas de departamento, empresas de energia elétrica, hospitais, bancos, colégios, restaurantes e outros. Apesar da escala SERVQUAL ter sido desenvolvida nos segmentos mencionados, alcança pretensões de caráter genérico quanto à sua aplicação e pode ser considerada como uma escala padronizada. Apresenta, pois, amplas possibilidades de aplicação em outros segmentos da indústria de serviços, necessitando, como afirmam os próprios autores, de adaptações pertinentes para que reflitam melhor a realidade de cada investigação (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1994).

Karatepe, Yava e Babakus (2005) sugeriram a existência de alguns aspectos, potencialmente universais, na prestação de serviço e que, em vista disso, não há a necessidade de se desenvolver metodologias específicas para avaliação da qualidade em diferentes setores de serviço, uma vez que a Escala SERVQUAL pode ser adaptada a diferentes contextos e configura-se num instrumento efetivo para avaliação da qualidade em serviços.

No Brasil, vários foram os estudos que utilizaram a escala SERVQUAL em diferentes segmentos. Pode-se citar Reis (2001), que se valeu da escala para avaliar a qualidade percebida num serviço de lazer; no estudo de Eleutério e Souza (2002), a escala SERVQUAL foi aplicada aos clientes de um departamento de apoio computacional; Souza (2002) aplicou SERVQUAL em uma administradora de condomínios; Coelho (2004) avaliou a qualidade percebida em serviços de educação; porém, a revisão de literatura realizada pela autora não encontrou a aplicação da Escala SERVQUAL em serviços de Fisioterapia.

Tendo em vista o acima exposto, parece pertinente abordar a questão das expectativas e percepções dos clientes acerca dos serviços, uma vez que a escala SERVQUAL é alicerçada nestes dois pilares.

2.4 Expectativas e percepções

Nas palavras de Zeithaml e Bitner (2003), conhecer o que o cliente espera é o primeiro e, possivelmente, o mais importante passo na prestação de um serviço de qualidade. Por outro lado, o não conhecimento implica perda de um negócio com o cliente, desperdício de dinheiro, de tempo e de outros recursos com coisas que não são relevantes para o consumidor. Estar errado pode significar até mesmo a não-sobrevivência em um mercado de violenta concorrência.

Zeithaml e Bitner (2003) expuseram que os clientes possuem diversos tipos de expectativas sobre o serviço, quais sejam:

1) Serviço desejado: definido como o nível de serviços que o cliente desejaria receber – nível de prestação de serviços do tipo “gostaria”. É uma composição entre aquilo que os clientes acreditam que “possa ser” e aquilo que consideram que “deveria ser”; reflete as esperanças e desejos dos consumidores.

2) Serviço adequado: quando os clientes reconhecem que nem sempre é possível satisfazer a seus desejos, eles estabelecem outro nível de expectativa para o serviço, mais baixo, ajustando-o a um limite que seria aceitável. Ou seja, o serviço adequado representa o nível de serviço que o cliente aceitará.

O intervalo entre o serviço adequado e o serviço desejado foi chamado de Zona de Tolerância. Ela pode ser considerada como a margem, ou janela, na qual os clientes não percebem, de forma especial, o desempenho dos serviços. Quando recair sobre uma posição fora da margem (tanto sobre uma posição muito abaixo ou muito acima), o serviço ganha a atenção do cliente de um modo negativo ou positivo, respectivamente. A Figura 07 mostra os níveis duais de expectativas dos clientes, bem como a zona de tolerância.

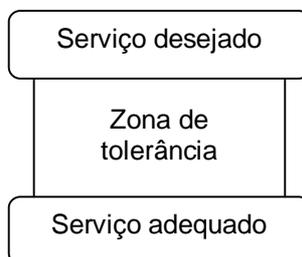


Figura 07 – Níveis de expectativas e zona de tolerância.
Fonte: adaptada de Zeithaml e Bitner, 2003.

Ainda, de acordo com Zeithaml e Bitner (2003), a Zona de Tolerância varia com relação a um mesmo consumidor, varia de um cliente para outro, varia conforme a dimensão dos serviços (quanto mais importante um fator, mais estreita tende a ser a zona de tolerância), varia para serviços prestados pela primeira vez e para a recuperação de serviços, ou seja, durante a recuperação do serviço, as expectativas dos clientes são mais altas tanto para os resultados dos serviços quanto para o modo como o serviço é prestado.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) salientaram que as expectativas de serviço são construídas mediante comunicação interpessoal, necessidades pessoais e experiência passada. Zeithaml e Bitner (2003) acrescentaram as **promessas explícitas de serviço** – afirmações pessoais (comunicadas por vendedores, por exemplo) e impessoais (propagandas escritas) sobre o serviço realizado pela organização para os clientes; e as **promessas implícitas de serviços** – elaboradas pelo cliente pela conjugação de preço com atributos tangíveis, em geral associados ao serviço. Quanto mais alto for o preço e quanto maior for a impressão causada pelos tangíveis, maior será a expectativa de um cliente sobre o serviço.

A Figura 08 mostra os principais pontos influentes sobre a construção das expectativas.

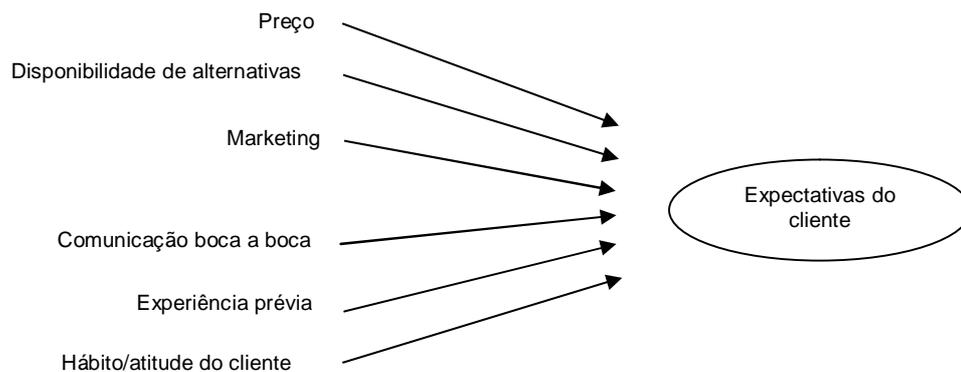


Figura 08 – Principais influências na formação das expectativas.
Fonte: Johnston e Clark, 2002.

Quanto à comunicação boca a boca, muito relevante na formação das expectativas, Grönroos (2003) escreveu que é melhor prometer menos para garantir que a organização poderá cumprir a promessa que fez. Melhor ainda é prometer menos e entregar mais. Zeithaml e Bitner (2003) comentaram que o boca a boca tende a ser muito importante para serviços

difíceis de avaliar antes que sejam comprados ou que uma experiência direta dos mesmos tenha sido feita. Isso é verdadeiro, particularmente, para serviços na área da saúde, que apresentam características distintas dos demais serviços, como será visto adiante.

Johnston e Clark (2002) chamaram a atenção para as expectativas inapropriadas, resultantes de marketing inadequado, de promessas feitas pela organização que não podem ser atendidas, da má comunicação boca a boca ou da imagem organizacional que pode ser resultado de más experiências de serviço no passado. Também, há alguns clientes que criam expectativas irrealistas sobre algumas organizações de serviço, resultando em transtorno. Esses indivíduos precisam ter suas expectativas refeitas antes ou durante a prestação do serviço, ou ser removidos da operação, se for viável.

Toda discussão sobre qualidade e satisfação está baseada nas percepções dos clientes de serviços – e não em critérios objetivos, previamente determinados, de como um serviço deveria ou não deveria ser. Às vezes, a qualidade do serviço é usada com o mesmo significado de satisfação, mas há autores que fazem clara distinção entre ambas. Para Zeithaml e Bitner (2003), a satisfação é vista, geralmente, como um conceito mais amplo, ao passo que a determinação da qualidade em serviços concentra-se, especificamente, nas dimensões do serviço, sendo um componente da satisfação dos clientes, conforme ilustra a Figura 09.

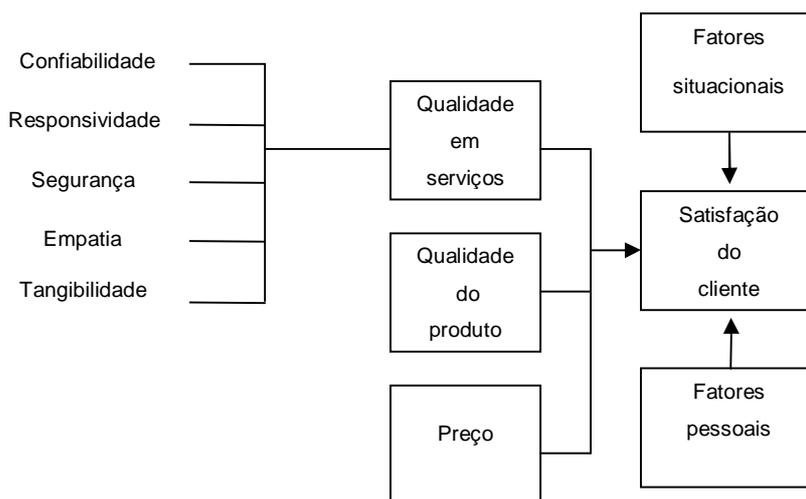


Figura 09 – Construção da satisfação do cliente.
Fonte: adaptado de Zeithaml e Bitner, 2003.

Conforme mostra a Figura 09, a qualidade em serviços é uma avaliação focada que reflete a percepção do cliente sobre as dimensões específicas dos serviços. A satisfação, por outro lado, é mais inclusiva: ela é influenciada pelas percepções acerca da qualidade dos serviços, da qualidade do produto e preço e pelas percepções a respeito de fatores situacionais (como condições climáticas e experiências no trânsito até o local) e pessoais (como o estado emocional). Segundo Johnston e Clark (2002), a qualidade do serviço é usada, mais freqüentemente, como algo mais duradouro, enquanto a satisfação é específica à situação e experiência. A satisfação tem que ser experimentada, enquanto que o cliente pode ter uma idéia da qualidade do serviço de uma organização sem mesmo tê-lo experimentado.

Ainda, conforme a Figura 09, as emoções do consumidor podem afetar suas percepções de satisfação com relação a produtos e serviços. Tais emoções podem ser estáveis e preexistentes como, por exemplo, estado de humor e satisfação com a vida. Por outro lado, quando se está de mau humor, os sentimentos negativos podem influenciar sua forma de reagir aos serviços, provocando reações negativas com respeito a cada pequeno problema (ZEITHAML e BITNER, 2003).

Em razão de os serviços serem difíceis de padronizar e devido ao fato de cada cliente ter suas expectativas particulares, o resultado pode implicar uma maior variabilidade e uma satisfação, potencialmente, mais baixa em termos gerais. Além disso, Johnston e Clark (2002) chamaram a atenção para alguns pontos da abordagem expectativa-percepção que podem interferir no entendimento da qualidade do serviço, sendo eles:

1) O serviço pode ser percebido como “bom” quando é “mau”. Se as expectativas do cliente forem particularmente baixas, o mau serviço pode ser percebido como altamente satisfatório porque as expectativas foram excedidas. Isso parece razoável, mas fica claro que o serviço está vulnerável à ameaça competitiva de fornecedores de melhor qualidade.

2) O serviço pode ser percebido como “mau” quando é “bom”. Do mesmo modo, é também possível que, se as expectativas forem altas, por exemplo, em função de grande promessa, um bom serviço possa ser visto como inadequado.

3) O serviço que foi “bom” na última vez pode apenas ser “OK” agora. Se um serviço foi percebido como “bom”, as expectativas do cliente podem ser maiores na próxima vez; assim, pode ficar insatisfeito nas ocasiões subseqüentes, não obstante o fato de a qualidade do serviço permanecer a mesma. O autor cita o exemplo da Disney, onde o primeiro encontro do visitante com o Reino Mágico é, freqüentemente, tão bom – muito melhor do que o esperado – que as visitas subseqüentes são, às vezes, relatadas como de menor qualidade.

4) Os clientes satisfeitos podem mudar de posição. Os clientes podem experimentar os serviços de um concorrente e considerá-lo melhor.

Essas questões traduzem por que as expectativas devem estar alinhadas com o processo de prestação de serviço e mostram a complexidade de mensurar satisfação do cliente, uma vez que o processo de formação da satisfação é dinâmico. Considerar a complexidade e dinamismo de tal processo auxilia no seu entendimento e mostra a necessidade de constante monitoramento das expectativas e percepções dos clientes.

2.5 Qualidade em saúde

Depois de descritas a importância, definições e características dos serviços em geral, é importante atentar que serviços de saúde apresentam características distintas dos demais tipos de serviço. Esta seção destina-se a apresentar algumas questões que particularizam os serviços de saúde.

Urdan (2001) chamou a atenção sobre eventuais particularidades da qualidade de serviços de cuidado à saúde e se os princípios e técnicas genéricos de qualidade de serviços poderiam ser transferidos aos cuidados à saúde. O mesmo autor apontou três singularidades das organizações de serviço levantadas por Garvin (1990 *apud* Urdan 2001, p. 46):

a) a falta de clareza na conexão entre entradas e saídas, em função do tempo necessário para os resultados manifestarem-se; b) os pacientes podem ter dificuldade em avaliar aspectos técnicos; c) os grandes hospitais operam com duas linhas de autoridades distintas, o pessoal administrativo e os médicos, em vez da pirâmide de autoridade única predominante nas demais organizações.

France e Grover (1992 *apud* LOURES, 2003) argumentaram que o produto do serviço de saúde é mais complexo do que outros serviços ao consumidor, por cinco razões:

1) Serviços de saúde são, provavelmente, os mais intangíveis de todos os serviços, pois, além de não poder experimentar o serviço previamente à compra, o consumidor, freqüentemente, não pode avaliá-lo, mesmo após o consumo. Alguns serviços médicos (como uma intervenção cirúrgica) podem constituir-se em uma experiência única ao longo da vida de um indivíduo, ao passo que outros serviços são experimentados várias vezes durante a vida. Gemmel et al. (2002) acrescentaram que a avaliação da qualidade em saúde é mais subjetiva que objetiva porque os serviços são complexos, heterogêneos e o seu consumo e produção ocorrem simultaneamente.

2) Descasamento entre as expectativas do cliente e a entrega efetiva pode ser maior para os serviços de saúde. A individualidade de cada paciente quanto aos seus aspectos psicológicos e condições de saúde interfere no resultado da prestação de serviço de saúde.

3) A demanda por serviços de saúde é menos previsível, podendo ser afetada pelo surgimento repentino de um vírus, uma calamidade da natureza ou um acidente. Esta imprevisibilidade dos serviços de saúde exacerba a perecibilidade dos mesmos.

4) A distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa nos serviços de saúde. Após a decisão inicial de procurar um fornecedor, tomada por um paciente ou sua família, a maioria das outras decisões específicas de compra de serviços de saúde é tomada (ou fortemente influenciada) por um fornecedor (profissional da saúde ou hospital).

5) Quando uma terceira parte (fonte pagadora) cobre os custos dos serviços de saúde, os clientes tendem a não ter elasticidade a preço, ou seja, usar bem o dinheiro gasto com contas hospitalares não é uma preocupação na hora da compra. Eles são os beneficiários do sistema, mas, em geral, não pagam diretamente pelo seu próprio tratamento.

Mirshawka (1994) definiu os três tipos de qualidade no serviço de saúde, os quais se encontram intimamente entrelaçados, embora dirigidos a segmentos distintos.

1) A *qualidade clínica* refere-se à equipe de saúde, sendo determinada pelos médicos, pelas enfermeiras e pelos outros provedores do serviço de saúde. Engloba conceitos de saúde pública como morbidade (índice de doentes em uma comunidade), mortalidade e taxas de infecção hospitalar.

2) Em contrapartida, pesquisas com pacientes e outros clientes indicam que, para eles, a qualidade deve ser totalmente voltada para a satisfação das expectativas do paciente. Ao descrever *qualidade voltada para o cliente*, termos como atenção, cuidado, comunicação, preocupação, empatia, etc, ganham destaque, em detrimento de aspectos técnicos da prestação do serviço.

3) O terceiro tipo de qualidade é a *qualidade econômica, ou orientada para as finanças*. Esse é um componente relativamente novo da qualidade nos serviços de saúde, pois leva em conta, também, os aspectos financeiros da qualidade. Para Mirshawka (1994, p. 39), “quando a atenção é excessiva, ela não resulta em melhor qualidade, mas apenas em custos maiores; portanto, o excesso de atenção só é mais caro, não correspondendo a aumento de qualidade, constituindo-se em um desperdício”.

Gemmel et al. (2002) propuseram que a qualidade em saúde é formada por duas dimensões: a Qualidade Técnica, que corresponde à exatidão do diagnóstico e de procedimentos e a Qualidade Funcional, que se refere à maneira com que os serviços são

entregues aos pacientes ou, conforme Grönroos (2003), a qualidade funcional reflete seu domínio interpessoal. Donabedian (1985 *apud* URDAN, 2001) e Gemmel et al. (2002) salientaram que os pacientes conhecem bem pouco os detalhes do domínio técnico da qualidade, embora apreciem sua importância, especialmente em situações que trazem clara ameaça à saúde e ao bem-estar. Para avaliá-lo, o paciente busca subsídios nas evidências de interesse e preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar. Mas, Donabedian acrescentou que, usualmente, o paciente não tem dificuldade em avaliar a qualidade interpessoal, configurada nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais.

Urdan (2001) atentou para o fato que o relacionamento interpessoal e o conforto das amenidades não curam doenças orgânicas. Mas, a competência técnica – a menos que ela seja em prol do paciente em virtude do interesse humano e do comprometimento dos profissionais em prover os melhores benefícios ao paciente – também não é, por si só, suficiente.

A qualidade do pacote de serviços oferecida é, em grande parte, intangível e, portanto, difícil de medir e controlar. Para Zeithaml e Bitner (2003) e Choi *et al.* (2004), serviços médicos, entre outros, são altamente complexos e, nem sempre fica claro qual é o resultado técnico. Segundo esses autores, a maioria dos pacientes não possui conhecimento suficiente na área da saúde para avaliar se o serviço prestado foi realizado adequadamente, ou até se o mesmo era, realmente, necessário.

Urdan (2001) pesquisou a qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente e fez um alerta aos profissionais da saúde porque, ao menos em parte, tendem a ser distintas as considerações nas perspectivas de pacientes e médicos. Segundo o autor, a chance de os profissionais de saúde colocarem-se no lugar dos pacientes e substituírem com acerto as avaliações destes é, normalmente, pequena. Isto porque as avaliações humanas de qualidade são subjetivas, influenciadas pelo particular referencial do avaliador – como valores, conhecimentos e interesses. Assim, é mister dar voz própria ao paciente.

Donabedian (1990 *apud* SANTOS, 2004) destacou os atributos da qualidade em saúde estabelecidos por Donabedian (1990), aos quais ele denominou de “os sete pilares da qualidade em saúde”, por compreender que a avaliação da qualidade neste segmento era por demais complexa:

- Eficácia – é a capacidade do cuidado, assumindo sua forma mais perfeita de contribuição para a melhoria das condições de saúde;

- Efetividade – corresponde a quanto que as melhorias possíveis nas condições de saúde são de fato obtidas;
- Eficiência – é a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde com o menor custo provável;
- Otimização – é a mais favorável relação entre custo e benefício;
- Aceitabilidade – é a conformidade com as preferências do paciente, no que concerne à acessibilidade, à relação médico-paciente, às comodidades, aos efeitos e aos custos dos cuidados prestados;
- Legitimidade – é a conformidade com as preferências sociais relacionadas a tudo anteriormente mencionado;
- Equidade – igualdade na distribuição do cuidado e seus efeitos sobre a saúde.

Desse modo, para que a gestão da qualidade em saúde obtenha sucesso, deve-se ter como foco o paciente e a melhoria dos processos envolvidos. Quanto mais difundidos os princípios de qualidade dentro de organizações de saúde, maiores as chances de sua importância ser reconhecida e maiores os esforços coletivos para a sua obtenção.

2.6 Método PILATES

Desenvolvido pelo alemão Joseph Hubertus Pilates, a partir de 1914, o método que leva o seu nome compreende um conjunto de exercícios que alongam, flexibilizam, tonificam os músculos e melhoram a postura corporal, com o objetivo de possibilitar às pessoas movimentar-se de forma mais eficiente nas atividades de vida diária, no lazer, no esporte e no trabalho. As sessões de Pilates, executadas com ou sem o auxílio de aparelhos específicos com molas, aumentam a consciência corporal, trabalham a respiração, reduzem o estresse e a fadiga, previnem a ocorrência de lesões e melhoram a coordenação motora.

O método Pilates pode ser praticado por pessoas de todas as idades, independente de seu condicionamento físico. Os diferentes exercícios (mais de 500 opções) são realizados em número pequeno de repetições e com movimentos fluidos, precisos e harmônicos, sem oferecer risco de lesão articular. As sessões são elaboradas de acordo com as necessidades e objetivos de cada praticante, sendo supervisionadas por fisioterapeutas com formação específica na área.

A prática do Pilates proporciona, ao mesmo tempo, força e flexibilidade, controle do corpo e equilíbrio da mente. É indicado para reabilitação e melhora da condição física, oferecendo a possibilidade de benefícios à saúde, ao bem-estar e à estética do indivíduo.

2.7 Estatística Multivariada

De acordo com Pereira (2001, p.102), a Análise Multivariada “é, a rigor, qualquer abordagem analítica que considere o comportamento de muitas variáveis simultaneamente” e envolve uma multiplicidade de conceitos estatísticos e matemáticos, permitindo que se analise o comportamento de muitas variáveis ao mesmo tempo.

Para Souza e Vicini (2005, p. 10), “quando o interesse é verificar como as amostras se relacionam, ou seja, o quanto estas são semelhantes, segundo as variáveis utilizadas no trabalho, destacam-se dois métodos: a análise de agrupamento hierárquico e a análise fatorial com análise de componentes principais”.

2.7.1 Análise de Agrupamentos

Conforme Hair (2005), a finalidade da Análise de Agrupamentos é reunir os objetos (indivíduos, elementos) verificados nos grupos em que exista homogeneidade dentro do grupo e heterogeneidade entre os grupos, objetivando propor classificações. Os objetos em um grupo são relativamente semelhantes, em termos dessas variáveis, e diferentes de objetos de outros grupos. *A priori*, não há qualquer informação sobre a composição do grupo para qualquer de seus objetos, sendo sugeridos pelos dados.

O princípio da análise de agrupamento consiste em que cada observação de uma amostra multivariada possa ser considerada como um ponto em um espaço euclidiano multidimensional. Os processos de classificação objetivam agrupar esses pontos em conjuntos que evidenciem aspectos marcantes da amostra. Assim, dado um conjunto de observações conhecidas somente por uma listagem de suas características, objetiva-se encontrar a melhor maneira de descrever seus padrões de similaridade mútuos (Gimenes, Gimenes e Opazo, 2004).

Em termos gerais, a classificação pode ser entendida como um processo para localizar entidades em classes inicialmente indefinidas, de modo que as entidades da mesma classe

sejam similares entre si em algum sentido definido pelas variáveis consideradas. Essas classes de entidades similares são os agrupamentos (Gimenes, Gimenes e Opazo, 2004).

Ribeiro (2001) destaca que o processo de agrupamento envolve, basicamente, duas etapas. A primeira relaciona-se com a estimação de uma medida de dissimilaridade entre os tratamentos e, a segunda, com a adoção de uma técnica de agrupamento para a formação dos grupos. Os métodos de agrupamento disponíveis podem ser classificados em:

- Métodos Hierárquicos: os tratamentos são agrupados por um processo que se repete em vários níveis até que seja estabelecido o dendograma. Neste caso, não há preocupação com o número ótimo de grupos, uma vez que o interesse maior está nas ramificações que são obtidas. Dentre os métodos hierárquicos citam-se a Ligação Simples, Ligação Completa, Média não Balanceada, etc.
- Métodos Não Hierárquicos: os tratamentos são, inicialmente, considerados como grupos independentes, sendo os novos grupos formados com base em alguma medida entre os grupos iniciais.
- Método de Otimização: realiza-se a partição dos tratamentos em subgrupos não-vazios e mutuamente exclusivos por meio da maximização ou minimização de alguma medida (RIBEIRO, 2001, p. 241).

Quanto à Ligação Simples, pertencente ao Método Hierárquico, Souza e Vicini (2005, p. 26) destacam que:

a ligação simples se baseia na distância mínima. Os dois primeiros objetos agrupados são os que apresentam menos distância entre si. Identifica-se a menor distância agrupando-se o terceiro objeto com os dois primeiros, ou formando um novo grupo de dois objetos. Em cada estágio, a distância entre dois grupos é definida como a distância entre seus dois pontos mais próximos. Dois grupos podem incorporar-se em cada estágio por meio do encadeamento mais curto entre eles. Continua-se o processo até que todos os objetos estejam em um único grupo.

Pereira (2001) acrescentou que, após a escolha das variáveis que serão utilizadas como critério de semelhança, uma das questões vitais das técnicas de Análise de Agrupamento é a definição do coeficiente de similaridade ou dissimilaridade. Essa medida é chamada de “coeficiente de parença”. Cabe observar que, tecnicamente, é possível dividir essa medida em duas categorias: similaridade e dissimilaridade. Na medida de similaridade, quanto maiores os valores observados, mais parecidos serão os objetos. Já na medida de dissimilaridade, quanto maiores os valores observados, menos parecidos (mais dissimilares) serão os objetos. O coeficiente de correlação é um exemplo de medida de similaridade, enquanto a distância euclidiana é um exemplo de dissimilaridade.

Quanto à apresentação dos resultados, Hair (2005) destaca que o dendograma é a representação mais usada para apresentar o resultado final dos diversos agrupamentos. Nele estão dispostas linhas ligadas conforme os níveis de similaridade ou dissimilaridade que agrupam variáveis. Segundo Souza e Vicini (2005, p. 14):

o dendograma “representa uma síntese gráfica do trabalho desenvolvido, sintetizando a informação, ocasionando uma pequena perda da mesma, pelo fato de

ser uma síntese. Embora aconteça essa perda de informação, esse gráfico é de grande utilidade para a classificação, comparação e discussão dos resultados”.

2.7.2 Análise Fatorial

De acordo com Pereira (2001), a Análise Fatorial é uma análise multivariada que se aplica à identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas. Chama-se de *fator* uma descoberta que o pesquisador faz, pois, inicialmente, ele tem várias medidas e não se apercebe ainda que elas podem ser reunidas num mesmo fator; ao submeter seus dados a uma Análise Fatorial ocorre a agregação dos mesmos em diferentes fatores. Kerlinger (1980) definiu fator como um construto, uma entidade hipotética, uma variável não-observada, que se supõe estar subjacente a testes, escalas, itens e, de fato, medidas de qualquer espécie.

Segundo Souza & Vinici (2005), a Análise Fatorial possui como objetivo reduzir o número de variáveis iniciais com a menor perda possível de informação e usa correlações entre as variáveis para derivar seus fatores. Esse método determina quais variáveis pertencem a quais fatores e o quanto cada variável explica cada fator. Hair (2005) destaca que os fatores explicam parte da variabilidade total dos dados, expressa através da soma das variâncias das variáveis originais. As variáveis com uma maior variabilidade (variância) podem vir a ser predominantes na construção dos fatores, mascarando, eventualmente, a presença de variáveis com menor variabilidade.

De acordo com Ribeiro (2001), as variáveis são agrupadas por meio de suas correlação, ou seja, aquelas pertencentes a um mesmo grupo serão fortemente correlacionadas entre si, mas pouco correlacionadas com as variáveis de outro grupo. A Análise Fatorial pode ser considerada como uma extensão da análise por componentes principais, pois ambas são técnicas que visam a estimação da matriz de covariâncias ou de correlações entre as variáveis, com a finalidade de simplificar o conjunto de dados.

A Análise Fatorial, em seus resultados, apresenta alguns conceitos que devem ser entendidos para que haja uma correta interpretação dos dados. Pereira (2001) apresenta alguns destes conceitos:

- Autovalores: os autovalores são números que refletem a importância do fator. Ou seja, avaliam a contribuição do fator ao modelo construído pela análise fatorial. Se a explicação da variância pelo fator for alta, existe uma alta explicação desse fator ao modelo; se for baixa, existe uma baixa explicação do fator ao modelo.

- Carga Fatorial: é um coeficiente, um número decimal, positivo ou negativo, geralmente menor do que um, que expressa o quanto um teste ou variável está carregado ou saturado em um fator. Entre outras palavras, pode-se dizer que: quanto maior for a carga em cima de um fator, mais a variável se identifica com o que quer que seja o fator.

Em resumo, a Análise Fatorial é um método para determinar o número de fatores existentes em um conjunto de dados e serve para determinar quais testes ou variáveis pertencem a quais fatores.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Gil (1999), pesquisa pode ser definida como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico, tendo como objetivo descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. Conforme Oliveira (2002), a pesquisa tem por objetivo estabelecer uma série de compreensões no sentido de descobrir respostas para as indagações e questões que existem em todos os ramos do conhecimento humano. Pesquisar significa planejar, cuidadosamente, uma investigação de acordo com as normas da metodologia científica, tanto em termos de forma como de conteúdo.

Assim, este capítulo expõe a metodologia utilizada para o desenvolvimento do presente estudo, abordando os seguintes tópicos: método científico, objetivos da pesquisa, finalidades da pesquisa, o problema de pesquisa, a classificação quanto à sua natureza e técnica e o planejamento da pesquisa.

3.1 Método Científico

Lakatos e Marconi (2003) definiram método científico como sendo o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista. O mesmo autor destacou que a utilização de métodos científicos não é exclusividade da ciência, mas não há ciência sem o emprego de métodos científicos.

O método científico adotado no presente trabalho foi o Método Indutivo, decorrente do pensamento positivista. Segundo Triviños (1987), o positivismo apresenta as seguintes características:

- a realidade é analisada em partes separadas;
- há consideração apenas de fatos que podem ser observados;
- não há interesse nas causas dos fenômenos, o objetivo recai sobre os fatos e suas

relações;

- na aceção de conjuntos de procedimentos lógicos, em busca de um conhecimento, são considerados dois tipos de métodos: o dedutivo e o indutivo.

Conforme Gil (1999), o método indutivo parte do particular e coloca a generalização como um produto posterior do trabalho de coleta de dados particulares. A generalização deve advir da observação de casos concretos, suficientemente confirmadores da realidade. Para Lakatos e Marconi (2003), indução é um processo mental por intermédio do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objeto dos argumentos indutivos é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam. As conclusões a que se chega com o método indutivo são prováveis pois, parte-se do especial ao mais geral, dos indivíduos às espécies, das espécies ao gênero, dos fatos às leis ou das leis especiais às leis mais gerais.

3.2 Quanto aos objetivos das pesquisas

Quanto aos objetivos, as pesquisas dividem-se em exploratórias, descritivas ou explicativas.

Para Gil (1999), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Triviños (1987) acrescentou que os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. Já as pesquisas explicativas são aquelas que têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Conforme Gil (1999), este é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, pois explica a razão, o porquê das coisas.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Normalmente, usa técnicas padronizadas de coleta de dados para estudar características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental, etc. Incluem-se, neste grupo, as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população ou que pretendem descobrir a existência de associações entre variáveis (GIL, 1999). Triviños (1987) salientou que os

estudos de casos que objetivam aprofundar a descrição de determinada realidade são pesquisas descritivas.

Quanto aos objetivos, o presente trabalho classifica-se como pesquisa descritiva, pois objetivou avaliar, através de quantificação, a qualidade na prestação de serviços de Fisioterapia, especialmente com clientes praticantes do Método Pilates.

3.3 Finalidades da pesquisa científica

Quanto às finalidades das pesquisas científicas, elas podem ser classificadas em puras ou aplicadas. Cervo e Bervian (1996) expuseram que as pesquisas pura e aplicada não se excluem nem se opõem. Ambas são indispensáveis para o progresso das ciências e do homem: uma busca a atualização de conhecimentos para uma nova tomada de posição, enquanto a outra pretende, além disto, transformar em ação concreta os resultados de seu trabalho.

O presente trabalho caracteriza-se como pesquisa aplicada, pois os resultados do trabalho poderão ser aplicados na melhoria contínua das técnicas de Fisioterapia.

3.4 O problema de pesquisa

Segundo Cervo e Bervian (1996), problema de pesquisa é uma questão que envolve, intrinsecamente, uma dificuldade teórica ou prática para a qual se deve encontrar uma solução. A determinação do problema desencadeia a investigação, é uma via de acesso ao terreno do conhecimento científico, é uma pista para a investigação, coleta de material e coleta de resultados e condiciona resultados interessantes ou banais. Assim, o problema de pesquisa surgiu da necessidade de se pesquisar a qualidade na prestação de serviços de Fisioterapia, especialmente do Método Pilates.

3.5 Quanto à sua natureza

Quanto à natureza, as pesquisas podem ser classificadas em quantitativas ou qualitativas.

Para Richardson (1999), os métodos quantitativos e qualitativos diferem não só pela sistemática pertinente a cada um deles, mas, sobretudo, pela forma de abordagem do problema. O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média, desvio-padrão, até as mais complexas como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc. Conforme Oliveira (2002) e Richardson (1999), a pesquisa quantitativa quantifica opiniões ou dados e é, freqüentemente, aplicada nos estudos descritivos que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos.

Quanto à natureza, o presente trabalho classifica-se como quantitativo, pois objetivou avaliar a qualidade de serviços fisioterapêuticos através da Escala SERVQUAL.

3.6 Quanto à técnica de pesquisa

Os estudos científicos apóiam-se em diversas técnicas de pesquisa, quais sejam: técnica bibliográfica, documental, observacional, experimental, *ex-pos-facto*, levantamentos, estudo de campo, estudo de caso, pesquisa ação e pesquisa participante.

Dentre as diversas técnicas de pesquisa, Lüdke e André (1986), Gil (1999) e Triviños (1987) salientaram que o estudo de caso é o estudo de *um* caso, seja ele simples e específico ou complexo e abstrato. O caso destaca-se por se constituir numa unidade dentro de um sistema mais amplo e é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo.

Conforme Yin (2001), o estudo de caso é uma investigação empírica, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Acrescenta, o autor, que a investigação de estudo de caso enfrenta situações especiais, nas quais são necessárias muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, fornecendo resultados baseados em várias fontes de evidências, além de beneficiar-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados.

Baseado nos autores supra citados, o presente trabalho classifica-se como estudo de caso, pois avaliou a qualidade na prestação de serviços fisioterápicos, sob o julgamento de praticantes do Método Pilates de uma clínica de Fisioterapia da cidade de Santa Maria – RS.

3.7 Planejamento da pesquisa

Gil (1996) comentou que o estudo de caso se caracteriza por grande flexibilidade. Isso significa que é impossível estabelecer um roteiro rígido que determine, com precisão, como deverá ser desenvolvida a pesquisa. Todavia, na maioria dos estudos de casos é possível distinguir quatro fases:

- a) delimitação da unidade-caso;
- b) coleta de dados;
- c) análise dos dados;
- d) redação do relatório.

3.7.1 Delimitação da unidade-caso

Gil (1996) destacou que o primeiro procedimento consiste em delimitar a unidade que constitui o caso. Esse pode ser uma pessoa, uma família, uma comunidade, um conjunto de relações ou processos ou mesmo uma cultura. No presente trabalho, a unidade que constituiu o caso foi uma clínica de Fisioterapia da cidade de Santa Maria – RS.

A seleção da clínica a constituir o caso deu-se em função dos seguintes fatores: era a clínica de Fisioterapia com maior tempo de atuação em Pilates na cidade de Santa Maria (2,5 anos) e a que apresentava o maior número de clientes nesta modalidade terapêutica. Ao se iniciar a coleta de dados, outras duas clínicas de Fisioterapia ofereciam Pilates, mas, ambas não foram incluídas no presente estudo em função do pouco tempo de trabalho com o método e do reduzido número de clientes, quando comparado com a clínica constituinte do caso.

3.7.2 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de duas formas. A pesquisa teve início com a busca de dados secundários - dados já disponíveis em revistas especializadas, periódicos, dissertações, teses e publicações legais – que forneceram subsídios para a fundamentação teórica do presente trabalho.

Quanto à coleta de dados primários, utilizou-se a Escala SERVQUAL que, segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), Giansesi e Corrêa (1996), é uma das ferramentas mais

utilizadas para avaliar qualidade em serviços; pesquisa a satisfação do cliente com base no modelo de falha na qualidade em serviços.

Segundo Gil (1999), escalas sociais são instrumentos construídos com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes da maneira mais objetiva possível. Embora se apresentem segundo as mais diversas formas, consistem, basicamente, em solicitar ao indivíduo pesquisado que assinale, dentro de uma série graduada de itens, aqueles que melhor correspondem à sua percepção acerca do fato pesquisado. Elas têm por objetivo possibilitar o estudo de opiniões e atitudes de forma precisa e mensurável, transformando fatos qualitativos em fatos quantitativos.

Além da Escala SERVQUAL, o instrumento de coleta de dados também apresentava um questionário com perguntas fechadas, destinado a caracterizar a amostra. O mesmo continha questões como: gênero, idade, grau de escolaridade, número de sessões de Fisioterapia já realizadas. Segundo Gil (1999), pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo como objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc. O questionário pode apresentar suas questões sob três categorias: abertas, fechadas e duplas. No presente trabalho, todas as perguntas eram fechadas, ou seja, todas as respostas possíveis foram fixadas de antemão.

Anteriormente à coleta de dados, o questionário foi entregue a cinco clientes de Pilates, com diferentes graus de escolaridade, para verificar sua clareza e o entendimento das questões. As respostas obtidas não demonstraram dificuldades de compreensão, não denotando necessidade de alterar termos ou frases.

Quanto à entrega do questionário aos clientes, tal tarefa foi executada sempre pela mesma pessoa, a qual repassava informações sobre os objetivos da pesquisa e o preenchimento dos questionários. A pesquisa foi entregue dentro de um envelope e solicitou-se aos participantes que a devolvessem com o envelope colado para que somente o pesquisador tivesse acesso às respostas.

3.7.3 Análise dos dados

Após a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa foi a análise e interpretação dos resultados. Esses dois processos, apesar de conceitualmente distintos, aparecem, sempre, estreitamente relacionados. A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de

forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 1999).

A primeira parte da análise e discussão dos resultados, apresentada no capítulo quatro, destinou-se aos dados demográficos necessários para caracterizar a amostra. A segunda parte compreendeu a Escala SERVQUAL adaptada para a presente pesquisa, com um total de 44 questões, envolvendo a qualidade percebida e a expectativa sobre a prestação do serviço. Em cada questão, o participante da pesquisa foi instruído a assinalar a nota correspondente à sua avaliação, variando de 1 a 7. As menores notas correspondiam à baixa qualidade e as maiores à alta qualidade dos serviços prestados. As questões foram agrupadas nas cinco dimensões da qualidade: confiabilidade, empatia, sensibilidade, segurança e tangíveis e submetidas à Estatística Descritiva para obtenção de suas médias aritméticas, referentes à qualidade percebida e à expectativa.

A partir da terceira parte do capítulo quatro, os dados foram submetidos à Análise Estatística Multivariada, com diferentes objetivos. O *software* utilizado foi o Statistica versão 7.0.

A primeira técnica aplicada, referente à Análise Multivariada, foi a Análise de Agrupamentos. Através da aplicação da Análise de Agrupamentos foi possível identificar quais as variáveis que pertenciam a um mesmo grupo, ou seja, quais as questões que apresentavam as mesmas características sob a ótica do cliente. O objetivo de aplicar Análise de Agrupamentos foi retirar do questionário as variáveis que possuíssem significados muito semelhantes para os clientes e, assim, eliminar questões redundantes. Para tanto, somente os dados coletados na primeira parte do questionário, referentes às EXPECTATIVAS do cliente, foram utilizados, pois o objetivo era propor um questionário mais enxuto. Se, por outro lado, as PERCEPÇÕES dos clientes fossem tomadas como base para a realização da Análise de Agrupamentos, o questionário proposto ficaria vinculado à realidade da clínica participante do estudo de caso.

Quanto ao coeficiente de parença, adotou-se a distância euclidiana como critério de parença e, quanto ao método de agrupamento, optou-se pela ligação simples. A forma gráfica escolhida para apresentar os dados submetidos à Análise de Agrupamentos foi o dendograma.

As variáveis com o mesmo grau de informação, isto é, aquelas com a mesma altura no dendograma foram, paulatinamente, retiradas e, novamente, a Análise de Agrupamentos foi

realizada. Desta forma, verificou-se a formação de novos grupos e pôde-se, assim, observar que a variável carregava o mesmo nível de informação. Destaca-se que a retirada das variáveis não ocorreu de forma aleatória, mas de acordo com critérios estabelecidos pelo pesquisador, sendo eles:

1º critério: identificar as questões pertencentes a uma mesma dimensão da Escala SERVQUAL dentro do mesmo *cluster*;

2º critério: analisar quais as questões de uma mesma dimensão, pertencentes ao mesmo cluster, convergiam para uma idéia única;

3º critério: após as etapas 1 e 2, manter as questões mais abrangentes e/ou mais adequadas dentre as analisadas e excluir as demais.

A segunda técnica multivariada aplicada no estudo foi a Análise Fatorial. Aplicou-se a Análise Fatorial a duas situações: no questionário completo, com as 22 questões e no questionário com número de questões reduzido pela Análise de Agrupamentos, de forma a verificar se os fatores gerados englobavam as mesmas questões em ambas as situações. A Análise Fatorial também foi aplicada com o objetivo de verificar se houve perda de representatividade da Escala SERVQUAL reduzida (após a retirada de nove questões), quando comparada com a representatividade da Escala adotada neste estudo de caso (com 22 questões).

Para realizar a Análise Fatorial, teve-se que observar:

- a matriz de correlação para verificar a estrutura de relacionamento das variáveis e a estimação dos autovalores e autovetores;
- seleção dos autovalores;
- seleção das variáveis de maior representatividade dentro de cada fator, pela correlação dos fatores com as variáveis originais e/ou pela inspeção das cargas fatoriais com valor significativo acima de 0,7;
- interpretação dos fatores gerados com o questionário completo, em relação às variáveis de maior importância

3.8 Limitações do estudo

Mesmo tendo sido utilizados procedimentos metodológicos adequados, o presente estudo apresenta algumas limitações:

De acordo com Triviños (1987); Gil (1999) e Richardson (1999), a adoção do método de estudo de caso não permite que os resultados sejam válidos para outro caso que não o em questão, limitando a generalização das conclusões obtidas.

Este estudo restringiu-se a investigar a qualidade na prestação de serviços fisioterápicos de uma clínica de Fisioterapia de Santa Maria – RS, tendo como público alvo praticantes de Pilates. Os resultados apresentados nesta dissertação retrataram as expectativas e percepções destes clientes; todavia, a adaptação da Escala SERVQUAL ao ambiente da Fisioterapia, bem como sua validação, tornam-na apta a ser aplicada a outros segmentos da área.

No entanto, a clínica de Fisioterapia constituinte do caso é referência em Pilates na região central do Estado do Rio Grande do Sul por ter sido um dos primeiros serviços do interior do estado a trabalhar com o método. Assim, entende-se que as conclusões apresentadas poderão ser consideradas numa perspectiva mais ampla, podendo ser expandidas para outros serviços semelhantes. Triviños (1987) salientou que a adoção de estudo de caso não impede que, com certo cuidado, os mesmos possam servir de base para o encaminhamento de outras pesquisas.

O questionário, enquanto técnica de coleta de dados, apresenta algumas limitações pertinentes a este estudo, pois não se conhecem as circunstâncias em que foi respondido e as questões formuladas podem ter significados diferentes para cada sujeito pesquisado, interferindo na qualidade das respostas (GIL, 1996).

Por fim, os dados obtidos por meio das percepções dos participantes da pesquisa não retratam, necessariamente, a realidade histórica. Isto porque as percepções das pessoas tendem a ser voláteis, ou seja, estas percepções podem variar em diferentes períodos de tempo.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo apresenta e discute os resultados obtidos com o desenvolvimento da pesquisa e está estruturado da seguinte forma: a seção 4.1 caracteriza a amostra participante do estudo; a seção 4.2 aborda os resultados obtidos com a aplicação da Escala SERVQUAL; a seção 4.3 trata da Análise de Agrupamentos a que os dados foram submetidos e, finalmente, a seção 4.5 apresenta os resultados da Análise Fatorial.

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

De acordo com Giansi e Corrêa (1996), os dados demográficos, psicográficos, psicológicos, sociais e culturais são fatores que influenciam o comportamento do usuário quanto à escolha e uso de um determinado tipo de serviço.

Estavam aptos a participar do estudo todos os clientes da clínica de Fisioterapia que tivessem praticado, ao menos, cinco sessões de Pilates no período de março a junho de 2006. Foram entregues 98 questionários, dos quais retornaram ao pesquisador 86, ou seja, 87,75% do total entregue.

Para traçar o perfil da amostra aplicou-se uma análise descritiva. Com referência aos dados demográficos, 76% dos clientes da clínica que responderam o questionário são do gênero feminino, 17% do gênero masculino e 7% dos clientes não informaram o gênero, conforme ilustra a Figura 10.

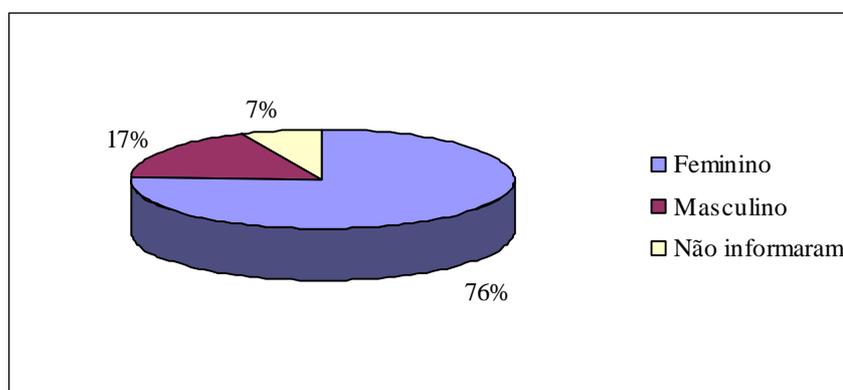


Figura 10 – Percentual dos participantes quanto ao sexo.

Com relação à idade, 30% dos clientes que responderam o questionário possuem faixa etária superior a 50 anos. 27% dos respondentes possuem entre 31 a 40 anos e 20% deles apresentam idade entre 41 a 50 anos. Os participantes do estudo com menos de 20 anos representam 9% do total e com idade entre 21 a 30 anos representam 7%. O percentual de participantes que não informaram a idade corresponde a 7%. A Figura 11 apresenta os percentuais quanto à idade da amostra.

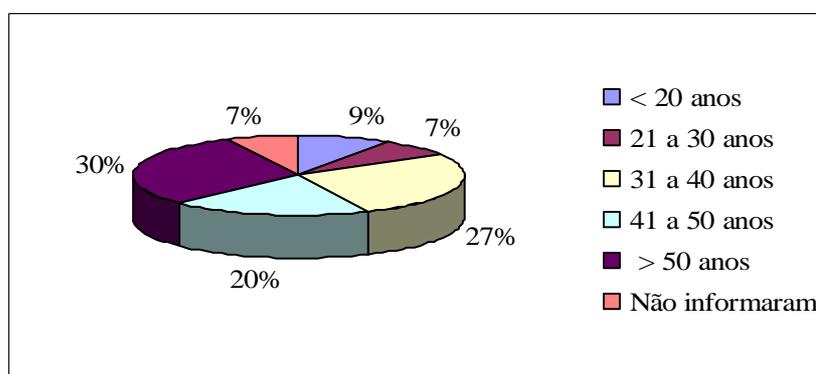


Figura 11 – Faixa etária dos participantes do estudo.

Quanto à escolaridade, verifica-se que a maioria dos respondentes possui formação de nível superior, perfazendo 80% da amostra. 12% concluíram o 2º grau, atualmente

denominado ensino médio e, apenas 1% da amostra apresenta 1º grau completo, ou ensino fundamental. 7% da amostra não informaram seu grau de escolaridade. Os percentuais são mostrados na Figura 12, a seguir.

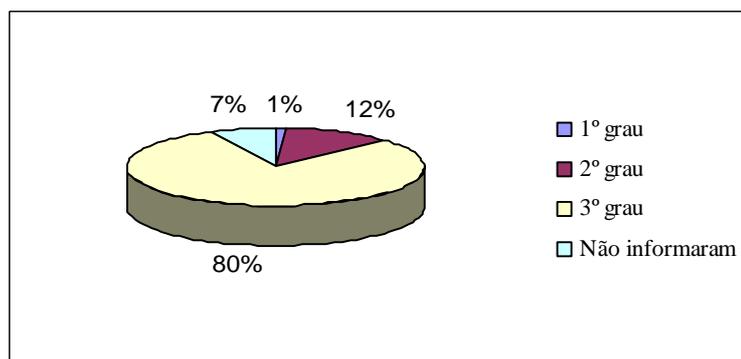


Figura 12 – Escolaridade da amostra.

Quanto ao número de sessões realizadas até responderem o questionário, 8% dos clientes praticaram menos que 10 sessões; 27% dos clientes fizeram de dez a vinte sessões de Pilates até então; 64% dos clientes realizaram mais de vinte sessões; 1% da amostra não respondeu esta questão. A Figura 13 apresenta os percentuais referentes ao número de sessões realizadas.

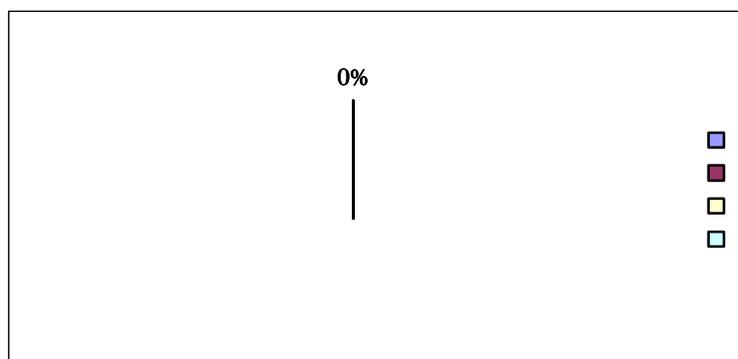


Figura 13 – Número de sessões realizadas.

4.2 Escala SERVQUAL

As Figuras 14 a 18, mostradas a seguir, referem-se à qualidade percebida e à expectativa dos clientes participantes do estudo, de acordo com as cinco dimensões da qualidade abordadas pela Escala SERVQUAL: confiabilidade, empatia, sensibilidade, segurança e tangíveis.

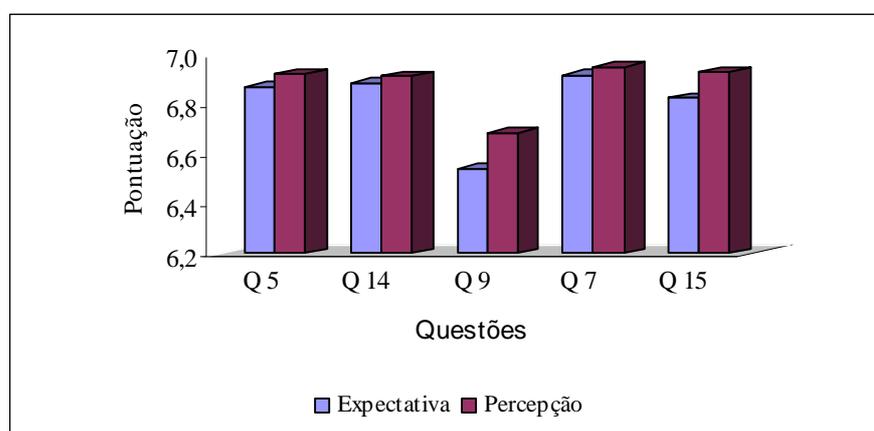


Figura 14 – Desempenho dos atributos da dimensão Confiabilidade.

Conforme Figura 14, as questões 05 (*a clínica presta seus serviços no horário prometido*); 14 (*a fisioterapia é realizada conforme prometido*); 09 (*a clínica mantém dados pessoais atualizados dos pacientes*); 07 (*o fisioterapeuta é confiável*) e 15 (*o fisioterapeuta e a secretária executam seus serviços corretamente desde a primeira sessão*) apresentaram avaliações positivas. Na dimensão Confiabilidade, em todas as questões, a percepção da qualidade dos serviços superou as expectativas sobre as mesmas. Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), quando as expectativas são excedidas, a qualidade pode ser considerada surpreendente.

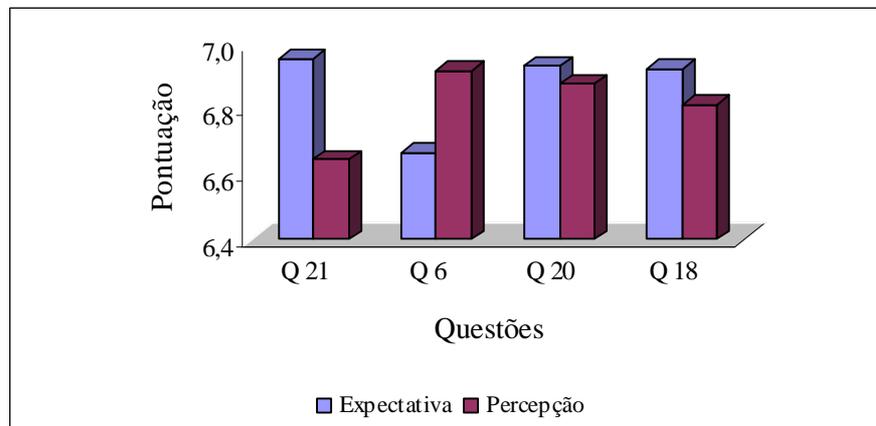


Figura 15 - Desempenho dos atributos da dimensão Empatia.

Na Figura 15, referente à dimensão Empatia, observa-se que as questões 21 (*o fisioterapeuta se interessa pelo bem-estar geral do paciente*), 20 (*o fisioterapeuta é atencioso com o paciente*) e 18 (*you recebe atenção individualizada, de acordo com as suas necessidades*) apresentaram expectativa superior à qualidade percebida. Tal avaliação indica que essas questões merecem discussão junto à equipe profissional pois, se identificou uma lacuna entre o que os clientes desejam e o que estão recebendo dos profissionais. De acordo com Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005), quando as expectativas não são atendidas, a qualidade é inaceitável. Somente a questão 06 da dimensão Empatia (*o fisioterapeuta é compreensivo com as dificuldades apresentadas pelo paciente*) apresentou qualidade percebida superior à qualidade desejada, significando que o serviço correspondeu às expectativas dos clientes.

O fato de a questão 06 apresentar avaliação positiva pode ser decorrência do maior acompanhamento dispensado pelo fisioterapeuta ao cliente que apresenta dificuldade na execução da técnica. Por outro lado, a avaliação das questões 21, 20 e 18, cujas expectativas foram superiores à percepção, confirma o desejo dos clientes quanto a um atendimento diferenciado em que a relação fisioterapeuta-cliente não seja somente técnica, mas, também, voltada ao bem-estar geral dos clientes e aos aspectos do relacionamento humano. Demonstrar interesse pelos sentimentos e emoções dos clientes, recordar-se dos problemas anteriores, ter paciência e boa capacidade para ouvir são atributos importantes para o profissional fisioterapeuta, na ótica dos clientes.

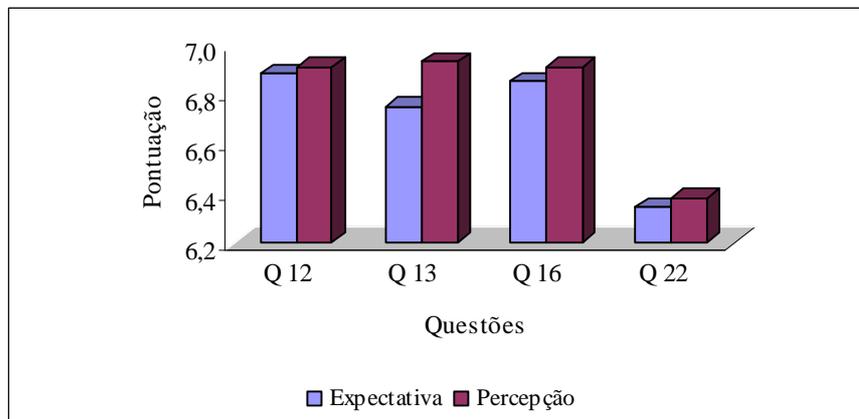


Figura 16 - Desempenho dos atributos da dimensão Sensibilidade.

A Figura 16 mostra o desempenho dos atributos da dimensão Sensibilidade. As questões 12 (*o fisioterapeuta utiliza linguagem clara e acessível para se comunicar com o paciente*) e 22 (*o fisioterapeuta oferece horários convenientes ao paciente*) apresentaram expectativa e percepção com valores muito próximos, o que representa oportunidade de melhoria nesses itens. Nas questões 13 (*o fisioterapeuta tem conhecimento para responder as dúvidas do paciente*) e 16 (*a secretária é gentil e prestativa*), a qualidade percebida superou as expectativas, demonstrando satisfação dos clientes.

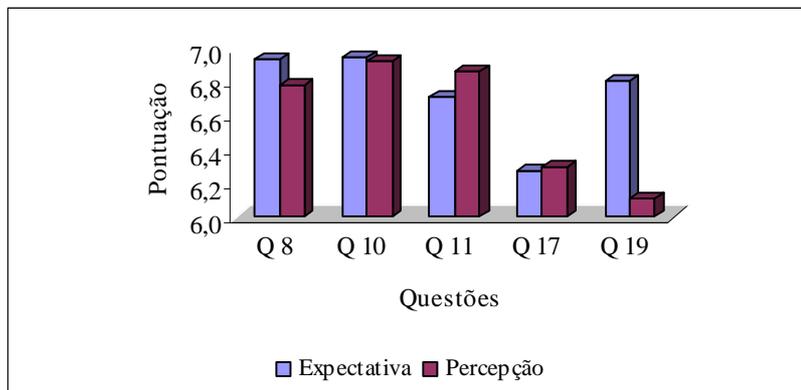


Figura 17 - Desempenho dos atributos da dimensão Segurança.

A Figura 17 mostra o resultado das questões referentes à dimensão Segurança, a qual remete a conhecimento, habilidades, credenciais, reputação. Observam-se as três situações possíveis no confronto da qualidade percebida com a expectativa frente ao serviço:

- **Qualidade inaceitável:** as questões 08 (*a secretária passa informações precisas sobre o preço da sessão, datas e horários disponíveis, roupa adequada para a sessão de Fisioterapia*) e 19 (*o fisioterapeuta dá explicações sobre cada etapa do tratamento*) merecem tratamento especial, visando à maior clareza nas informações repassadas aos clientes pois, as expectativas foram superiores à percepção da qualidade. A avaliação da questão 19 mostra que as explicações sobre a conduta do tratamento não foram dadas ou foram insuficientes para deixar o cliente ciente do tratamento.
- **Qualidade satisfatória:** as questões 10 (*o paciente sente-se seguro ao ser atendido*) e 17 (*o fisioterapeuta explica a doença ao paciente*) apresentaram expectativa e percepção com valores muito próximos, o que representa oportunidade de melhoria nesses itens.
- **Qualidade surpreendente:** somente a questão 11 (*o fisioterapeuta tem conhecimento para responder as dúvidas do paciente*) mostrou qualidade percebida superior à expectativa.

Ao confrontar os resultados das questões 08 com os da 16 teve-se, inicialmente, idéia de uma contradição nos resultados. Mas, a questão 08 refere-se às informações de ordem técnica enquanto que a 16 foca características pessoais da secretária como a cordialidade e a disposição para auxiliar.

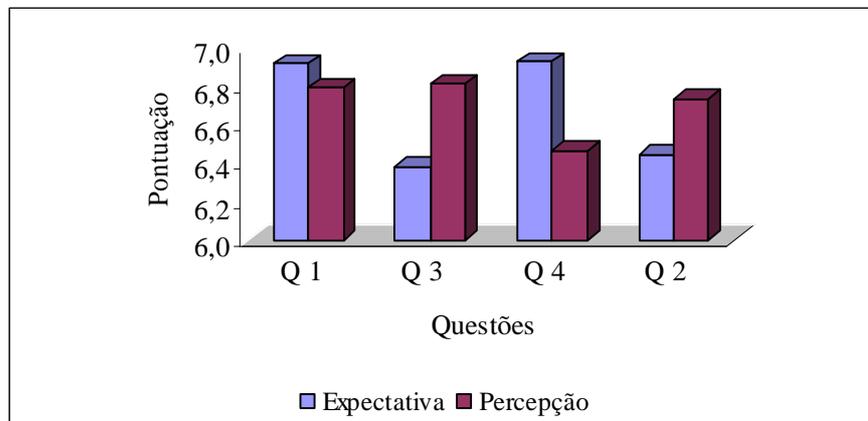


Figura 18 - Desempenho dos atributos da dimensão Tangíveis.

A Figura 18 mostra que as questões 01 (*o fisioterapeuta possui equipamentos em ótimas condições*) e 04 (*o local de trabalho e os aparelhos estão limpos e organizados*) apresentaram expectativa superior à qualidade percebida, representando oportunidade de melhoria para eliminar essa lacuna. As questões 03 (*o fisioterapeuta e funcionários da clínica vestem-se bem e têm boa aparência*) e 02 (*as instalações físicas são bonitas e agradáveis*) foram avaliadas positivamente, ou seja, qualidade percebida superior à expectativa.

O instrumento de coleta de dados continha, além do questionário baseado na Escala SERVQUAL, as dimensões da escala SERVQUAL representadas, cada uma, por uma frase. O participante do estudo deveria distribuir o total de 100 pontos entre as cinco dimensões, atribuindo mais pontos para a(s) característica(s) que considerasse mais importante. Assim, conhecer-se-ia a importância atribuída a cada dimensão da qualidade. A Figura 19 apresenta esses resultados.

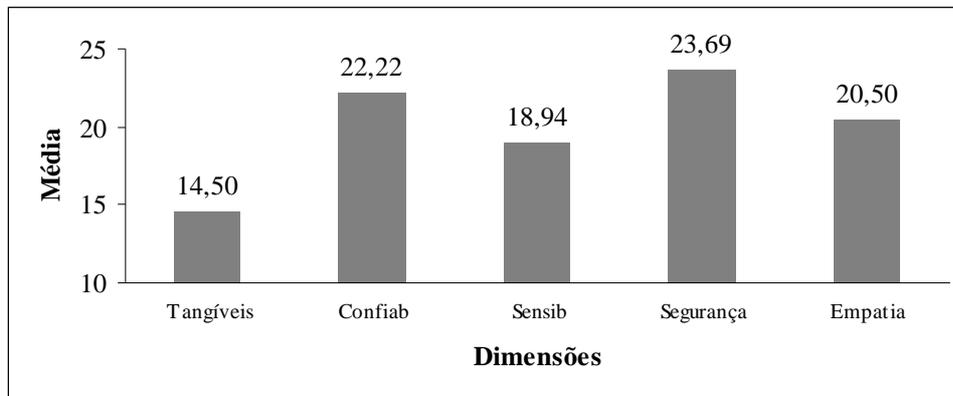


Figura 19 – Importância de cada dimensão da Escala SERVQUAL.

Para os clientes participantes do estudo, a dimensão Segurança é a mais importante na composição da qualidade do serviço de Fisioterapia. Essa dimensão refere-se ao conhecimento e à cortesia dos funcionários bem como a capacidade de transmitir confiança e confidencialidade. A dimensão Segurança inclui ainda as seguintes características: competência para realizar o serviço, cortesia e respeito ao cliente, comunicação efetiva com o cliente e a idéia de que o funcionário está, realmente, interessado no melhor para o cliente. Esse resultado está de acordo com o que dizem Zeithaml e Bitner (2003): é provável que a dimensão Segurança seja particularmente importante nos serviços em que os clientes percebem que há alto risco envolvido e/ou quando estão incertos sobre sua habilidade para avaliar resultados, por exemplo, bancos, seguros, assistência médica e serviços advocatícios.

Cronin e Taylor (1992 apud GILBERT E WONG, 2003) e Babakus e Boller (1992 apud MIGUEL E SALOMI, 2004) argumentam que uma dimensão da qualidade pode ser mais importante para um tipo de serviço e menos para outro, ou seja, as dimensões consideradas dependeriam do tipo de serviço avaliado. Corroborando com esta afirmação, Gilbert e Wong (2003) destacam que a dimensão Segurança se mostrou mais importante para os passageiros de linhas aéreas participantes de sua pesquisa; já a dimensão Confiança ficou em segundo lugar na ordem de importância. Esse resultado se mostrou em concordância com o estudo de Tsaur, Chang e Yen (2002 apud GILBERT E WONG, 2003).

Lynch e Schuler (1990 apud LOURES, 2003, p. 30) também destacam o fato dos serviços de saúde serem ricos em atributos de confiança.

Diferentemente dos *atributos de procura*, aqueles que o consumidor pode avaliar antes do consumo, tais como cor, cheiro, forma etc., e dos *atributos de experiência*, aqueles que o consumidor pode avaliar somente durante o uso, os serviços médicos são ricos em *atributos de confiança*. Mesmo depois de prestado o serviço médico, muitas vezes o consumidor não tem condições de julgá-lo. Pode-se indagar, por

exemplo, como um paciente submetido a uma cirurgia neurológica avaliará os resultados do serviço prestado se não possuir qualquer conhecimento de Medicina.

Godoy, Zenckner e Ansuaj (2005) pesquisaram a percepção da qualidade em serviços de odontologia e os resultados apontam que, na concepção dos pacientes participantes do estudo, o aspecto considerado de maior relevância no atendimento odontológico foi a segurança do profissional em relação ao tratamento e de menor relevância foi a facilidade de acesso e contato.

Como abordado na Fundamentação Teórica, a dimensão Segurança diz respeito, também, à comunicação efetiva entre o profissional e seu paciente. Neste sentido, Malin et al., (2001 apud SANTOS, 2004) destacam que a qualidade da consulta, a comunicação empática, a cortesia, o respeito e atenção dos médicos durante as consultas são os pontos mais citados, pelos pacientes, como componentes de uma experiência positiva de tratamento.

Santos (2004), ao investigar os componentes da qualidade na relação médico-paciente, na percepção dos médicos, identificou três componentes para o estabelecimento de uma relação médico-paciente adequada: o médico, o paciente e a comunicação. O autor concluiu que a comunicação se apresenta como o componente mais importante na relação médico-paciente, seguida, secundariamente pelo: tempo disponível à consulta; informação; empatia; respeito; confiança; compreensão; aceitabilidade; humanismo; segurança e escutar.

Esses achados estão de acordo com os resultados obtidos no presente trabalho, uma vez que a dimensão Segurança, que abrange a comunicação entre profissional e paciente, destacou-se das demais dimensões pesquisadas. Embora a pesquisa de Santos (2004) tenha sido feita junto à classe médica e não com pacientes, a importância dada à comunicação torna relevante a comparação entre os dois estudos.

Reportando-se, ainda, à pesquisa de Santos (2004), o autor concluiu que, sendo a comunicação o componente principal da interação médico-paciente, para que ela se efetive é preciso o estabelecimento de confiança, empatia, respeito, cordialidade, escuta e competência por parte do médico. Isso porque a comunicação se faz acompanhar de atributos e habilidades específicos, que devem ser desenvolvidos pelos médicos, no sentido de criar um ambiente facilitador para o estabelecimento de uma relação médico-paciente de qualidade. Sem dúvida, o mesmo se aplica a todas as áreas da saúde, inclusive à Fisioterapia.

A segunda dimensão, em grau de importância, conforme mostra a Figura 19, refere-se à Confiabilidade, ou seja, à capacidade de prestar o serviço de modo confiável, preciso, conforme prometido, no prazo determinado, sem modificações e sem erros. Nos estudos de Berry e Parasuraman (1995), a Confiabilidade aparece como a dimensão de maior importância

no setor de serviços. Para esses autores, quando uma empresa presta um serviço de modo descuidado, quando comete erros possíveis de evitar, quando deixa de cumprir promessas sedutoras feitas para atrair clientes, ela abala a confiança do cliente em suas capacidades e diminui suas chances de obter reputação pela excelência do serviço.

A dimensão Empatia recebeu 20,5 dos 100 pontos disponíveis. Refere-se à demonstração de interesse, atenção individualizada dada ao cliente, acessibilidade, sensibilidade e esforço para entender as necessidades dos clientes. Neste ponto, cabe ressaltar que os achados da pesquisa estão de acordo com o pensamento de Batterman (1985 apud SANTOS, 2004), que diz que o paciente necessita encontrar um profissional da saúde que seja atencioso, compreensivo, dedicado e sensível. Santos (2004) também identificou os motivos que levam os pacientes a retornarem para nova consulta ou continuidade do tratamento. O autor percebeu que a atenção dispensada ao paciente e o escutar eram aspectos relevantes para o retorno dos pacientes, pontos esses que não dispensariam um diagnóstico e tratamento adequados.

Em quarto lugar, observa-se a dimensão Sensibilidade, que se refere à disposição para auxiliar os clientes, fornecer o serviço prontamente e ter vontade de ajudar. A menor importância foi atribuída à dimensão Tangíveis, referente à aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoas e materiais para comunicação.

A Figura 20, a seguir, mostra a importância de cada dimensão conforme o sexo dos participantes do estudo.

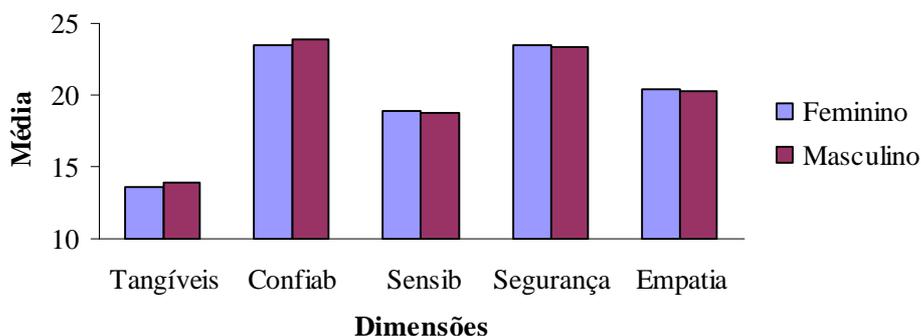


Figura 20 - Importância de cada dimensão da Escala SERVQUAL, de acordo com o sexo dos participantes do estudo.

A Figura 20 mostra que o fator gênero não interferiu significativamente na importância dada a cada uma das dimensões da Escala SERVQUAL.

Satisfazer ao cliente significa aproximar ao máximo o serviço percebido do serviço esperado. Visando aproximar esses dois universos, as organizações de serviços devem atentar para o seguinte: primeiro, as promessas dirigidas ao cliente não devem ser irrealistas quando comparadas ao serviço que o consumidor receberá, a fim de que não se formem expectativas inatingíveis. Em segundo lugar, as organizações devem compreender o que (qualidade técnica) e como (qualidade funcional) a qualidade é influenciada na ótica do cliente e de que forma ele percebe essas dimensões (GRÖNROOS, 2003).

A busca pela qualidade deixou de ser exclusividade do setor industrial para fazer parte do cotidiano de alguns serviços. Nestas organizações, a prioridade passou a ser a satisfação das necessidades do cliente. Para tanto, é fundamental a adoção de sistemas que assegurem a qualidade da prestação de serviços; caso contrário, tais organizações correm o risco de perderem competitividade e, em consequência, a sua fatia de mercado.

Além disso, programas de qualidade que não levem em conta o significado de qualidade para os clientes não terão resultados satisfatórios. Para se conseguir uma contínua melhora de qualidade na prestação dos serviços, o prestador deve compreender como os serviços são avaliados na ótica do consumidor e mensurá-los periodicamente. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) chamaram a atenção sobre a periodicidade de pesquisas sobre qualidade de serviços: “o SERVQUAL deve ser usado periodicamente e em conjunto com outras formas quantitativas e qualitativas de medição da qualidade de serviços”. Assim, é mister que a Clínica de Fisioterapia constituinte do caso avalie seus serviços periodicamente, considerando os resultados aqui apresentados como oportunidade de melhoria.

Quanto às expectativas dos clientes, Johnston e Clark (2002) destacam aspectos formadores de expectativas que convêm ser considerados no presente trabalho:

A disponibilidade de alternativas, a experiência prévia, o humor e a atitude dos clientes podem afetar suas expectativas. A experiência prévia ajuda a modelar as expectativas à medida que o conhecimento anterior as torna mais claras e definidas. Quanto ao humor, alguém de mau humor ou com atitude negativa em relação a uma organização pode intensificar suas expectativas; alguém menos preocupado e mais tolerante pode ter uma zona mais ampla de tolerância (Johnston e Clark, 2002, p. 89).

Em relação ao presente trabalho, quando da realização da coleta de dados, a Clínica constituinte do caso era a única que oferecia o Método Pilates na cidade de Santa Maria e, portanto, seus clientes não dispunham de alternativas sobre o mesmo serviço. Por tratar-se de um serviço especializado e único na cidade em questão, os clientes participantes do estudo também não tinham experiência prévia com o Método Pilates, não tendo expectativas pré-

formadas sobre o mesmo. Esses fatores devem ser considerados, pois tendem a dificultar a avaliação do serviço. Carmam (1990 *apud* LOURES, 2003, p. 61) vincula, também, a familiaridade de um indivíduo com um dado serviço à formação de suas expectativas:

é razoável supor que muitas pessoas tenham familiaridade com serviços de lavagem de automóveis e que, portanto, tenham facilidade em expressar suas expectativas; por outro lado, serviços hospitalares e de saúde tendem a ser pouco familiares para a maioria das pessoas e, conseqüentemente, os indivíduos têm dificuldade em expressar suas expectativas.

Zeithaml e Bitner (2003), além de destacarem a importância das emoções como fatores influentes na avaliação dos serviços, a exemplo de Johnston e Clark (2002), também destacam que as percepções de ganho ou de preço justo são consideradas para compor o grau de satisfação de clientes. Para tal avaliação, os clientes perguntam a si mesmos:

fui tratado de forma justa, comparado com outros clientes? Outros clientes tiveram tratamento melhor que o meu, conseguiram melhores preços ou desfrutaram de melhor qualidade de serviços? Paguei um preço justo pelo serviço? Fui bem tratado em contrapartida ao que paguei e pelo esforço gasto? Noções sobre o que é justo são centrais para as percepções dos clientes quanto à satisfação com produtos ou serviços (ZEITHAML E BITNER, 2003, p. 57).

Diante dos pontos levantados acima, destaca-se, novamente, a importância de avaliações periódicas sobre a qualidade dos serviços prestados. Avaliações isoladas podem produzir resultados não condizentes com a realidade do serviço oferecido, em função das muitas limitações e variáveis inerentes à mensuração da qualidade em saúde.

4.3 Análise de Agrupamentos

As Figuras 21 a 32 referem-se à Análise de Agrupamentos aplicada à Escala SERVQUAL. Observa-se a formação de vários *clusters* contendo questões semelhantes quanto à distância euclidiana. Segundo Souza e Vicini (2005), a distância euclidiana é a medida de distância mais utilizada para a Análise de Agrupamentos. Pelo critério adotado, os objetos que possuem a menor distância entre si são mais semelhantes, um do outro, do que os objetos com a maior distância.

Conforme mencionado no capítulo anterior, o objetivo da aplicação da Análise de Agrupamento foi verificar a presença de questões redundantes no questionário e, em caso afirmativo, eliminar as possíveis, de modo a tornar o questionário mais enxuto. Os critérios

utilizados pelo pesquisador para a exclusão de algumas questões foram apresentados no capítulo anterior.

O dendograma, com todas as questões referentes à EXPECTATIVA dos clientes, mostra a formação de dois *clusters*.

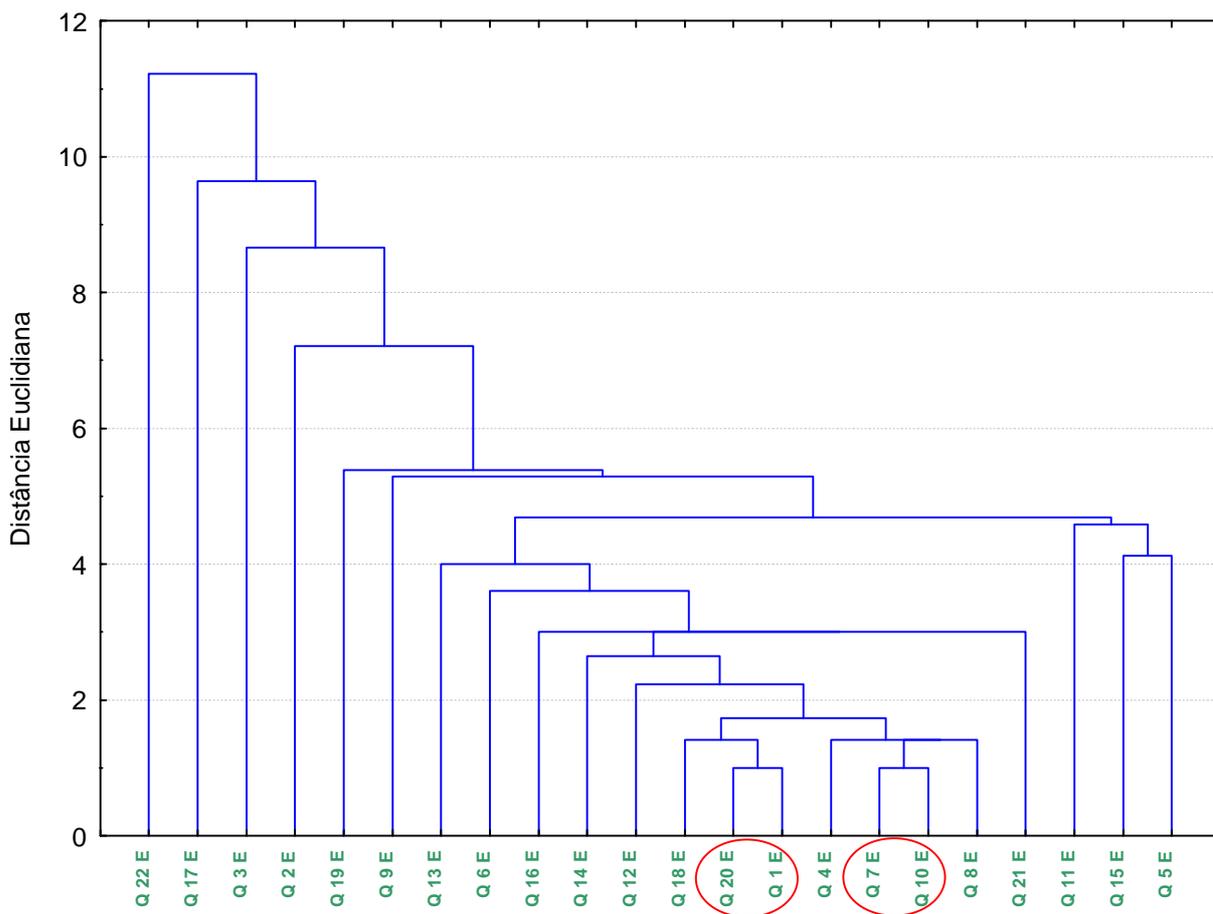


Figura 21 – Dendograma com todas as questões referentes às expectativas dos clientes.

A análise da Figura 21 mostra o comportamento do dendograma com todas as variáveis (questões), no qual se pode identificar a formação de dois *clusters*, formados pelas questões 20 e 01, como também 07 e 10. Quando duas ou mais questões são agrupadas num mesmo cluster, significa que a distância euclidiana entre elas é muito pequena. Neste estudo, isso revela que elas são semelhantes quanto ao seu grau de importância perante o cliente. Em outras palavras: para o cliente, elas têm a mesma representação quanto à importância quando ele imagina um excelente serviço de fisioterapia. Por isso, quando duas ou mais questões de uma mesma dimensão da qualidade foram agrupadas num mesmo cluster, pode-se excluir

uma delas sem que haja diminuição na representatividade, abrangência ou qualidade do questionário.

Os *clusters*, formados na Figura 21, envolvem a questão 20 pertencente à dimensão Empatia e a questão 01 pertencente à dimensão Tangíveis e, por serem de dimensões diferentes, não podem ser excluídas, de acordo com os critérios fixados pelo pesquisador. O mesmo ocorre com as questões 07 e 10. Então, partiu-se para os *clusters* subsequentes, mais abrangentes, como mostra a Figura 22.

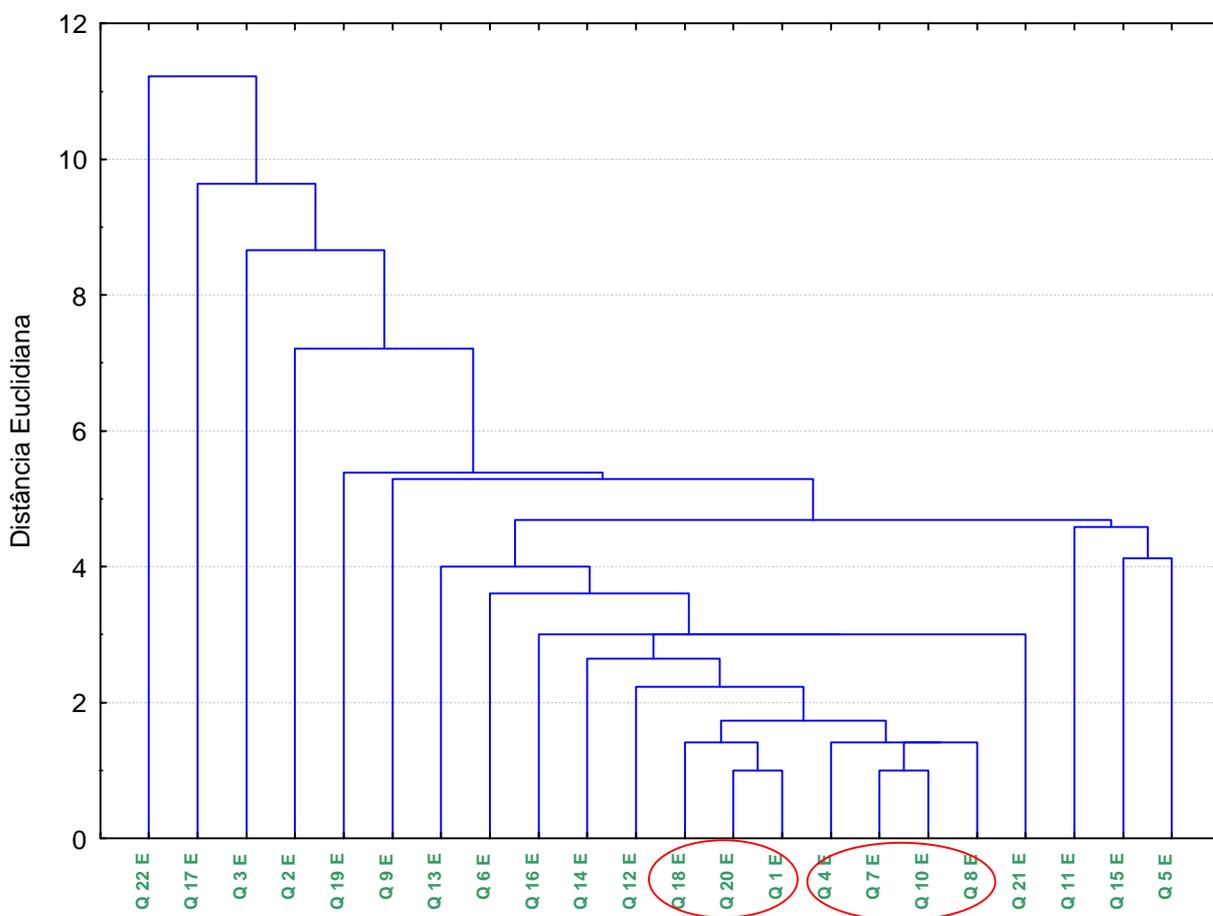


Figura 22 – Dendrograma mostrando a formação de dois *clusters*.

Na Figura 22, o cluster à esquerda, compreende as questões 18 e 20, pertencentes à dimensão Empatia, além da questão 01, da dimensão Tangíveis. No entender do pesquisador, as questões 18 (*é importante receber atenção individualizada, de acordo com as necessidades do paciente*) e 20 (*o fisioterapeuta deve ser atencioso com o paciente*) remetem à idéia de

atenção e, por isso, a questão 20 pode ser excluída por estar subentendida na questão 18. O cluster à direita da Figura 22 é formado pelas questões 04, 07, 10 e 08, sendo que as questões 10 e 08 pertencem a uma mesma dimensão, ou seja, a dimensão Segurança. As questões 10 (*o paciente deve sentir-se seguro ao ser atendido pelo fisioterapeuta*) e 08 (*a secretária deve passar informações precisas*) foram mantidas no questionário, uma vez que se referem a diferentes profissionais, o que inviabiliza a exclusão de alguma delas. O gráfico obtido com a retirada da questão 20 é mostrado na seqüência.

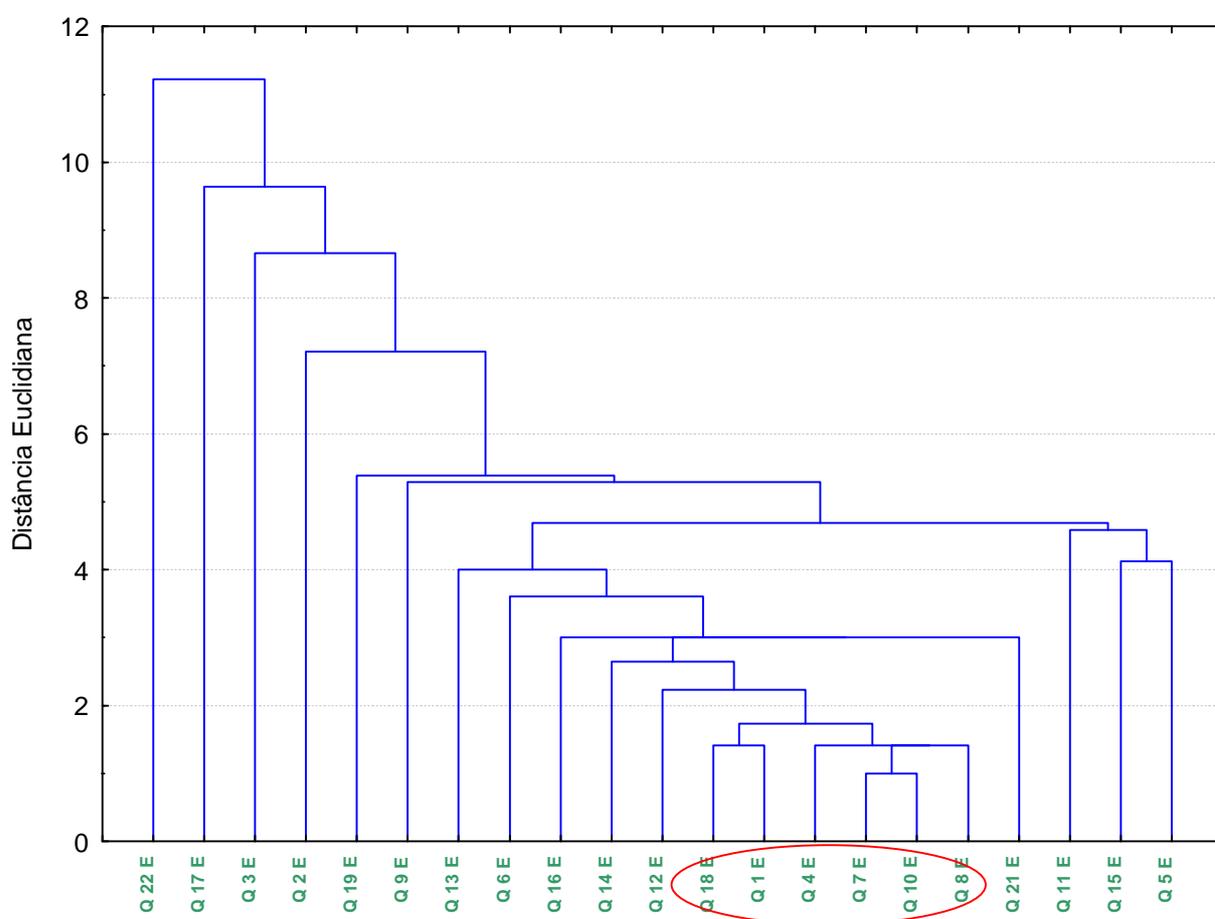


Figura 23 – Dendrograma após a retirada da questão 20.

O cluster, mostrado na Figura 23, contém as questões 01 (*o fisioterapeuta deve utilizar equipamentos em ótimas condições*) e 04 (*o local de trabalho e os aparelhos devem estar limpos e organizados*), pertencentes à dimensão Tangíveis. Optou-se pela retirada da questão 01 em virtude dos clientes não terem conhecimentos técnicos que

possibilitem julgar as condições dos equipamentos quanto à vida útil, manutenção e calibração dos mesmos. As demais questões pertencem a dimensões diferentes. O dendograma sem a questão 01 é mostrado na Figura 24.

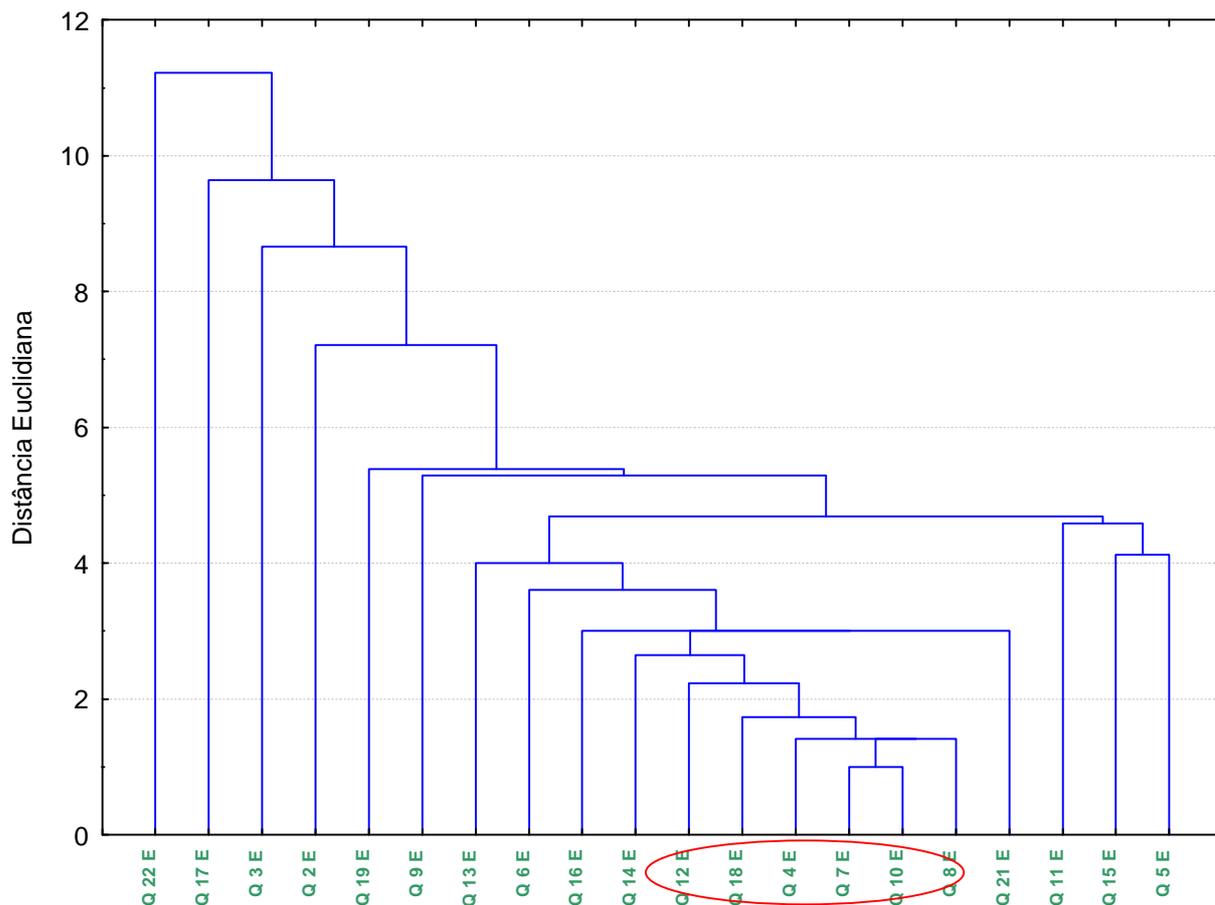


Figura 24 - Dendograma após a retirada das questões 20 e 01.

O *cluster*, mostrado na figura 24, não apresenta, à exceção das questões 10 e 08, outras questões pertencentes a uma mesma dimensão, o que inviabilizou a exclusão de alguma delas. Partiu-se, então, para a análise do *cluster* subsequente, mais abrangente, como mostra a Figura 25.

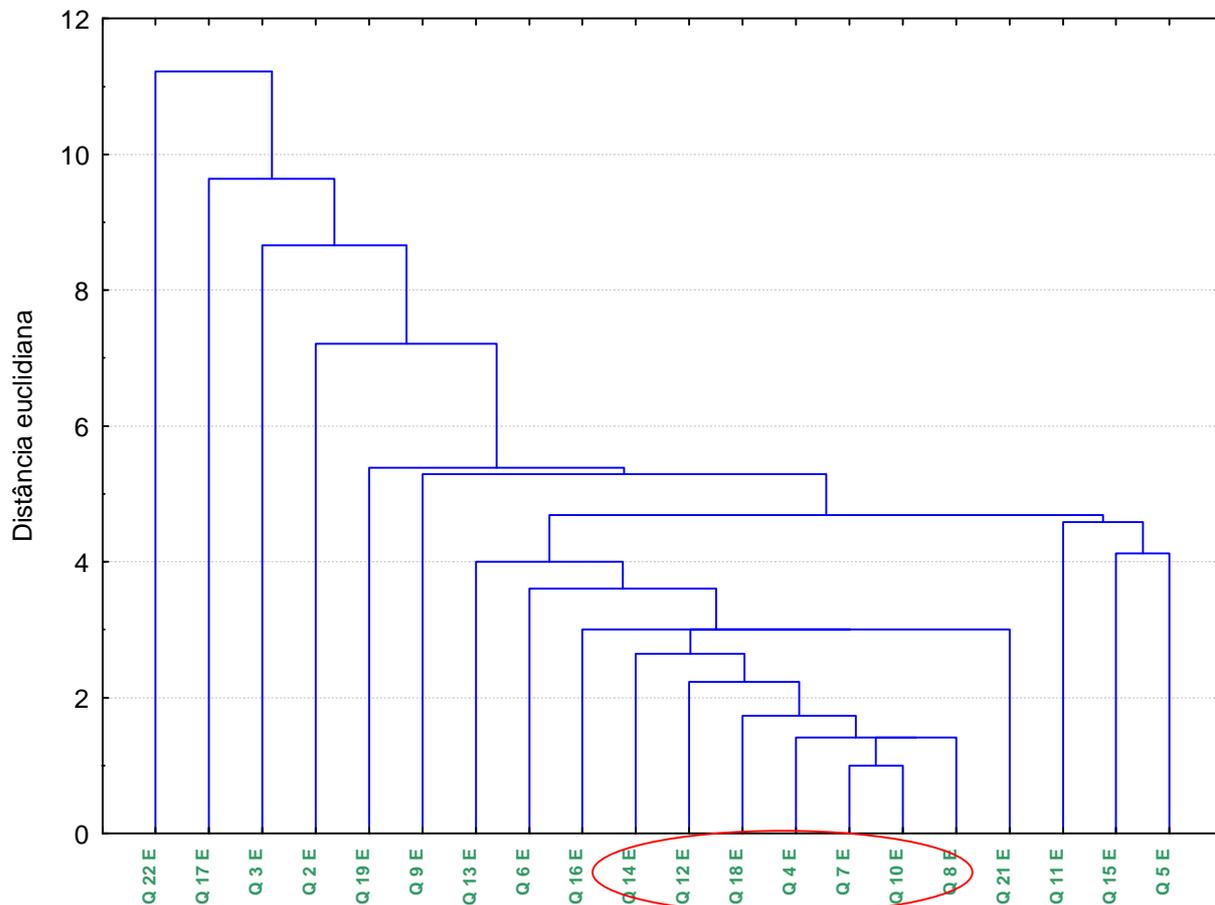


Figura 25 – Dendograma após a retirada das questões 20 e 01 e inclusão da variável 14 ao cluster .

O *cluster* da Figura 25 contém duas questões da Dimensão Confiabilidade: a questão 14 (*a fisioterapia deve ser realizada conforme prometido*) e a questão 07 (*o fisioterapeuta deve ser confiável*). Optou-se pela retirada da questão 14 por entender que, se o serviço é realizado conforme prometido, o profissional merece receber a confiança de seu cliente.

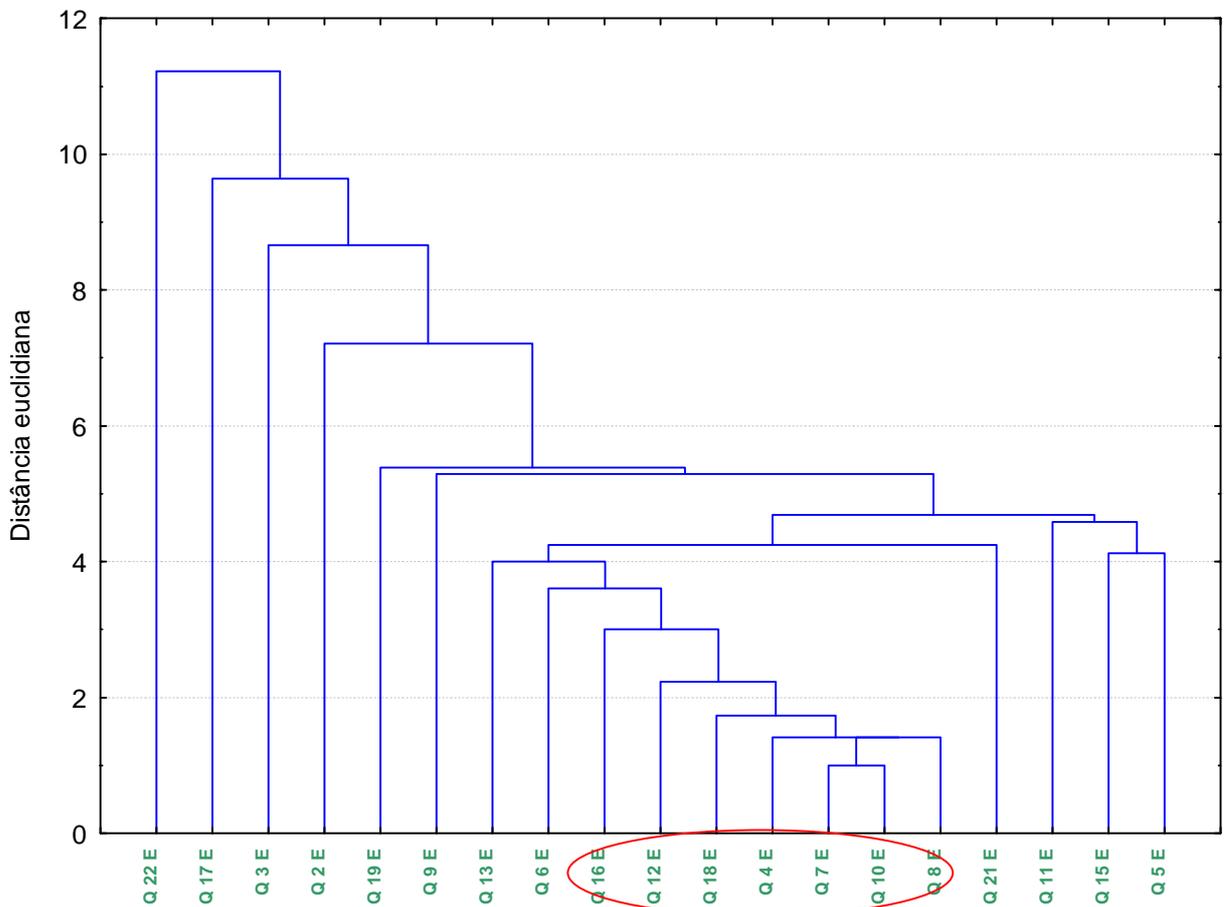


Figura 26 – Dendograma após a retirada das questões 20, 01 e 14.

Na Figura 26, as questões 16 (*a secretária deve ser gentil e prestativa*) e 12 (*o fisioterapeuta deve utilizar linguagem clara e acessível para se comunicar com o paciente*) pertencem à dimensão Sensibilidade. Pelo fato de reportar-se a diferentes profissionais, não foi possível a exclusão de uma delas. Então, ampliou-se o *cluster* para incluir a questão subsequente, como mostra a Figura 27.

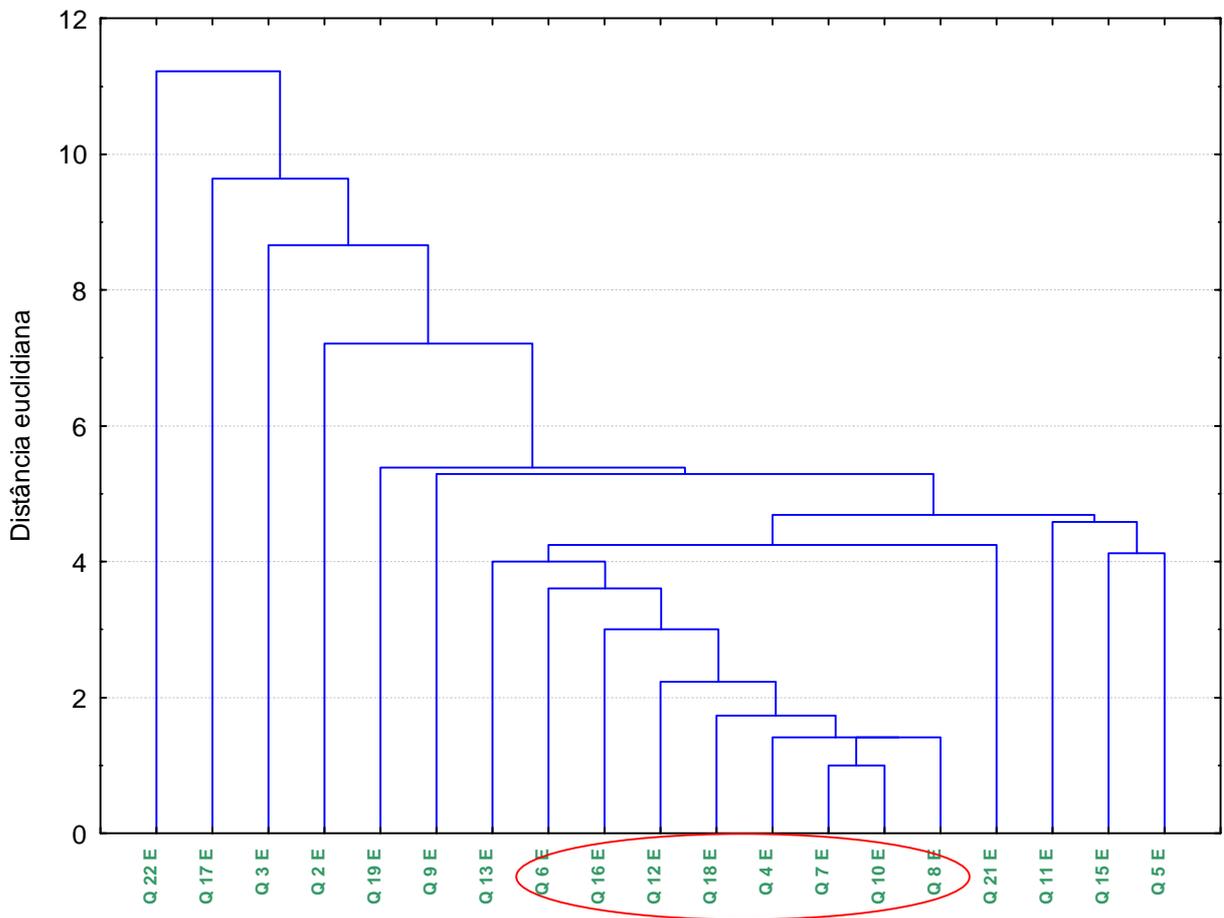


Figura 27 – Dendograma após a retirada das questões 20, 01 e 14 e inclusão da variável 06 ao cluster.

A Figura 27 mostra a configuração do dendograma após a retirada de três questões. O *cluster* formado pelas questões 06, 16, 12, 18, 04, 07, 10 e 08 contém duas questões pertencentes à dimensão Empatia: a 06 (*o fisioterapeuta deve ser compreensivo com as dificuldades apresentadas pelo paciente*) e a 18 (*é importante receber atenção individualizada, de acordo com as necessidades do paciente*). No entender do pesquisador, ambas remetem à idéia de particularidade e individualidade de cada cliente; assim, pôde-se excluir uma delas sem prejuízo para a abrangência do questionário. Optou-se pela permanência da questão 18.

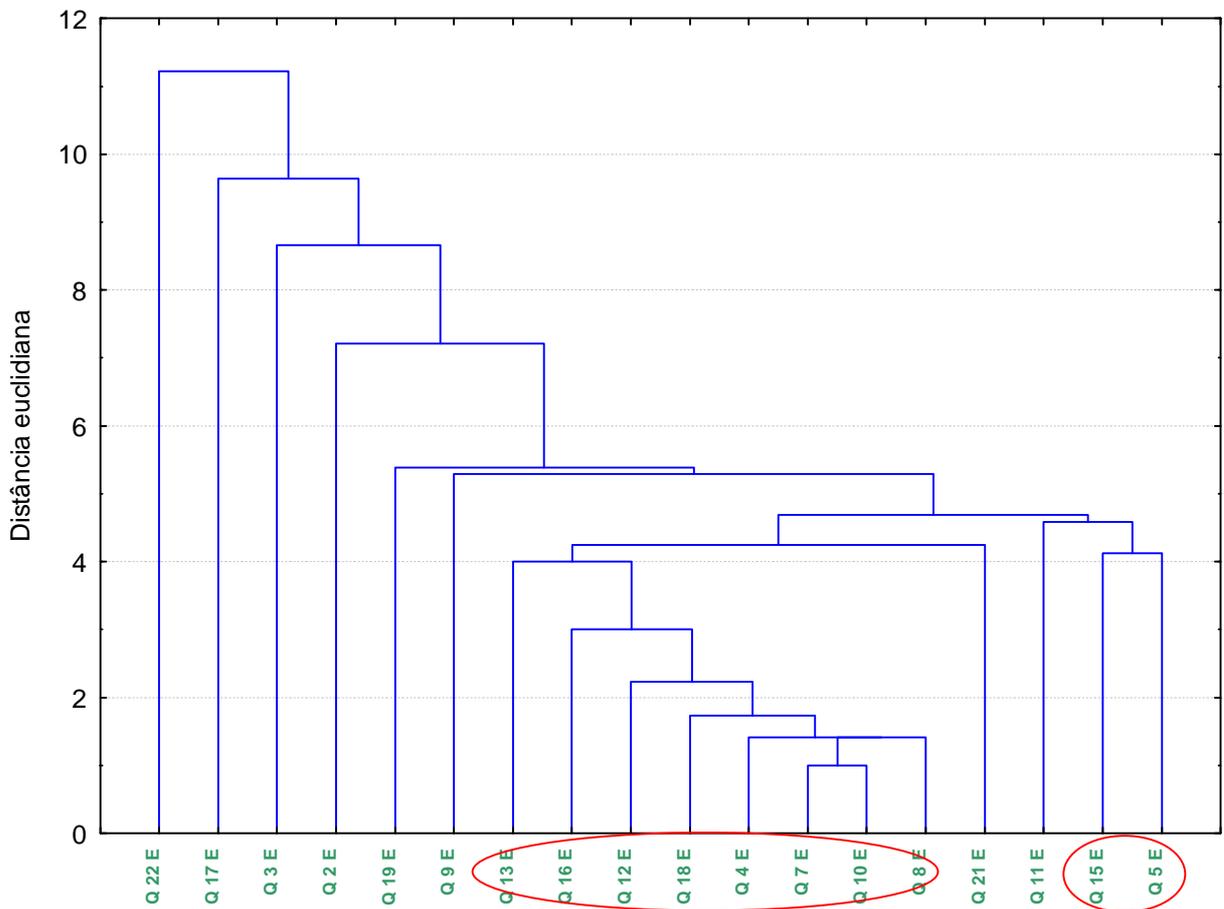


Figura 28 – Dendrograma após a exclusão das questões 20, 01, 14 e 06.

A Figura 28 mostra o dendrograma após a exclusão de quatro questões, com a formação de dois *clusters*:

- O *cluster* à esquerda contém três questões pertencentes à dimensão Sensibilidade: 12, 13 e 16, sendo que a questão 16 se refere à secretária e as demais ao fisioterapeuta. As questões 12 (*o fisioterapeuta deve utilizar linguagem clara e acessível para se comunicar com o paciente*) e 13 (*o fisioterapeuta deve ter conhecimento para responder às dúvidas do paciente*) permaneceram no questionário devido a seus enfoques distintos: a acessibilidade do fisioterapeuta e o seu conhecimento, respectivamente.

- O *cluster* à direita da figura é formado pelas questões 15 (*o fisioterapeuta e secretária devem executar seus serviços corretamente desde a primeira sessão*) e 05 (*a clínica deve prestar seus serviços no horário prometido*), ambas pertencentes à Dimensão Confiabilidade. Entende-se que o cumprimento de horários está inserido na execução correta

do serviço e, por isso, a questão 05 foi eliminada do questionário. O dendograma gerado, então, é mostrado na Figura 29.

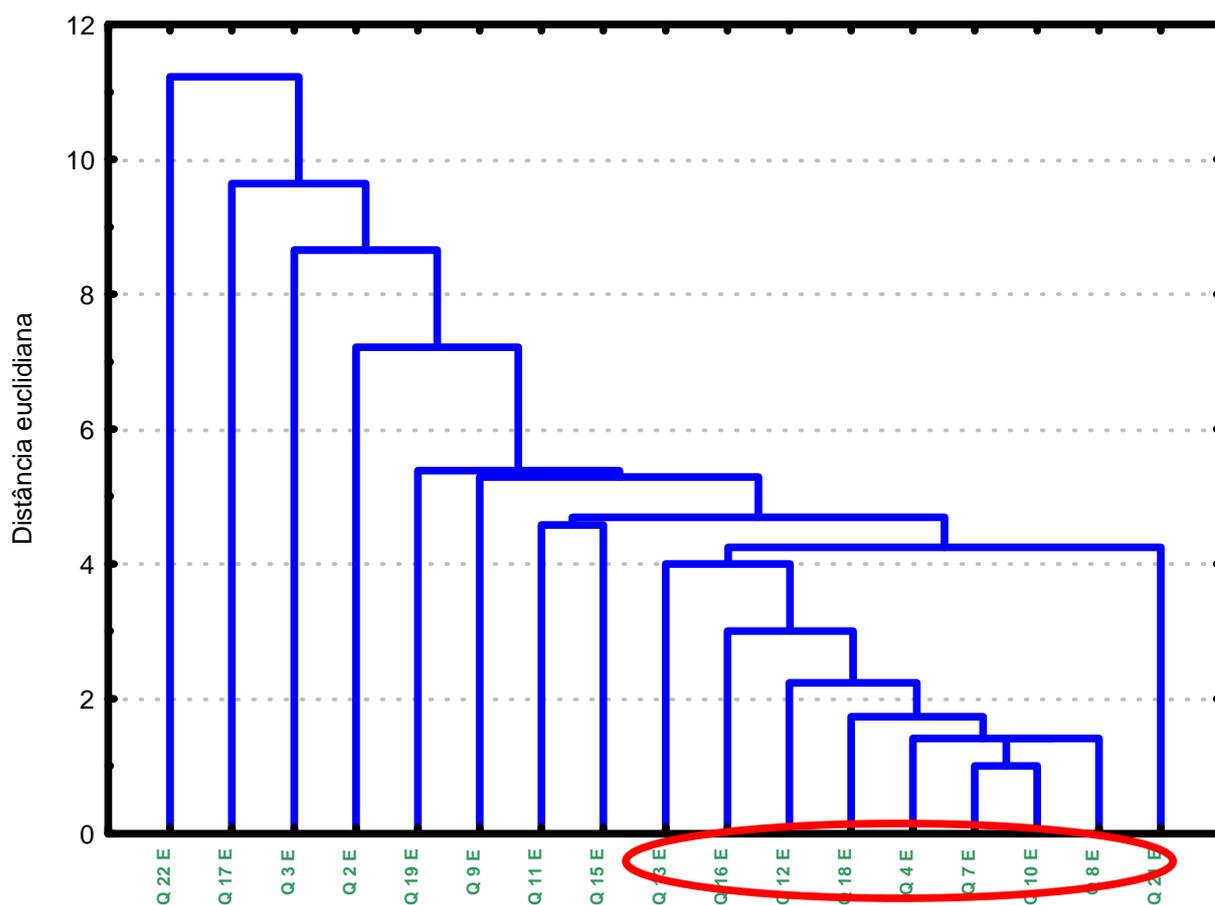


Figura 29 – Dendograma após a exclusão das questões 20, 01, 14, 06 e 05.

O *cluster* da Figura 29 contém as questões 18 e 21 pertencentes à Dimensão Empatia. Pôde-se retirar a questão 21 (*deve-se esperar que o fisioterapeuta se interesse pelo bem-estar geral do paciente*), pois ela está subentendida na questão 18 (é importante receber atenção individualizada, de acordo com as necessidades do paciente). O dendograma sem a questão 21 é mostrado na Figura 30.

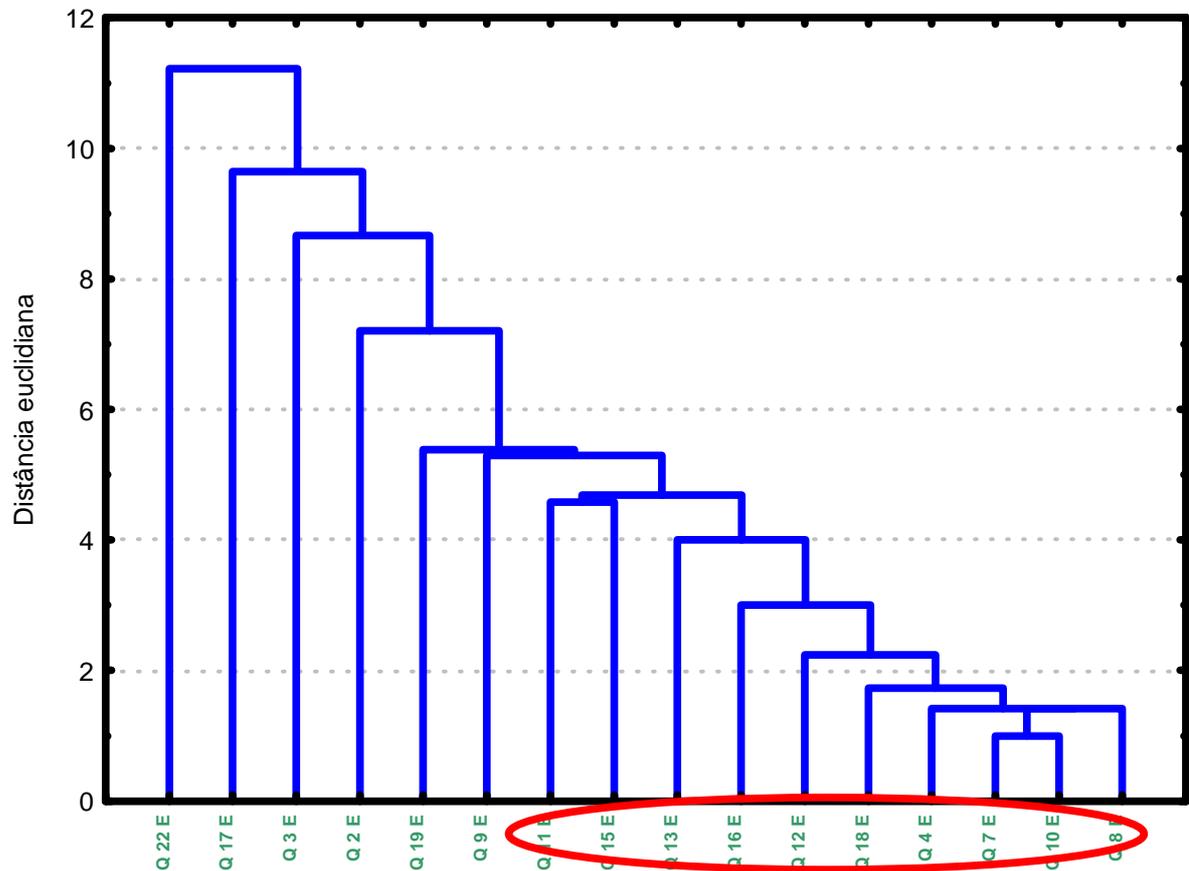


Figura 30 – Dendrograma após a retirada das questões 20, 01, 14, 06, 05 e 21.

O *cluster* da Figura 30 contém as seguintes questões da dimensão Segurança:

- 15 (*o fisioterapeuta e secretária devem executar seus serviços corretamente desde a primeira sessão*) e 07 (*o fisioterapeuta deve ser confiável*). A questão 15 pôde ser retirada pois está inserida na questão 07.
- 11 (*os dados dos pacientes devem ser confidenciais, ou seja, mantidos em sigilo*) e 10 (*o paciente deve se sentir seguro ao ser atendido*). A questão 11 pôde ser excluída pois está subentendida na questão 10, ou seja, os dados pessoais do paciente, mantidos em sigilo, conferem credibilidade e reputação à clínica, contribuindo para que o paciente se sinta seguro.

O dendrograma, após a exclusão das questões 15 e 11, é mostrado na Figura 31.

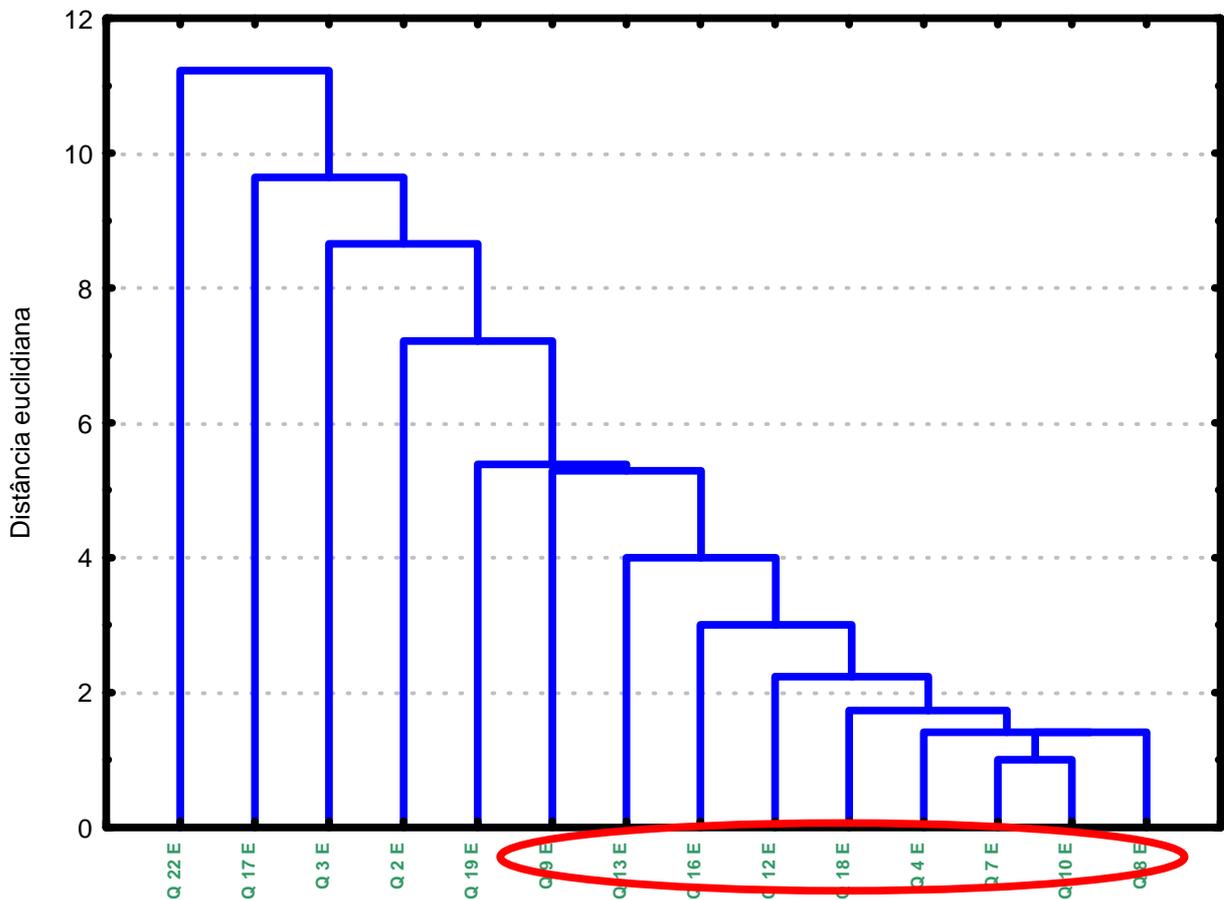


Figura 31 – Dendrograma após a exclusão das questões 20, 01, 14, 06, 05, 21, 11 e 15.

Na Figura 31, as questões 09 e 07, da dimensão Confiabilidade, foram agrupadas no mesmo *cluster*. As questões 09 (*as clínicas devem ter dados pessoais atualizados dos pacientes*) e 07 (*o fisioterapeuta deve ser confiável*) transmitem a idéia de capacidade de prestar o serviço de modo confiável e com precisão. Optou-se pela permanência da questão 09 por apresentar maior objetividade.

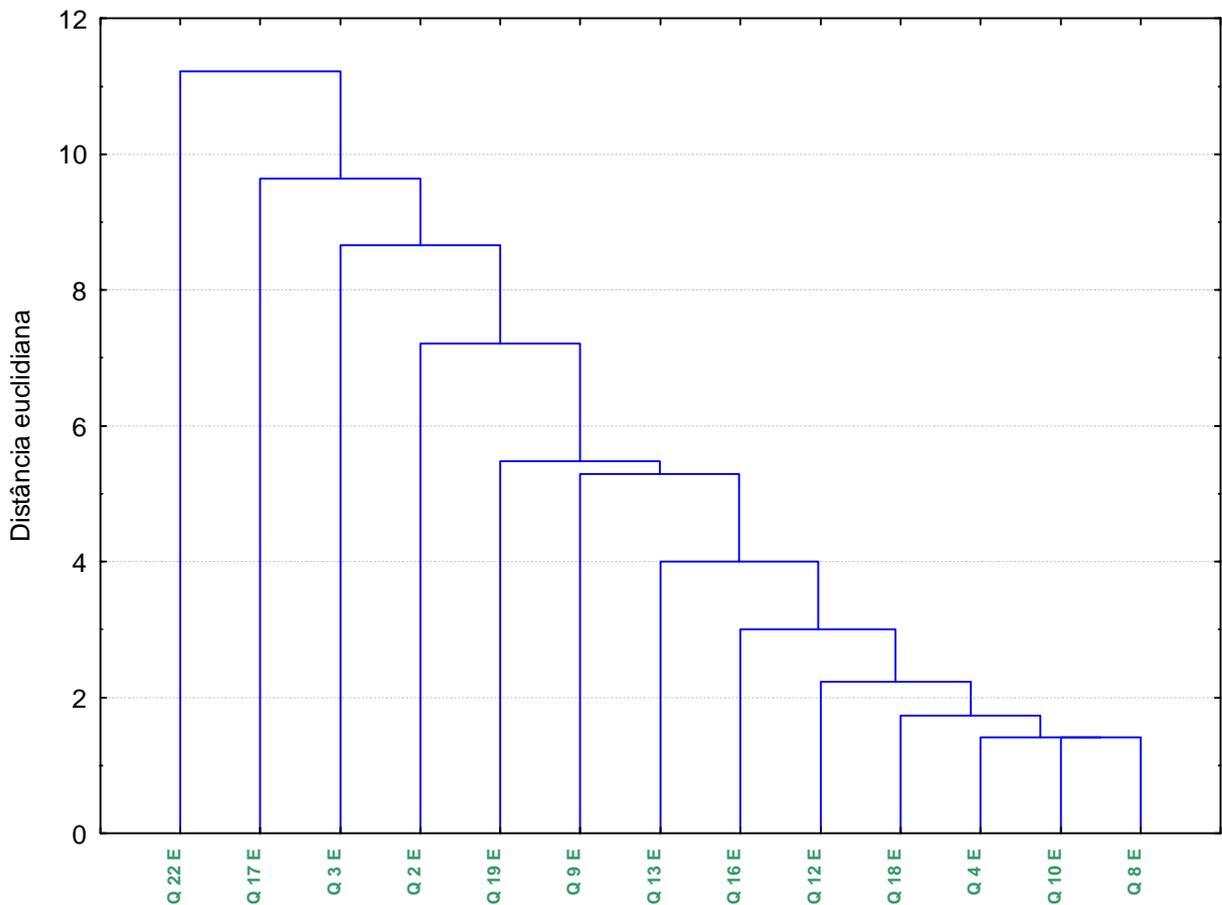


Figura 32 – Dendrograma após a retirada de nove questões: 20, 01, 14, 06, 05, 21, 11, 15 e 07.

Como mostra a Figura 32, as questões que estão em um mesmo grupo receberam avaliações muito semelhantes por parte dos clientes que participaram do estudo, pois apresentam distâncias euclidianas muito próximas. As questões, cujas distâncias euclidianas foram maiores, formaram outros grupos; isso comprova a existência de homogeneidade dentro do grupo e heterogeneidade entre os grupos.

Excluídas as variáveis de uma mesma dimensão, agrupadas num mesmo *cluster* e que remetiam a significados semelhantes e, permanecendo na análise as variáveis com distâncias euclidianas diferentes, procedeu-se à análise fatorial dessas variáveis, mostrada a seguir.

4.4 Análise Fatorial

A Análise Fatorial foi aplicada com o objetivo de comparar como se comporta o conjunto de dados quando utilizado em sua totalidade e quando reduzido através da técnica Análise de Agrupamentos. Através da geração de fatores, a Análise Fatorial possibilitou conhecer quais as variáveis mais importantes na formação da expectativa dos clientes e quanto cada fator contribuiu nessa construção. Aplicou-se, inicialmente, a Análise Fatorial nas 22 questões da Escala SERVQUAL.

Na etapa seguinte, era preciso decidir pelo número total de componentes que melhor explicam o conjunto de variáveis originais. Ao se retirar da análise os componentes que possuem pouca informação, pôde-se reduzir os dados e tornar os resultados mais fáceis de serem interpretados, sem que houvesse perda significativa de informação. Segundo Souza e Vicini (2005), existem duas formas de selecionar esses componentes:

1) Mediante os *autovalores*, pelo critério sugerido por Kaiser (1960 apud MARDIA 1979), que consiste em incluir somente aquelas componentes cujos valores próprios sejam superiores a 1. Este critério tende a incluir poucas componentes quando o número de variáveis originais é inferior a vinte e, em geral, utilizam-se aquelas componentes que conseguem sintetizar uma variância acumulada em torno de 70%.

2) Através do *método gráfico* sugerido por Cattell (1966). Este critério representa graficamente a porcentagem de variação explicada pelas componentes nas ordenadas e os autovalores em ordem decrescente nas abscissas. Quando esta porcentagem diminui e a curva passa a ser praticamente paralela ao eixo das abscissas, excluem-se as componentes que restam pois possuem pouca informação. Ou seja, este critério considera as componentes anteriores ao ponto de inflexão da curva.

O Quadro 03 apresenta os autovalores referentes ao questionário aplicado.

Quadro 03 – Autovalores e percentual de variância explicada.

Fatores	Autovalores	Variância	Autovalores	Var. explicada
		explicada (%)	acumulados	acumul. (%)
1	9,972	45,326	9,972	45,326
2	2,985	13,569	12,957	58,896
3	2,248	10,218	15,205	69,114
4	1,434	6,517	16,639	75,631
5	1,377	6,258	18,016	81,889
6	1,026	4,663	19,040	86,553
7	0,721	3,276	19,762	89,829
8	0,563	2,559	20,325	92,388
9	0,511	2,323	20,836	94,711
10	0,381	1,733	21,218	96,444
11	0,227	1,033	21,445	97,477
12	0,182	0,829	21,627	98,306
13	0,132	0,601	21,759	98,907
14	0,106	0,483	21,866	99,390
15	0,086	0,392	21,952	99,782
16	0,038	0,174	21,990	99,956
17	0,007	0,034	21,998	99,990
18	0,002	0,010	22,000	100,000

O Quadro 03 mostra os autovalores, a variância explicada, os autovalores acumulados e a variância explicada acumulada quando utilizadas as 22 questões referentes à EXPECTATIVA dos clientes. Ela mostra a formação de 18 fatores. Aplicando-se o método sugerido por Kaiser, o número de fatores a serem considerados são seis, cujos autovalores foram superiores a 1. Esses seis fatores acumulam 86,553% da variância total dos dados, ou seja, aproximadamente 86,553% das variações das medidas originais são explicadas pelos seis primeiros fatores.

A Figura 33 mostra a aplicação do segundo método, denominado Método Gráfico.

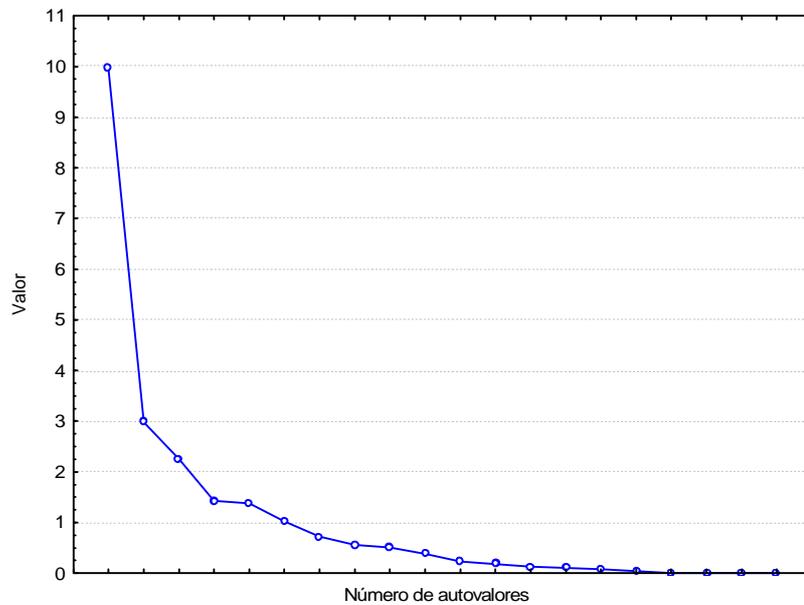


Figura 33 – Número de autovalores e seus respectivos valores.

Através do exame gráfico dos autovalores, dispostos na Figura 33, observa-se uma queda menos acentuada após o quinto fator, a partir do qual a curva se torna, praticamente, paralela ao eixo das abscissas. Assim, pelo Método Gráfico ter-se-ia que considerar cinco fatores. Por outro lado, o método sugerido por Kaiser considera seis fatores. Optou-se pela escolha de seis fatores, pois o sétimo fator tem autovalor consideravelmente distante de 1 e a sua inclusão aumentaria em apenas 3,28% a explicação da variabilidade dos dados.

O Quadro 04, mostrado na página seguinte, contém as questões pertencentes aos seis fatores considerados.

Quadro 04 – Análise fatorial envolvendo as 22 questões da Escala SERVQUAL.

Questão	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6
5	0,004	-0,048	0,878	-0,150	0,142	-0,055
21	-0,093	0,904	-0,006	-0,084	0,151	0,263
8	0,943	-0,021	0,053	0,122	0,101	0,137
14	0,407	0,746	0,113	0,060	0,239	0,148
1	0,601	0,604	-0,006	0,457	0,149	0,044
6	0,322	0,015	0,215	0,653	0,093	0,014
10	0,960	0,094	0,054	0,174	-0,001	0,050
3	-0,183	0,297	0,364	0,216	0,751	0,006
9	0,427	0,095	0,054	0,561	0,515	0,253
17	0,146	0,132	0,041	-0,036	0,400	0,804
7	0,960	0,094	0,054	0,174	-0,001	0,050
20	0,323	0,724	-0,032	0,500	0,189	0,034
22	0,075	0,406	0,245	0,012	0,100	0,725
4	0,846	0,482	0,041	0,097	0,058	0,121
15	0,312	0,128	0,880	0,061	-0,006	0,090
19	0,704	0,082	-0,021	-0,036	0,574	0,228
11	-0,188	-0,057	0,756	0,414	0,018	0,254
18	0,725	0,152	0,005	0,605	0,090	-0,052
16	0,485	0,144	0,055	0,717	0,212	0,039
12	0,698	-0,057	0,035	0,376	0,219	0,209
2	0,226	0,264	-0,054	0,136	0,813	0,282
13	0,481	0,218	0,035	0,436	-0,027	0,637

Na composição de cada fator, mostrado no Quadro 04, foram aceitas as questões cujos fatores são significativos nos valores maiores que 0,7. Das 22 questões, cinco delas não entraram na composição dos fatores, quais seja: 01, 06, 09, 12 e 13. A Tabela 01 reagrupa as questões segundo a composição de cada fator e não mais de acordo com as dimensões da Escala SERVQUAL.

Tabela 01 - Classificação das questões de acordo com a análise fatorial.

Fator	Variância Explicada (%)	Questão	Dimensão	Significado	Remetem à idéia de
1	45,33	8	Segurança	a secretária deve passar informações precisas	Segurança
		10	Segurança	o paciente deve sentir-se seguro ao ser atendido pelo fisioterapeuta	
		7	Confiabilidade	o fisioterapeuta deve ser confiável	
		4	Tangíveis	o local de trabalho e os aparelhos devem estar limpos e organizados	
		19	Segurança	o fisioterapeuta deve explicar cada etapa do tratamento	
		18	Empatia	é importante receber atenção individualizada, de acordo com suas necessidades	
2	13,57	21	Empatia	o fisioterapeuta deve interessar-se pelo bem-estar geral do paciente	Empenho
		14	Confiabilidade	a fisioterapia deve ser realizada conforme prometido	
		20	Empatia	o fisioterapeuta deve ser atencioso com o paciente	
3	10,22	5	Confiabilidade	a clínica deve prestar seus serviços no horário prometido	Responsabilidade
		15	Confiabilidade	o fisioterapeuta e secretária devem executar seus serviços corretamente desde a primeira sessão	
		11	Sensibilidade	os dados dos pacientes devem ser confidenciais, ou seja, mantidos em sigilo	
4	6,52	16	Sensibilidade	a secretária deve ser gentil e prestativa	Dedicação
5	6,26	3	Tangíveis	o fisioterapeuta e funcionários da clínica devem estar bem vestidos e ter boa aparência	Harmonia
		2	Tangíveis	as instalações físicas devem ser bonitas e agradáveis	
6	4,66	17	Segurança	o fisioterapeuta deve explicar a doença ao paciente	Consideração pelo cliente
		22	Sensibilidade	o fisioterapeuta deve oferecer horários convenientes ao paciente	

Conforme mostra a Tabela 01, o **Fator 1** explica 45,33% da variabilidade da Escala SERVQUAL, é formado pelas questões 8, 10, 7, 4, 19 e 18 que, em conjunto, remetem à idéia de segurança. É importante salientar que quatro dimensões, das cinco que compõem a Escala SERVQUAL, estão presentes na composição do **Fator 1**, denotando sua abrangência e representatividade.

O **Fator 2** é responsável pela explicação de 13,57% da variabilidade da Escala e é composto pelas questões 21, 14 e 20 que, juntas, transmitem a idéia de empenho. Assim, das 22 questões integrantes da Escala SERVQUAL, 17 questões foram agrupadas em seis fatores pela Análise Fatorial, compreendendo aspectos de segurança, empenho, responsabilidade,

dedicação, harmonia e consideração pelo cliente. Esses seis fatores respondem por 86,553% da variabilidade total dos dados.

Cabe ressaltar que os resultados apresentados na Figura 19, na qual a dimensão Segurança foi considerada a mais importante na composição da qualidade do serviço, estão de acordo com os resultados mostrados na Tabela 01, quanto ao Fator 1. Através de técnicas estatísticas diferentes, ou seja, Estatística Descritiva na Figura 19 e Análise Fatorial na Tabela 01, a dimensão Segurança mostrou-se fundamental para os clientes de Fisioterapia. Tal dimensão merece receber o devido valor, por parte dos profissionais de saúde em geral, uma vez que a avaliação de qualidade desses serviços é influenciada, fortemente, pelo quanto de segurança os profissionais transmitem a seus clientes.

Com o objetivo de determinar a representatividade da Escala SERVQUAL reduzida – depois da retirada de nove questões pela Análise de Agrupamentos - foi aplicada a Análise Fatorial às questões remanescentes. O Quadro 05 mostra os fatores gerados com essas 13 questões.

Quadro 05 – Autovalores e percentual de variância explicada.

Fatores	Autovalores	Variância	Autovalores	Var. explic.
		explicada (%)	acumulados	acumulada (%)
1	6,982	53,706	6,982	53,706
2	2,119	16,303	9,101	70,009
3	1,157	8,903	10,259	78,912
4	0,821	6,316	11,080	85,228
5	0,582	4,480	11,662	89,708
6	0,384	2,950	12,046	92,659
7	0,294	2,264	12,340	94,922
8	0,216	1,664	12,556	96,586
9	0,195	1,496	12,751	98,082
10	0,129	0,993	12,880	99,075
11	0,072	0,553	12,952	99,629
12	0,046	0,355	12,998	99,984
13	0,002	0,016	13,000	100,000

Adotando como critério, para determinação do número de fatores, o critério sugerido por Mardia (1979 apud SOUZA e VICINI, 2005), que consiste em incluir somente aqueles

componentes cujos valores próprios sejam superiores a 1, o Quadro 05 mostra a formação de três fatores, a partir das treze questões selecionadas pela Análise de Agrupamentos. O **Fator 1** apresenta variância explicada de 53,706%, superior à variância do **Fator 1** do questionário completo que foi de 45,326%, conforme mostra o Quadro 03. Quanto à variância explicada acumulada, as questões selecionadas pela Análise de Agrupamentos apresentam 78,912%, ou seja, as treze questões selecionadas explicam 78,912% das variações das medidas originais. Esse valor é, ligeiramente, inferior ao obtido com as 17 questões anteriores (86,553%), mostrando que o questionário original se apresenta redundante. Houve uma diminuição de apenas 8,828% na variância total entre a Escala original e a reduzida. Assim, a síntese promovida na Escala SERVQUAL pela Análise de Agrupamentos foi aceita, pois a Análise Fatorial revelou que, com a retirada de nove questões da Escala, a mesma ainda apresentava 78,912% de representação do real. Segundo Pereira (2001), não há valor crítico para essa representação do real e, embora seja desejável algo superior a, pelo menos 60%, é o pesquisador que deve ajuizar se vale a pena a síntese provida por essa redução de dimensionalidade ou se deve preferir a abordagem exaustiva de considerar todas as variáveis.

O Quadro 06 mostra as questões pertencentes aos quatro fatores.

Quadro 06 – Questões componentes dos três fatores.

Questões	Fator 1	Fator 2	Fator 3
8	0,927	-0,019	0,177
3	-0,093	0,894	0,138
9	0,603	0,613	0,205
17	0,134	0,321	0,786
7	0,942	-0,049	0,134
22	0,062	0,151	0,873
4	0,834	0,040	0,318
19	0,622	0,372	0,382
18	0,894	0,239	-0,050
16	0,735	0,443	-0,058
12	0,822	0,208	0,119
2	0,257	0,739	0,420
13	0,620	0,087	0,586

Das 13 questões, apenas três (as questões 09, 19 e 13) não entraram na composição dos três fatores. A Tabela 02 reagrupa as dez questões de acordo com a composição de cada fator.

Tabela 02 - Classificação das questões selecionadas pela Análise de Agrupamentos após aplicação da Análise Fatorial

Fator	Variância Explicada (%)	Questão	Dimensão	Significado	Remetem à idéia de
1	53,706	8	Segurança	a secretária deve passar informações precisas	Segurança
		7	Confiabilidade	o fisioterapeuta deve ser confiável	
		4	Tangíveis	o local de trabalho e os aparelhos devem estar limpos e organizados	
		18	Empatia	é importante receber atenção individualizada, de acordo com suas necessidades	
		16	Sensibilidade	a secretária deve ser gentil e prestativa	
		12	Sensibilidade	o fisioterapeuta deve utilizar linguagem clara e acessível para se comunicar com o paciente	
2	16,303	3	Tangíveis	o fisioterapeuta e os funcionários da clínica devem estar bem vestidos e ter boa aparência	Harmonia
		2	Tangíveis	as instalações físicas devem ser bonitas e agradáveis	
3	8,903	17	Segurança	o fisioterapeuta deve explicar a doença ao paciente	Consideração pelo cliente
		22	Sensibilidade	o fisioterapeuta deve oferecer horários convenientes ao paciente	

A composição dos três fatores da escala reduzida assemelha-se à composição dos seis fatores da escala original: o Fator 1 da escala original é formado pelas questões 8, 10, 7, 4, 19 e 18. Dessas, apenas as questões 10 e 19 não foram incluídas no Fator 1 da escala reduzida, sendo substituídas pelas questões 16 e 12. Além disso, o Fator 1 da escala reduzida, composto por seis questões, abrange todas as dimensões da Escala SERVQUAL, o que mostra a sua consistência e representatividade.

Os demais fatores da escala reduzida são compostos pelas mesmas questões dos fatores originais, só em número reduzido de questões. Isso mostra que, das 22 questões iniciais, pode-se passar a utilizar as 13 questões selecionadas pela Análise de Agrupamentos, havendo, dessa forma, uma redução de dimensionalidade com perda de explicação de, aproximadamente, 9%.

Com base em algumas observações feitas pelos respondentes do questionário quanto a alguns termos utilizados nas perguntas e, devido à pertinência das mesmas, optou-se pela

substituição de algumas palavras ou frases por outras mais adequadas. Assim, o questionário, sugerido pela Análise de Agrupamentos e Análise Fatorial, foi reformulado e apresenta a seguinte configuração:

Questão	Dimensão	Significado
01	Segurança	A secretária deve passar informações precisas.
02	Segurança	Os dados dos clientes devem ser confidenciais, ou seja, mantidos em sigilo.
03	Segurança	O fisioterapeuta deve explicar cada etapa do trabalho.
04	Segurança	O fisioterapeuta deve explicar a enfermidade ao cliente.
05	Segurança	O fisioterapeuta deve utilizar linguagem clara e acessível para se comunicar com o cliente.
06	Sensibilidade	O fisioterapeuta deve ter conhecimento para responder as dúvidas do cliente.
07	Sensibilidade	O fisioterapeuta deve oferecer horários convenientes ao cliente.
08	Confiabilidade	O fisioterapeuta deve ser confiável.
09	Confiabilidade	O fisioterapeuta e a secretária devem executar seus serviços corretamente desde a primeira sessão.
10	Tangíveis	O fisioterapeuta e funcionários da clínica devem vestir-se adequadamente.
11	Tangíveis	As instalações físicas devem ser agradáveis.
12	Tangíveis	O local de trabalho e os aparelhos devem estar limpos e organizados.
13	Empatia	Você deve receber atenção individualizada, de acordo com as suas necessidades.

Quadro 07 – Sugestão de questionário baseado na Escala SERVQUAL.

5 CONCLUSÕES

Os resultados, anteriormente apresentados, permitem concluir que:

1) O instrumento SERVQUAL possibilita comparar as expectativas e percepções sobre a prestação de serviços fisioterápicos. Nesse sentido, das 22 questões que compunham a Escala, em 12 delas a percepção de qualidade foi superior às expectativas. Três questões apresentaram médias muito parecidas entre as expectativas e percepções e, em sete questões, as expectativas foram superiores às percepções.

2) As questões deficientes referem-se às seguintes dimensões:

- **Empatia:** 18 (*você recebe atenção individualizada, de acordo com as suas necessidades*), 20 (*o fisioterapeuta é atencioso com o paciente*) e 21 (*o fisioterapeuta interessa-se pelo bem-estar geral do paciente*).

- **Segurança:** 08 (*a secretária passa informações precisas sobre o preço da sessão, datas e horários disponíveis, roupa adequada para a sessão de fisioterapia*) e 19 (*o fisioterapeuta dá explicações sobre cada etapa do tratamento*).

- **Tangíveis:** 01 (*o fisioterapeuta possui equipamentos em ótimas condições*) e 04 (*o local de trabalho e os aparelhos estão limpos e organizados*).

3) A dimensão Segurança mostrou-se a mais importante no julgamento dos clientes participantes do estudo.

4) A aplicação de Estatística Multivariada mostrou a presença de questões redundantes no questionário SERVQUAL adaptado ao estudo de caso, o que permitiu a retirada de algumas questões mediante critérios de exclusão. Assim, nove questões foram eliminadas do questionário, acarretando uma diminuição de apenas 8,828% na variância total entre o questionário aplicado e o reduzido.

5) Sugere-se, então, que futuras pesquisas adotem o questionário mais enxuto, sugerido na página 91, o qual é composto por treze questões, ao invés das vinte e duas

utilizadas no presente estudo. A adoção do questionário reduzido proporcionará maior confiabilidade do respondente na pesquisa, pois, não haverá questões transmitindo o mesmo grau de informação ao cliente. Além disso, como as questões da Escala SERVQUAL estão estruturadas aos pares, a retirada de nove questões referentes à expectativa implica a retirada das respectivas questões referentes à percepção. Assim, o total das questões a ser respondidas no questionário mais enxuto será de vinte e seis questões, sendo que o questionário aplicado nesse estudo de caso continha quarenta e quatro. Com isso, dar-se-á maior agilidade à coleta de dados, sem que haja, contudo, perda na abrangência e confiabilidade do instrumento.

A avaliação da qualidade de serviços de Fisioterapia, mediante a Escala SERVQUAL, mostra-se adequada e importante, pois, quando se mede a qualidade de um serviço sob a ótica do cliente, tem-se a possibilidade de aumentar a satisfação desse mesmo cliente, assim que as falhas por ele apontadas sejam corrigidas. Nesse aspecto, as questões cujas expectativas foram superiores às percepções merecem atenção por parte da clínica constituinte do caso, tendo em vista a melhoria dos serviços.

Em vista dos resultados obtidos, sugere-se, então, uma maior atenção à dimensão Empatia, cujas questões evidenciam que os clientes desejam ser atendidos por profissionais interessados em seu bem-estar geral, dispostos a ouvi-los e a dar-lhes atenção personalizada. Os clientes esperam ser atendidos por profissionais sensíveis às suas dificuldades e esforçados para entender e atender às suas necessidades. Um exemplo de empatia é a seguinte situação: quando um cliente comunica que não poderá comparecer à sessão previamente agendada, o profissional, prontamente, oferece-lhe outras opções de horário para que ele possa cumprir o plano de tratamento pré-estabelecido. Se o profissional agir com empenho como se o problema fosse seu e não de um cliente, as expectativas do cliente, quanto ao atendimento, serão excedidas e o serviço poderá ser considerado com qualidade surpreendente.

Quanto à dimensão Segurança, as questões 08 e 19 receberam avaliação de qualidade inaceitável, ou seja, expectativas não atendidas. Sugere-se que as informações repassadas pela secretária, quando por telefone, sejam mais detalhadas e, quando pessoalmente, sejam acompanhadas de instruções por escrito. Sugere-se, também, que os fisioterapeutas mantenham com a secretária uma via de comunicação efetiva que lhe proporcione conhecimentos sobre o método para que os mesmos possam ser repassados com segurança aos clientes. Quanto à questão 19, sugere-se que os fisioterapeutas expliquem ao cliente as diferentes etapas do plano de tratamento, com o propósito de conseguir sua efetiva adesão ao trabalho e como forma de diminuir sua ansiedade.

Quanto à dimensão Tangíveis, é imprescindível que os equipamentos estejam sempre limpos, organizados, livres de ruídos ou imperfeições. Além disso, tendo em vista que clínicas de Fisioterapia são estabelecimentos de saúde, seu ambiente deve primar pela limpeza e correta assepsia dos equipamentos.

Por fim, salienta-se que as falhas apontadas com a realização do presente trabalho só serão sanadas se toda a equipe estiver engajada e comprometida com a melhoria dos serviços. Nesse sentido, sugere-se que sejam feitas reuniões periódicas entre a equipe da clínica para que as falhas sejam discutidas e traçados planos de ação que possibilitem a sua correção no momento da ocorrência. Só com a participação de todos os membros da clínica é que a totalidade das expectativas poderá ser excedida ou, em outras palavras, somente quando a Qualidade Total estiver presente em toda a organização.

A contribuição deste trabalho para a Engenharia de Produção consiste na aplicação da ferramenta SERVQUAL, amplamente difundida na literatura sobre serviços, num serviço de saúde como é o caso da clínica de Fisioterapia constituinte do caso. Além disso, este trabalho propôs um questionário com menor número de questões, sem perda significativa em sua abrangência. Não restrito à área da saúde, outros segmentos do setor de serviços poderão se beneficiar da versão mais enxuta da ferramenta SERVQUAL e facilitar suas pesquisas. Além disso, o tema pesquisado também é de substancial relevância para a Fisioterapia, uma vez que possibilita conhecer um pouco mais a respeito de como os clientes definem qualidade. Assim, pesquisas, nessa área, têm importância tanto para os profissionais da saúde como para a Engenharia de Produção.

5.1 Perspectiva para trabalhos futuros

A primeira possibilidade futura é repetir a pesquisa em outros segmentos de atuação da Fisioterapia, além da Ortopedia e Traumatologia. A segunda possibilidade é aplicar o questionário a clientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde, para conhecer suas expectativas e verificar se diferem das expectativas de clientes particulares. Paralelamente às necessidades por pesquisa na área de qualidade de serviços e satisfação de clientes externos, também existe uma demanda pela pesquisa em serviços internos, ou seja, com os prestadores de serviço. Assim, pode-se sugerir um terceiro tema para pesquisas futuras: aplicar o

questionário a fisioterapeutas para conhecer o que é qualidade no entender desses profissionais e comparar estes resultados com as expectativas de seus clientes.

Por fim, a existência de outros modelos, propostos na literatura para avaliar a qualidade em serviços, configura-se em mais uma possibilidade de pesquisa, uma vez que diferentes modelos podem ser aplicados ao segmento de saúde para se descobrir qual modelo é o mais apropriado.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBRECHT, K.; BRADFORD, L. J. **Serviços com qualidade: a vantagem competitiva.** São Paulo: Makron Books, 1992.

ALGARTE, W.; QUINTANILHA, D. **A história da qualidade e o Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade.** Rio de Janeiro: Inmtro/Senai, 2000.

BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade.** 3. ed. São Paulo: Maltese, 1995.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia.** 6. ed. Belo Horizonte: EDG, 1998.

CARVALHO, M. M. de.; PALADINI E. P. **Gestão da Qualidade: teoria e casos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHOI, K.; CHO, W.; LEE, S.; LEE, H.; KIM, C. The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health provider choice: a south Korean study. **Journal of Business Research**, v. 57, p. 913-921, 2004.

CHURCHILL, G. A. **Marketing: criando valor para os clientes.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

COELHO, C. D. A. **Avaliação da qualidade percebida em serviços: aplicação em um colégio privado de ensino fundamental e médio.** 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CORREA, H. L.; CAON, M. **Gestão de serviços:** lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 2002.

CHRISTOPHER, L. **Serviços:** marketing e gestão. São Paulo: Saraiva, 2001.

CROSBY, P. B. **Qualidade:** é investimento. 6. ed., Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.

DEMING, W. Edward. **Qualidade:** a Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

ELEUTÉRIO, S. A. V.; SOUZA, M. C. A. F. Qualidade na prestação de serviços: uma avaliação com clientes internos. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 09, n. 3, julho/setembro 2002.

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da Qualidade Total.** v.1-4, São Paulo: Makron Books, 1994.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços:** operações, estratégia e tecnologia de informação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços:** operações, estratégia e tecnologia de informação. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

GEMMEL, P.; DE MAN, S.; VLERICK, P.; RIJK, P. V.; DIERCKX, R. Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. **European Journal of nuclear medicine and molecular imaging**, v. 29, n.9, p. 1109-17, 2002.

GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços:** operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GILBERT, D.; WONG, R. K. C. Passenger expectations and airline services: a Hong Kong based study. **Tourism Management**. v. 24, p. 519–532, 2003.

GIMENES, F. M. P.; GIMENES, R. M. T.; ONAZO, M. A. U. Os processos de integração econômica sob a ótica da análise estatística de agrupamento. **Rev. FAE**, v.7, n.2, p.23-32, Curitiba, 2004.

GODOY, L. P.; ZENCKNER, C. L.; ANSUI, A. P. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. In: XXV ENCONTRO NAC. DE ENG. DE PRODUÇÃO, v. 4, p. 1739-1746, Porto Alegre, 2005.

GRÖNROOS, C. A. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.

GRÖNROOS, C. A. **Marketing - gerenciamento e serviços**: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

GRÖNROOS, C. **Marketing - gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

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

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Anual de Serviços**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 19 jun 2006.

ISO/CD8402. **Quality Concepts and Terminology** - Part One: Generic Terms and Definition, International Standards Organization, 1990.

JOHNSTON, R.; CLARK, R. **Administração de operações de serviço**. São Paulo: Atlas, 2002.

JURAN, J. M. **Planejando para a Qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1992.

KARATEPE, O. M.; YAVA U.; BABAKUS E. Measuring service quality of banks: scale development and validation. **Journal of Retailing and Consumer Services**, v. 12, n. 5, p. 373-838, 2005.

KERLINGER, F. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**: um tratamento conceitual. São Paulo: EDUSP, 1980.

KOTLER, P. **Administração, Gerenciamento e Controle de Marketing**: Administração de Empresas de Serviços e de Serviços Auxiliares. Editora Atlas, 1994.

KOTLER, P. **Marketing para o século XXI**: como criar, conquistar e dominar mercados. 11. ed. São Paulo: Futura, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços**: conceitos, exercícios, casos práticos. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LOURES, C. A. S. **Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços**: casos de hospitais brasileiros. 2003. 219f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços**: marketing e gestão. São Paulo: Saraiva, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, E. D. A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MELLO, M. S. R.; PEREIRA, M. A. C.; ARAÚJO, A. I. G.; SILVA, M. T. Aplicação do SERVQUAL em escolas de idiomas. In: **XXII ENEGEP**, 2002.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Manole, 1995.

MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**, vol. 14, n. 1, 2004.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, DA INDÚSTRIA E COMÉRCIO EXTERIOR. Secretaria do Desenvolvimento da Produção. Anuário Estatístico 2005. Disponível em: <http://www.desenvolvimento.gov.br/arquivo/indestatistica/anuestatistico/indgerais.xls>. Acesso em: 19 jun. 2006.

MIRSHAWKA, V. **Hospital**: fui bem atendido, a vez do Brasil. São Paulo: Makron Books, 1994.

OLIVEIRA, O. J. (Org.). Gestão da qualidade: introdução à história e fundamentos. In: **Gestão da qualidade** – tópicos avançados. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

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

PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços.** São Paulo: Atlas, 1995.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 3, p. 41-50, 1985.

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. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. **Journal of Retailing**, New York: School of Retailing, New York University, v.70, n. 3, p. 201-230, 1994.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: Edusp, 2001.

REGAZZI, A. J. **INF 766 – Análise multivariada.** Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas. Departamento de Informática, 2001. 166p. Apostila de disciplina.

REIS, I. C. S. **A escala SERVQUAL modificada:** avaliação da qualidade percebida do serviço de lazer oferecido por um complexo poliesportivo num parque florestal. 2001. 141f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

RIBEIRO, J. I. J. **Análises estatísticas no SAEG.** Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2001.

RICCI, S. M. **Qualidade total no ensino superior: estudo de caso na UNIMEO/CTESOP de Assis Chateaubriand-PR.** 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RUST, R. T.; ZEITHAML, V.; LEMON, K. N. **O valor do cliente: o modelo que está reformulando a estratégia corporativa.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

SANTOS, N. S. **Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente.** 2004. 123f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SOUZA, A. M. **Modelo para gestão de processos em empresas de serviços: aplicação em uma empresa de condomínios.** 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SOUZA, A. M.; VICINI, L. **Análise multivariada da teoria à prática.** Santa Maria: UFSM, 2005.

TRIVINÕS, A. N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas.** São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-55, out./dez. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses: MDT.** 6. ed. Santa Maria: ed. da UFSM, 2005.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO A – A ferramenta SERVQUAL

Parte A: esta pesquisa aborda sua opinião sobre os serviços de _____. Por favor, indique o grau que você acha que as empresas de serviços de _____ deveriam apresentar das características descritas em cada enunciado. Faça isso assinalando um dos sete números após cada enunciado. Se você concorda plenamente que essas empresas deveriam ter determinada característica, circule o número 7. Se você discorda totalmente de que essas empresas deveriam possuir essa característica, circule o número 1. Em situações intermediárias, assinale um número entre 2 e 6, de acordo com seu grau de concordância com o enunciado. Não há respostas certas ou erradas – estamos interessados no número que melhor representa suas expectativas sobre as empresas que oferecem serviços de _____.

E1 As empresas devem possuir equipamentos modernos.

E2 Suas instalações físicas devem ser visualmente atraentes.

E3 Seus funcionários devem estar bem vestidos e ter boa aparência.

E4 A aparência das instalações físicas dessas empresas deve ser mantida de acordo com o tipo de serviço oferecido.

E5 Quando essas empresas se comprometem a fazer algo em um prazo determinado, devem cumprí-lo.

E6 Quando os clientes enfrentam problemas, essas empresas devem ser solidárias e prestativas.

E7 Essas empresas devem ser confiáveis.

E8 As empresas devem fornecer seus serviços no prazo prometido.

E9 As empresas devem manter seus registros atualizados.

E10 Não se deve esperar que as empresas comuniquem aos clientes exatamente quando os quando os serviços serão concluídos.

E11 Não é realista os clientes esperarem serviço imediato dos funcionários dessas empresas.

E12 Seus funcionários nem sempre precisam estar dispostos a ajudar os clientes.

E13 Não há problema se os funcionários estiverem muito ocupados para responder prontamente às solicitações dos clientes.

E14 Os clientes devem ser capazes de confiar nos funcionários dessas empresas.'

E15 Os clientes devem ser capazes de se sentir seguros em suas transações com os funcionários dessas empresas.

E16 Seus funcionários devem ser gentis.

E17 Seus funcionários devem receber o apoio adequado de suas empresas para bem executar as suas tarefas.

E18 Não deve ser esperado que essas empresas dêem atenção individual aos clientes.

E19 Não se pode esperar que os funcionários dessas empresas dêem atenção personalizada aos clientes.

E20 Não é realista esperar que os funcionários saibam quais são as necessidades de seus clientes.

E21 Não é realista esperar que essas empresas estejam profundamente interessadas no bem-estar do cliente.

E22 Não se deveria esperar que essas empresas operassem em horários convenientes para todos os seus clientes.

Parte B: os enunciados a seguir relacionam-se às suas impressões sobre a empresa XYZ. Para cada enunciado, por favor diga em que grau você acredita que a empresa XYZ tenha a característica descrita pelo enunciado. Novamente, um círculo no 7 significa que você concorda inteiramente que a empresa XYZ apresenta aquela característica, e um círculo no 1 significa que você discorda totalmente. Você pode circular qualquer um dos números intermediários que indique o seu grau de concordância. Não há respostas certas ou erradas – estamos interessados apenas no número que melhor represente suas percepções sobre a empresa XYZ.

P1 A XYZ possui equipamentos modernos.

P2 As instalações físicas da XYZ são visualmente atraentes.

P3 Os funcionários da XYZ vestem-se bem e têm boa aparência.

P4 A aparência das instalações físicas da XYZ está de acordo com o tipo de serviço oferecido.

P5 Quando a XYZ compromete-se a fazer algo em um determinado prazo, ela o cumpre.

P6 Quando você tem problemas, a XYZ é solidária e prestativa.

P7 A XYZ é confiável.

P8 A XYZ fornece seus serviços no prazo prometido.

P9 A XYZ mantém seus registros atualizados.

P10 A XYZ não comunica aos clientes exatamente quando os serviços estarão concluídos.

P11 Você não é atendido imediatamente pelos funcionários da XYZ.

P12 Os funcionários da XYZ nem sempre estão dispostos a ajudar os clientes.

P13 Os funcionários da XYZ são muito ocupados para responder prontamente às solicitações dos clientes.

P14 Você pode confiar nos funcionários da XYZ.

P15 Você sente-se seguro em suas transações com os funcionários da XYZ.

P16 Os funcionários da XYZ são gentis.

P17 Os funcionários recebem apoio adequado da XYZ para bem executar suas tarefas.

P18 A XYZ não dá a você atenção individual.

P19 Os funcionários da XYZ não dão a você atenção personalizada.

P20 Os funcionários da XYZ não sabem quais são as suas necessidades.

P21 A XYZ não está profundamente interessada no seu bem-estar.

P22 A XYZ não opera em horários convenientes para todos os seus clientes.

Fonte: Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2005.

ANEXO B – MODELO DE QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA

Este questionário tem por finalidade conhecer sua opinião sobre a qualidade na prestação de serviços de Fisioterapia. Ele é formado por cinco partes, sendo que na primeira é avaliada a sua **expectativa** quanto ao serviço de Fisioterapia (como você gostaria que o serviço fosse executado) e na segunda parte é avaliado **como esse serviço foi executado**. Na terceira parte solicitam-se alguns dados de identificação, na quarta parte tem-se uma pesquisa de satisfação e na última parte uma avaliação dos aspectos da qualidade. Solicitamos a você que responda a **TODAS** as questões com atenção, reproduzindo suas opiniões com a máxima fidelidade. As avaliações serão mantidas sob sigilo e sua identidade não será divulgada.

1ª PARTE - AVALIAÇÃO DA EXPECTATIVA SOBRE O SERVIÇO

Por favor, indique o grau que você acha que os Fisioterapeutas deveriam apresentar das características descritas em cada questão. Faça isso assinalando um dos sete números após cada enunciado. Se você **concorda plenamente** que os Fisioterapeutas deveriam ter determinada característica, circule o **número 7**. Se você **discorda totalmente** de que os Fisioterapeutas deveriam possuir essa característica, circule o **número 1**. Em situações intermediárias, assinale um número entre 2 e 6, de acordo com seu grau de concordância com o enunciado. Não há respostas certas ou erradas – estamos interessados no número que melhor representa suas expectativas sobre o trabalho de seu Fisioterapeuta.

Questões sobre a <i>expectativa</i> do serviço	1 = discordo totalmente 7 = concordo totalmente 2 a 6 = situações intermediárias
5 – A clínica deve prestar seus serviços no horário prometido.	1 2 3 4 5 6 7
21 – Deve-se esperar que o fisioterapeuta se interesse pelo bem-estar geral do paciente.	1 2 3 4 5 6 7
8 – A secretária deve passar informações precisas sobre o preço da sessão, datas e horários disponíveis, roupa adequada para a sessão de fisioterapia).	1 2 3 4 5 6 7
14 – A fisioterapia deve ser realizada conforme prometido.	1 2 3 4 5 6 7
1 – O fisioterapeuta deve utilizar equipamentos em ótimas condições.	1 2 3 4 5 6 7
6 – O fisioterapeuta deve ser compreensivo com as dificuldades apresentadas pelo paciente.	1 2 3 4 5 6 7
10 – O paciente deve se sentir seguro ao ser atendido pelo fisioterapeuta.	1 2 3 4 5 6 7
3 – O fisioterapeuta e funcionários da clínica devem estar bem vestidos e ter boa aparência.	1 2 3 4 5 6 7
9 – As clínicas devem ter dados pessoais atualizados dos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
17 – O fisioterapeuta deve explicar a doença ao paciente.	1 2 3 4 5 6 7
7 – O fisioterapeuta deve ser confiável.	1 2 3 4 5 6 7
20 – O fisioterapeuta deve ser atencioso com o paciente.	1 2 3 4 5 6 7
22 – O fisioterapeuta deve oferecer horários convenientes ao paciente.	1 2 3 4 5 6 7
4 – O local de trabalho e os aparelhos devem estar limpos e organizados.	1 2 3 4 5 6 7

15 – O(s) fisioterapeuta(s) e secretária devem executar seus serviços corretamente desde a primeira sessão.	1	2	3	4	5	6	7
19 – O fisioterapeuta deve explicar ao paciente cada etapa do tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
11 – Os dados dos pacientes devem ser confidenciais, ou seja, mantidos em sigilo.	1	2	3	4	5	6	7
18 – É importante receber atenção individualizada, de acordo com as necessidades do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
16 – A secretária deve ser gentil e prestativa.	1	2	3	4	5	6	7
12 – O fisioterapeuta deve utilizar linguagem clara e acessível para se comunicar com o paciente.	1	2	3	4	5	6	7
2 – As instalações físicas devem ser bonitas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6	7
13 – O fisioterapeuta deve ter conhecimento para responder as dúvidas do paciente.	1	2	3	4	5	6	7

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DA **PRESTAÇÃO DO SERVIÇO**

As questões a seguir relacionam-se às suas impressões sobre o serviço de Fisioterapia que você recebeu. Para cada enunciado, por favor diga em que grau você acredita que o seu fisioterapeuta ou a clínica tenham a característica descrita pelo enunciado. Novamente, um círculo no 7 significa que você concorda inteiramente que o fisioterapeuta ou a clínica apresentam aquela característica, e um círculo no 1 significa que você discorda totalmente. Você pode circular qualquer um dos números intermediários que indique o seu grau de concordância.

Questões sobre o serviço <i>recebido</i>	1 = discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 = concordo totalmente
5 – A clínica presta seus serviços no horário prometido.	1	2	3	4	5	6	7
21 – O fisioterapeuta se interessa profundamente pelo seu bem-estar geral.	1	2	3	4	5	6	7
8 – A secretária passa informações precisas sobre o preço da sessão, datas e horários disponíveis, roupa adequada para a sessão de fisioterapia).	1	2	3	4	5	6	7
14 – A fisioterapia é realizada conforme prometido.	1	2	3	4	5	6	7
1 – O fisioterapeuta possui equipamentos em ótimas condições.	1	2	3	4	5	6	7
6 – O fisioterapeuta é compreensivo com as dificuldades apresentadas pelo paciente.	1	2	3	4	5	6	7
10 – Você se sente seguro ao ser atendido pelo fisioterapeuta.	1	2	3	4	5	6	7
3 – O fisioterapeuta e funcionários da clínica vestem-se bem e têm boa aparência.	1	2	3	4	5	6	7
9 – A clínica mantém os dados pessoais de seu paciente atualizados.	1	2	3	4	5	6	7
17 – O fisioterapeuta dá explicações sobre sua doença.	1	2	3	4	5	6	7
7 – O fisioterapeuta é confiável.	1	2	3	4	5	6	7
20 – O fisioterapeuta é atencioso o suficiente.	1	2	3	4	5	6	7
22 – O fisioterapeuta oferece horários convenientes ao paciente.	1	2	3	4	5	6	7
4 – O local de trabalho e os aparelhos estão limpos e organizados.	1	2	3	4	5	6	7
15 – O(s) fisioterapeuta(s) e secretária executam seus serviços corretamente desde a primeira sessão.	1	2	3	4	5	6	7
19 – O fisioterapeuta dá explicações sobre cada etapa do tratamento.	1	2	3	4	5	6	7
11 – Os dados dos pacientes são mantidos em sigilo.	1	2	3	4	5	6	7
18 – Você recebe atenção individualizada, de acordo com as suas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
16 – A secretária é gentil e prestativa.	1	2	3	4	5	6	7

12 – O fisioterapeuta utiliza linguagem clara e acessível para se comunicar com o paciente.	1	2	3	4	5	6	7
2 – As instalações físicas são bonitas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6	7
13 – O fisioterapeuta consegue responder as dúvidas do paciente.	1	2	3	4	5	6	7

3ª PARTE - QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO

Sexo:

masculino feminino

Faixa etária

até 20 anos de 21 a 30 mais de 50

de 31 a 40 de 41 a 50

Escolaridade

1º grau (até 8ª série) 2º grau 3º grau (superior)

Número de vezes que já utilizou os serviços da clínica (incluindo o serviço atual)

até 10 sessões de 10 a 20 sessões mais de 20 sessões

4ª PARTE - QUESTÃO IMPORTANTÍSSIMA - FAVOR NÃO OMITIR

Gostaríamos de saber qual a importância que você dá a cada um desses aspectos quando você avalia a qualidade dos serviços de Fisioterapia. Distribua o total de 100 pontos entre as cinco características de acordo com a importância que você dá a cada uma delas, atribuindo mais pontos para a(s) característica(s) que você acha mais importante(s). Certifique-se de que a soma dos pontos atribuídos seja igual a 100.

Questões	Pontuação (a soma das 5 questões deve ser 100).
1) A aparência das instalações físicas da Clínica, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação.	
2) A capacidade do fisioterapeuta em desempenhar serviços prometidos de maneira confiável e precisa.	
3) A boa vontade do fisioterapeuta em ajudar o paciente.	
4) O conhecimento do fisioterapeuta.	
5) O tratamento e a atenção que o fisioterapeuta oferece a seu paciente.	
Total de pontos atribuídos	100