

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

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE – O CASO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Angela Weber Righi

Santa Maria, RS, Brasil
2009

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – O CASO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

por

Angela Weber Righi

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.

Orientador: Prof. Dr^o Alberto Souza Schmidt

Santa Maria, RS, Brasil

2009

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**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE
– O CASO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

elaborada por

Angela Weber Righi

**Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Engenharia de Produção**

Comissão Examinadora:

Alberto Souza Schmidt, Dr.
(Presidente/Orientador)

Leoni Pentiado Godoy, Dr^a. (UFSM)

Maria Saleti Lock Vogt, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 27 de março de 2009.

AGRADECIMENTOS

À minha família, Gilberto, Nilza e Laís, agradeço pelo amor e apoio incondicional dedicado em todos os momentos da minha vida. Vocês simbolizam tudo o que a palavra família pode significar de melhor. Amo vocês!

Ao amor da minha vida, Jonas, nada que eu escreva aqui será capaz de expressar sua real importância nesta conquista. Você foi incentivador, idealizador, colaborador, orientador, professor, psicólogo e, principalmente, namorado. Sou muito grata e feliz por tê-lo ao meu lado. Muito obrigada por tudo. Que nossa história, que já dura 10 anos, prolongue-se com muito amor e felicidade. Te amo!

Ao meu orientador, Alberto Schmidt, agradeço a oportunidade de compartilhar estes dois anos de aprendizado. Levarei para sempre na memória os ensinamentos passados, que vão muito além das aulas e orientações recebidas.

À Leoni Godoy agradeço por ter acreditado em minhas capacidades e me apoiado antes mesmo de meu ingresso no curso. Apoio este que se estendeu durante toda a minha passagem pelo PPGEP.

À Maria Saleti Lock Vogt, colega de profissão por quem tenho grande admiração, respeito e carinho, agradeço por sempre estar disposta a colaborar para o crescimento pessoal e profissional daqueles que por seu caminho passam. Considero-me privilegiada em ser uma dessas pessoas.

À Secretaria Municipal de Saúde agradeço a oportunidade e confiança para realização do estudo. Em especial à José Cristiano Soster, sempre disposto a colaborar com o que fosse necessário. Admiro seu trabalho para a melhoria da saúde pública do município de Santa Maria.

Aos rapazes Zeno, Mateus, João e Ayala agradeço a ajuda durante a coleta dos dados. Vocês tiveram grande importância na realização deste trabalho.

Aos amigos, sem citar nomes específicos, agradeço todo o incentivo e apoio. Vocês são fundamentais em todos os momentos.

Por fim, agradeço a Deus por iluminar meu caminho e guiar minhas escolhas, colocando sempre pessoas especiais para auxiliar a construção de minha vida.

RESUMO

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

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – O CASO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTORA: ANGELA WEBER RIGHI

ORIENTADOR: ALBERTO SOUZA SCHMIDT

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 27 de março de 2009.

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo “Programa”, buscando identificar a relação existente entre esta satisfação e a percepção da qualidade dos serviços pelos funcionários do “Programa”. Para tal, utilizaram-se questionários baseados na Escala SERVQUAL, que apresenta como característica a comparação entre as expectativas do cliente com relação à prestação do serviço e a sua percepção sobre o mesmo. Dessa forma, a presente pesquisa utilizou o método de estudo de caso, caracterizando-se como uma pesquisa descritiva, com corte transversal e abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido junto a 606 usuários da ESF e 39 profissionais pertencentes às Equipes de Saúde em cinco unidades da ESF no município de Santa Maria-RS. Os dados provenientes da aplicação da Escala SERVQUAL adaptada mostram como resultado uma avaliação negativa da ESF por ambos os atores: os usuários mostram-se insatisfeitos e os profissionais caracterizam como inaceitável a qualidade dos serviços. Torna-se importante destacar que nenhum ponto foi avaliado como satisfatório ou de qualidade excelente pelos atores. Porém, nota-se que os profissionais atribuíram, em todas as questões, valores superiores aos informados pelos usuários caracterizando, portanto, uma avaliação ligeiramente melhor dos funcionários. Este estudo possibilitou identificar pontos de melhoria no ambiente pesquisado, contribuindo para que as práticas utilizadas atualmente pela ESF na prestação de seus serviços sejam analisadas e repensadas, utilizando os aspectos aqui identificados como norteadores de ações de melhoria.

Palavras-chave: Avaliação da qualidade, Escala SERVQUAL, Estratégia Saúde da Família

ABSTRACT

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

QUALITY ASSESSMENT IN PUBLIC HEALTH SERVICES - THE
CASE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

AUTHOR: ANGELA WEBER RIGHI

ADVISOR: ALBERTO SOUZA SCHMIDT

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 27 de março de 2009

This study aimed to evaluate the quality of the Family Health Strategy (ESF) through the measurement of users' satisfaction regarding services provided by the "program", seeking to identify the link between satisfaction and perceived quality of services by program staff . For this purpose, questionnaires were based on SERVQUAL Scale, which has as a feature comparison between the expectations of the client with regard to provision of service and their perception on it. Thus, this research used the case study method, characterizing it as a descriptive study with cross sectional and quantitative approach. The study was conducted with 606 users of the ESF and 39 professionals from the Health Teams in five units of the ESF in Santa Maria-RS. The data from the application of the SERVQUAL Scale adjusted result showed a negative evaluation of the ESF for both actors: the users show up unhappy and professionals characterized as unacceptable the quality of services. It is important to emphasize that no point was assessed as satisfactory or excellent quality by the actors. However, note that the professionals assigned to all the issues, values higher than those reported by characterizing users, therefore, a slightly better evaluation of officials. This study also identified points of improvement in the environment studied, contributing to the practices currently used by the ESF in the provision of its services are reviewed and reconsidered, using the issues identified here as guiding actions of improvement.

Keywords: Evaluation of quality, SERVQUAL Scale, the Family Health Strategy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Unidades de Saúde da Família selecionadas para o estudo	64
Tabela 2 –	Tamanho das amostras proporcionais para cada estrato	67
Tabela 3 –	Análise <i>Alpha de Cronbach</i>	139
Tabela 4 –	Análise descritiva – usuários	140
Tabela 5 –	Análise descritiva – funcionários	141
Tabela 6 –	Nota geral de cada categoria profissional	89
Tabela 7 –	Modelo de regressão	91
Tabela 8 –	Nota geral de cada categoria profissional	102

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo da qualidade do serviço	33
Figura 2 –	Modelo GAP	37
Figura 3 –	Hierarquização dos serviços do sistema público de saúde no Brasil	53
Figura 4 –	Complexidade da rede de assistência a saúde no Brasil	54
Figura 5 –	Esquema da pesquisa	63
Figura 6 –	Distribuição da faixa etária usuários	76
Figura 7 –	Distribuição da escolaridade dos usuários	77
Figura 8 –	Distribuição no número de filhos	77
Figura 9 –	Distribuição da renda familiar	78
Figura 10 –	Freqüência de utilização dos serviços da ESF pelos usuários	79
Figura 11 –	Freqüência da visita realizada pela ESF	80
Figura 12 –	Profissionais participantes da visita domiciliar	80
Figura 13 –	Dimensão tangibilidade usuários	82
Figura 14 –	Dimensão confiabilidade usuários	83
Figura 15 –	Dimensão responsividade usuários	84
Figura 16 –	Dimensão segurança usuários	84
Figura 17 –	Dimensão empatia usuários	85
Figura 18 –	Resultados conjuntos das cinco dimensões avaliadas	86
Figura 19 –	Importância das cinco dimensões para os usuários	86
Figura 20 –	Faixa etária dos profissionais	93
Figura 21 –	Distribuição no número de filhos dos profissionais	93
Figura 22 –	Nível de instrução dos funcionários	94
Figura 23 –	Faixa salarial dos profissionais	95
Figura 24 –	Tempo de atuação profissional na ESF	96

Figura 25 –	Jornada total de trabalho	97
Figura 26 –	Dimensão tangibilidade funcionários	98
Figura 27 –	Dimensão confiabilidade funcionários	98
Figura 28 –	Dimensão responsividade funcionários	99
Figura 29 –	Dimensão segurança funcionários	99
Figura 30 –	Dimensão empatia funcionários	100
Figura 31 –	Avaliação conjunta das cinco dimensões para os funcionários	100
Figura 32 –	Importância de cada dimensão para os funcionários	101
Figura 33 –	Resultados dos Gaps em cada dimensão para ambos os grupos	103
Figura 34 –	Resultados da importância de cada dimensão para ambos os grupos	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Modelos de mensuração da qualidade em serviços	33
Quadro 2 –	Questões e resultados do modelo PSQ aplicado por Gronroos	34
Quadro 3 –	Instrumento SERVQUAL	39
Quadro 4 –	Dimensões da qualidade segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry	40
Quadro 5 –	Exemplo do formato de três colunas	41
Quadro 6 –	“Os Sete Pilares da Qualidade” segundo Donabedian	48
Quadro 7 –	Variáveis utilizadas no modelo de regressão	90
Quadro 8 –	Questões com pior avaliação em cada dimensão para ambos os atores	104
Quadro 9 –	Estatísticas para utilização da Análise Fatorial	107
Quadro 10 –	Autovalores e percentual de variância explicada	108
Quadro 11 –	Matriz fatorial	109
Quadro 12 –	Classificação das questões de acordo com a Análise Fatorial	110
Quadro 13 –	Matriz de correlação	142

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A –	Questionário Usuário	129
Apêndice B –	Questionário Funcionário	134
Apêndice C –	Resultados do Coeficiente de <i>Alpha de Cronbach</i>	139
Apêndice D –	Resultados da Análise Descritiva (média, desvio-padrão e coeficiente de variação)	140
Apêndice E –	Matriz de correlação	142

LISTA DE ANEXOS

Anexo A –	O instrumento SERVQUAL	144
-----------	------------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMQ – Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BR – Brasil

DAB – Departamento de Atenção Básica

EP – *Evaluated Performance*

ESF – Estratégia Saúde da Família

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NQ – *Normed Quality*

PE – Pernambuco

PIB – Produto Interno Bruto

PROESF – Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

RS – Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Contextualização do tema	15
1.2 Justificativa do estudo	19
1.3 A problemática da pesquisa	21
1.4 Objetivos	22
1.4.1 Objetivo geral	23
1.4.2 Objetivos específicos	23
1.5 Estrutura do trabalho	23
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
2.1 O Setor de serviços	25
2.2 Qualidade em serviços	29
2.2.1 Modelos para mensuração da qualidade em serviços	32
2.2.1.1 O Modelo PSQ	33
2.2.1.2 Modelo GAP e instrumento SERVQUAL	35
2.2.1.3 Modelo SERVPERF	43
2.2.1.4 Modelo EP e NQ	44
2.3 Qualidade em serviços de saúde	46
2.4 Instituições de saúde no Brasil	51
2.4.1 A Estratégia Saúde da Família (ESF)	55
2.4.1.1 Estudos envolvendo avaliação da Estratégia Saúde da Família	58
3 MÉTODO DO ESTUDO	61
3.1 Tipo de pesquisa	61
3.1.1 Procedimentos de pesquisa	62
3.2 Elementos da pesquisa	64
3.2.1 Seleção amostral.....	65
3.2.1.1 O tamanho das amostras	66
3.3 Instrumento da pesquisa	67
3.4 Teste piloto	69
3.5 Técnica de coleta de dados	70
3.6 Técnica de análise de dados	71
3.7 Limitações do estudo	74
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
4.1 Resultados referentes aos usuários	75
4.1.1 Caracterização dos usuários	76
4.1.2 Resultados obtidos com o instrumento SERVQUAL	81

4.1.3 Análise de Regressão	88
4.2 Resultados referentes aos funcionários	92
4.2.1 Caracterização dos funcionários	93
4.2.2 Resultados obtidos com o instrumento SERVQUAL	97
4.3 A relação entre a satisfação do usuário e a qualidade percebida pelos profissionais	102
4.4. Resultados obtidos com a Análise Fatorial	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	112
REFERÊNCIAS	115

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo expõe o contexto no qual o estudo se insere, seguido da justificativa para o seu desenvolvimento. Na seqüência, descreve-se a problemática que norteia a pesquisa e os objetivos, gerais e específicos. Por fim, a estrutura da dissertação é exposta.

1.1 Contextualização do tema

O desenvolvimento da gestão da qualidade ao longo do tempo fez o movimento de gestão transpor o seu domínio industrial e adquirir proeminência em todos os setores de atividade, fazendo parte, cada vez mais, do conjunto de ideias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos.

A qualidade em serviços públicos e, mais concretamente nos serviços de saúde, é um desafio aos seus gestores, técnicos e todos os outros profissionais que apresentam capacidades, quando bem geridas, para originar produtos aptos a satisfazer as necessidades dos seus utilizadores (PISCO, 2006).

O cenário mundial evidencia que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços e sim requisito fundamental para sobrevivência. E, mais importante do que isso, deve ser vista como uma responsabilidade social e ética.

Os serviços de saúde não se furtam dessa realidade, porém historicamente apresentam uma procura não tão crucial como nas indústrias por métodos de gerenciamento. Ao longo dos anos, a qualidade na saúde foi estabelecida por aqueles que providenciavam o serviço, os profissionais da saúde. Somente na

década de 80 é que o setor da saúde voltou-se para a qualidade de uma forma mais gerencial e ativa, como vinha ocorrendo no campo industrial.

Berwick (1994) cita como fatores responsáveis por essa utilização mais tardia dos princípios da qualidade na área da saúde a resistência às mudanças, a linguagem da qualidade, desenvolvida para a indústria, e a complexidade da área da saúde.

Mas, por outro lado, são inúmeros também os fatores que impulsionaram as mudanças nos serviços de saúde. Convergem nessa linha de raciocínio Clinefelter (1999) e Berwick (1994), determinando o custo como o fator que mais contribuiu e continua contribuindo para essas mudanças. Bisognano (2000) afirma que acima de 30% dos gastos nas organizações de saúde são devidos a não qualidade dos serviços prestados. As organizações gastam milhões nas complicações em tratamentos, atrasos, complexidade desnecessária e excessiva variabilidade. Essa última, a variabilidade, é um fator que evidencia e justifica a adoção de métodos de melhoria da qualidade, devido à complexidade dos sistemas nos serviços de saúde (CAREY; LLOYD, 2001; PLSEK, 2000; BERWICK, 1994).

No sistema de saúde brasileiro a adoção de princípios de qualidade é uma estratégia que vem sendo utilizada pelo Governo Federal e também por entidades privadas, visto a criação de programas de qualidade e a preocupação com a avaliação dos programas desenvolvidos. Revendo-se o histórico da saúde no País, percebe-se a necessidade da gestão pela qualidade para que o sistema possa atender as demandas elevadas, utilize os recursos de forma racional e consiga cumprir com seus pressupostos.

Analisando-se de forma breve o sistema de saúde no Brasil, identificam-se como características a centralização federal; desigualdade de acesso; divisão entre ações de prevenção e reabilitação; utilização irracional dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros; e pela prática dissociada do contexto de vida dos sujeitos, acarretando baixa resolutividade dos problemas de saúde e gerando alto grau de insatisfação, tanto na população, como nos gestores e profissionais da saúde (BARROS, 1997; BRASIL, 2000a; SOUZA, 2000).

Tendo como intuito modificar estas características do atual sistema de saúde, o Ministério da Saúde iniciou a construção de um novo modelo de atenção, a Atenção Básica, no qual a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF)

vem sendo considerada como o primeiro passo significativo para a reorientação deste sistema (BRASIL, 1997; PAIM, 1999; SOUZA, 2000).

O PSF propõe mudanças na forma de cuidar da saúde, principalmente em relação ao objeto da atenção e a maneira de organização do serviço e das ações: o foco passa a ser o indivíduo, a família e seu ambiente físico e social, com a atenção à saúde orientada pelo princípio da vigilância à saúde, combinando ações de promoção, prevenção e cura, desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar de profissionais que têm responsabilidade sanitária sobre um território definido. É atribuição desta equipe a realização de um amplo diagnóstico da situação de saúde da população adstrita, sendo este fundamental para o planejamento das ações em combate aos problemas priorizados, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada (BRASIL, 1997; 2000a; 2001a, 2005, 2008).

A despeito de ter iniciado como um programa, o PSF encontra-se hoje na condição de estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica, “de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006a, p.11). Sendo assim, muda sua denominação de Programa de Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Entretanto, apesar da mudança oficial de nomenclatura, o termo Programa de Saúde da Família ainda é utilizado, principalmente pelos usuários em sua linguagem coloquial. Sendo assim, o presente trabalho utiliza as duas denominações para se referir a esta forma de assistência à saúde.

O município de Santa Maria, localizado na Região Central do Rio Grande do Sul, apresenta uma população de 270.073 mil habitantes fixos e aproximadamente mais de 30 mil habitantes flutuantes (PM/SM, 2009). É a 5ª maior cidade do Estado em população, concentrando em torno de 95% desta na zona urbana e na zona rural, o equivalente 5,3%.

No que tange a Estratégia Saúde da Família (ESF), o município de Santa Maria conta com quatorze Unidades de Saúde da Família, trabalhando com dezesseis equipes, visando abranger as regiões mais carentes da cidade. Segundo informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, o número ideal de unidades seria de quarenta e quatro. Percebe-se, portanto, uma deficiência da cobertura da ESF no município e, em decorrência desta, uma sobrecarga de algumas unidades em atividade, pois estas se encontram trabalhando atualmente

com um número de usuários acima da especificado pelas diretrizes do ESF, que seria de, no máximo, 1.200 famílias e/ou 4.500 usuários adstritos em cada unidade.

Existe um consenso, evidenciado por pesquisadores e gestores das mais diferentes áreas de atuação, sobre a relevância da avaliação de serviços para a gestão pela qualidade, pois esta favorece diretriz e opções para o processo de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados a sociedade. No campo da saúde pública esta avaliação toma proporções ainda mais significativas, devido a complexidade que envolve este setor de atividade (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998).

A avaliação pode ser considerada como um esforço em busca de uma sociedade mais saudável e uma maneira de prevenir o desperdício de recursos com a implantação de programas ineficazes (VAUGHAN, 2004).

Ciente deste cenário, o Ministério da Saúde desenvolveu programas para incluir a cultura da qualidade no sistema de saúde brasileiro. Para a ESF, em particular, houve a criação de um programa intitulado de Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia da Família (AMQ). Trata-se de uma auto-avaliação com intuito de identificar qual o estágio de consolidação se encontra a Estratégia Saúde da Família em cada município. Esse processo é realizado pelos profissionais que compõem as equipes, coordenadores e gestores do ESF a nível local.

Esta pode ser considerada uma iniciativa importante para a qualidade do sistema de saúde brasileiro, pois a avaliação da ESF, sendo esta uma estratégia prioritária do Governo Federal no âmbito da saúde, irá permitir identificar a situação atual deste “Programa” e elaborar as futuras ações a serem desenvolvidas para que a gestão esteja baseada na qualidade contínua dos serviços.

O processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz. Não há dúvida de que usuário e prestador ocupam posições diferentes no processo, embora ambos contribuam para que os serviços sejam executados. Assim, as expectativas e necessidades de usuários e prestadores determinam de maneira diversa a qualidade dos serviços.

Identificar e compreender como os atores envolvidos no processo percebem a qualidade dos serviços prestados torna-se fundamental para a busca da contínua da qualidade em qualquer ramo de atividade, incluindo, portanto, a saúde pública.

De acordo com o exposto acima, o AMQ busca identificar a visão dos profissionais e gestores em relação à qualidade dos serviços desenvolvidos. A ótica

do usuário não é contemplada em sua avaliação, pois o Ministério da Saúde acredita que esta deve ser uma prática realizada pelas unidades de forma sistemática, voltada para a satisfação do usuário em relação aos serviços de Atenção Básica, em especial aquelas voltadas para a Saúde da Família.

Entretanto, percebe-se que a avaliação dos serviços por parte dos usuários da ESF não é uma prática recorrente nos municípios. Iniciativas de pesquisa neste sentido partem de propostas individuais, oriundas de trabalhos acadêmicos, como a presente pesquisa. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, a cidade em estudo tem a ESF implantado há cinco anos e, durante todo esse período, não desenvolveu trabalho algum neste sentido, mesmo estando consciente da importância dessa prática.

Imerso nesse contexto e entendendo ser a avaliação uma ferramenta gerencial de significativa importância para a qualidade em serviços de saúde, o presente estudo objetiva avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Maria – RS – através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo “Programa”, buscando verificar a relação existente entre esta satisfação e a percepção da qualidade dos serviços pelos funcionários.

1.2 Justificativa do estudo

Como evidenciado no tópico anterior, os conceitos de qualidade estão cada vez mais difundidos entre os diferentes setores de atividade e entre a população em geral, sendo esta uma das principais razões que levam as empresas e instituições a buscarem novas formas de atuação e posicionamento de mercado, de modo a garantir sua competitividade e sobrevivência.

As organizações do setor público são as maiores prestadoras de bens e serviços, tendo como principal característica uma relação de responsabilidade direta com a sociedade (ESTEFANO, 1996). A qualidade tem adquirido espaço nessas organizações, porém de forma ainda incipiente quando comparada a outros setores. Munro (1994 apud FADEL; FILHO, 2006) afirma que a prestação de serviços

realizada pelo poder público mantém em foco a própria existência do serviço, deixando sua qualidade relegada ao segundo plano.

Os órgãos públicos não estão condenados ao estigma da não qualidade. Aqueles que desenvolveram esforços consistentes para melhorar os serviços prestados obtiveram resultados palpáveis e encorajadores (CONILL et al., 2006).

Voltando-se para o cenário em estudo, os serviços de saúde pública do Brasil, que apresentam, historicamente, conceitos de ineficiência, ineficácia e atendimento inadequado as necessidades da população, percebe-se a demanda do desenvolvimento de uma cultura da qualidade. Cultura esta que vem sendo incentivada através de ações do Ministério da Saúde, por meio de programas específicos, como a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família (AMQ), direcionado para a realidade da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nesta direção, acredita-se que o planejamento e o redirecionamento das políticas públicas tenderão mais ao acerto quanto mais estiverem justificadas pelo respeito às perspectivas e necessidades dos usuários, as quais são passíveis de detecção e análise (PISCO, 2006).

Cabe ressaltar que, sendo o processo é composto por usuários e prestadores, se torna essencial entender como estes principais atores percebem a qualidade dos serviços que estão sendo desenvolvidos, visando identificar e analisar as diferentes percepções para, posteriormente, intervir buscando maneiras de alinhá-las de modo a satisfazer as necessidades de ambos e promover a melhoria contínua.

Nessa temática, a avaliação surge como um importante instrumento de mudança, que não deve ser visto como uma ameaça, mas como um incentivo para que os serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade e promovam uma renovação da sua cultura de trabalho. De acordo com Conill et al. (2006), no contexto da qualidade em saúde, avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir. Não se trata apenas de conhecer os diversos aspectos de uma determinada situação e sim buscar, com base no que foi diagnosticado, mudar a realidade procurando o seu aperfeiçoamento.

Indo ao encontro do que está sendo explicitado, o presente trabalho justifica-se, pois se propõe a contribuir com a qualidade da saúde pública no município de Santa Maria, em especial com a Estratégia Saúde da Família, buscando avaliar a qualidade do presente “Programa” através da identificação da relação existente

entre a satisfação do usuário e a percepção da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais atuantes neste cenário.

A avaliação feita pela presente pesquisa servirá como balizador para que outras iniciativas nesse sentido sejam desenvolvidas, podendo, inclusive, expandir-se para todas as unidades da ESF e utilizar como padrão o questionário elaborado, visando tornar a avaliação uma prática sistemática na saúde do município, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

1.3 A problemática da pesquisa

A temática da qualidade em saúde está relacionada à avaliação dos serviços de saúde, uma vez que, na essência do conceito de qualidade, está inserida a idéia de avaliação (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Na saúde, tradicionalmente, são usados indicadores como meios de avaliação dos serviços. Para a mensuração da qualidade na saúde, por muito tempo utilizou-se apenas indicadores de morbi-mortalidade e tempo de permanência no hospital (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005). Contudo, atualmente considera-se que apenas esses indicadores são insuficientes para representar a qualidade em um serviço de saúde, sendo necessários meios de avaliação que contemplem outros aspectos.

Segundo Carvalho (2003), a qualidade em serviços de saúde deve contemplar, em sua avaliação, indicadores com ênfase nos usuários, indicadores com foco nos recursos humanos e os indicadores focados na administração geral.

Considerando que o cenário em estudo trata-se de serviço público, a temática da avaliação toma proporções mais significativas. Constandriopoulos (1999) considera a institucionalização da avaliação em órgãos públicos como condição essencial para a racionalização das políticas, tendo como finalidade o aumento da performance das intervenções.

Corroborando com a ideia exposta pelo autor acima e ratificando a importância da utilização da avaliação como cultura no setor público, Pouvourville (1999) afirma que a avaliação, como ferramenta gerencial, levaria ao fortalecimento do setor público.

Porém, apesar de evidenciada a importância da avaliação, em especial no setor público, Hartz e Pouvourville (1998) consideram que a prática é ainda incipiente no Brasil.

Este distanciamento entre a teoria e a prática pode ser justificado por diversos fatores. Aspectos específicos para a área da saúde, identificados por Travassos (1999), incluem a falta de uma cultura política orientada por avaliação e a falta de especialistas, tanto acadêmicos como técnicos nas áreas de avaliação da qualidade neste setor.

Novaes (2000) compartilha da opinião de Travassos (1999) e identifica a oportunidade e necessidade de diversos tipos de avaliação, especificamente na área da saúde, onde ocorreu uma expansão de atenção, oferta de novas tecnologias e novos modelos assistenciais, culminando num crescimento setorial.

Voltando-se para a realidade em estudo, a Estratégia Saúde da Família no município de Santa Maria – RS, a avaliação vem se apresentando como estratégia para o crescimento. O município apresenta uma proposta para adoção do AMQ em 2009, pretendendo iniciar sua auto-avaliação em duas unidades.

No tocante a satisfação dos usuários, o município não apresenta iniciativa de avaliação. Sendo este um aspecto priorizado pelo Ministério da Saúde e considerado como inerente ao ESF a nível municipal, esta se apresenta como uma lacuna a ser preenchida para o desenvolvimento da Atenção Básica local.

Alinhado a temática citada e entendendo a avaliação como fornecedora de informações relevantes ao processo de gestão em saúde e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, o presente estudo será norteado pelo seguinte problema de pesquisa:

“Qual a relação existente entre a satisfação do usuário da Estratégia Saúde da Família e a percepção da qualidade dos serviços pelos profissionais do “Programa”?”

1.4 Objetivos

Neste tópico serão explanados os objetivos do presente projeto, partindo do objetivo geral e, a seguir, explicitando os objetivos específicos do estudo.

1.4.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo “Programa”, buscando identificar a relação existente entre esta satisfação e a percepção da qualidade dos serviços pelos funcionários.

1.4.2 Objetivos específicos

- Mensurar a satisfação dos usuários com a prestação de serviços da ESF através da aplicação da ferramenta SERVQUAL;
- Identificar a qualidade percebida dos serviços da ESF pelos funcionários através da aplicação da ferramenta SERVQUAL;
- Descrever as diferenças entre as dimensões que compõem a qualidade percebida para os agentes participantes da ESF selecionados para esta pesquisa;
- Confrontar os aspectos priorizados pelos funcionários com a lista priorizada das dimensões da qualidade obtida junto aos usuários;

1.5 Estrutura do trabalho

Sendo o objetivo principal deste estudo a avaliação da qualidade percebida dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família sob a ótica dos usuários e profissionais atuantes, visando sua inter-relação, o presente estudo está estruturado nas partes que se seguem.

No primeiro capítulo que foi apresentado, foram abordados os objetivos e a estrutura desse estudo, a justificativa para a realização do mesmo e a definição da problemática de pesquisa. Nesta etapa foi apresentada, de forma breve, um

contexto da necessidade e importância da avaliação em serviços públicos, em especial os serviços de saúde.

O arcabouço teórico sobre o tema, que deu sustentação para o presente projeto, é analisado no segundo capítulo. Para tal, este capítulo está estruturado nos estudos bibliográficos sobre o tema, através da fundamentação de seis tópicos principais: a) o setor de serviços; b) qualidade em serviços; c) qualidade em serviços de saúde ; d) instituições de saúde no Brasil; e) a Estratégia Saúde da Família; e f) estudos sobre a avaliação da Estratégia Saúde da Família.

No terceiro capítulo, apresenta-se o método utilizado no decorrer deste trabalho para o levantamento de dados relevantes que respondam a problemática da pesquisa. Assim, está descrito no capítulo o método de pesquisa, a população e amostra, a coleta e análise dos dados.

Os resultados e as discussões da pesquisa encontram-se descritos no quarto capítulo. Sendo que, apresenta-se de maneira clara as diferentes percepções dos atores envolvidos na pesquisa e suas inter-relações.

Por fim, o quinto capítulo traz as considerações finais relativas ao trabalho, bem como as indicações de estudos futuros.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão descritos os principais conceitos que constituíram o arcabouço teórico para este trabalho de pesquisa. Apresenta-se uma revisão bibliográfica abordando conceitos sobre o setor de serviços, a qualidade relacionada aos serviços, as dimensões da qualidade e como esta qualidade pode ser mensurada. Posteriormente, apresentam-se os conceitos referentes à qualidade em saúde, suas peculiaridades e a importância de sua avaliação. As características do setor de saúde estudado, a Estratégia Saúde da Família, sua inserção na saúde pública brasileira e as iniciativas relacionadas à qualidade nesse “Programa” são expostos na seqüência. Finalizando, apresenta-se uma análise de estudos relativos à avaliação da Estratégia Saúde da Família.

2.1 O Setor de serviços

Para entender o setor de serviços e as dificuldades enfrentadas na busca da prestação deste com qualidade, é necessário primeiramente definir o que é serviço. E identificar um consenso universal sobre a definição de serviços tanto para o ambiente empresarial, quanto para a academia, não se constitui em uma tarefa simples. Johnston e Clark (2002) relataram que o problema ao se tentar definir serviços são as diferenças no significado do termo diante dos diversos contextos possíveis:

Não obstante mais de 25 anos de estudo, os acadêmicos da área da administração de serviços não concordam sobre o que é um serviço [...] O problema é tentar em poucas palavras descrever 75% da atividade econômica dos países desenvolvidos. Há alguma surpresa por haver

exceções para todas as definições? (HAYWOOD-FARMER; NOLLET, 1991 apud JOHNSTON; CLARK, 2002).

A literatura apresenta várias definições para o setor de serviços. Para Juran e Gryna (1993), o serviço é definido como o trabalho desempenhado por alguém, podendo ser dirigido a um consumidor, a uma instituição ou a ambos. E o objetivo deste serviço é proporcionar satisfação das necessidades dos clientes, ou seja, satisfazer uma infinidade de necessidades humanas, psicológicas e fisiológicas. Albrecht (1992) define o serviço como todo o trabalho feito por uma pessoa em benefício de outra. Já Las Casas (1994) prefere definir serviços como sendo atos, ações e desempenho. Zeithaml e Bitner (2003) compartilham de definição semelhante, na qual serviços são atos, processos e desempenho.

A definição de Lovelock e Wright (2004) também não difere das supracitadas, conceituando serviço como um ato ou desempenho que cria benefícios para clientes por meio de uma mudança desejada no, ou em nome do destinatário do serviço. Kotler (1998) define serviços como qualquer ato que uma parte possa oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico.

A discussão sobre os diversos conceitos referentes a serviços impulsionaram Gronroos (1993) a elaborar uma compilação de várias dessas definições, oriundas de diferentes autores. A partir das definições apresentadas por Lehtinen (1983); Kotler e Bloom (1984); e Gummesson (1987), Gronroos (1993) propôs o seguinte conceito:

Serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre cliente e empregados de serviço – que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do (s) cliente(s) (GRONROOS, 1993, p. 34-7).

Em resumo, as definições referenciadas anteriormente destacam o serviço como um ato único, de natureza mais ou menos intangível, ocorrendo mediante as interações entre os clientes e os fornecedores; criando, mantendo ou intensificando o valor do produto; fornecendo benefícios para os clientes, não resultando em propriedade; com produção vinculada ou não a um produto físico.

Diante da dificuldade em elaborar um consenso sobre o conceito de serviços, torna-se importante observar outros aspectos que possam auxiliar na compreensão desse importante setor da economia. Nesse sentido, Gronroos (1993) sugere ser mais proveitoso observar as características que parecem comuns à maioria dos

serviços. Estas sim trariam aspectos enriquecedores no entendimento da prestação de serviços.

São vários os autores (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005; SCHMENNER, 1999; KOTLER, 1998; MOREIRA, 1996; LAS CASAS, 1994; GIANESI; CORRÊA, 1996; GRONROOS, 1993; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1990;) que relatam a importância de se destacar algumas características particulares ao serviço e fundamentais para o seu entendimento. Esses autores apresentam diversas características distintas em suas literaturas, em maior ou menor número, e com diferentes denominações. Entretanto, observam-se presente, na maioria das definições, quatro características comuns: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

A característica intangibilidade está relacionada ao sentido abstrato dos serviços, que não podem ser tocados, apesar de poderem ser associados a algo físico. Essa característica dificulta a avaliação, tornando difícil mensurar o que o cliente percebe.

O aspecto da inseparabilidade refere-se à impossibilidade de separação entre a produção e o consumo dos serviços, ocorrendo de forma simultânea esses processos. A prestação do serviço ocorre com fornecedor e cliente frente a frente, sendo necessária uma capacidade de prestação de serviços antecipada.

A variabilidade relaciona-se a incapacidade de manutenção da qualidade do serviço constante, pois sendo este produzido por pessoas, está sujeito a natureza instável de seus produtores. A qualidade também é instável, variando de um fornecedor para o outro, de um cliente para o outro. A perecibilidade se deve ao fato de não ser possível produzir ou armazenar serviços como se faz com produtos.

Entendendo que as quatro características supracitadas, embora muito difundidas, são muito acadêmicas e simplificam o mundo real, Lovelock e Wright (2004) apresentam observações empíricas ou “mais práticas” que distinguem as tarefas associadas à administração de serviços das tarefas envolvidas na produção de bens físicos. Contudo, é importante ressaltar, que a identificação dessas diferenças básicas entre bens e serviços, por serem genéricas, não se aplicam a todos os serviços. São elas:

- § os clientes não obtêm propriedade sobre os serviços;
- § os produtos dos serviços são realizações intangíveis;
- § há maior envolvimento dos clientes no processo de produção;

- § outras pessoas podem fazer parte do produto;
- § há maior variabilidade nos insumos e produtos operacionais;
- § muitos serviços são de difícil avaliação pelos clientes;
- § normalmente há uma ausência de estoques;
- § o fator tempo é relativamente mais importante;
- § os sistemas de entrega podem envolver canais eletrônicos e físicos.

Gronroos (2003) também apresenta uma complementação às quatro características principais citadas: serviços são processos, consistindo em atividades ou uma série de atividades, em vez de coisas; o cliente participa do processo de produção, no mínimo até certo ponto; os serviços não resultam, normalmente, na propriedade de alguma coisa; e, apresentam um aspecto de “heterogeneidade”, pois as pessoas interferem sobre o serviço.

Ainda na visão deste autor, a idéia de o serviço ter natureza de processo é fundamental, pois a maioria das outras características deriva desta. Pensar nos serviços como processos que consistem em uma série de atividades desperta nos prestadores de serviço a necessidade de alocar maiores esforços para o controle da qualidade. Sendo a maioria dos processos invisível, o cliente se importa com a parte visível do processo, portanto, o controle da qualidade deve ocorrer na hora e no local da produção e consumo do serviço.

Nota-se que, devido as suas peculiaridades e características, o setor de serviços apresenta-se como um campo delicado a ser explorado. Entretanto, a compreensão desse setor é fundamental para a economia e sociedade, visto sua importância.

Segundo dados do anuário estatístico, publicado pelo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (2005), a participação do setor de serviço tem ultrapassado 50% do Produto Interno Bruto (PIB) nos últimos 15 anos. Esses dados evidenciam a forte presença dos serviços frente aos outros setores (agropecuária e indústria) na economia do País. Portanto, conforme enfatizam Corrêa e Caon (2002), o desenvolvimento de conceitos e técnicas para as operações de serviços é de fundamental importância, evitando assim o risco de ter uma economia dominada por uma atividade pouco produtiva e vulnerável a competição.

Em relação à área da saúde, os serviços assumem notável importância, tendo em vista o papel social que desempenham. Pesquisas vêm sendo realizadas para

repensar o que existe, como está sendo feito, e qual é o nível de adequação dos resultados obtidos aos resultados esperados (CABRAL, 2007).

Evidenciada a importância da compreensão e domínio das peculiaridades na prestação de serviços, passa-se, na seção seguinte, para a explanação de conceitos e fundamentos relativos à qualidade em serviços, foco de busca constante por parte de qualquer organização comprometida com a prestação de seus serviços.

2.2 Qualidade em serviços

Um dos pontos determinantes para o sucesso de empresas prestadoras de serviços é a qualidade. Organizações não atentas à qualidade de seus serviços correm o risco de perder competitividade e, em consequência, sua fatia de mercado (SOUZA; GRIEBLER; GODOY, 2007).

Para que os esforços em prol da qualidade sejam utilizados em toda a sua capacidade, é necessário que o entendimento do conceito de qualidade em serviços esteja claro e sua aplicação compreenda a realidade na qual as organizações estão inseridas.

Da mesma forma que as definições para serviços, a literatura apresenta inúmeros conceitos para a qualidade em serviços. Estes representam a opinião de seus autores e diferem em alguns aspectos. Entretanto, a maioria dos conceitos expressa à relação direta entre a qualidade e a satisfação do cliente.

De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1990), a qualidade em serviços pode ser definida como a discrepância entre as expectativas dos clientes sobre o serviço oferecido e o serviço percebido, proporcionando ao consumidor um determinado nível de satisfação. Em concordância com o exposto acima, Giansesi e Corrêa (1996) definem qualidade em serviços como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas ou excedidas por sua percepção do serviço prestado.

Corroborando para a temática, Slack et al. (1997) relatam que a qualidade em serviços consiste na execução do serviço em conformidade com as expectativas dos clientes. Para Albrecht (1992) a qualidade em serviços é a capacidade de uma experiência, ou qualquer outro fator que satisfaça uma necessidade, resolva um problema ou forneça benefícios a alguém.

O conceito de adequação ao uso para a qualidade em serviços, desenvolvido por Juran e Gryna (1993), significa entender que a adequação nada mais é do que a capacidade que um serviço tem de corresponder satisfatoriamente às necessidades do cliente quando o serviço é prestado. De acordo com Deming (1990), a satisfação do cliente com relação a qualquer serviço ou produto fabricado, medida por qualquer critério que seja, mostrará uma distribuição que varia desde a insatisfação até a satisfação extrema.

Lovelock e Wright (2004) definem qualidade em serviços como uma opinião geral do cliente sobre a entrega do serviço constituída de uma série de experiências bem e mal sucedidas com o serviço. De maneira similar, Fitzgerald (1993, apud MOREIRA, 1996) coloca que a qualidade do serviço é a totalidade de aspectos e características integrantes do serviço que se apoia na sua habilidade de satisfazer ao cliente.

Ainda nesta linha de raciocínio, Corrêa e Caon (2002) afirmam que os clientes avaliam os serviços durante ou após o término do processo e essa avaliação ocorre pela comparação entre o que o cliente esperava do serviço com o que ele percebeu do serviço prestado.

Gronroos (2003) identificou duas dimensões básicas para qualidade em serviços: a qualidade técnica, relacionada a o que o cliente recebe e a qualidade funcional, relacionada à como o cliente percebe. A qualidade técnica, frequentemente, pode ser medida objetivamente pelos clientes, pelo seu caráter de solução técnica a um problema. Entretanto, segundo o autor, existem muitas interações entre o prestador de serviços e o cliente, por isso a qualidade técnica não é suficiente para avaliar a qualidade total que o cliente percebe.

A qualidade funcional diz respeito a como o cliente recebe o serviço e como ele vivencia o processo de produção e consumo simultâneos, não podendo ser avaliada tão objetivamente quanto à qualidade técnica, sendo, quase sempre, percebida subjetivamente.

Em relação aos conceitos de Gronroos (2003) expostos acima, Urdan (2001) e Miguel e Salomi (2004) concordam que o autor dá maior destaque à dimensão funcional, pois o consumidor não está interessado somente no que recebe, mas no processo propriamente dito.

Percebe-se a gama de fatores que envolvem a qualidade em serviços e a percepção que os clientes podem ter da mesma. Conforme Tinoco e Ribeiro (2008),

expectativas prévias, qualidade percebida, desejos pessoais, emoções, desconfirmação de expectativas, preço, valor e imagem, constituem os principais fatores envolvidos no processo de satisfação dos clientes e, desta forma, são comumente denominados de determinantes e antecedentes da satisfação.

Analisando as definições de qualidade em serviços supracitadas, nota-se que o foco principal está em satisfazer as necessidades dos clientes, atendendo suas expectativas e na percepção dos clientes da qualidade do serviço prestado. Assim, é importante destacar que os serviços são influenciados, tanto pela qualidade do serviço propriamente dito, como pela percepção do cliente, variando de acordo com o tipo de cliente (LAS CASAS, 1994).

Contudo, é importante compreender que apesar de qualidade do serviço e satisfação do cliente serem conceitos afins, não são exatamente a mesma coisa. As percepções dos clientes sobre a qualidade se baseiam em avaliações em longo prazo sobre a entrega de serviço de uma empresa, ao passo que a satisfação é uma reação emocional de curto prazo a uma experiência específica de serviço (LOVELOCK; WRIGHT, 2004). Os níveis de satisfação ou insatisfação são alterados após cada encontro de serviço e os clientes utilizam essa informação para atualizar suas percepções da qualidade do serviço.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) também retratam essa diferença citando que a qualidade percebida é o julgamento global relacionado a superioridade de um serviço, enquanto a satisfação está relacionada a uma transação específica. É a partir dos incidentes de satisfação que ocorrem ao longo do tempo que a qualidade percebida é formada. Esses mesmo autores citam que tanto a qualidade do serviço quanto a satisfação do cliente estão baseadas nas percepções dos clientes do serviço e não em critérios que determinam como um serviço deveria ser ou não. Portanto, transmitir um conjunto consistente de experiências satisfatórias é a forma de se atingir uma avaliação de alta qualidade (BATESON; HOFFMAN, 2003).

Diante do exposto, é fundamental para as empresas de serviços aproximarem-se do cliente, conhecer suas necessidades, expectativas e identificar os atributos mais importantes do serviço oferecido (SARAVANAN; RAO, 2007).

Finalizando esta temática, cabe ressaltar que o impacto da satisfação do cliente sobre o desempenho das empresas e das economias nacionais tem sido estudado por muitos pesquisadores, surgindo diversos modelos que relacionam as atitudes dos clientes com a satisfação (TINOCO; RIBEIRO, 2008).

Esses modelos visam mensurar a percepção do cliente em relação ao serviço prestado, buscando identificar suas necessidades, expectativas e julgamentos sobre a qualidade oferecida. Sendo a satisfação do cliente um dos principais objetivos de uma organização, a capacidade de identificar esses aspectos é uma ferramenta gerencial de relevante importância para a tomada de decisão. Dessa forma, o tópico seguinte contempla alguns dos modelos relatados na literatura para mensuração da qualidade em serviços.

2.2.1 Modelos para mensuração da qualidade em serviços

A importância do setor de serviços na economia, presente ao longo do tempo, sempre motivou pesquisadores a aprimorarem a conceituação e desenvolverem modelos para a mensuração da qualidade em serviços.

Os pesquisadores vêm buscando determinar indicadores da qualidade dos serviços que possam expressar o nível de qualidade percebida pelos clientes. Os indicadores permitem saber quais são os pontos a serem melhorados, servindo como ferramenta gerencial de intervenção e melhoria do serviço prestado, ponto fundamental para a manutenção de uma empresa no mercado atual.

Existem modelos amplamente discutidos e referenciados na literatura e no meio científico quanto à sua aplicação, validação e adequação, e outros, mais recentes, que necessitam de maiores estudos. Os mais utilizados são baseados no Paradigma da Desconformidade. Segundo Marchetti e Prado (2001), os modelos baseados no Paradigma da Desconformidade visam, principalmente, a avaliação por atributos, permitindo verificar particularidades do objeto em estudo e oferecendo a possibilidade de trabalhar com indicadores operacionais.

Para Tamashiro et al. (2006), enquadram-se nessa categoria alguns estudos realizados neste campo que sugerem que a qualidade advém da comparação entre as expectativas com a percepção da performance, como o de GROROONS (1984) e Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985). Outros, no entanto, argumentam que a qualidade é derivada da comparação entre a performance e os níveis ideais (TEAS, 1993) ou somente da percepção da performance (CRONIN; TAYLOR, 1992).

Para que se tenha um panorama geral destes modelos e se compreenda a escolha de um deles para utilização na presente pesquisa, são apresentados os principais conceitos referentes aos modelos desenvolvidos pelos autores, em ordem cronológica (Quadro 1).

MODELO	AUTOR(S)
Modelo PSQ	Gronroos, 1984
Modelo GAP e SERVQUAL	Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985
Modelo SERVPERF	Cronin & Taylor, 1992
Modelo EP e NQ	Teas, 1993

Quadro 1 – Modelos de mensuração da qualidade em serviços

2.2.1.1 O Modelo PSQ

O Modelo PSQ, desenvolvido por Gronroos (1984), objetiva entender o que os clientes procuram e o que avaliam quanto à qualidade do serviço. Como relatado anteriormente, o autor define qualidade percebida de um serviço em função da expectativa do serviço e o serviço recebido, contando também com a imagem da empresa, formada pela qualidade técnica e funcional, além de outros fatores de menor importância (Figura 1).

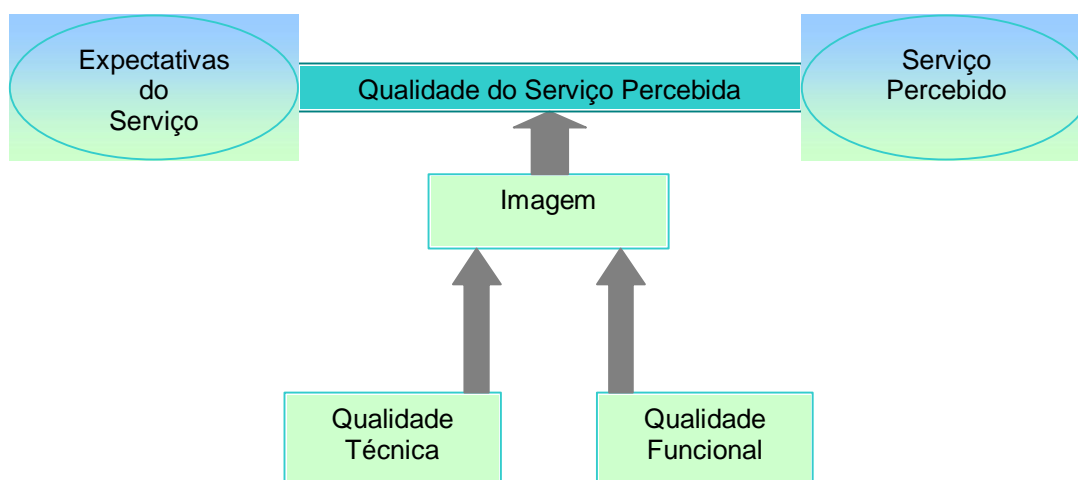


Figura 1 – Modelo da qualidade do serviço
Fonte: Adaptado de Gronroos, 1984.

Gronroos (1984) realizou uma amostragem através de questionários com executivos suecos que participavam de seminários de marketing de serviços. A amostragem envolveu vários ramos de empresas de serviços (bancos, seguradoras, hotéis, restaurantes, transportadoras, companhias aéreas, limpeza, locadora de veículos, agências de viagens, consultoria, arquitetos, agências de propaganda e instituições públicas).

O autor utilizou seis questões, com uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (1: “discordo fortemente” a 5: “concordo fortemente”). O Quadro 2 apresenta as questões e parte dos resultados obtidos.

Questão	% da resposta com nota 4 e 5	nº de questões respondidas	nº de questões não respondidas
Na maioria dos casos, o contato diário com os clientes (interação comprador-vendedor) é mais importante que as atividades tradicionais de marketing, tais como propaganda, comunicação em massa, etc.	94,1	218	1
A imagem corporativa é formada mais pelo contato do cliente com a companhia (interação comprador-vendedor) que o resultado de atividades de marketing.	88,8	216	3
As atividades tradicionais de marketing são de importância marginal somente com relação à imagem corporativa que os clientes têm da empresa no momento presente.	74,0	218	1
Comunicação pessoal tem um impacto mais substancial nos consumidores potenciais que as atividades tradicionais de marketing.	83,5	216	3
A maneira dos atendentes conduzem os contatos com os clientes, traz compensações por possíveis problemas temporários de qualidade técnica.	91,3	219	0
A maneira dos atendentes conduzirem os contatos com os clientes, e sendo estes voltados para o cliente e conscientes do serviço, traz compensações no caso de um baixo nível de qualidade técnica.	37,9	217	2

Quadro 2 – Questões e resultados do modelo PSQ aplicado por Gronroos
Fonte: Adaptado de Gronroos, 1994.

Segundo os resultados da pesquisa de Gronroos (1984), a maioria dos respondentes “concorda” ou “concorda fortemente” com as cinco primeiras questões e discordam com a sexta. Em relação à interação comprador e vendedor (qualidade funcional), a maioria dos pesquisados relatou ser esta mais importante que outras

atividades tradicionais de marketing (quatro primeiras questões). Na visão dos respondentes, a qualidade funcional pode compensar problemas técnicos de qualidade temporários.

O trabalho de Gronroos (1984) trouxe duas contribuições importantes para a área da qualidade na prestação de serviços: os gerentes devem comparar o serviço esperado com o percebido pelo cliente para alcançar a satisfação do mesmo; e os gerentes devem entender como a qualidade funcional e técnica influencia na percepção dos clientes.

Este trabalho do referido autor teve importância para a mensuração da qualidade em serviços por ser o pioneiro e nortear os trabalhos subsequentes na área.

2.2.1.2 Modelo GAP e instrumento SERVQUAL

No campo da avaliação em serviços, os trabalhos de Parasuraman, Berry e Zeithaml representaram um marco na literatura da área de gestão. Em 1985, estes autores publicaram um modelo conceitual de qualidade em serviços baseado em cinco GAPs. Este modelo surgiu da busca dos autores em responder algumas perguntas fundamentais para a qualidade em serviços, que eram:

- § como os clientes avaliam a qualidade em serviços?
- § as dimensões da qualidade variam dentre os diferentes segmentos?
- § se as expectativas dos clientes desempenham um papel importante na avaliação da qualidade e quais fatores que influenciam essas expectativas?

Para responder essas questões, elaborou-se um estudo exploratório junto aos clientes (*focus group*) com doze grupos, compostos de oito a dez clientes. Estes doze grupos foram novamente distribuídos em quatro grupos, representando os setores de serviço participantes (banco, cartão de crédito, corretores, reparo e manutenção de produtos).

O estudo exploratório mostrou como os clientes veem a qualidade em serviços, as expectativas, prioridades e exigências, culminando no desenvolvimento do Modelo GAP da qualidade em serviços.

O Modelo GAP, ilustrado na Figura 2, é dividido em dois lados: o lado da empresa prestadora de serviços (inferior) e o lado do cliente (superior). No lado da empresa existem quatro GAPs na qualidade, sendo um deles, o GAP 1, relacionado também ao lado do cliente. Estes GAPs são explanados por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) como:

- GAP 1: refere-se à discrepância entre as expectativas do cliente e as percepções da gerência sobre as expectativas desses clientes – a gerência percebe as expectativas de qualidade de forma imprecisa, não compreendendo corretamente o que os clientes desejam;
- GAP 2: apresenta a discrepância entre as percepções que os gerentes têm das expectativas dos clientes e as especificações da qualidade do serviço – a gerência compreende as expectativas dos clientes mas não traduz em especificações de desempenho coerentes para a prestação do serviço;
- GAP 3: exprime a discrepância entre as especificações da qualidade do serviço e a prestação do serviço - as especificações da qualidade não são atendidas pelo desempenho do processo da produção e entrega dos serviços;
- GAP 4: consiste na discrepância entre o serviço prestado e a comunicação externa com os clientes – as promessas feitas através das atividades de comunicação com os clientes não são coerentes com os serviços entregues;
- GAP 5: refere-se a discrepância entre o serviço esperado e o serviço percebido – o serviço percebido não é coerente com o serviço esperado, fazendo com o que o cliente avalie o desempenho da empresa de maneira diferente, subestimando a qualidade do serviço. É resultante da ocorrência dos outros quatro GAPs.

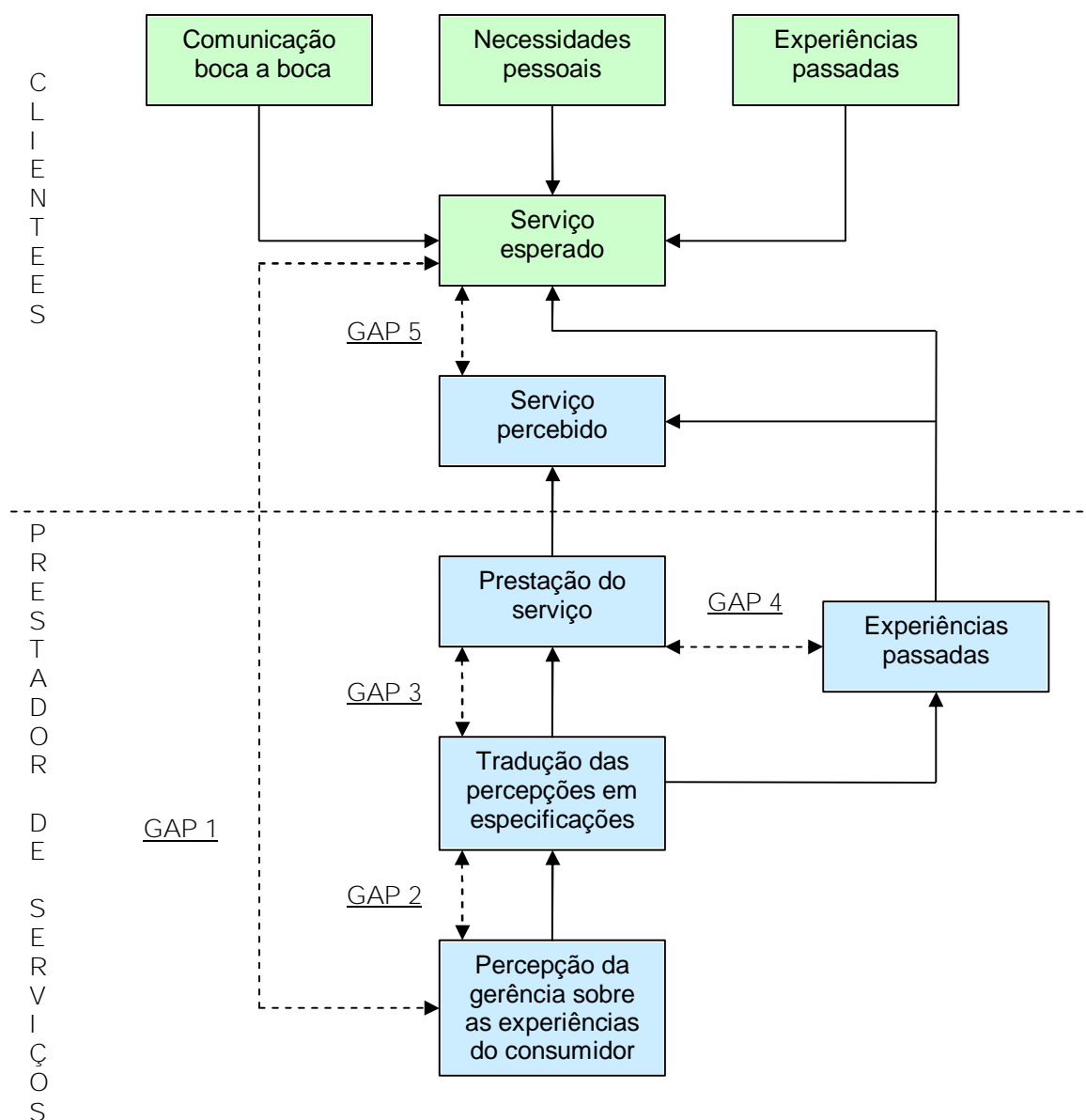


Figura 2 – Modelo GAP
 Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985.

Os resultados do estudo exploratório mostraram que os clientes, apesar de representarem diferentes setores de atuação em serviços, utilizam os mesmos critérios para avaliar a qualidade do serviço. Foram também identificadas dez determinantes da qualidade em serviços, denominadas de dimensões da qualidade: aspectos tangíveis, confiabilidade, receptividade, competência, cortesia, credibilidade, segurança, acesso, comunicação e entendimento sobre o cliente.

Os clientes apresentam uma ou mais expectativas para cada dimensão da qualidade em relação a um determinado serviço e comparam o serviço percebido

com as suas expectativas durante e após a execução do serviço, formando um conceito único denominado qualidade perceptível do serviço.

Para a formação da expectativa, o cliente utiliza quatro fatores: comunicação boca a boca, necessidades pessoais, experiências passadas e outros meios de comunicação (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

O Modelo GAP é reconhecido como a melhor contribuição para a literatura de área de serviços e busca orientar as empresas prestadoras de serviços na descoberta das razões para os problemas da qualidade e na descoberta das formas apropriadas de eliminar os GAPs (GRONROOS, 1993; SHAHIN, 2004).

Em 1988, Parasuraman, Zeithaml e Berry desenvolveram um instrumento para medir a qualidade em serviços, baseado nas dez dimensões identificadas no estudo anterior e no Modelo GAP. Este questionário, conhecido como SERVQUAL, vem sendo amplamente utilizado para mensuração da qualidade em serviços desde então.

Primeiramente identificaram-se 97 itens referentes à expectativa e 97 itens referentes à percepção, distribuídos pelas 10 dimensões da qualidade. Metade dos itens foi escrito no formato afirmativo e outra metade no formato negativo utilizando a escala *Likert* de 7 pontos.

Após essa etapa inicial, o instrumento foi refinado, passando para 54 itens, distribuídos entre as dez dimensões, e melhorando a confiabilidade do questionário. E continuando o refinamento da ferramenta, os autores chegaram a um instrumento composto por 22 itens (Quadro 3) correspondendo a cinco dimensões da qualidade (Quadro 4).

Questões referentes as expectativas dos clientes (E)		Questões referentes as percepções dos clientes (P)	
E1	Eles deveriam ter equipamentos modernos	P1	XYZ têm equipamentos modernos
E2	As instalações físicas deveriam ser atrativas	P2	As instalações físicas de XYZ são visualmente atrativas
E3	Os empregados deveriam estar bem vestidos e asseados	P3	Os empregados de XYZ são bem vestidos e asseados
E4	A aparência das instalações da empresa deveriam estar de acordo com o serviço oferecido	P4	A aparência das instalações de XYZ é conservada e de acordo com o serviço oferecido
E5	Quando as empresas prometem fazer algo em certo tempo deveriam fazê-lo	P5	Quando XYZ promete fazer algo em certo tempo realmente faz

Continua...

Continuação...

Questões referentes as expectativas dos clientes (E)		Questões referentes as percepções dos clientes (P)	
E6	Quando os clientes têm algum problema com estas empresas elas deveriam ser solidárias e deixá-los seguros	P6	Quando tem algum problema com a empresa XYZ ela é solidária e o deixa seguro
E7	Estas empresas deveriam ser confiáveis.	P6	XYZ é confiável
E8	Eles deveriam fornecer o serviço no tempo prometido	P8	XYZ fornece o serviço no tempo prometido
E9	Eles deveriam manter seus registros de forma correta	P9	XYZ mantém seus registros de forma correta
E10	Não seria de se esperar que eles informassem aos clientes exatamente quando os serviços fossem executados	P10	XYZ não informa exatamente quando os serviços serão executados
E11	Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos empregados das empresas	P11	Você não recebe serviço imediato dos empregados da XYZ
E12	Os empregados da empresa não têm que estar sempre disponíveis em ajudar os clientes	P12	Os empregados de XYZ não estão sempre dispostos a ajudar os clientes
E13	É normal que eles estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos	P13	Empregados da XYZ estão sempre ocupados em responder aos pedidos dos clientes
E14	Os clientes deveriam ser capazes de creditar nos empregados desta empresa	P14	Você pode acreditar nos empregados da XYZ
E15	Cientes deveriam ser capazes de sentirem-se seguros na negociação com os empregados da empresa	P15	Você se sente seguro em negociar com os empregados da XYZ
E16	Seus empregados deveriam ser educados	P16	Empregados da XYZ são educados
E17	Seus empregados deveriam obter suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente	P17	Os empregados da XYZ não obtêm suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente
E18	Não seria de se esperar que as empresa dessem atenção individual aos clientes	P18	XYZ não dão atenção individual a você
E19	Não se pode esperar que os empregados dêem atenção personalizada aos clientes	E19	Os empregados da XYZ não dão atenção personalizada
E20	É absurdo esperar que os empregados saibam quais são as necessidades dos clientes	E20	Os empregados não sabem das suas necessidades
E21	É absurdo esperar que estas empresas tenham os melhores interesses de seus clientes como objetivo	E21	XYZ não têm os melhores interesses como objetivo
E22	Não deveria se esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes	P22	XYZ não tem os horários de funcionamento conveniente a todos os clientes

Discordo fortemente	1	2	3	4	5	6	7	Concordo fortemente
(pontuação para cada questão)								

Quadro 3 – Instrumento SERVQUAL

Fonte: Adaptado Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988.

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO
Aspectos tangíveis	A aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação.
Confiabilidade	A habilidade em realizar o serviço no tempo prometido de forma confiável e precisa.
Responsividade	A disposição em ajudar os clientes e prover-lhes o serviço prontamente.
Segurança	O conhecimento dos funcionários e suas habilidades em transmitir confiança e segurança.
Empatia	O fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.

Quadro 4 – Dimensões da qualidade segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry
 Fonte: Adaptado Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988.

Convém esclarecer, conforme Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que as duas últimas dimensões (segurança e empatia), contêm aspectos que representam sete (comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, conhecimento e acesso) das dez dimensões originais. Portanto, segundo os autores, apesar do instrumento SERVQUAL ter apenas cinco dimensões distintas, elas capturam a essência das dez dimensões conceituadas originalmente.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005) destacam que os clientes utilizam em ordem decrescente de importância as cinco dimensões da qualidade identificadas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988): confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e aspectos tangíveis.

Lovelock e Wright (2004) também afirmam que a dimensão confiabilidade tem assumido maior importância que as demais tendo em vista que um serviço que não é confiável é um serviço deficiente a despeito de seus outros atributos. Os autores do instrumento SERVQUAL haviam confirmado essa idéia, relatando ser a confiabilidade o aspecto que os usuários mais consideram ao avaliar um serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Em 1991, o instrumento SERVQUAL passa por mais um refinamento (MIGUEL; SALOMI, 2004). As expressões originais “deveriam” foram substituídas por outras visando retratar a expectativa do que os clientes considerariam como serviços excelentes. As expressões negativas foram substituídas por expressões afirmativas e dois itens foram substituídos, visando refletir melhor as dimensões representadas.

Um novo formato do instrumento foi desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1994) com três colunas. Neste modelo, cada coluna representava um nível de prestação de serviço a ser investigado: percebido, desejado e mínimo aceitável. Os autores apresentaram uma escala de respostas de nove pontos que objetiva oferecer ao respondente maior amplitude de possibilidades de avaliação. Acrescentou-se também uma alternativa de resposta “N” para o caso em que o respondente não tivesse como opinar sobre o nível percebido do serviço. Um exemplo deste formato de três colunas pode ser visualizado no Quadro 5.

Quanto a ...	O nível do serviço prestado é:	O nível do serviço desejado é:	O nível do serviço mínimo aceitável é:
Ferramentas e equipamentos modernos utilizados no serviço	1 2 3 4 5 6 7 8 9 N	1 2 3 4 5 6 7 8 9 N	1 2 3 4 5 6 7 8 9 N

Quadro 5 – Exemplo do formato de três colunas
Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1994.

Como pode ser observado pelo exposto, o instrumento SERVQUAL representou um marco na literatura da área em gestão em serviços. A partir dele, a produção científica nesta área amadureceu com diversas abordagens de trabalhos posteriores e, inclusive, com pesquisas que refinaram o modelo.

A capacidade de adaptação e ampliação do instrumento para a realidade da organização que a utilizará é uma vantagem evidenciada pelos próprios autores.

Ao compartilhar dessa idéia, Karatepe, Yapa e Babakus (2005) afirmam que não há a necessidade de se desenvolver metodologias específicas para a avaliação da qualidade em diferentes setores de serviço, pois o instrumento SERVQUAL pode ser adaptado a diferentes realidades, sendo uma ferramenta efetiva para avaliação da qualidade em serviços.

A diversidade de estudos utilizando a ferramenta SERVQUAL para avaliação da qualidade vem a reiterar a posição dos autores supracitados. No Brasil e no exterior, o instrumento SERVQUAL vem sendo utilizado por organizações de diferentes setores e diferentes portes como ferramenta estratégica, utilizando seus resultados para a tomada de decisões.

Coelho (2004) utilizou a ferramenta SERVQUAL para avaliação da qualidade em serviços de educação; Souza (2002) avaliou os serviços de uma administradora de condomínios; Gomes (2006) adaptou o instrumento para a avaliação de serviços turísticos no litoral pernambucano; e Heckert e Silva (2008) mensuraram a qualidade dos serviços em organizações do terceiro setor.

A aprovação da ferramenta SERVQUAL também pode ser evidenciada pelo número de publicações envolvendo sua aplicação. Em 2007, o Simpósio de Engenharia de Produção (SIMPEP) teve 68 artigos publicados na área gestão da qualidade. Destes, 23 estavam relacionados à avaliação e mensuração da qualidade percebida em empresas de serviços. O instrumento SERVQUAL foi utilizado em 43,5% dos casos.

No que tange a temática deste estudo, os serviços de saúde, a ferramenta SERVQUAL também se apresenta com grande utilidade. Estudos como o de Cabral (2007) e Arroyo (2007) em serviços hospitalares utilizaram esse instrumento para coleta de dados. Os serviços fisioterápicos também foram avaliados através dessa ferramenta (GRIEBELER, 2006). Ansuji, Zenckner e Godoy (2005), numa pesquisa nos serviços odontológicos, fizeram uso do instrumento SERVQUAL.

Zeithaml e Bitner (2003) transportam para a área da saúde as cinco dimensões da qualidade identificadas em estudos anteriores (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), e citam alguns aspectos que são considerados ao avaliar esse tipo de serviço em cada dimensão:

- Dimensão Confiabilidade: diagnósticos feitos com precisão; horas marcadas e cumpridas corretamente;
- Dimensão Responsividade: interesse no usuário, em ouvi-lo; sem esperas para o atendimento; acessibilidade;
- Dimensão Segurança: capacitação; conhecimento; habilidade;
- Dimensão Empatia: paciência; tratar o paciente como pessoa; capacidade de recordar fatos anteriores;
- Dimensão Tangibilidade: sala de espera; sala de atendimento; equipamentos e materiais; aparência do profissional.

Diante do exposto, fica evidente a flexibilidade do instrumento SERVQUAL, demonstrada através dos diferentes setores de serviços que o utilizam em suas pesquisas, incluindo os serviços de saúde. E, sua efetividade na avaliação de

serviços pode ser comprovada pela quantidade de publicações científicas utilizando a ferramenta.

Sendo assim, considerando os aspectos expostos e acreditando ser, o instrumento SERVQUAL, adequado para se atingir aos objetivos propostos nesse estudo, optou-se pela utilização dessa ferramenta neste trabalho de dissertação.

2.2.1.3 Modelo SERVPERF

Cronin e Taylor (1992) acreditam que a qualidade é conceituada como uma atitude do cliente ao longo das dimensões da qualidade, devendo ser medida como uma percepção de desempenho, conforme a Equação 1:

$$Q = D \quad (1)$$

onde:

Q = avaliação da qualidade do serviço em uma determinada característica.

D = valores da percepção do cliente quanto ao desempenho do serviço para uma determinada característica.

Baseado nesse conceito, os autores desenvolveram o Modelo SERVPERF para avaliação da qualidade em serviços, embasada na posição de que o desempenho percebido de um serviço é um bom indicador da sua qualidade, qualidade esta que antecede a satisfação.

O Modelo SERVPERF utiliza os mesmos 22 itens representando as cinco dimensões da qualidade em serviços propostos pelo modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988). Entretanto, utiliza apenas a parte referente a avaliação do serviço prestado, não contendo questões referentes às expectativas dos clientes.

O modelo foi desenvolvido a partir de um estudo empírico realizado em empresas de serviços de quatro categorias distintas: banco, controle de pragas, lavagem a seco e comida rápida. No estudo foram aplicados quatro séries de questões através de questionários com os mesmos itens utilizados no

desenvolvimento do instrumento SERVQUAL e uma avaliação da importância de cada item utilizando a escala tipo *Likert* de 7 pontos.

Como conclusão do estudo, os autores encontraram que a medida da qualidade em serviços utilizando o Modelo SERVPERF pode retratar melhor as variações da qualidade quando comparado ao instrumento SERVQUAL. Essa conclusão baseou-se em testes estatísticos, como o qui-quadrado que comprovou a aderência das distribuições empíricas de dados, e a análise de regressão linear, através do coeficiente de determinação.

Para Cronin e Taylor (1992), o instrumento SERVPERF é mais adequado para a mensuração da qualidade em serviços, com a vantagem de reduzir o tamanho do instrumento e otimizar a coleta dos dados, sem prejudicar a confiabilidade da pesquisa.

Pesquisas de qualidade percebida em serviços realizadas utilizando o modelo SERVPERF, como os realizados por Maia, Salazar e Ramos (2007) em uma imobiliária; Fogarty, Catts e Forlin (2000), corroboram os resultados expostos por Cronin e Taylor (1992).

2.2.1.4 Modelo EP e NQ

Questionando a validade do instrumento SERVQUAL para avaliação da qualidade em serviços, principalmente em relação ao conceito de expectativa pelo cliente, Teas (1993) propôs um estudo empírico para testar quatro modelos, que são:

- § Modelo SERVQUAL original;
- § Modelo SERVQUAL com a parte das expectativas modificadas;
- § Modelo EP (*Evaluated Performance*);
- § Modelo NQ (*Normed Quality*).

O Modelo EP utiliza, segundo Teas (1994) o conceito de valor clássico ideal para o modelo de qualidade percebida, conforme Equação 2.

$$EP_{ih} = -1 P_{ih} - I_h \quad (2)$$

Onde:

EP_{ih} = avaliação da performance percebida (i) pelo cliente (h).

P_{ih} = performance percebida (i) pelo cliente (h).

I = valor clássico ideal para determinado atributo do serviço, evitando o erro de avaliação por parte do cliente.

O Modelo NQ utiliza, segundo o autor, o conceito de valor clássico ideal do Modelo EP com o conceito de expectativa do SERVQUAL (1988), conforme Equação 3.

$$NQ_i = -1[A_i - I - A_e - I] \quad (3)$$

Onde:

NQ_i = qualidade normativa para o objeto (i).

A_i = percepção do cliente (h).

A_e = percepção do cliente baseada na norma de excelência (e).

I = valor clássico ideal para determinado atributo do serviço, evitando o erro de avaliação por parte do cliente.

Conforme Teas (1994), o atributo (I) pode ser interpretado de duas maneiras: valor clássico ideal (valor considerado ideal para determinado atributo) ou valor ideal viável (valor viável ao setor avaliado).

O estudo empírico foi realizado com 120 entrevistados escolhidos de forma aleatória via lista telefônica e os serviços analisados pertenciam ao setor de varejo, sendo três prestadores específicos (K-Mart, Wal-Mart e Target).

O autor concluiu, após os testes, que o Modelo EP é o que melhor representa a satisfação do cliente e futuras intenções de compra. Teas (1994) afirma que a medição da qualidade em serviços através do Modelo SERVQUAL não é compatível com a avaliação de um valor clássico ideal viável de qualidade em um determinado serviço, podendo o cliente avaliar o nível da qualidade acima ou abaixo do ideal.

Diante dos diferentes modelos expostos, percebe-se que o desenvolvimento de uma ferramenta adequada para a mensuração da qualidade em serviços é preocupação constante de pesquisadores de diferentes áreas. Outras categorias de

modelos podem ser encontradas na literatura e são utilizadas em menor escala, como os modelos fundamentados na multiplicidade de itens, representando os múltiplos construtos que formam a satisfação (OLIVER, 1997 apud MARCHETTI; PRADO, 2001). Esse modelo visa à avaliação global da satisfação do consumidor, captando todas as dimensões subjacentes ao seu conceito, oferecendo uma visão mais ampla dos indicadores que não estão sob controle da organização (MARCHETTI; PRADO, 2001).

Identifica-se ainda uma terceira categoria de modelos de mensuração da qualidade em serviços, onde se enquadram os modelos apoiados em métodos de equações estruturais. Esse tipo de modelo articula os construtos por intermédio do método de equações estruturais, apresentando diversos indicadores sumariados (FORNELL, 1992 apud MARCHETTI; PRADO, 2001).

Todos os modelos apresentam suas vantagens e desvantagens, bem como maior ou menor aplicabilidade no dia-a-dia das empresas e do meio acadêmico. Contudo, nota-se que um instrumento se apresenta em destaque, o SERVQUAL, sua aplicação bem sucedida tem sido relatada na literatura técnica e acadêmica, indicando sua utilidade em fornecer evidências para a intervenção da administração na melhoria da qualidade em serviços (PAGE; SPRENG, 2002). Sendo assim, baseando-se nas considerações expostas anteriormente, o presente trabalho de pesquisa utilizou o instrumento SERVQUAL, adaptado para a realidade em estudo, para a avaliação da qualidade percebida em serviços de saúde.

Os serviços de saúde apresentam características próprias e, em consequência, ao se pesquisar sobre qualidade em serviços de saúde, deve-se estar atento para as peculiaridades que a compõem. Para tal, a sessão seguinte contempla a qualidade em serviços de saúde, buscando evidenciar conceitos e definições que permitam o entendimento dessa complexa área da qualidade.

2.3 Qualidade em serviços de saúde

Gerir pela qualidade é, atualmente, um imperativo em todas as áreas de atividade, e a saúde não poderia ser exceção. Melhorar a qualidade, a

acessibilidade e a eficiência dos serviços são desafios a serem alcançados pela sociedade (ASSUNÇÃO, 2006).

No entanto, encontra-se uma gama de conceitos e perspectivas diferentes sobre o que é qualidade em saúde, às vezes, divergentes e, em alguns casos, antagônicos (SOUZA JÚNIOR, 2002). Esta diversidade torna as questões relacionadas com a qualidade na prestação de serviços de saúde difíceis e complexas de abordar.

Ao compartilhar desta ideia, Mezomo (2001) a complementa dizendo que a qualidade se torna mais complexa na área da saúde porque não age em função de um único serviço (produto final), pois este é sempre incerto, não obedece a padrões estabelecidos e não tem qualidade uniforme.

As peculiaridades dos serviços de saúde devem ser observadas ao buscar a qualidade na prestação dos mesmos. Apoiado nos conceitos de Garvin (1990), Urdan (2001) cita três singularidades principais das instituições de saúde: não há uma clareza na conexão entre entradas e saídas; os pacientes geralmente têm dificuldades em avaliar aspectos técnicos; e existe, em grandes hospitais, duas linhas de autoridades distintas, o administrativo e o médico.

Avedis Donabedian, um dos principais estudiosos sobre a qualidade em saúde, tem seus conceitos utilizados até hoje pelas organizações de saúde, principalmente nos aspectos referentes a avaliação da qualidade em serviços de saúde (CAMPOS; CARVALHO, 2000; VUORI, 1991). Para Donabedian (1980), uma definição para qualidade deveria iniciar-se a partir das dimensões do cuidado médico, a saber: a técnica-científica, a relação interpessoal e as “amenidades” (conforto e estética das instalações e equipamentos).

Posteriormente, o autor desenvolveu um quadro conceitual a partir de três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura envolve os recursos físicos; humanos; materiais; equipamentos; e financeiros necessários para a assistência médica. O processo, que se refere às atividades envolvendo os profissionais da saúde e usuários, inclui o diagnóstico; o tratamento; os aspectos éticos da relação médico, profissional, equipe de saúde e paciente. O resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, a satisfação dos padrões e as expectativas dos usuários.

Anos mais tarde, Donabedian (1990) ampliou esses princípios, utilizando-se do denominado “Sete Pilares da Qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, descritos no Quadro 6.

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO DA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
EFICÁCIA	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
EFETIVIDADE	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja a qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Quadro 6 – “Os Sete Pilares da Qualidade” segundo Donabedian
Fonte: Adaptado de Donabedian, 1994.

Particularmente para este estudo, a satisfação do usuário como fator que determina a qualidade é de considerável relevância. Nesta direção, Tanaka e Melo (2004) afirmam que ao realizarmos a avaliação em sistemas e/ou serviços de saúde devemos ter em mente que os serviços prestados têm como finalidade os usuários, que são parte do processo de organização e prestação destas ações. Portanto, a análise da satisfação do paciente, que é o beneficiário direto do programa, pode se tornar um instrumento útil na organização da assistência (KLOETZEL et al, 1998).

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, Westphal e Almeida (2001, p. 20) afirma que “a qualidade de vida contempla aspectos relacionados às condições materiais de vida e à subjetividade nas relações dos homens entre si e com a natureza”, evidenciando a importância do planejamento das intervenções em serviços de saúde, a partir das necessidades dos usuários, como também de suas atitudes e valores, de seu universo, de seus sentidos e de suas práticas.

A importância da ótica dos usuários quanto aos serviços prestados é evidenciada também por Gemmel et al. (2002). Estes autores transferiram os conceitos desenvolvidos por Gronroos (2003) das dimensões técnicas e funcional na qualidade em serviços para o setor de saúde. Eles propuseram que a qualidade em saúde é formada por duas dimensões: a qualidade técnica, que corresponde a exatidão do diagnóstico e de procedimentos; e a qualidade funcional, que se refere à maneira com que os serviços são entregues aos pacientes.

Segundo Urdan (2001), os pacientes geralmente conhecem pouco sobre os aspectos de qualidade técnica, mas, em geral, não têm dificuldade em avaliar o lado interpessoal. Outros autores compartilham dessa mesma opinião, acreditando ser esta a base do julgamento na qualidade de um serviço de saúde por parte dos usuários (DONABEDIAN, 1990; GEMMEL et al., 2002).

A boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao usuário, com efeitos positivos no tratamento. Em alguns casos, este fator determina diferenças sensíveis entre dois serviços iguais. Acredita-se que essa “boa relação” pode compensar falhas do cuidado técnico.

Incentivos a humanização da assistência a saúde estão ocorrendo de forma progressiva, além da incorporação de noções relacionadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). A qualidade de um serviço de saúde está diretamente relacionada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência à saúde.

Clark (2001), corroborando com essa temática, menciona que muitas escolas de medicina dos Estados Unidos estão mudando seus currículos para realçar as qualidades humanísticas inerentes ao trabalho médico.

Uma pesquisa realizada em Malta, com quase 360.000 habitantes, permitiu comparar a qualidade em serviços de saúde em hospitais públicos e privados. O resultado mostrou que a expectativa em relação aos hospitais privados é oferecer

um serviço de mais alta qualidade, principalmente no aspecto serviços de hotel, mas que o setor público era o que excedia às expectativas dos pacientes. O estudo utilizou a ferramenta SERVQUAL para avaliação de qualidade em serviços de saúde e a estrutura de Donabedian elaborada em 1980 (CAMILLERI; O'CALLAGAN, 1988).

Em pesquisa semelhante realizada no município de Recife – PE – BR, Assunção (2006) identificou que, em uma escala que variava de (1) péssima a (5) ótima, usuários com nível de instrução até o ensino fundamental consideram boa a qualidade típica dos serviços privados. Porém, para pessoas que estão cursando ou concluíram o nível superior ou curso técnico, a qualidade dos serviços de saúde privado do país está entre razoável e boa. Nota-se que, na medida em que o grau de instrução aumenta, a valoração da qualidade diminui.

Ainda nessa pesquisa, numa comparação da opinião de quem tem ou não plano de saúde, pessoas assistidas apenas pela seguridade social tendem a valorizar mais os serviços prestados por entidades privadas, apesar de teoricamente não desfrutarem desses serviços.

Quando questionados sobre a qualidade do serviço público de saúde, a situação é semelhante. Novamente a valoração da qualidade cai conforme aumenta o nível de instrução dos usuários, sendo que a condição de saúde do setor público apresenta, em média, qualidade ruim.

Assunção (2006) afirma ainda que as longas filas, as condições precárias de atendimento e o tratamento desumano da população, frequentemente divulgado pela mídia, corroboram para denegrir cada vez mais a imagem das instituições públicas de saúde.

Outros dados pertinentes à qualidade em serviços de saúde surgem no estudo realizado por Blendon et al. (2001). A pesquisa realizada com médicos da Austrália, do Canadá, dos Estados Unidos, da Grã-Bretanha e da Nova Zelândia identificou que a maioria dos mesmos foi a favor de reformas nos sistemas de saúde para que tenham mais tempo com seus pacientes, visando um aprimoramento da qualidade. Porém, apenas 33% a 40% dos entrevistados concordavam que as avaliações dos pacientes poderiam melhorar a qualidade. Pode-se concluir, a partir disto, que esses profissionais apresentam pouca disposição em absorver o retorno dos pacientes, apesar do interesse em lhes dedicar mais tempo.

Em função disto, torna-se relevante identificar as duas óticas em relação à qualidade dos serviços prestados: dos usuários e dos profissionais. Muitas vezes os

profissionais acreditam estar realizando um bom trabalho quando, na verdade, não estão atingindo as expectativas dos usuários. Ou então, a situação pode apresentar-se de modo inverso.

Órgãos regulamentadores e instituições de saúde reconhecem a satisfação do paciente como um indicador significativo para a qualidade da saúde. Logo, para se medir a satisfação deve-se incorporar dimensões de aspectos de cuidados técnicos, interpessoal, social e moral.

Parente (2000) afirma que, à medida que são apresentados melhores serviços, os clientes elevam suas expectativas. Dessa forma, a melhoria dos serviços prestados acarreta um aumento no nível de exigências e das expectativas. Em consequência, o aumento das expectativas estimula os prestadores de serviços a prosseguirem em seus esforços para a melhoria contínua.

Considerando estes aspectos, o presente estudo vem a contribuir com a qualidade de serviços de saúde, identificando aspectos relevantes junto aos serviços para a organização e planejamento das ações da saúde. Em especial, os serviços públicos de saúde, com a avaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família através da mensuração da satisfação dos usuários e a relação desta com a qualidade percebida dos serviços pelos profissionais atuantes no Programa.

Com o intuito de mostrar um panorama geral da estrutura de saúde no Brasil, o tópico seguinte trata da configuração do sistema de saúde utilizado no País, e como a Estratégia Saúde da Família enquadra-se nos programas utilizados atualmente.

2.4 Instituições de saúde no Brasil

A década de 80 foi a época na qual se iniciaram as mais importantes mudanças no sistema público de saúde brasileiro, caracterizado por um modelo médicoassistencial privatista e excludente. Buscava-se um modelo de saúde que refletisse um sistema universal, integral e descentralizado. As mudanças tiveram início com o movimento sanitário, que entra os anos 80 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde. O movimento sanitário torna-se uma experiência singular e rica

no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade (BRASIL, 2006b).

Em março de 1986, devido a um movimento sanitário articulado e as condições históricas do momento, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, surgindo um consenso de que para o setor da saúde no Brasil não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000).

O relatório produzido nessa Conferência serviu de referência para os constituintes que elaboraram a Constituição de 1988 e para a aprovação das Leis 8080 e 8142, em 1990, que reconhecem a saúde como direito de cidadania para todos.

Atualmente, cerca de 60% da população brasileira é dependente do sistema público de saúde, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo do SUS é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades da população, sem forma alguma de remuneração direta do usuário do serviço. Fazem parte desse Sistema os centros e postos de saúde, hospitais, laboratórios, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa (BRASIL, 1990).

São diretrizes do SUS a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Teve-se por muito tempo um incentivo a estratégia de descentralização, caracterizada pela municipalização dos serviços públicos de saúde. Porém, a partir de 2002, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o Ministério da Saúde retomou a proposta original de hierarquização através da organização de redes articuladas e efetivas de serviços que integrem as capacidades de diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala, e evitar ineficiências no sistema (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Conforme discorrem Gentil, Leal e Scarpi (2003), essa hierarquização das ações de saúde é conhecida como atenção primária, secundária e terciária. A Atenção Básica, caracterizada pela prevenção, pelos serviços básicos que compreendem a identificação de fatores de risco, a promoção à saúde, o diagnóstico

precoce, o tratamento simples e aspectos básicos de reabilitação é denominada atenção primária. Os serviços especializados de Atenção Secundária e Terciária, além de cobrirem os aspectos básicos, devem estimular os procedimentos complexos de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Já os serviços de saúde de alta complexidade são de domínio da atenção terciária. Uma classificação da hierarquização dos serviços de cuidado de saúde no Brasil pode ser visualizada na Figura 3.



Figura 3 – Hierarquização dos serviços do sistema público de saúde no Brasil
Fonte: Adaptado de Almeida, 1991.

Contudo, torna-se importante destacar que essa rede de assistência a saúde, apresentada de forma hierarquizada nos preceitos do SUS, atua de forma conjunta, apresentando grande complexidade nas relações e tendo a educação permanente como elo central entre essas redes (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). A Figura 4 ilustra a ligação e complexidade existente entre as redes.

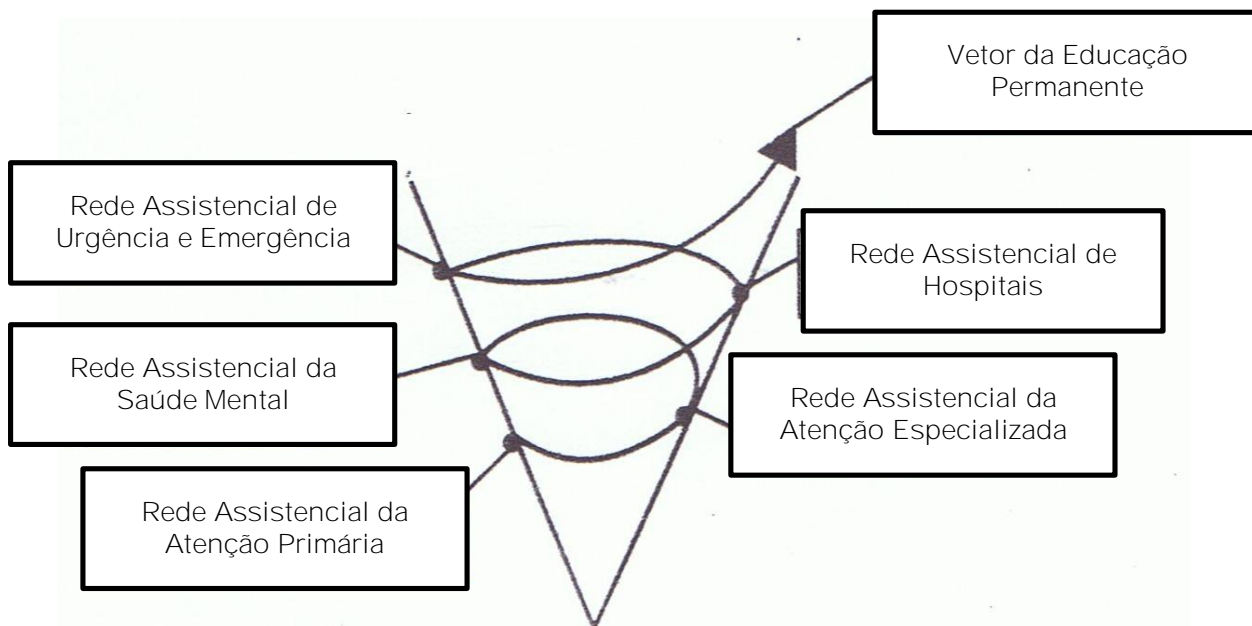


Figura 4 – Complexidade da rede de assistência a saúde no Brasil
 Fonte: Adaptado de Andrade, Barreto e Bezerra, 2006.

Segundo o Ministério da Saúde, muitos dos 135 milhões de brasileiros que dependem do SUS não contam com assistência básica, que poderia ser prestada por postos de saúde compostos por profissionais e equipamentos básicos. São brasileiros que residem em 3.800 municípios que gastam menos de dez reais por ano com saúde para cada habitante e até aqueles que não gastam nada, pois não tem posto de saúde algum na cidade (DATASUS, 2005).

Ainda segundo dados do DATASUS (2005), a rede de assistência à saúde no Brasil, em 2003, dispunha cerca de 4.864 hospitais, sendo 2.217 públicos, 150 universitários e 3.497 privados, com uma oferta de aproximadamente, 442.591 leitos, resultando na média de 2,5 leitos por 1.000 habitantes.

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado. Isto ocorre quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda população de uma determinada região. O SUS privilegia a formação de convênios com as instituições filantrópicas em função destas não visarem lucros, revertendo seus resultados financeiros para sua manutenção (CÔRRÊA et al., 2000).

O órgão que regula, normatiza, controla e fiscaliza as atividades que garantam assistência de saúde suplementar é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde. A ANS (2004) informa que essa rede prestadora de serviços de saúde, formada por mais de 2.000 planos de saúde, milhares de profissionais da área, hospitais e laboratórios, atende a mais de 37 milhões de consumidores que utilizam planos privados de assistência a saúde.

Inserido no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, a Estratégia Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde, está vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e familiares, referenciando aos níveis superiores de complexidade tecnológica quando as situações ou problemas identificados requererem resolução acima do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2001b, 2005, 2009).

Para melhor compreensão do objeto em estudo, a sessão seguinte destaca a Estratégia Saúde da Família dentro da saúde pública do Brasil.

2.4.1 A Estratégia Saúde da Família (ESF)

Enquanto a década de 80 foi marcada como um período de mudanças importantes no sistema de saúde brasileiro, os anos 90 ficam registrados como um período de grande crise econômica e fiscal do país, sendo a saúde afetada por esta realidade. Esse cenário existente na década de 90 levou o Governo a implantar um conjunto de programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocação de recursos, com o objetivo de melhorar a equidade e eficácia no SUS (REIS; HORTALE, 2004). É nesse contexto, de crise econômica, estrangimentos sociais e ajustes macroeconômicos, que é implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994.

A Estratégia Saúde de Família (denominação dada ao PSF a partir de 2003), concebida pelo Ministério da Saúde, foi destinada a contribuir para a organização de sistemas locais e reordenar o modelo assistencial a partir do modelo da Atenção Básica à Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a integração e organização das ações de saúde em um território definido, cuja atenção está centrada na família a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes

uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

A Unidade de Saúde da Família atua com princípios de integralidade e hierarquização, territorialização e adstrição da clientela, e de uma equipe multiprofissional, sendo estruturada em uma lógica de atenção à saúde, com a geração de práticas de cuidado, considerando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000b).

De acordo com dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a Saúde da Família apresentou, até agosto de 2005, uma adesão de 4.900 municípios, atingindo um total de 23.900 equipes implantadas e com uma cobertura populacional de 43,4% da população brasileira, o que corresponde a 76,8 milhões de pessoas (BRASIL, 2008). Dados mais recentes indicam que no período de 1994 a agosto de 2006, houve uma evolução de 84,2% da cobertura populacional brasileira, com 26.259 Equipes de Saúde da Família implantadas, abrangendo um total de 5.093 municípios (BRASIL, 2008).

Em face da constante expansão no País da Saúde da Família, faz-se necessário desenvolver metodologias de avaliação que possam ser utilizadas no planejamento das políticas de saúde locais. Além disso, a Estratégia de Saúde da Família está em curso no país a mais de uma década, e tem sido objeto de avaliação pelo próprio Ministério da Saúde, que vem indicando a necessidade de estudos locais para analisar a relação dos serviços com seus usuários.

Segundo Medina e Aquino (2002), a avaliação na Saúde da Família constitui hoje tarefa primordial para todos envolvidos no debate sobre as perspectivas de sua consolidação, e dos avanços possíveis do SUS no País.

Cabe ressaltar, nesse sentido, a importância de dar voz aos usuários, expressando expectativas e satisfações quanto ao uso dos serviços. Em especial, na Saúde da Família, essa atitude apresenta-se como fornecedora de alternativas para o processo de tomada de decisão, na direção de serviços que se voltem a atender as necessidades dos usuários e que assim possam favorecer a aceitabilidade e credibilidade destes em relação aos serviços de saúde.

Ainda nessa direção, o Ministério da Saúde reforça a necessidade de dar voz ao usuário e a de “[...] criar meios e instrumentos para a população apresentar queixas, denúncias e sugestões” (BRASIL, 2002, p. 217).

Para incentivar a busca da qualidade na prestação dos serviços de saúde realizadas pela ESF, o Ministério da Saúde lançou, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). A proposta de AMQ representa o compromisso institucional de contribuir para a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

A AMQ surge com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação dos princípios, métodos e ferramentas para a construção da qualidade (BRASIL, 2005).

Caracteriza-se como uma avaliação sob a perspectiva interna, articulando elementos da avaliação normativa e da melhoria contínua da qualidade, apresentando-se como uma metodologia de gestão interna dos serviços. A partir de critérios e padrões pré-estabelecidos, busca impulsionar processos de melhoria da qualidade, oferecendo ao gestor um instrumento de trabalho (BRASIL, 2005). Pode-se citar como características principais da AMQ:

- § Perspectiva de avaliação interna;
- § Processo participativo que inclui gestores, profissionais e demais atores envolvidos com a intervenção;
- § Instrumentos que facilitam a identificação dos estágios de desenvolvimento da estratégia considerando o âmbito da gestão e do trabalho das equipes;
- § Iniciativa articulada dos três níveis de gestão da Estratégia Saúde da Família (municipal, estadual e federal);
- § Promoção da cultura avaliativa e de gestão da qualidade no âmbito da Atenção Básica;
- § Processo inserido em um programa de melhoria contínua da qualidade.

Percebe-se o enfoque em qualidade e, conseqüentemente, avaliação dado pelo AMQ e como isto deve estar relacionado a todos os outros aspectos que levam a construção de uma gestão.

A AMQ não contempla a avaliação dos usuários como um instrumento próprio em seu processo, pois entende que esta deve estar inserida numa rotina de avaliação por parte do município. Este aspecto confirma-se ao identificar um requisito referente à presença de pesquisa de satisfação junto aos usuários como item avaliativo em um dos instrumentos a serem preenchidos pelos atores.

É considerado essencial que os usuários sejam ouvidos, sendo identificadas suas expectativas e necessidades para que a Estratégia Saúde da Família seja alcançada em sua plenitude.

Diante do exposto, reforça-se que a avaliação da satisfação do usuário é um parâmetro que representa respostas quanto suas esperanças e desejos, podendo se tornar um instrumento útil na assistência e melhoria da qualidade de vida. Juntamente com a percepção da qualidade dos serviços por parte dos profissionais, esses dados tornam-se indicadores da atual situação da ESF e norteadores das ações futuras.

Estudos que abordem a avaliação da satisfação do usuário com a ESF não aparecem relatados com frequência na literatura, demonstrando a necessidade de iniciativas nesse sentido.

Ao pesquisar-se sobre estudos desenvolvidos no âmbito da avaliação da ESF no Brasil, percebe-se que a maioria destes está relacionada à avaliação da implantação da Estratégia Saúde da Família, abordando o impacto dessa forma de atenção à saúde através de indicadores bem determinados como renda, saneamento, educação, entre outros (ALMEIDA; MACINKO, 2006 apud ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008). O tópico seguinte expõe, de forma sucinta, algumas dessas iniciativas de pesquisa, buscando relacioná-las com a temática estudada.

2.4.1.1 Estudos envolvendo avaliação da Estratégia Saúde da Família

Conforme citado, a maioria dos estudos encontrados na literatura sobre a temática da avaliação da ESF estão relacionados a sua implantação e expansão, financiados pelo Ministério da Saúde e/ou outras agências de fomento. Enquadram-se nessa categoria os estudos de Melo et al (2008), desenvolvidos em três municípios do Estado do Mato Grosso do Sul; a pesquisa de Machado, Lima e Viana (2008) realizada em 22 municípios no Estado do Rio de Janeiro; a avaliação realizada por Rocha et al (2008) em 21 municípios de três Estados do Nordeste; e o estudo de Facchini et al (2006) que contemplou 41 municípios dos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Estas pesquisas fazem parte do Estudo de Linhas de Base, componente do Projeto de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF), idealizado pelo Ministério da Saúde e financiado pelo Banco Mundial. Segundo Almeida e Giovanella (2008), o propósito da realização desses estudos foi fortalecer a institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica, assim como compreender as possíveis transformações decorrentes da implantação da Estratégia Saúde da Família. Ainda segundo os autores, as avaliações foram estruturadas em quatro dimensões: político-institucional; organização da atenção; do cuidado integral; e o desempenho dos sistemas de saúde.

Ao se analisar esses estudos, percebe-se a utilização de diversas metodologias e instrumentos para a coleta e análise dos dados, como também a participação de diferentes atores. O enfoque dado a cada pesquisa também diverge, embora seguindo as dimensões propostas pelo PROESF. Não há uma padronização para a condução destes estudos, sendo realizados por diferentes instituições, selecionadas a partir de concurso público.

Almeida e Giovanella (2008) realizaram um estudo com o objetivo de mapear e analisar as pesquisas realizadas no âmbito da avaliação da Atenção Básica no período de 2000 a 2006 realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde. Foram identificadas 11 pesquisas finalizadas, 84 em andamento e 14 concluídas com divulgação parcial de seus dados.

Um fator importante identificado neste estudo refere-se aos atores investigados por estas pesquisas: destaca-se a visão de gestores e coordenadores das secretarias de saúde. Segundo Almeida e Giovanella (2008) deveriam ser considerados como atores principais dos processos avaliativos os usuários, visto que as necessidades e julgamento dos mesmos consistiu-se como ponto fundamental na melhoria das condições de acesso e qualidade proposta pelo modelo de Estratégia Saúde da Família.

Estudos mais pontuais, não ligados ao Ministério da Saúde ou outra agência de fomento também são encontrados. Nesse sentido, torna-se importante citar o estudo realizado pelo Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria (2005) que buscou avaliar a implantação da ESF no município. Foram analisados o processo de trabalho e as características do modelo de atenção no município através da opinião de usuários e profissionais. Para tal foi utilizada uma abordagem qualitativa, realizando-se entrevistas semi-estruturadas com os atores. Cabe ressaltar que a

questão da satisfação com os serviços e conseqüente qualidade dos mesmos não foi abordada neste estudo.

Ainda relacionado à temática dos estudos mais pontuais, cita-se a pesquisa de Santos, Uchimura e Lang (2005), que buscou identificar a percepção dos usuários da ESF em uma Unidade de Saúde da Família no município de Colombo, Paraná, através de uma abordagem qualitativa, utilizando para a avaliação cinco temas: a expectativa quanto a ESF; o trabalho extra-muros; as filas; a figura do médico; e o itinerário terapêutico.

No tocante ao enfoque dado no presente estudo, a avaliação da qualidade da ESF através da identificação da qualidade percebida, mediante comparação das expectativas e percepções de usuários e funcionários, não foram encontrados trabalhos semelhantes.

Pode-se relacionar este fato as características das pesquisas realizadas, que buscavam identificar aspectos mais abrangentes, numa avaliação da implantação de um “Programa”, através de dimensões definidas e relacionadas a outras áreas do conhecimento, como epidemiologia, saúde pública e coletiva.

Sendo assim, reforça-se a importância do presente estudo, pois se pretende utilizar conhecimentos oriundos da Engenharia de Produção, consolidados no que tange a qualidade em serviços, para contribuir com o desenvolvimento e consolidação da Estratégia Saúde da Família no município em estudo.

3 MÉTODO DO ESTUDO

O presente capítulo apresenta-se de forma a garantir o “como” fazer para alcançar a resposta do problema de pesquisa e atingir os objetivos propostos por esse trabalho. Ainda nesse contexto, o referido capítulo está subdividido em sete partes principais, na qual se irá detalhar de forma clara e sucinta a metodologia que norteou esse estudo.

3.1 Tipo de pesquisa

O presente trabalho, ao avaliar a qualidade dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família no município de Santa Maria sob a ótica dos usuários e funcionários do “Programa”, utilizou o método de estudo de caso, caracterizando-se como uma pesquisa descritiva, com corte transversal e abordagem quantitativa.

Na concepção de Creswell (1994), utiliza-se o estudo de caso quando o pesquisador quer explorar uma ou poucas entidades ou fenômenos (casos), limitado pelo tempo e atividade (grupo social) e quer coletar informações usando uma variedade de procedimentos de coleta de dados durante um período de tempo. Yin (2004) afirma que um estudo de caso é uma pesquisa empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, quando o limite entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos, e isso implica a utilização de múltiplas origens de evidências.

No tocante a natureza da pesquisa, que se apresenta como descritiva, Gil (1999) discorre que esta tem como objetivo a descrição das características de

determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Para tal, usa técnicas padronizadas de coleta de dados para estudar características de um grupo. Ainda segundo o autor, podem-se considerar como descritivas as pesquisas que têm por objetivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população ou que pretendem descobrir a existência de associações entre variáveis.

A abordagem quantitativa, conforme Richardson (1999), 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. A abordagem quantitativa é frequentemente aplicada nos estudos descritivos que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (OLIVEIRA, 2002).

Evidenciada a caracterização da pesquisa, no tocante ao método do estudo, o tópico seguinte apresenta os procedimentos utilizados na pesquisa.

3.1.1 Procedimentos de pesquisa

Um estudo de caso exige um bom esquema de pesquisa para que haja uma adequação entre objetivos pretendidos e resultados alcançados (YIN, 2004). Sendo assim, a fim de atender os objetivos propostos neste estudo, as principais etapas realizadas para a concretização da pesquisa são apresentadas na Figura 5:

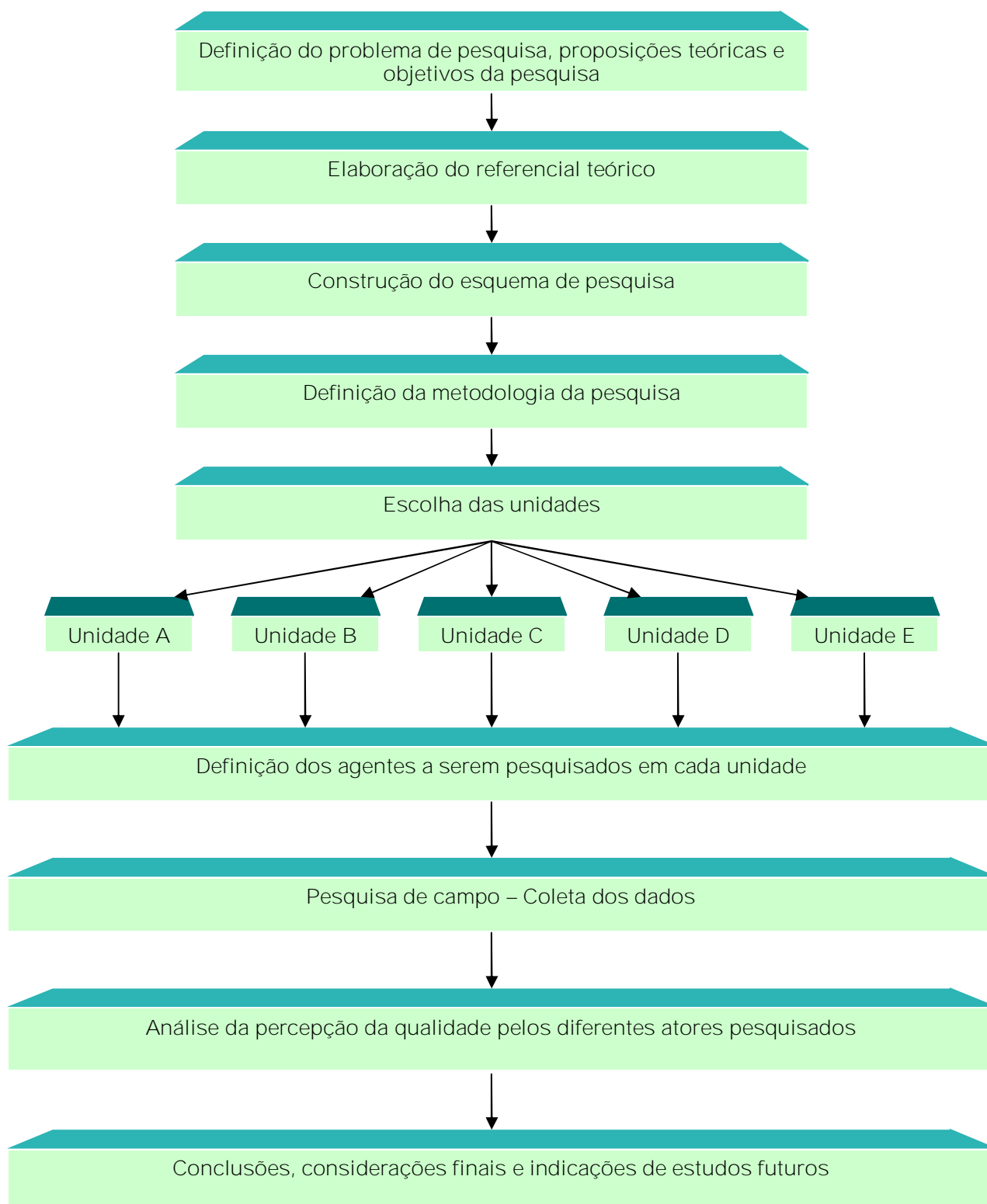


Figura 5 - Esquema da pesquisa

3.2 Elementos da pesquisa

Para a Estatística, população é o conjunto de elementos que formam o universo do estudo e encontram-se sobre as mesmas condições de observação (BARBETTA; REIS; BORNIA, 2004). Sendo assim, este estudo apresenta como universo de pesquisa todos os usuários e funcionários das unidades de ESF do município em estudo.

A ESF no município de Santa Maria conta com 16 Equipes de Saúde da Família, divididas em Unidades de Saúde da Família. Para a realização do estudo, foram selecionadas 5 unidades, a partir de um critério de seleção determinado mediante análise do cenário.

Como o objetivo da pesquisa foi de avaliar a satisfação dos usuários com os serviços prestados pela ESF e relacionar com a percepção da qualidade que os funcionários têm desses serviços, assumiu-se como critério de seleção para a pesquisa somente aquelas unidades que contavam com Equipe de Saúde da Família completa. Sendo assim, os serviços avaliados seriam aqueles prestados conforme prevê a política e as diretrizes da ESF. As unidades que tiveram seus serviços avaliados pelos usuários e funcionários estão mencionadas na Tabela 1, que apresenta também o número total de famílias adstritas, usuários cadastrados e funcionários atuantes.

Tabela 1 – Unidades de Saúde da Família selecionadas para o estudo

UNIDADE DE ESF	TOTAL DE FAMÍLIAS	TOTAL DE USUÁRIOS	TOTAL DE FUNCIONÁRIOS
Unidade A	599	1912	9
Unidade B	1212	2030	9
Unidade C	841	2881	8
Unidade D	1112	3913	9
Unidade E	2642	9316	11

Fonte: Dados da Secretaria de Saúde Municipal, 2008.

Tendo-se como total de usuários nas cinco unidades 20.052 pessoas e um total de 46 funcionários, uma coleta de dados envolvendo toda população,

principalmente no que tange aos usuários, seria inviável em função do tempo determinado para a pesquisa e da necessidade de maiores recursos humanos e financeiros para sua realização.

Apoiado neste cenário foi selecionada uma amostra, baseada em critérios estatísticos, que representasse a população. O tópico seguinte contempla o processo de amostragem utilizado.

3.2.1 Seleção amostral

A literatura apresenta dois tipos de seleção da amostra: a probabilística e a não-probabilística. Segundo Hair et al. (2005), a amostragem probabilística geralmente envolve a tomada de grandes amostras que sejam consideradas representativas da população alvo de onde são retiradas. Para estes mesmos autores, uma das técnicas de amostragem probabilística mais empregada é a amostragem aleatória simples, na qual cada elemento da população apresenta probabilidade igual e diferente de zero de ser selecionado.

Cooper e Schindler (2003) corroboram das afirmações dos autores supracitados e diferenciam os dois processos de amostragem afirmando que, na amostragem não-probabilística, os elementos não têm uma chance conhecida diferente de zero de ser incluídos na amostra. Um caso no qual se pode utilizar este tipo de amostragem é quando a população total não está disponível para o estudo ou quando o custo e/ou tempo inviabilizam uma amostragem probabilística.

De acordo com o exposto e em consonância com as características da presente pesquisa, utilizou-se a amostragem probabilística, em especial, a amostragem estratificada proporcional, pois as unidades selecionadas para o estudo apresentam dimensões distintas. Conforme Barbetta; Reis e Bornia (2004), este tipo de amostragem probabilística consiste em dividir a população em subgrupos (denominados estratos) mais homogêneos que a população toda, mantendo a proporcionalidade do tamanho de cada estrato da população na amostra. Posteriormente realizam-se seleções aleatórias de forma independente sobre os diversos estratos e, por fim, obtêm-se a amostra completa através da agregação das amostras de cada estrato.

Segundo estes pressupostos, apresenta-se a seguir o tamanho das amostras utilizadas para a coleta dos dados.

3.2.1.1 O tamanho das amostras

Para o cálculo do tamanho das amostras utilizou-se o número total de usuários adstritos na Estratégia Saúde da Família das unidades selecionadas para o estudo, bem como o número total de funcionários atuantes nas mesmas. Estas informações foram fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, através do Coordenador do Núcleo de Atenção Básica, responsável pela ESF a nível local. Sendo assim, têm-se como total de usuários 20.052 pessoas e um total de 46 funcionários.

Num primeiro momento, foi necessário o cálculo do tamanho global da amostra para, posteriormente, definir o tamanho das amostras em cada unidade, utilizando-se a amostragem estratificada proporcional para tal.

Torna-se importante ressaltar que para o cálculo do tamanho global da amostra é necessário, além dos dados relativos ao tamanho da população em estudo, definir qual a precisão desejada, podendo esta ser descrita, segundo Barbetta; Reis e Bornia (2004), em termos do erro amostral máximo tolerado e do nível de confiança adotado no processo de estimação. Dessa forma, foi definido para a presente pesquisa um erro amostral máximo de 4% e um nível de confiança de 95%, tornando o processo de pesquisa confiável e possível de ser executado.

Utilizando-se das considerações supracitadas, que informam o tamanho total dos sujeitos a serem pesquisados e a confiabilidade dada ao processo amostral, utilizou-se a Fórmula 1 (AAKER; KUMAR; DAY, 2001) para determinação das amostras:

$$n = \frac{625 \cdot N}{625 + N} \quad (1)$$

Portanto, tendo-se para o grupo de usuários um $N = 20.052$, o valor correspondente ao tamanho da amostra global está representado pela Equação 4, resultando, portanto, uma amostra global de 606 usuários.

$$n = \frac{625 \cdot 20052}{625 + 20052} = 606 \quad n = 606 \quad (4)$$

No que tange aos funcionários, devido ao pequeno número de indivíduos representantes da totalidade da população, optou-se por realizar a pesquisa com a totalidade dos funcionários.

Devido a necessidade de utilização da amostragem estratificada proporcional, em função das distintas dimensões das unidades selecionadas para a pesquisa, a amostra global foi dividida em estratos, resultando nas amostras estratificadas ilustradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Tamanho das amostras proporcionais para cada estrato

UNIDADE DE ESF	REPRESENTAÇÃO NA POPULAÇÃO		REPRESENTAÇÃO NA AMOSTRA	
	USUÁRIOS	FUNCIONÁRIOS	USUÁRIOS	FUNCIONÁRIOS
Unidade A	1912	9	58	9
Unidade B	2030	9	62	9
Unidade C	2881	8	87	8
Unidade D	3913	9	118	9
Unidade E	9316	11	281	11
TOTAL	20.052	46	606	46

3.3 Instrumento da pesquisa

Como instrumento para a coleta dos dados pertinentes a pesquisa fez-se o uso de um questionário, composto predominantemente de questões fechadas,

baseado no instrumento SERVQUAL (Anexo A), modelo consolidado e utilizado em diferentes setores de atividade para mensuração da qualidade em serviços, como evidenciado na fundamentação teórica do estudo.

Para tal, foram realizadas algumas modificações no modelo original, tendo em vista a adaptação do instrumento para a realidade em estudo. Os autores do instrumento, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), evidenciam essa capacidade de adaptação do instrumento para realidades distintas.

Sendo esta pesquisa realizada com dois grupos diferentes, os usuários e os funcionários do ESF, no município de Santa Maria fez-se necessário a construção de dois questionários distintos. Porém, as diferenças entre os questionários resumem-se a sua parte inicial, que busca identificar o perfil sócio-econômico e profissional dos respondentes. O restante do questionário, as três partes subsequentes, são idênticas para ambos os grupos.

Dessa forma, os questionários utilizados dividem-se em quatro partes. A primeira, no questionário destinado aos usuários, buscou identificar o perfil dos mesmos com relação ao gênero, ao nível de instrução, renda familiar e aspectos relacionados à utilização da ESF, como número de vezes que utilizou o serviço, se recebe visitas domiciliares da equipe, qual profissional realiza a visita, entre outras questões.

Para os funcionários, essa parte inicial também visou identificar o perfil sócio-econômico dos mesmos, além de questões referentes à formação e experiência profissional na área da saúde pública.

A partir da segunda etapa, os questionários tornam-se iguais, possibilitando a comparação dos aspectos relacionados à qualidade dos serviços entre os grupos. A segunda parte visou identificar a expectativa dos respondentes quanto aos serviços de saúde. Para atingir tal propósito, foram elaboradas 20 afirmações relacionadas aos serviços prestados pela ESF e as cinco dimensões da qualidade propostas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988): tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. Todas as questões foram elaboradas na forma de frases afirmativas e positivas, podendo ser respondidas dentro de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, variando de 1 – discordo totalmente a 5 – concordo totalmente.

A terceira etapa utilizava as mesmas 20 questões apresentadas na etapa anterior, bem como idêntica forma para resposta, porém buscava verificar a percepção dos respondentes quanto aos serviços prestados pela ESF.

A quarta etapa dos questionários objetivava identificar o grau de importância dado a cada uma das cinco dimensões da qualidade. Para tal, foram elaboradas cinco frases que expressassem o significado de cada dimensão e solicitado que o respondente atribuísse uma nota de 0 a 10 para cada uma delas.

Para finalizar esta quarta e última etapa, foi solicitado que o respondente atribuísse uma nota geral para os serviços do ESF, podendo esta variar de 0 a 10. O mesmo procedimento foi utilizado para pontuar os serviços prestados por cada categoria profissional atuante na ESF.

Os questionários utilizados para o levantamento dos dados referentes aos usuários e aos profissionais podem ser visualizados nos Apêndices A e B, respectivamente.

3.4 Teste piloto

Visando a consolidação do método e dos instrumentos de pesquisa, realizou-se no presente estudo testes preliminares. A consolidação do instrumento de pesquisa fez-se com uma amostra não-probabilística de 10 usuários e 5 funcionários. Estes foram selecionados aleatoriamente em uma das unidades participantes da pesquisa. Segundo Hair et al. (2005), o menor número de indivíduos numa amostra para o teste piloto pode ser quatro ou cinco indivíduos e a maior não deve exceder trinta.

Este teste piloto visou realizar possíveis alterações pertinentes no questionário para a busca de resultados mais fidedignos. A realização do teste piloto possibilitou a mudança na linguagem de algumas questões, tornando-as mais acessíveis ao perfil dos respondentes. Outra contribuição importante do teste piloto foi a estimativa de tempo gasto para cada aplicação do questionário. Ficou evidente que seria necessária uma disponibilidade de cerca de trinta minutos para a aplicação individual.

Ciente dos pontos identificados no teste piloto e realizada as correções necessárias, passou-se para a coleta dos dados, descritos no tópico seguinte.

3.5 Técnica de coleta de dados

Para atendimento dos objetivos propostos no estudo, a coleta dos dados deu-se em duas fases principais. Na primeira fase, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nacional e internacional, bem como coleta de dados secundários, através de pesquisa documental em trabalhos científicos, arquivos públicos, particulares, fontes estatísticas e pesquisa junto a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de formular um quadro teórico referencial sobre a Estratégia Saúde da Família, criar um quadro amostral e verificar o atual cenário do ESF no município.

A segunda fase caracteriza-se pela coleta de dados primários através de pesquisa de campo com aplicação de questionários nos atores selecionados. A pesquisa de campo junto aos usuários ocorreu da seguinte forma:

- primeiramente foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde os mapas das regiões de abrangência das unidades selecionadas. Estes mapas informavam as ruas nas quais os usuários adstritos residiam, local no qual são realizadas as visitas da Equipes de Saúde;
- disponibilizadas estas informações, foi recrutada uma equipe de 5 pesquisadores, incluindo a autora deste estudo. Todos os pesquisadores foram treinados para a coleta dos dados, estando cientes dos objetivos da pesquisa, método utilizado e forma de aplicação dos questionários. O treinamento foi ministrado pela autora da pesquisa;
- posteriormente ao treinamento, a equipe foi dividida entre as regiões de abrangência das cinco unidades pesquisadas e, de posse dos mapas das regiões, foi abordando os usuários em suas residências, aleatoriamente, e solicitando sua participação na pesquisa. Foi utilizado como critério para participação na pesquisa que o morador fosse usuário dos serviços da ESF e aceitasse participar espontaneamente. Os pesquisadores visitaram todas as ruas nas quais havia usuários adstritos, buscando a homogeneidade da pesquisa;
- caso o morador da residência abordada contemplasse os critérios estabelecidos, o pesquisador lhe repassava o questionário e solicitava seu preenchimento, estando presente durante todo momento para o esclarecimento de dúvidas. Caso o pesquisado não tivesse condições de responder sozinho o

questionário, o pesquisador poderia intervir e realizar a pesquisa na forma de uma entrevista estruturada, seguindo rigorosamente as questões e instruções presentes no questionário.

No que tange a coleta dos dados primários junto aos profissionais, esta ocorreu através da entrega dos questionários aos mesmos, pela autora do estudo, após uma reunião para explanação dos objetivos e método da pesquisa. Devido ao limitado tempo para preenchimento no momento da entrega, os questionários permaneceram junto aos profissionais por um período médio de sete dias e, posteriormente, foram recolhidos pela pesquisadora.

Seguindo os passos descritos, a coleta dos dados primários foi realizada no período de outubro a novembro de 2008. Passou-se então para a etapa seguinte, a análise dos dados, que apresenta suas etapas descritas na próxima seção.

3.6 Técnica de análise de dados

Após realizada a coleta dos dados, torna-se necessário a análise e interpretação dos mesmos. Na apreciação e análise dos dados obtidos foram utilizados instrumentos descritivos associados a mecanismos derivados da lógica da matemática, concernentes às características deste estudo. Os questionários foram processados em microcomputadores com utilização do *software SPSS*, versão 13.0, para análise estatística.

Como ponto de partida, foi utilizado o Coeficiente *Alpha de Cronbach* para verificar a confiabilidade da escala utilizada, no que tange as questões referentes à Expectativa e Percepção (segunda e terceira partes do questionário). O Coeficiente *Alpha de Cronbach* mede a homogeneidade dos componentes da escala, ou seja, a consistência interna dos itens (MALHOTRA, 2006). Este coeficiente pode variar de 0 (zero) a 1 (um), sendo considerado como indicativo de consistência interna satisfatória valores a partir de 0,6.

Devido às características do instrumento utilizado, o qual as questões representam dimensões distintas, o Coeficiente de *Alpha de Cronbach* foi calculado para cada questão, cada dimensão e no geral. Os resultados originados a partir destes cálculos encontram-se na Tabela 3 (Apêndice C).

Com a relação a utilização da estatística descritiva, esta foi aplicada para análise de todas as etapas do questionário, utilizando-se cálculos de frequência, média aritmética, desvio padrão e coeficiente de variação, pertinentes a análise de cada questão.

A mensuração da qualidade dos serviços foi obtida da diferença entre a Percepção e a Expectativa para cada respondente. Os escores médios para cada dimensão foram calculados através das respostas de todos os participantes da pesquisa em cada grupo. Escores positivos refletem um nível de satisfação elevado (serviço melhor do que o esperado); escores negativos sinalizam uma qualidade abaixo do esperado e, em consequência, respondentes insatisfeitos com o serviço; e, o escore zero implica em qualidade satisfatória. A segunda e terceira parte do questionário representam as questões analisadas dessa forma, apresentando seus resultados de forma conjunta, destacando a média, desvio-padrão e coeficiente de variação, na Tabela 4 e 5 (Apêndice D).

A quarta etapa do questionário também utilizou de estatística descritiva para a sua análise, como média aritmética, porém, nas questões que, que indagavam a nota geral dos serviços do ESF e as notas gerais para cada categoria profissional, foi aplicada a Análise de Regressão Linear Múltipla. O objetivo ao aplicar este método de análise nessa parte do questionário foi verificar qual categoria profissional apresenta maior influência na nota geral dada a ESF.

Porém, a Análise de Regressão foi utilizada somente para a análise dos dados relativos aos usuários, pois estes, ao somarem 606 pesquisados, viabilizaram este tipo de análise. No que tange aos funcionários, os 39 respondentes não apresentam número suficiente para dar significância à Análise de Regressão, traduzindo-se em dados não condizentes com a realidade pesquisada.

De forma resumida, a Análise de Regressão é um processo estatístico para analisar relações associativas entre uma variável dependente métrica e uma ou mais variáveis independentes/explicativas (MALHOTRA, 2006), e serve para:

- determinar se as variáveis independentes/explicativas explicam uma variação significativa na variável dependente: se existe uma relação;
- determinar quanto da variação na variável dependente pode ser explicada pelas variáveis independentes/explicativas: intensidade da relação;
- determinar a estrutura ou a forma da relação: a equação matemática que relaciona as variáveis independentes/explicativas e dependentes;

- prever os valores da variável dependente; e, controlar outras variáveis independentes quando da avaliação das contribuições de uma variável ou conjunto de variáveis específicas.

Para Malhotra (2006), o modelo de regressão linear múltipla é a técnica estatística que desenvolve simultaneamente uma relação matemática entre duas ou mais variáveis independentes e uma variável dependente escalonada por intervalo.

E, como última técnica estatística aplicada aos dados, foi realizada a Análise Fatorial. Segundo Malhotra (2006) a Análise Fatorial é uma técnica multivariada utilizada para sumarização e redução de dados, variáveis e informações. Ainda na concepção deste autor, o objetivo principal da referida técnica é explicar a correlação ou covariância entre um conjunto de variáveis, em termos de um número limitado de variáveis não observáveis.

Neste estudo a Análise Fatorial foi utilizada para testar a dimensionalidade da Escala SERVQUAL. Assim, é verificado se os usuários da ESF avaliam a qualidade dos serviços prestados baseando-se nas cinco dimensões definidas através da Escala SERVQUAL adaptada para a pesquisa.

Cabe ressaltar que a Análise Fatorial foi aplicada somente aos dados coletados junto aos usuários baseando-se nas considerações de Hair et al (2005), que relata ser necessária uma amostra de no mínimo cinco elementos para cada variável, com o ideal estando entre dez e 20 elementos e evitando-se a aplicação da técnica em amostras inferiores a 50 elementos., Portanto, como a amostra dos profissionais contou com 39 pesquisados e o instrumento apresenta 20 questões, a aplicação da técnica junto aos dados obtidos com os funcionários seria inviável.

3.7 Limitações do estudo

Ao se iniciar uma pesquisa deve-se ter em mente que, mesmo utilizando os métodos adequados para a realização da mesma, poderão existir limitações em relação ao estudo.

Em relação ao método, o presente estudo utilizou a pesquisa descritiva. Nesse contexto, o instrumento utilizado para a coleta dos dados foram questionários auto-administrados que, segundo Hair et al. (2005), são normalmente respondidos

pelo pesquisado sem a presença do pesquisador, e podendo entregues de várias maneiras.

Este tipo de coleta, no entanto, traz algumas limitações, principalmente no que tange as dúvidas dos respondentes, que, neste caso, não serão esclarecidas diretamente pelo pesquisador. Essa limitação encontra-se presente, principalmente, na coleta realizada com os funcionários.

Na coleta junto aos usuários, o pesquisador encontrava-se presente para o esclarecimento de dúvidas, e a limitação encontrada refere-se, principalmente, a capacidade de entendimento dos indivíduos quanto as questões apresentadas.

Outra questão a ser considerada trata das variáveis escolhidas neste estudo. Em nenhum momento esgota-se a possibilidade de que somente estas sejam as respostas para a problemática desta pesquisa. Outras variáveis poderão, certamente, ser encontradas no desenvolvimento deste estudo, possibilitando, assim, outras pesquisas neste mesmo enfoque.

Por fim, cabe ressaltar que, como o objetivo geral deste estudo, buscou-se avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pelo “Programa”, buscando identificar a relação existente entre esta satisfação e a percepção da qualidade dos serviços pelos funcionários. Assim, pode ocorrer certa subjetividade no decorrer deste processo, visto que são opiniões pessoais, dadas em circunstâncias diferentes e momentos particulares de cada um.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A estrutura desse capítulo foi concebida de maneira a evidenciar os resultados relacionados a cada um dos objetivos propostos. Para construir os resultados do estudo, optou-se por descrever o mesmo em quatro momentos principais.

A primeira parte apresenta os resultados referentes aos usuários respondentes no que tange a caracterização dos mesmos, resultados obtidos com o instrumento SERVQUAL e com a Análise de Regressão. A etapa seguinte refere-se aos dados obtidos com os funcionários respondentes, relatando sua caracterização e os resultados do instrumento SERVQUAL. A terceira parte apresenta uma relação das percepções dos atores pesquisados. A quarta e última por sua vez, refere-se aos resultados obtidos com a Análise Fatorial.

4.1 Resultados referentes aos usuários

Conforme explicitado no capítulo anterior, fizeram parte da amostra desta pesquisa 606 usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Santa Maria, pertencentes as cinco unidades selecionadas para a pesquisa.

Os dados foram coletados mediante visitas as residências dos usuários, realizada somente pelos pesquisadores, sem a participação de integrantes das Equipes de Saúde. Nesta oportunidade foi entregue o questionário e solicitado o preenchimento individual. Foi necessária, na maioria dos casos, a intervenção do pesquisador durante o preenchimento do instrumento, com o objetivo de esclarecer

dúvidas quanto algumas questões. Também, em alguns casos, a coleta teve de ser conduzida na forma de entrevista, visto o grau de instrução do respondente.

Sendo assim, inicia-se a apresentação dos resultados referentes aos usuários abordando a caracterização dos pesquisados.

4.1.1 Caracterização dos usuários

Os usuários pesquisados neste estudo apresentam-se, na sua maioria, do sexo feminino (72,8%) e com faixa etária distribuída harmoniosamente entre os estratos, com as faixas de 51 a 60 anos, 31 a 40 anos e 41 a 50 anos representando, respectivamente, 20,1%; 19% e 18,3% da amostra, conforme a Figura 6.

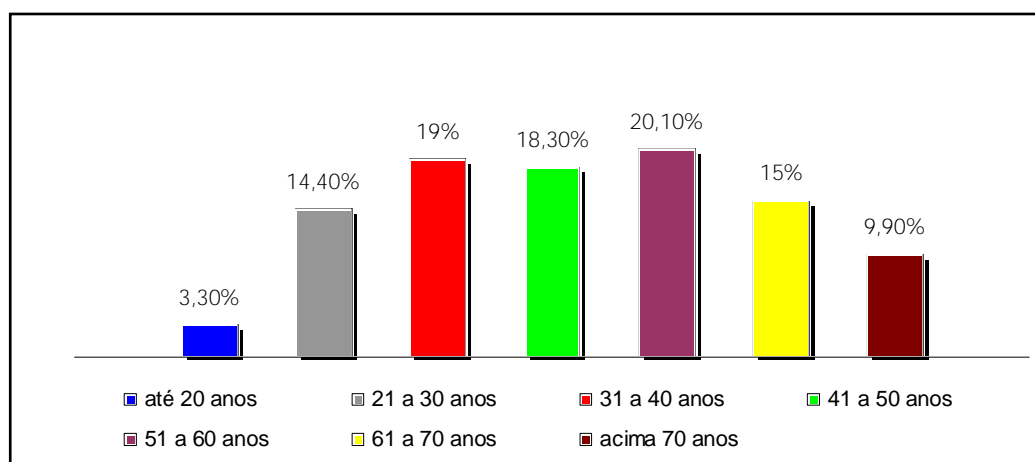


Figura 6 – Distribuição da faixa etária usuários

Com relação ao nível de instrução, percebe-se o percentual elevado de usuários que se dizem apenas alfabetizados (38,4%), seguido daqueles que apresentam somente 1º grau completo (30,4%); a Figura 7 ilustra a distribuição da escolaridade. O baixo nível de instrução dos respondentes condiz com o perfil da população atendida pela ESF, corroborando com o perfil de usuários verificado nos estudos de Ibanez et (2006) e Facchini et al (2006).

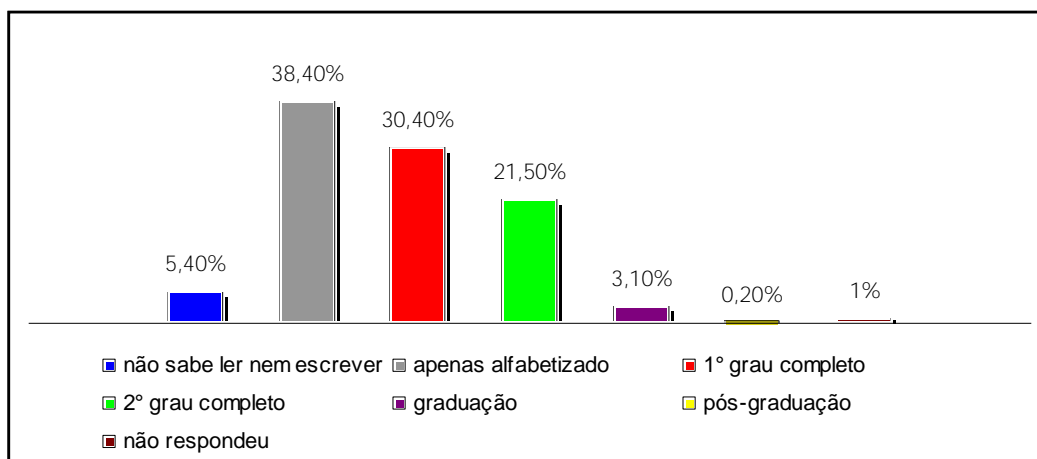


Figura 7 – Distribuição da escolaridade dos usuários

Quanto ao estado civil, 63,2% dos usuários são casados; 18,5% são solteiros; 11,7% viúvos; e 6,6% se dizem separados. Um contingente de 87,1% dos pesquisados têm filhos, sendo que com 02 filhos aparecem 29,92% dos respondentes; com 03 filhos 25,95%; e 01 filho para 19,50% dos pesquisados. Na Figura 8 pode-se verificar a distribuição segundo o número de filhos.

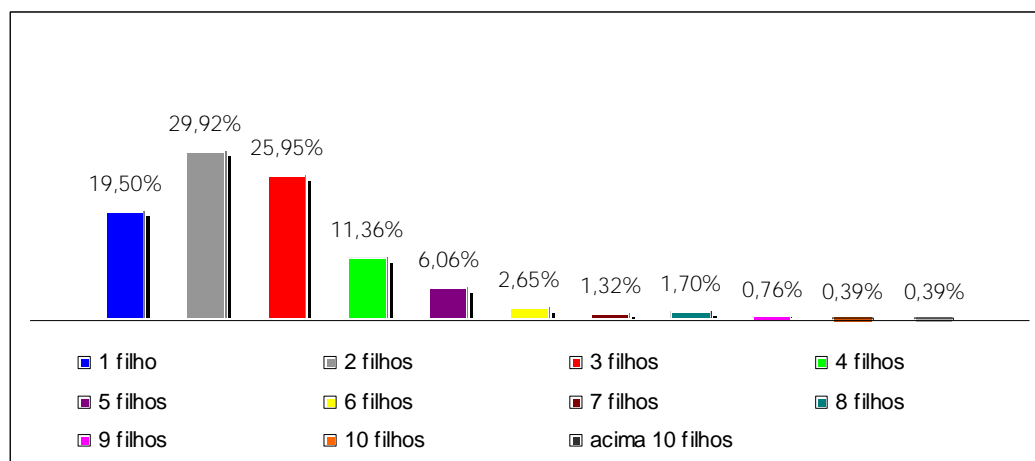


Figura 8 – Distribuição no número de filhos

Quando questionados sobre com quem residiam, 91,9% dos respondentes afirmavam morar junto a sua família (cônjuge e filhos). Do restante, 2,5% informam

morar com os pais; 2,5% com os avós; e os demais com outras pessoas que não as citadas.

A renda familiar também foi um item pesquisado, encontrando-se 59,4 % dos respondentes com renda de 1 a 3 salários mínimos, seguido de 3 a 5 salários mínimos correspondendo a 21,5%. Renda inferior a 1 salário mínimo foi verificada em 8,7% da amostra (Figura 9). Um aspecto relacionado à renda familiar é o recebimento de auxílio financeiro do Governo Federal, na forma de Bolsa Escola, Bolsa Família e outros. Quanto a isto, apenas 14,2% relataram ser beneficiados por tais auxílios, sendo a Bolsa Família responsável por 60,92% dos casos.

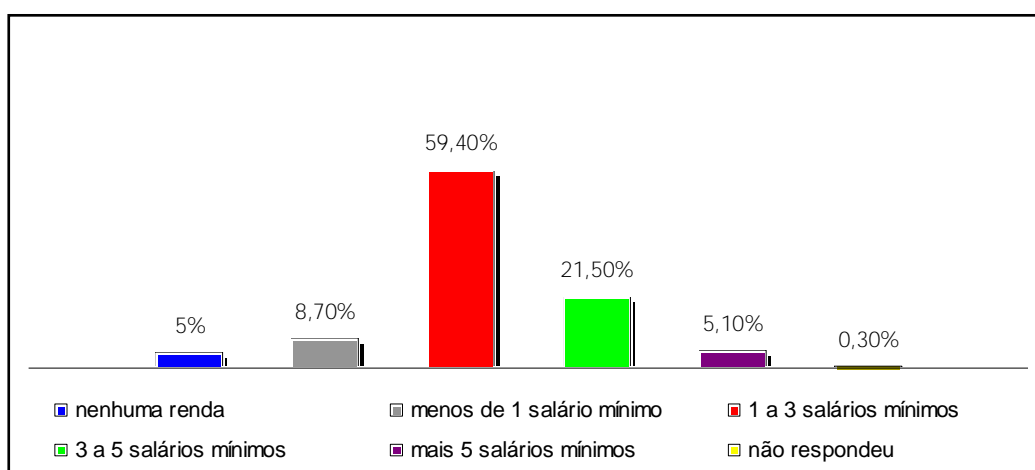


Figura 8 – Distribuição da renda familiar

Viana e Dal Poz (1998 apud HENRIQUE; CALVO, 2008) sinalizam para a preferência da implantação de Unidades de Saúde da Família em áreas de população carente e com menor poder aquisitivo.

Os dados encontrados neste estudo evidenciam o perfil do usuário da ESF, que se aproxima aos resultados de pesquisas envolvendo o Programa (HENRIQUE; CALVO, 2008; IBANEZ et al, 2006; FACCHINI et al, 2006; GOLDBAUM, 2005).

A utilização da ESF, questão também presente no questionário, era critério obrigatório para participação no estudo, tendo, portanto, 100% de resposta afirmativa. A frequência que os respondentes utilizam ou utilizaram os serviços da ESF pode ser visualizada na Figura 10, que mostra 35,1 % dos respondentes afirmando terem utilizado os serviços acima de 10 vezes. O segundo maior

percentual (29,7%) refere-se aos que não lembram o número de vezes que utilizaram o serviço.

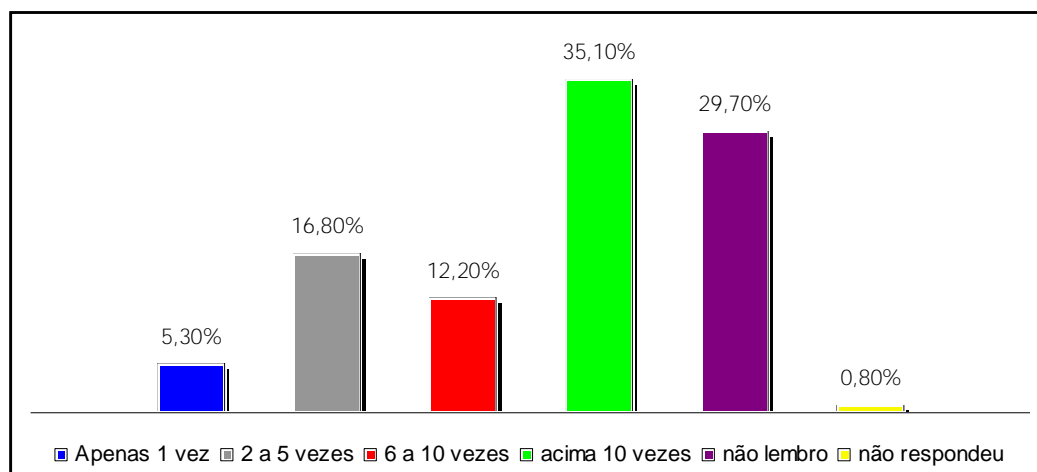


Figura 10 – Frequência de utilização dos serviços da ESF pelos usuários

Buscar os serviços da ESF como primeira opção quando surge uma necessidade em saúde é opção de 78,9% dos respondentes. Cabe ressaltar que este é um item importante, visto as diretrizes da ESF. O “Programa” deve servir como porta de entrada dos usuários nos serviços públicos de saúde, sendo encaminhado para outras formas de assistência somente se necessário. Corroboram com esta afirmação Henrique e Calvo (2008), ao discorrer que a ESF apresenta caráter substitutivo nos modelos de assistência à saúde existentes e não paralelo a estes. Dessa forma, nas regiões atendidas pela ESF, esta deve ser o primeiro local no qual o usuário busca auxílio.

Outro aspecto referente à forma de atuação da ESF está relacionado às visitas domiciliares realizadas pela Equipe de Saúde. Este é um momento fundamental na forma de assistência à saúde preconizada pela Estratégia Saúde da Família, no qual ocorre a interação entre comunidade e Equipe de Saúde, fora do ambiente tradicional da saúde. Relativo a este quesito, 77,1% dos pesquisados afirmaram receber, ou ter recebido, visitas. Sendo que, 49,20% relatam que esta visita ocorre mensalmente, seguida de visita quinzenal, como mostra a Figura 11.

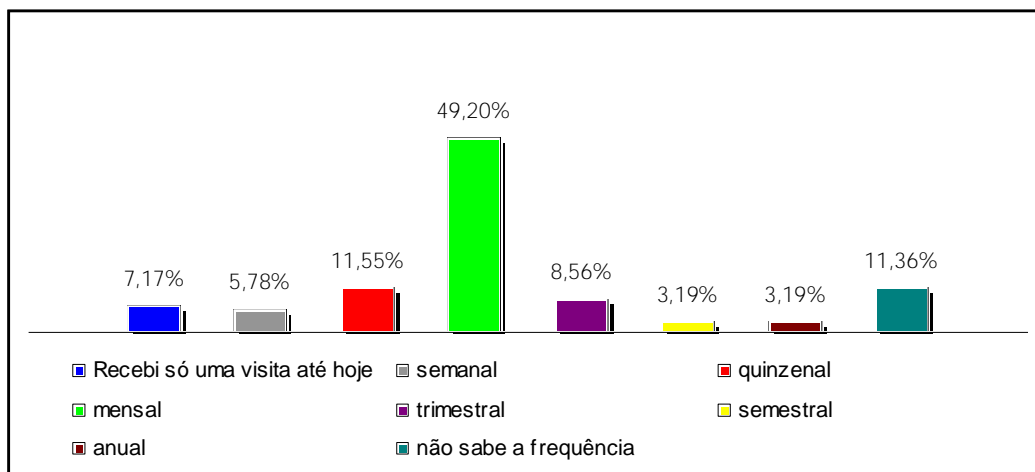


Figura 11 – Frequência da visita realizada pela Equipe de Saúde

Quanto aos profissionais da Equipe de Saúde que participam dessa visita, fica evidenciado que os agentes comunitários são os maiores responsáveis pela mesma, sendo citados em 81,03% dos casos. Os técnicos de enfermagem aparecem em segundo lugar (Figura 12), seguidos dos enfermeiros. Cabe ressaltar que nesta questão os respondentes poderiam assinalar mais de uma alternativa.

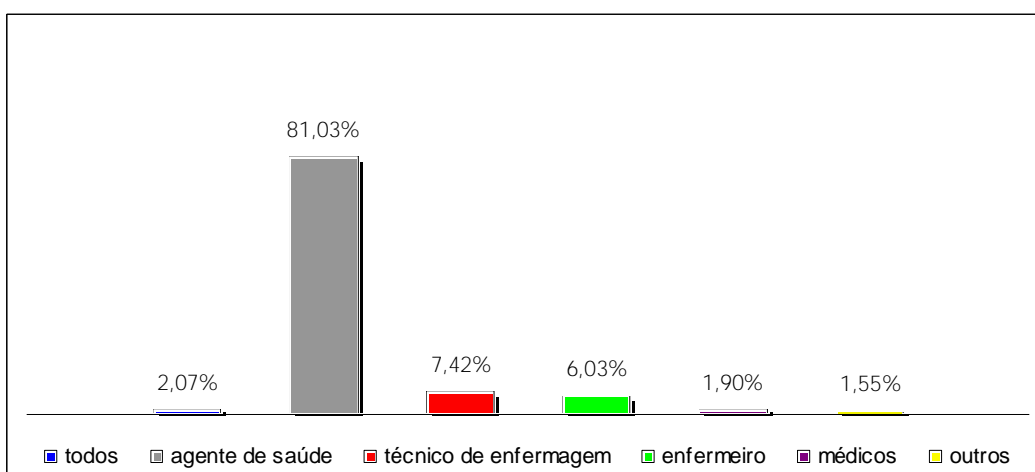


Figura 12 – Profissionais participantes da visita domiciliar

Segundo Silva e Dalmaso (2002 apud GOLDBAUM et al, 2005) atuação do agente comunitário constitui-se no elo entre o domicílio e o serviço de saúde, contribuindo para uma menor procura dos serviços, pois algumas das necessidades dos usuários, como marcação de consultas, acesso a medicamentos prescritos, podem estar sendo atendidas por intermédio destes.

Torna-se importante ressaltar o resultado referente a presença do profissional médico durante as visitas. Apenas 1,9% dos pesquisados relatou ter recebido visita desse profissional. Esse resultado merece ser analisado com atenção por parte dos profissionais e gestores, pois, conforme citam Henrique e Calvo (2008), a análise das visitas do profissional médico informa o quanto o município valoriza este instrumento de trabalho em saúde da família como agente facilitador do vínculo com a comunidade.

Em contrapartida, o estudo de Rocha et al (2008) evidencia a dificuldade da participação do profissional médico nas visitas domiciliares devido a grande demanda por atendimento clínico dentro da Unidade de Saúde da Família. Essa situação verificada na pesquisa citada e no presente estudo pode estar comprometendo uma das metas preconizadas pela ESF, que é a visita domiciliar de todos os profissionais da Equipe de Saúde.

O perfil dos usuários e dados referentes à utilização do serviço oferecido apresentados até o momento contribuem para uma melhor análise da percepção da qualidade desse serviço pelos usuários. Sendo assim, realizada essa etapa, passa-se para a apresentação dos resultados referentes ao instrumento SERVQUAL, que visou verificar a satisfação dos mesmos com os serviços oferecidos.

4.1.2 Resultados obtidos com o instrumento SERVQUAL

A mensuração da satisfação com o serviço, através da ferramenta SERVQUAL, por parte dos usuários, deu-se através do cálculo da diferença entre a expectativa e percepção quanto ao serviço oferecido (Gap).

Dessa forma, conforme Parente (2000), quando a diferença entre percepção e expectativa resulta em um Gap nulo, o serviço é considerado nem satisfatório e nem insatisfatório; quando essa diferença resulta em um Gap positivo, pode-se dizer que houve a satisfação com o serviço; e, quando o Gap se apresenta negativo, reflete a insatisfação do usuário.

No tocante a avaliação feita pelos usuários, as Figuras 13 a 17 apresentadas a seguir, referem-se à satisfação dos mesmos para as questões representantes das

cinco dimensões da qualidade abordadas: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia.

A dimensão tangibilidade refere-se à aparência das instalações físicas, dos equipamentos e dos profissionais, além dos materiais de comunicação. Pode-se considerar essa dimensão relacionada principalmente a estrutura física do local onde o serviço é prestado. A Figura 13, referente aos resultados nesta dimensão, apresenta a questão 1 (*o ambiente físico e as instalações da unidade são limpas e agradáveis*) como item mais crítico.

As questões 3 (*a unidade apresenta boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis*); 6 (*os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e entendimento*) e 16 (*os funcionários da unidade estão limpos e bem vestidos*) também apresentaram Gaps negativos, indicando insatisfação com o serviço.

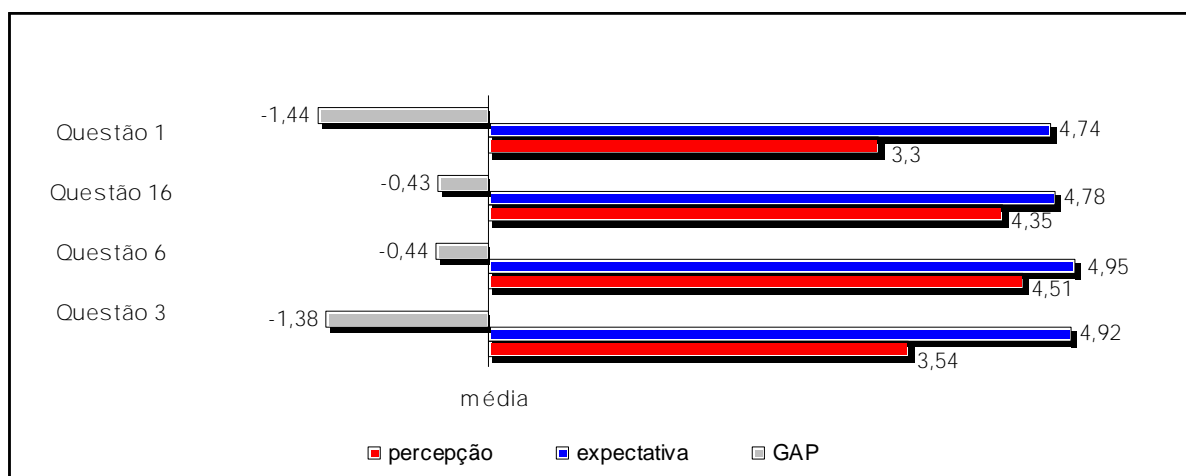


Figura 13 – Dimensão tangibilidade usuários

Aspectos relativos à habilidade em realizar o serviço no tempo prometido de forma confiável e precisa caracterizam a dimensão confiabilidade. Conforme a Figura 14, percebe-se que a questão 8 (*a unidade informa precisamente a data e horário do serviço a ser prestado*) é a que apresenta pior avaliação.

As questões 4 (*os funcionários da unidade realizam as atividades conforme o prometido*); 14 (*a unidade executa suas atividades no tempo prometido*) e 7 (*os funcionários da unidade transmitem segurança e confiança aos pacientes*)

apresentam também, em ordem crescente, Gaps negativos, contribuindo para a insatisfação dos usuários nessa dimensão.

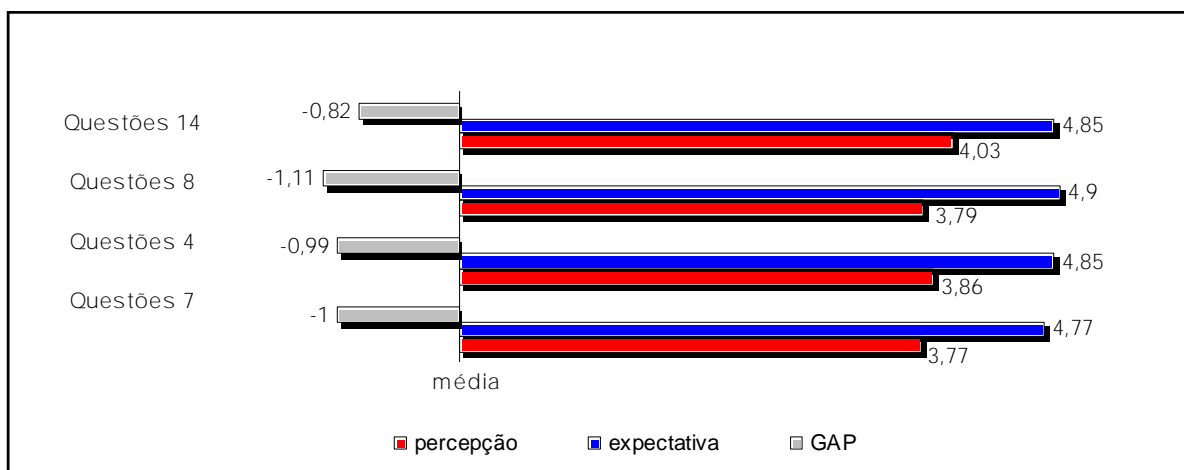


Figura 14 – Dimensão confiabilidade usuários

A Figura 15 refere-se aos resultados obtidos na dimensão responsividade, relacionada à disposição em ajudar os clientes e prover-lhes o serviço prontamente. Nota-se que os maiores Gaps negativos referem-se às questões 9 (*os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados*) e 5 (*os funcionários da unidade passam todas as informações necessárias ao usuário de forma confiável e precisa*).

As questões 17 (*os funcionários da unidade tem sempre boa vontade em ajudar os usuários*) e 12 (*quando o usuário tem um problema, os funcionários da unidade devem tranqüilizá-lo e demonstrar interesse em resolver o problema*) reforçam a insatisfação do usuário com o serviço.

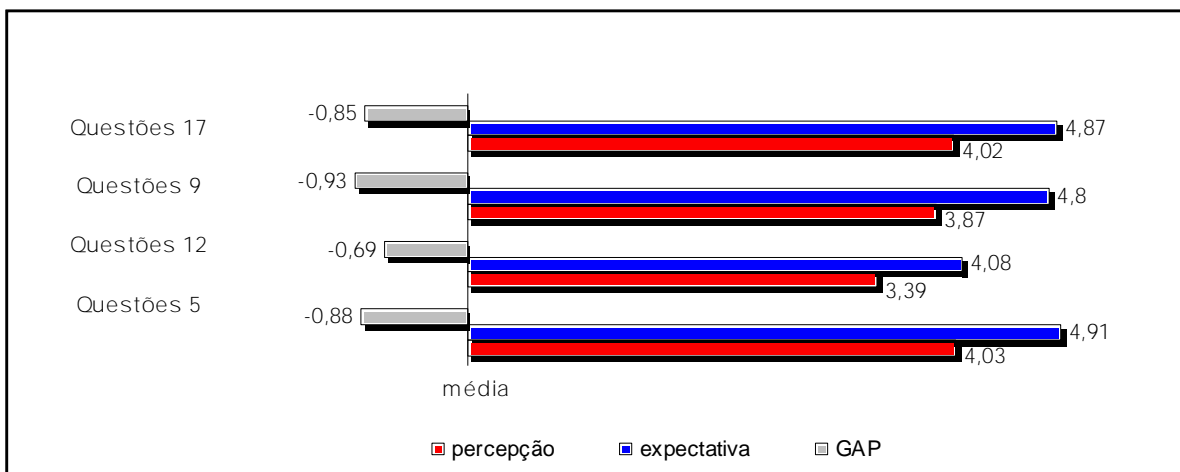


Figura 15 – Dimensão responsividade usuários

A dimensão segurança está relacionada ao conhecimento dos funcionários e suas habilidades em transmitir confiança e segurança. Para os respondentes, as **questões 19** (*os funcionários utilizam linguagem clara e precisa ao atender seus clientes*); **18** (*a unidade é de fácil acesso e bem localizada*); **10** (*a unidade apresenta procedimentos padronizados*) e **15** (*os funcionários da unidade são capacitados para desempenhar seu trabalho adequadamente*), que representam esta dimensão, contribuem para a insatisfação identificada, pois apresentam todos os Gaps com valores negativos (Figura 16).

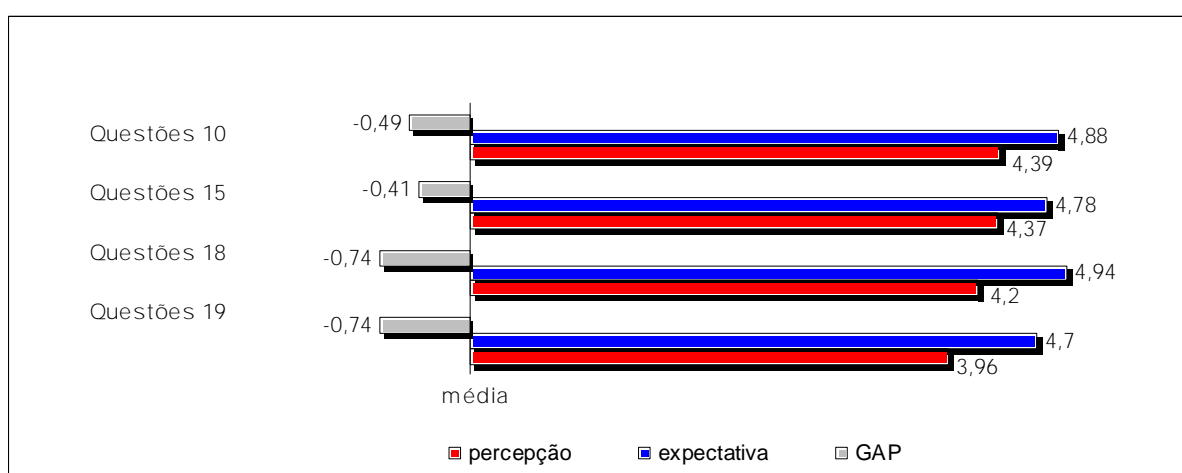


Figura 16 – Dimensão segurança usuários

Na dimensão empatia, aspectos relacionados ao fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes são considerados na avaliação. A questão 20 (*os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados*) apresenta-se com maior Gap negativo (-1,01). As demais questões, 9 (*os funcionários da unidade respondem pacientemente as dúvidas, reclamações e sugestões dos pacientes e familiares*); 11 (*os funcionários da unidade conhecem as necessidades individuais de seus clientes*) e 2 (*os funcionários da unidade atendem os usuários e familiares com atenção e cortesia*) também evidenciam a insatisfação com os serviços recebidos (Figura 17).

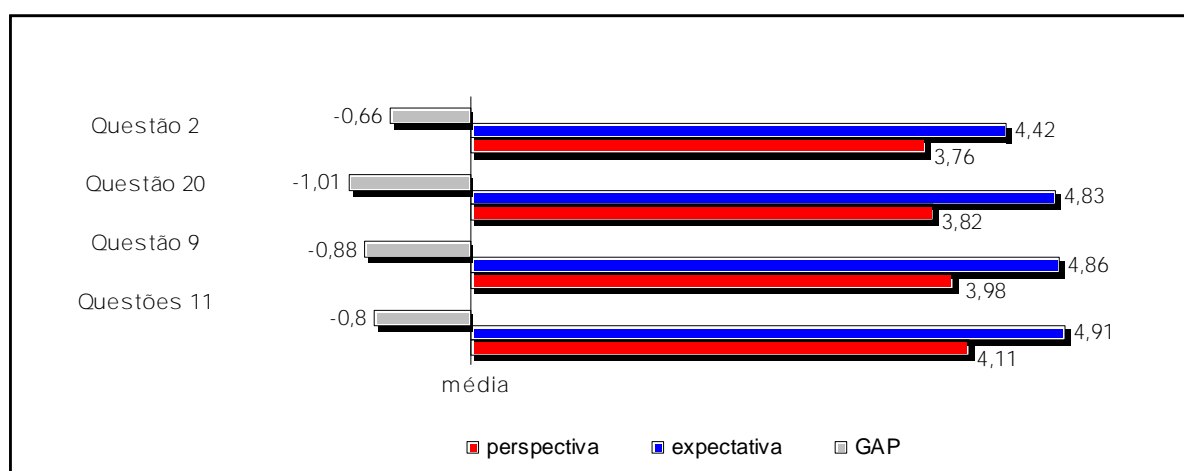


Figura 17 – Dimensão empatia usuários

Como se pode observar, os usuários encontram-se insatisfeitos com os serviços prestados pela ESF, pois todas as questões apresentam Gaps negativos. Logo, ao analisarmos as cinco dimensões conjuntamente (Figura 18), fica clara a insatisfação em todas as dimensões.

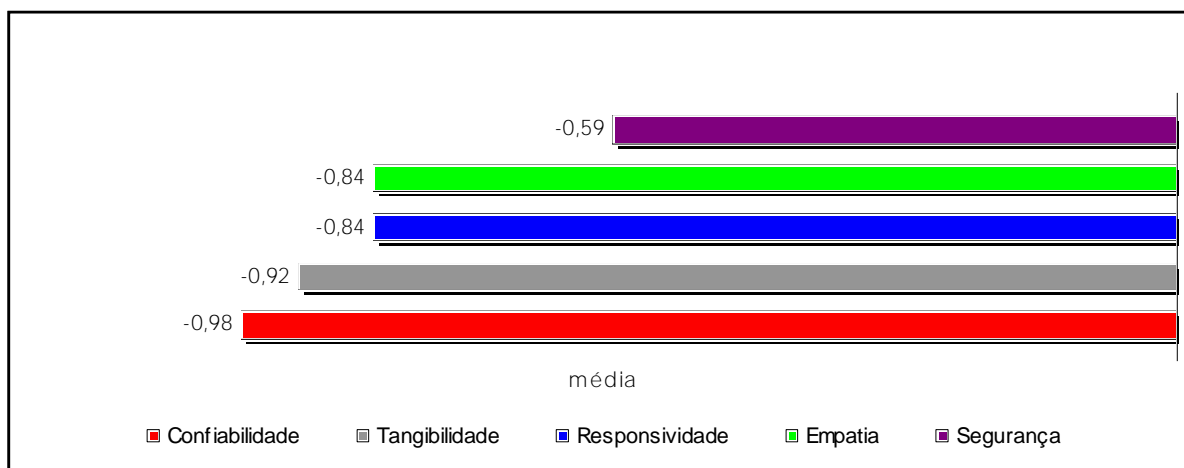


Figura 18 – Resultados conjuntos das cinco dimensões avaliadas

Visando verificar qual a dimensão apresenta maior importância na avaliação da qualidade pelos respondentes, foi elaborada uma frase que representasse o significado de cada dimensão e solicitado aos respondentes que atribuíssem uma nota (de 0 a 10) para cada uma dessas frases de acordo com a importância que esta representava. Os resultados obtidos podem ser verificados na Figura 19.

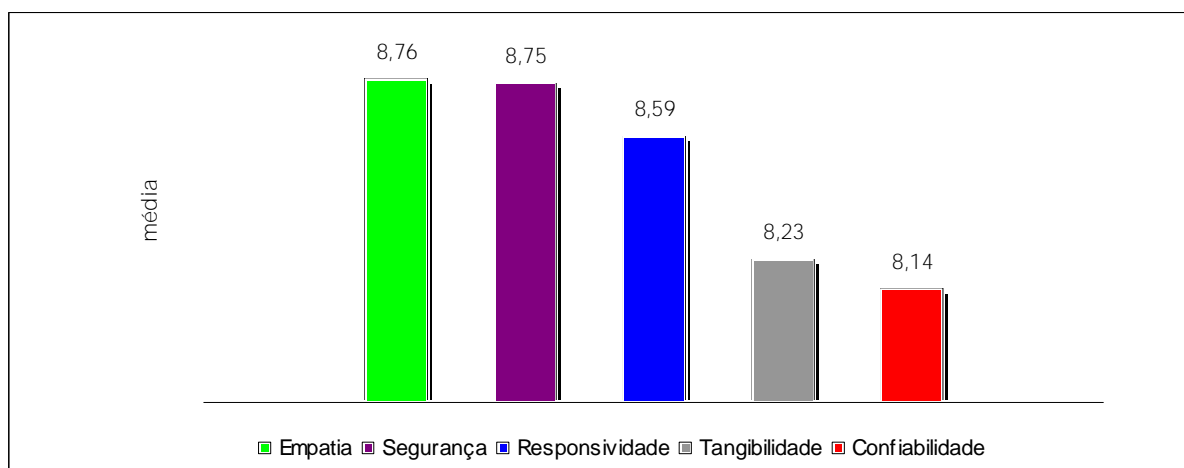


Figura 19 – Importância das cinco dimensões para os usuários

Percebe-se a dimensão empatia como a considerada com maior importância (8,76) pelos usuários. A dimensão empatia está relacionada a atenção individualizada, respeito, consideração, esforço para entender e satisfazer o cliente.

Percebe-se pela importância dada a esta dimensão o quanto os usuários valorizam aspectos relacionados à relação interpessoal na qualidade em saúde. Esse fato já havia sido evidenciado por Donabedian (1990) e Gemmel et al (2002), que citam ser esta a base do julgamento da qualidade em serviços de saúde por parte dos usuários.

Relacionando a importância da dimensão empatia ao seu desempenho na avaliação através do Gap, nota-se que esta, ao ser considerada a dimensão mais importante, apresenta-se com o terceiro maior Gap negativo. Essa constatação indica que as questões que envolvem essa dimensão merecem uma maior atenção dos profissionais e gestores, visando à melhoria dos serviços prestados. São aspectos considerados importantes pelos usuários e, portanto, influenciando na satisfação deles com o serviço.

A dimensão segurança aparece em segundo lugar de importância, com média de 8,75, muito próxima a média obtida pela dimensão empatia. A dimensão segurança envolve a capacidade de transmitir segurança e confiança, a cortesia e conhecimento dos funcionários, bem como a comunicação entre profissional e paciente. Outros estudos envolvendo o setor da saúde, como o de Cabral (2007) no setor de internação de um hospital; o de Ansuji, Zenckner e Godoy (2005), em serviços odontológicos; o de Griebeler (2006), em serviços fisioterápicos, evidenciam que a dimensão segurança apresenta destaque na avaliação de serviços de saúde, aparecendo como dimensão mais importante nestes estudos.

Esse fato pode ser justificado utilizando-se a ideia de Zeithmal e Bitner (2003), na qual a dimensão segurança torna-se mais importante devido à percepção de alto risco nos serviços desenvolvidos por parte dos clientes, como no caso de assistência a saúde, bancos, seguros e serviços advocatícios.

Apesar de obter Gap negativo na média entre percepção e expectativa (-0,59), a dimensão segurança foi a que obteve melhor avaliação entre as dimensões. E, sendo esta considerada a segunda mais importante, ações que visem à melhoria de sua percepção pelo usuário toma proporções significativas para o aumento da satisfação com o serviço.

A dimensão responsividade está em terceiro lugar de importância, apresentando média de 8,59. Esta dimensão refere-se à disposição para auxiliar os clientes, fornecer o serviço prontamente e ter vontade de ajudar. O Gap de -0,84 resultante da avaliação na dimensão responsividade colocam-a, juntamente com a

dimensão empatia, como terceiro maior Gap negativo. E demonstram a necessidade de ações no sentido de melhorar esses aspectos para que ocorra uma melhor avaliação dos serviços por parte dos usuários.

Na quarta colocação de importância encontra-se a dimensão tangibilidade, referente aos aspectos físicos como aparência das instalações, equipamentos, materiais e funcionários. Esta dimensão obteve a segunda pior avaliação, com Gap negativo de -0,92. Pode-se justificar essa avaliação negativa principalmente a estrutura física inadequada que apresentam as unidades estudadas. Estas carecem de melhorias, pois geralmente são prédios adaptados de residências ou são unidades tradicionais que foram reformadas, mas que não atendem aos requisitos mínimos para abrigar uma unidade de saúde, equipes de trabalho e usuários (CMS/SM, 2005).

E, por fim, a dimensão confiabilidade obteve a pior média (8,14), sendo considerada a menos importante na avaliação dos usuários. A dimensão confiabilidade compreende habilidade em realizar o serviço no tempo prometido de forma confiável e precisa. Estudiosos da qualidade, como Lovelock e Wright (2004), relatam a dimensão confiabilidade como a de maior importância, tendo em vista que um serviço que não é confiável é um serviço deficiente a despeito de seus outros atributos. Da mesma forma, os autores do instrumento SERVQUAL relatam ser a confiabilidade o aspecto que os usuários mais consideram ao avaliar um serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Entretanto, Babakus e Boller (1992, apud MIGUEL; SALOMI, 2004) argumentam que a importância das dimensões varia de acordo com o tipo de serviço avaliado, podendo uma dimensão considerada importante para um serviço obter pouca importância em outro.

O importante ao verificar os resultados obtidos nas dimensões é compreender o significado de cada dimensão, o quanto ela representa na avaliação dos pesquisados e, com base nesses dados, promover ações que impactem nesses aspectos, visando à melhoria da qualidade do serviço oferecido.

Groroons (2003), ao citar que fatores de origem técnica (o que faz) e origem funcional (como faz) influenciam diferentemente na forma como o cliente percebe o serviço, reforça a importância da identificação e mensuração destes para que ocorra a satisfação do cliente com o serviço e, em consequência, este seja considerado de qualidade.

Buscando compreender um pouco mais sobre a satisfação com os serviços prestados pela ESF, foi solicitado aos respondentes que atribuíssem uma nota (de 0 a 10), para os serviços da ESF de uma forma geral, considerando todas as dimensões em conjunto. Da mesma forma foi solicitado que estes atribuíssem essa nota geral para cada categoria profissional pertencente à Equipe de Saúde. Os resultados são apresentados na sessão seguinte, assim como sua interpretação através da Análise de Regressão.

4.1.3 Análise de Regressão

Para os usuários da Estratégia Saúde da Família, o “Programa” apresenta uma nota geral de 7,81 ($S= 2,26$). Essa média não reflete com clareza a insatisfação verificada através do instrumento SERVQUAL, que resultou em Gaps negativos para todas as dimensões. Parece que, ao avaliar globalmente os serviços, os usuários não analisam questões específicas, acreditando-se ser esta a justificativa para a discrepância encontrada.

Com relação à nota geral para a qualidade dos serviços de cada categoria profissional, a Tabela 6 apresenta os resultados obtidos. Os profissionais médicos são os que apresentam a melhor nota (8,35), seguido dos profissionais da enfermagem. Os agentes comunitários obtiveram a menor nota (7,92).

Tabela 6 – Nota geral de cada categoria profissional

Categoria profissional	Média	Desvio padrão
Agente Comunitário de Saúde	7,92	2,68
Técnico de Enfermagem	8,01	2,32
Enfermeiro	8,15	2,30
Médico	8,35	2,40

Para identificar qual categoria profissional apresenta maior influência na nota geral atribuída a ESF, realizou-se a Análise de Regressão.

De acordo com Gujarati (2000), a interpretação moderna da Análise de Regressão é o estudo da dependência de uma variável, a variável dependente, em relação a uma ou mais variáveis, as variáveis independentes/explicativas. O objetivo das variáveis independentes/explicativas é estimar ou prever o valor médio da variável dependente, em termos dos valores conhecidos ou fixos.

A análise de regressão por etapas ou *stepwise* é o procedimento que se adiciona em cada etapa da análise mais uma variável independente/explicativa, recalculando-se a cada passo o termo constante, os coeficientes de regressão parcial e o erro padrão de estimação (KAZMIER, 2004). Assim, a primeira variável explicativa incluída é aquela com maior grau de associação com a variável dependente.

Para esta análise, foram consideradas cinco variáveis (nota geral da ESF, dos agentes comunitários, dos técnicos de enfermagem, da enfermagem e dos médicos) aplicando-se o modelo *stepwise* que elimina todas as variáveis que apresentam um beta não significativo ao nível de confiança de 95%. Sendo assim, o presente modelo de regressão apresenta como variável dependente a nota geral atribuída a ESF e, como variáveis independentes/explicativas, as notas atribuídas a cada categoria profissional pesquisada (Quadro 7).

VARIÁVEL DEPENDENTE	VARIÁVEIS INDEPENDENTE/EXPLICATIVAS
NOTA GERAL ESF	Nota Agentes Comunitários
	Nota Técnicos de Enfermagem
	Nota Enfermagem
	Nota Médicos

Quadro 7 – Variáveis utilizadas no Modelo de Regressão

Destaca-se ainda que, o nível de explicação do modelo é apresentado pelo R^2 ajustado (coeficiente de determinação múltipla), que para esse modelo foi de 0,677. Isso significa que as variáveis que compõem a nota geral para a ESF atribuída pelos usuários, escolhidas pelo modelo, correspondem a 67,7% da nota geral da ESF. Entretanto, existem outras variáveis não incorporadas ao modelo que correspondem aos 32,3%% da parte não explicada.

Em relação ao teste t de hipótese, ilustrado na Tabela 7, sobre os coeficientes individuais, observou-se que todos os valores de t das quatro variáveis explicativas são superiores aos valores de t tabelados para 95% de confiança, representando níveis de significância inferiores a 0,05; rejeita-se a hipótese se os coeficientes forem iguais a zero. Portanto, observa-se que as quatro variáveis são significativas, e afirma-se que, cada uma das variáveis independentes têm influência na performance do serviço, uma vez que, os coeficientes são diferentes de zero.

Tabela 7 - Modelo de regressão

MODELO	BETA	T	SIGNIFICÂNCIA
Constante	-	3,764	0,00
Nota enfermeiros	0,283	5,173	0,00
Nota agentes comunitários	0,202	5,743	0,00
Nota médicos	0,209	6,203	0,00
Nota técnicos de enfermagem	0,227	4,086	0,00

Para avaliar a auto-correlação dos resíduos, foi utilizado o teste de *Durbin-Watson*. De acordo com o teste, a estatística calculada foi de 1,850 indicando mais uma vez a ausência de correlação entre os mesmos. O que se conclui é que, todos os valores calculados da estatística do teste são superiores ao valor tabelado para o limite superior. Sendo assim, é possível aceitar a hipótese nula de que não há auto-correlação positiva ou negativa.

Dessa forma, a expressão que norteou o presente modelo de regressão pode ser caracterizada pela seguinte Equação 5:

$$\text{NOTA GERAL DA ESF} = 3,764 + 0,283 \text{ nota enfermagem} + 0,227 \text{ nota técnicos de enfermagem} + 0,209 \text{ nota médicos} + 0,202 \text{ nota agentes comunitários} \quad (5)$$

Este resultado indica que as quatro variáveis (nota agentes comunitários, nota técnicos de enfermagem, nota enfermagem e nota médicos) influenciam diretamente na avaliação, ou seja, um incremento nestas variáveis proporciona uma melhora na nota geral atribuída a ESF.

Assim, o coeficiente beta (Tabela 5) da variável NOTA ENFERMAGEM (0,283) é superior aos coeficientes NOTA TÉCNICOS DE ENFERMAGEM (0,227); NOTA MÉDICOS (0,209); e NOTA AGENTES COMUNITÁRIOS (0,198), indicando que a primeira tem um peso maior que a segunda, e a segunda tem um peso maior que a terceira, assim sucessivamente, na influência da nota geral atribuída a ESF.

Neste contexto, enquanto os sinais dos coeficientes betas forem positivos, eles estarão influenciando de maneira positiva a variável dependente. Portanto, a manutenção desses itens é de extrema relevância para a continuidade da boa nota atribuída a ESF em estudo. Principalmente no que tange ao valor atribuído a enfermagem, variável que mais impacta na nota geral segundo o modelo de regressão calculado.

4.2 Resultados referentes aos funcionários

Mediante o procedimento metodológico adotado, optou-se por fazer a pesquisa junto a toda população de funcionários da ESF no ambiente estudado. Sendo assim, foram convidados a participar deste estudo os 46 funcionários das Equipes de Saúde da ESF no município de Santa Maria, pertencentes as cinco unidades selecionadas para a pesquisa.

Os dados foram coletados mediante entrega dos questionários aos funcionários durante uma reunião para explanação dos objetivos e importância do estudo. Devido ao limitado tempo disponibilizado para este momento, não foi solicitado o preenchimento dos questionários no instante da entrega, estipulando-se um prazo de uma semana para o recolhimento dos mesmos pela pesquisadora. Ao final dos prazos estipulados, retornaram 39 dos 46 questionários entregues.

Visto isso, inicia-se a apresentação dos resultados referentes aos funcionários abordando a caracterização dos pesquisados.

4.2.1 Caracterização dos funcionários

Os funcionários participantes deste estudo apresentam faixa etária concentrada nos estratos de 31 a 40 anos e de 41 a 50 anos, representando 33,3% da amostra cada um. Profissionais mais jovens, na faixa etária dos 21 a 30 anos também se apresentam em número significativo, correspondendo a 23,3% dos pesquisados, como pode ser observado na Figura 20. Quanto ao gênero, 84,6% dos respondentes é do gênero feminino.

Canesqui e Spinelli (2008), em sua pesquisa com profissionais da Saúde da Família em Mato Grosso do Sul identificou a maior presença de profissionais do gênero feminino atuando nesse setor. Segundo os autores, esse dado vai ao encontro de pesquisas anteriores, que evidenciam a feminilização da força de trabalho em saúde.

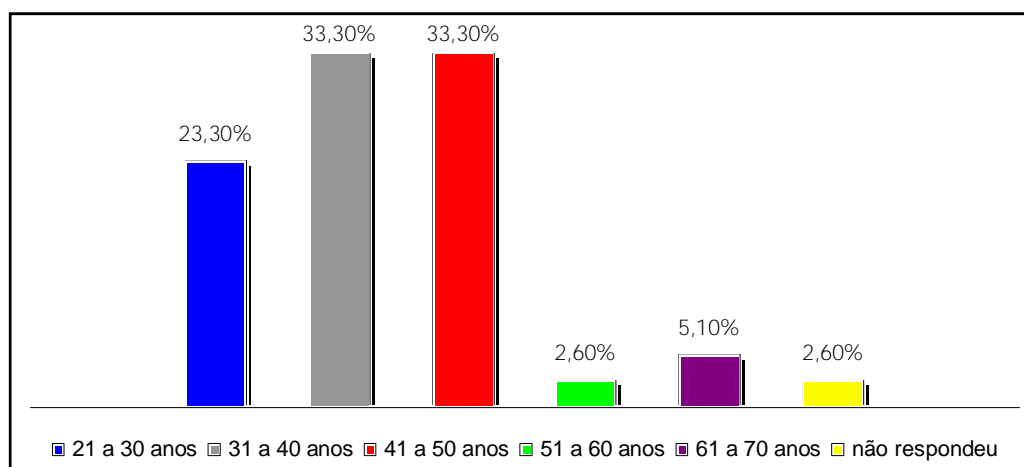


Figura 20 – Faixa etária dos profissionais

Quanto ao estado civil desses profissionais, 46,2% são casados; 28,2% se dizem solteiros; 23,1% são divorciados; e, 2,6% são viúvos. Quanto ao número de filhos, mais de 86% indicam ter um ou dois filhos, conforme Figura 21.

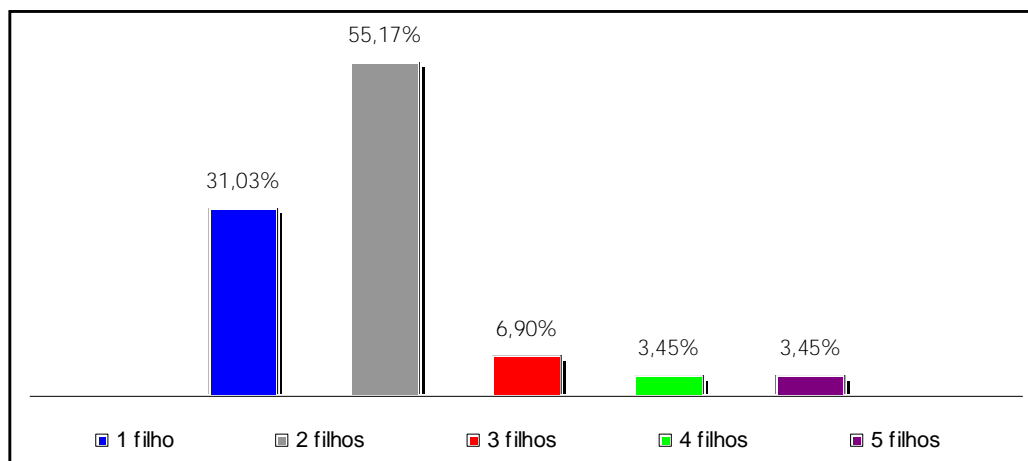


Figura 21 – Distribuição no número de filhos dos profissionais

A Figura 22 apresenta a distribuição dos profissionais no tocante ao seu nível mais elevado de instrução. Percebe-se que a instrução de 2º grau completo é a que representa o maior número de profissionais. Este fato pode estar relacionado às categorias profissionais participantes do estudo. Dos 39 profissionais participantes, 25 são agentes comunitários; 5 são técnicos em enfermagem; 4 são enfermeiros; e, 5 médicos.

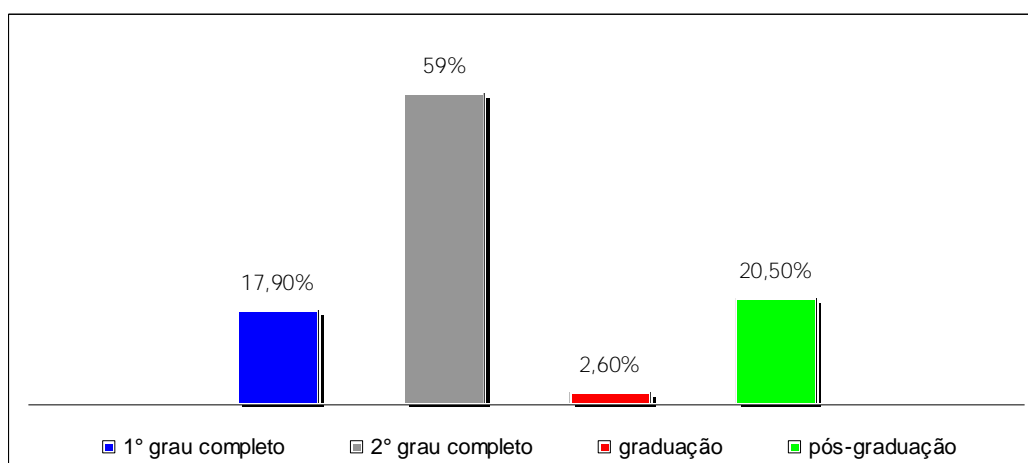


Figura 21 – Nível de instrução dos funcionários

Foi verificada a formação específica para saúde pública, mediante a participação dos funcionários em cursos de capacitação, aperfeiçoamento ou pós-

graduação, em 59% dos pesquisados. Com relação aos profissionais com ensino superior, 88,88% apresentam capacitação para atuar na área da saúde pública.

Oliveira e Albuquerque (2008) reforçam a importância da capacitação para atuação nessa área, pois assim os profissionais adquirem maior respaldo para lidar com as novas questões impostas pela ESF.

Exercício profissional prévio na área da saúde pública foram realizados por 38,5% dos respondentes, sendo estes 4 médicos, 4 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 3 agentes comunitários.

Quanto à renda desses profissionais, a Figura 23 apresenta a distribuição de acordo com as faixas salariais. Nota-se que a maioria dos profissionais (66,7%) encontra-se recebendo de 1 a 3 salários mínimos. Com segunda maior porcentagem aparece o estrato referente a 5 a 7 salários mínimos. Novamente, a evidência de a menor faixa salarial representar a maior concentração da amostra está relacionada ao maior número de respondentes serem agentes comunitários de saúde, que apresentam seus honorários entre a faixa citada.

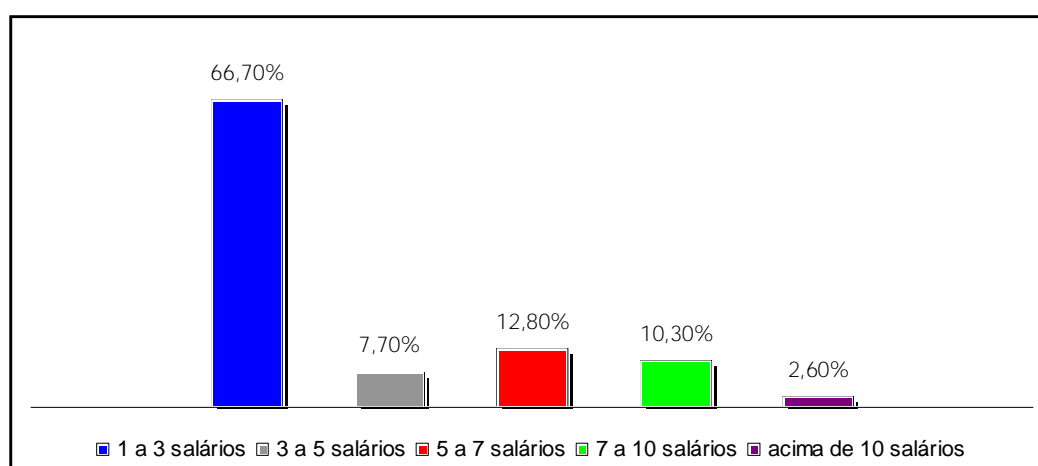


Figura 23 – Faixa salarial dos profissionais

Quando questionados sobre a dedicação exclusiva a ESF, oito profissionais afirmaram trabalhar também em outros locais (4 médicos, 2 enfermeiro e 2 técnico de enfermagem). Destes, seis informavam atuar em hospitais conjuntamente ao trabalho na ESF e dois informam realizarem atendimentos em clínicas particulares.

A Figura 24 ilustra o tempo em que os profissionais atuam junto ao “Programa”. A maioria dos profissionais (43,6%) encontra-se em atuação de 3 a 5 anos, correspondendo a época de implantação da ESF no município. Esse item torna-se importante para que o usuário consiga criar um vínculo com os profissionais da ESF, ponto importante no modelo de atenção proposto pelo “Programa”.

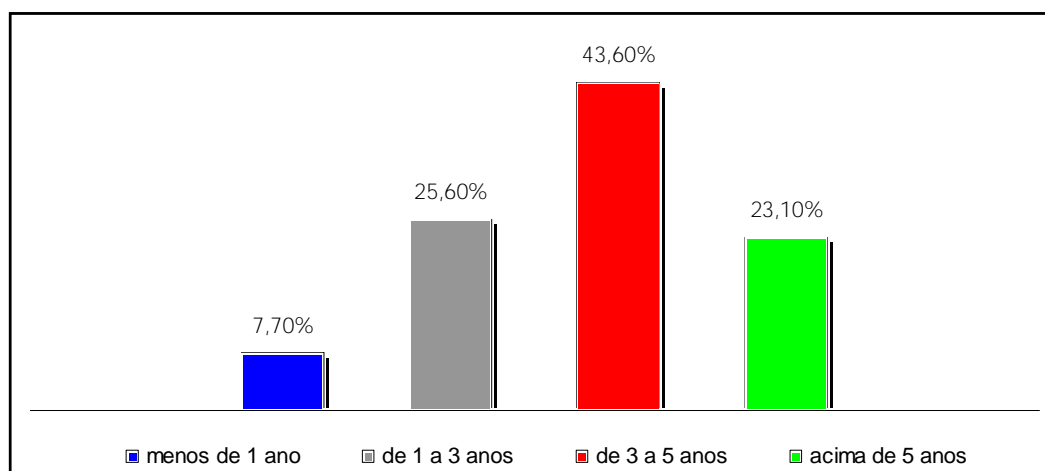


Figura 24 – Tempo de atuação profissional na ESF

A duração da jornada de trabalho também foi questionada. A maioria dos respondentes, 87,2%, trabalha de 6 a 8 horas na ESF, seguido de 12,8% trabalhando mais de 12 horas e 10,3% dos respondentes afirmando trabalharem mais de 8 horas diárias. As Unidades de Saúde da Família estudadas realizam suas atividades em horário comercial, totalizando oito horas diárias, 5 dias por semana. Essa característica, segundo Starfield (2002 apud MACHADO; LIMA; VIANA, 2008) pode representar uma barreira organizacional para o acesso das pessoas, pois é o horário também utilizado para as atividades laborais pelos usuários.

A Figura 25 apresenta a distribuição dos pesquisados referente à jornada total de trabalho, abrangendo a ESF e outros locais, quando estes se aplicam.

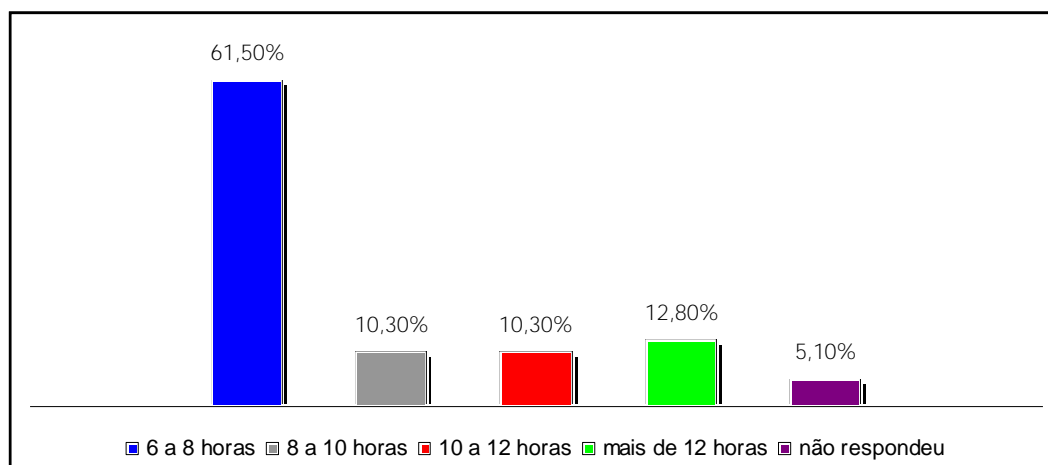


Figura 25 – Jornada total de trabalho

Conhecido o perfil dos profissionais atuantes nas unidades de PSF participantes do estudo, a seção seguinte traz os resultados referentes a ferramenta SERVQUAL aplicada para verificação da qualidade percebida por parte dos mesmos.

4.2.2 Resultados obtidos com o instrumento SERVQUAL

A mensuração da qualidade do serviço por parte dos funcionários deu-se através da ferramenta SERVQUAL que identificou a qualidade percebida na ótica dos profissionais através do cálculo da diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido (Gap). Cabe ressaltar que, para os funcionários, o serviço esperado está relacionado ao que eles imaginam como prestação ideal de serviço e, o serviço percebido refere-se a forma como eles percebem a prestação do próprio serviço.

Sendo assim, também para os resultados obtidos junto aos funcionários, é considerado um serviço de qualidade satisfatória quando a diferença entre percepção e expectativa resulta em um Gap nulo; serviço de qualidade excelente quando a diferença resulta em um Gap positivo; e, serviço de qualidade inaceitável quando o Gap se apresenta negativo (FITZSIMMONS; FITZSIMMON, 2005).

As Figuras 26 a 30 mostram as médias das expectativas e percepções dos funcionários da ESF pesquisados no tocante as cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia; representadas por 20 questões.

A dimensão tangibilidade, ilustrada na Figura 26, apresenta qualidade inaceitável para todas as questões, sendo a questão 3 (*a unidade apresenta boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis*) com pior Gap (-0,82).

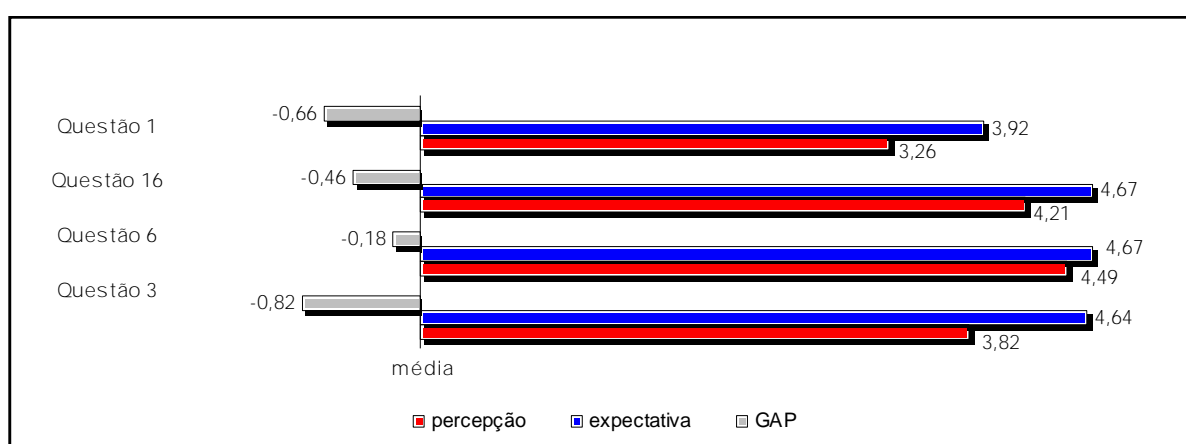


Figura 26 – Dimensão tangibilidade funcionários

A Figura 27 representa os resultados obtidos na dimensão confiabilidade. Os Gaps apresentaram-se todos negativos, também indicando a qualidade inaceitável do serviço para as questões pesquisadas.

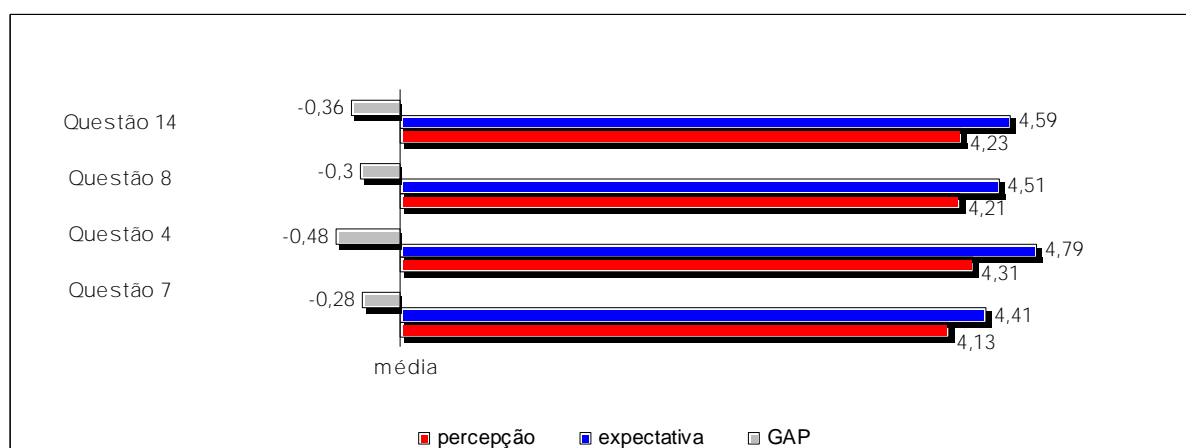


Figura 27 – Dimensão confiabilidade funcionários

Na dimensão responsividade (Figura 28), a qualidade continua apresentando-se como inaceitável, com a questão 9 (*os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados*) aparecendo como item mais crítico.

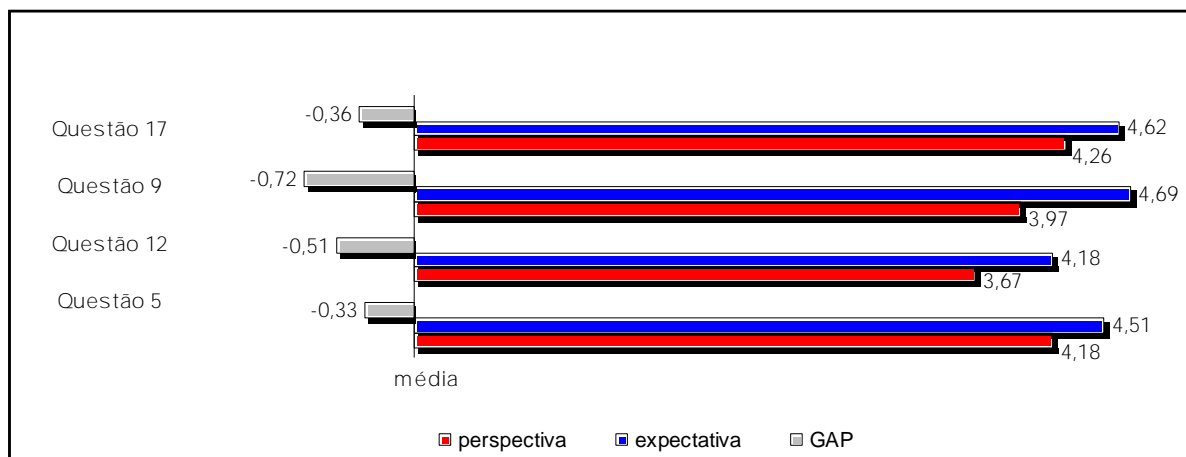


Figura 28 – Dimensão responsividade funcionários

No que tange a dimensão segurança, todas as questões apresentam Gap negativo, caracterizando uma qualidade inaceitável. Como ilustrado na Figura 29, os Gaps resultaram em valores próximos, com destaque o Gap -0,41 da questão 18 (*a unidade é de fácil acesso e bem localizada*).

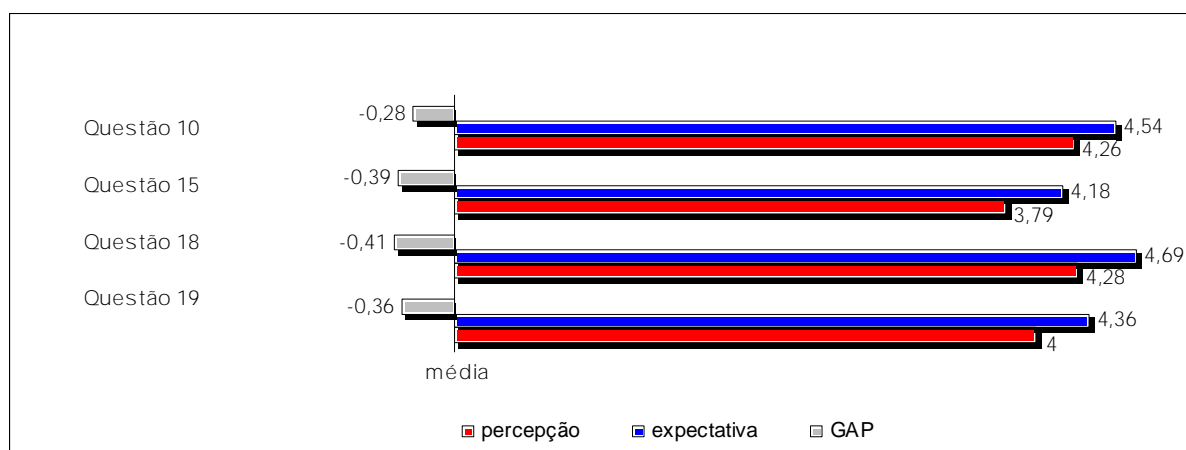


Figura 29 – Dimensão segurança funcionários

A dimensão empatia, representada pela Figura 30, de forma semelhante as demais dimensões, teve todas as suas questões resultando em Gaps negativos. A questão 20 (*os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados*) é a que apresenta maior Gap negativo (-0,64).

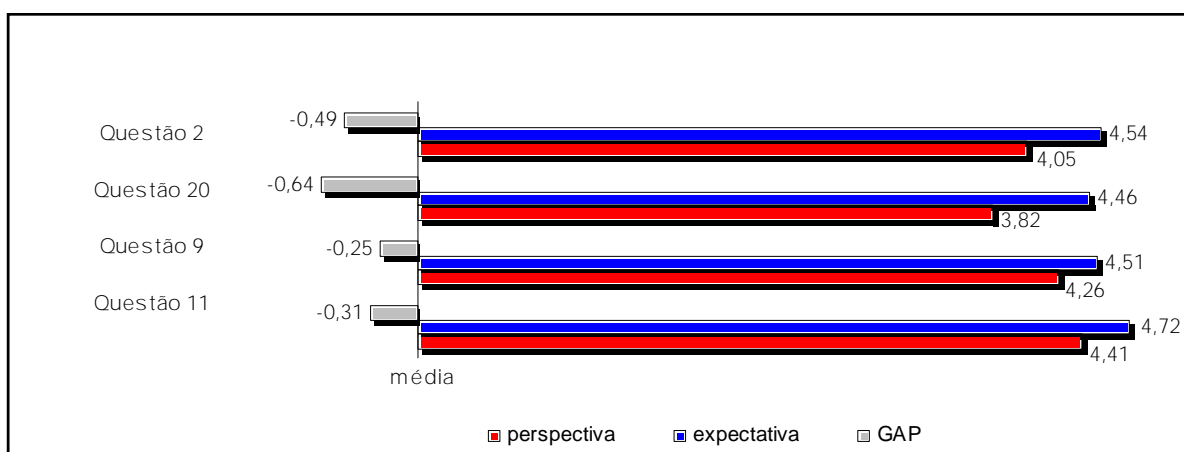


Figura 30 – Dimensão empatia funcionários

A avaliação conjunta das dimensões reforça os resultados encontrados, que evidenciam a qualidade inaceitável dos serviços prestados pela ESF na ótica dos funcionários. Na Figura 31 apresentam-se os Gaps referentes a cada dimensão.

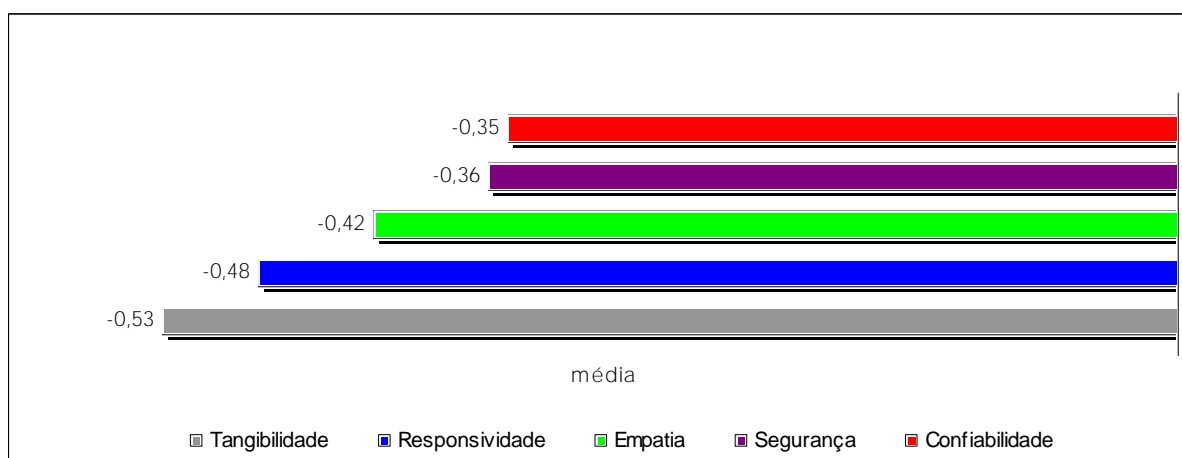


Figura 31 – Avaliação conjunta das cinco dimensões para os funcionários

A importância considerada a cada dimensão na avaliação da qualidade pelos funcionários pode ser visualizada na Figura 32. A dimensão empatia aparece como a mais importante, com média de 8,85. A dimensão segurança, com média igual a 8,69, apresenta-se como a segunda dimensão mais importante. Na sequência de importância aparecem as dimensões responsividade, confiabilidade e tangibilidade.

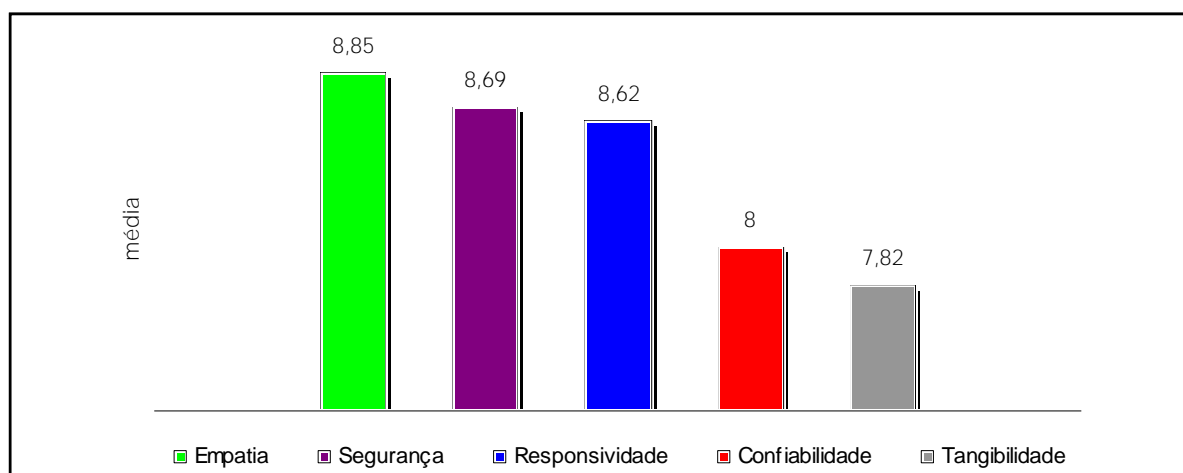


Figura 32 – Importância de cada dimensão para os funcionários

Na tentativa de melhor compreender a percepção da qualidade nos serviços prestados pela ESF na ótica dos profissionais, foi solicitado que os mesmos atribuíssem uma nota geral (de 0 a 10) para os serviços prestados. Esta mesma escala foi utilizada para pontuar a qualidade dos serviços prestados por cada categoria profissional pertencente a Equipe de Saúde.

Os resultados obtidos mostram que na avaliação dos funcionários, a Estratégia Saúde da Família apresenta a nota geral de 8,21 ($S= 1,22$). Esse valor pode ser considerado elevado quando confrontado com os resultados obtidos com o instrumento SERVQUAL, visto que todas as questões analisadas através do referido instrumento apresentaram Gap negativo, indicando qualidade inaceitável do serviço.

Com relação à nota geral para a qualidade dos serviços de cada categoria profissional, a Tabela 8 apresenta os resultados obtidos. Na opinião dos profissionais, os serviços prestados pelos médicos apresentam a nota mais elevada (8,56), seguido dos técnicos de enfermagem, com nota de 8,49.

Tabela 8 – Nota geral de cada categoria profissional

Categoria profissional	Média	Desvio padrão
Agente Comunitário de Saúde	8,26	1,52
Técnico de Enfermagem	8,49	1,12
Enfermeiro	7,92	1,48
Médico	8,56	1,15

Evidenciado os resultados obtidos para os diferentes atores pesquisados, passa-se na seção seguinte para a apresentação da relação existente entre os mesmos.

4.3 A relação entre a satisfação do usuário e a qualidade percebida pelos profissionais

Ao se analisar separadamente os resultados obtidos para os atores envolvidos no estudo, observou-se que, na Estratégia Saúde da Família, nas unidades pesquisadas, os usuários e os funcionários estão insatisfeitos com o serviço, atribuindo qualidade inaceitável para o mesmo.

Sendo assim, torna-se importante relacionar o que cada grupo de atores identifica como mais importante e/ou mais crítico, para que ações visando a melhoria dos serviços sejam empreendidas e maiores esforços sejam dispensados a estes fatores.

Considerando as cinco dimensões da qualidade abordadas neste estudo - tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia – a Figura 33 apresenta os Gaps obtidos para cada uma no que tange aos usuários e funcionários.

A dimensão confiabilidade foi a que obteve pior avaliação por parte dos usuários, com Gap de -0,98. Para os profissionais, essa dimensão foi a que se apresentou melhor, com Gap de -0,35. Sendo a dimensão confiabilidade relacionada a precisão dos diagnósticos; ao cumprimento de datas e horários, percebe-se a significativa insatisfação dos usuários quanto a esses quesitos, enquanto os

funcionários, apesar de atribuírem qualidade inaceitável a esta dimensão, indicam a dimensão confiabilidade como a melhor avaliada quando comprada as demais dimensões pesquisadas.

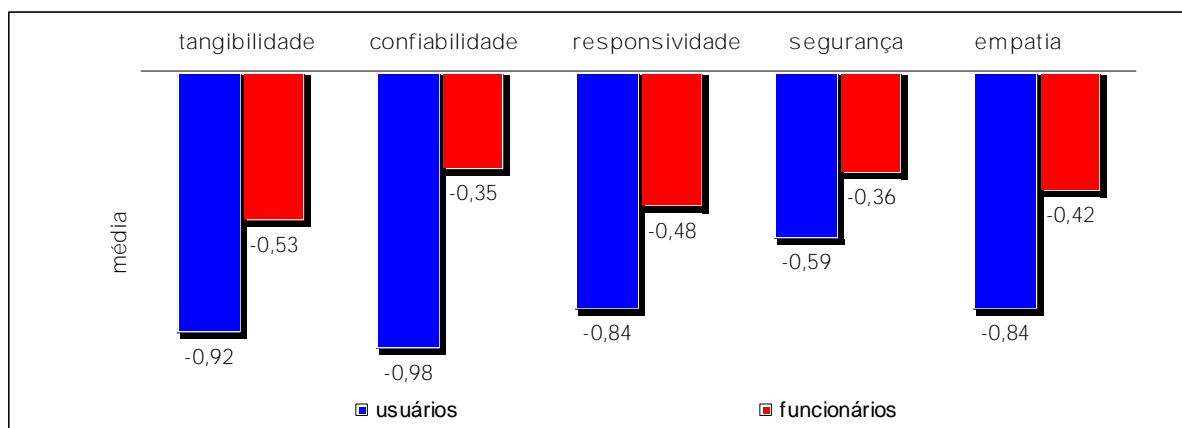


Figura 33 – Resultados dos Gaps em cada dimensão para ambos os grupos

A dimensão tangibilidade apresenta-se com a pior avaliação por parte dos funcionários (Gap= -0,53) e como segunda pior avaliação (Gap= -0,92) para os usuários. Estando essa dimensão relacionada principalmente a infra-estrutura, condições de higiene e limpeza e, sendo estes fatores primordiais em um serviço de saúde, a avaliação negativa de ambos os atores evidencia aspectos importantes a serem melhorados.

No que tange a importância atribuída a cada dimensão, a Figura 34 mostra os valores médios obtidos em cada grupo pesquisado. Ambos os atores consideram a dimensão empatia como a mais importante ao avaliar serviços de saúde. A importância dispensada a esta dimensão, que abrange aspectos como paciência no cuidado; capacidade de recordar visitas anteriores; e tratamento mais humanizado, corrobora com a idéia de Gemmel et al (2002), de que os usuários se sentem mais capazes de avaliar os aspectos referentes a relação interpessoal determinada durante a prestação do serviço.

Os profissionais, ao também entenderem a dimensão empatia como mais importante, devem manter suas ações norteadas a satisfazer as necessidades referentes a estes aspectos durante a prestação de seus serviços, buscando uma maior relação interpessoal com seus pacientes.

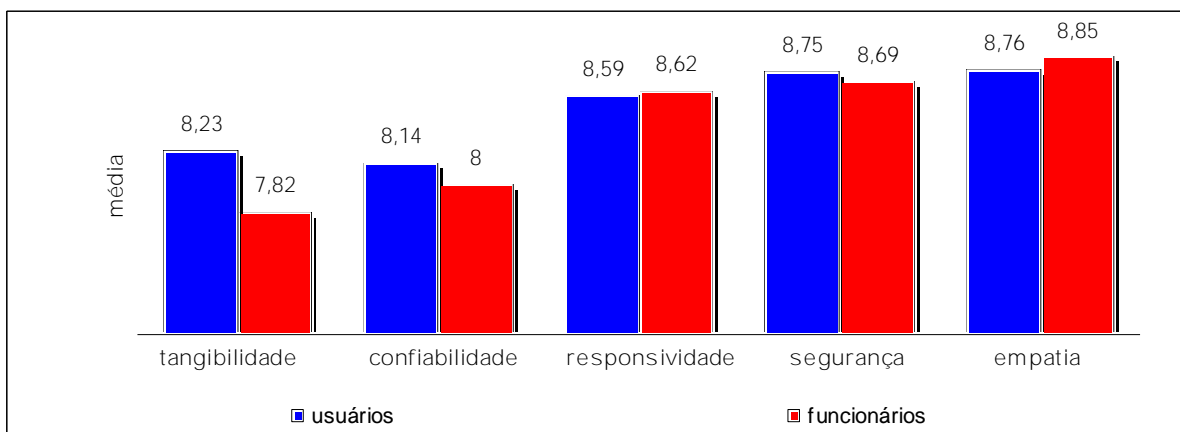


Figura 34 - Resultados da importância de cada dimensão para ambos os grupos

Ainda referente a importância atribuída a cada dimensão, usuários e funcionários compartilham de mesma opinião ao determinarem como segunda mais importante a dimensão segurança, seguida da dimensão responsividade em terceiro lugar. Percebe-se que, ao avaliar serviços de saúde, usuários e profissionais consideram a importância de cada dimensão de forma semelhante. Esse fato pode auxiliar no entendimento por parte dos profissionais das necessidades dos usuários, buscando satisfazê-las para que ocorra a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Para cada dimensão, um ponto apresenta-se como mais crítico na avaliação de ambos os atores, expressado através da questão com maior Gap negativo dentro da dimensão. O Quadro 8 mostra quais são esses pontos, juntamente com os valores de seus Gaps.

DIMENSÕES	USUÁRIOS		FUNCIONÁRIOS	
		Gap		Gap
Tangibilidade	o ambiente físico e as instalações da unidade são limpas e agradáveis	-1,44	a unidade apresenta boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis	-0,82
Confiabilidade	a unidade informa precisamente a data e horário do serviço a ser prestado	-1,11	os funcionários da unidade realizam as atividades conforme o prometido	-0,48
Responsividade	os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados	-0,93	os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados	-0,72

Continua...

Continuação...

DIMENSÕES	USUÁRIOS		FUNCIONÁRIOS	
		Gap		Gap
Segurança	os funcionários utilizam linguagem clara e precisa ao atender seus clientes	-0,74	a unidade é de fácil acesso e bem localizada	-0,41
	a unidade é de fácil acesso e bem localizada	-0,74		
Empatia	os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados	-1,01	os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados	-0,64

Quadro 8 – Questões com pior avaliação em cada dimensão para ambos os atores

Evidencia-se que em três dimensões – responsividade, segurança e empatia - os atores apresentam como item crítico as mesmas questões, com os Gaps dos usuários apresentando-se sempre mais negativos. Principalmente no que tange aos funcionários, ao apresentarem como item crítico o mesmo citado pelos usuários, estes sinalizam uma consciência de que aspectos devem ser melhorados, do que o usuário espera na hora do atendimento. Estar ciente do que o usuário deseja, do que ele espera na prestação do serviço, torna mais fácil a busca da sua satisfação.

Com relação à nota geral atribuída a ESF, os usuários se mostram mais críticos e insatisfeitos, pois suas opiniões resultaram numa nota média de 7,81. Os profissionais indicam como nota geral para a ESF o valor de 8,21.

Referente às notas atribuídas às categorias profissionais, usuários e funcionários dedicam maior nota aos profissionais médicos. Os agentes comunitários foram os que receberam a menor nota na opinião dos usuários; enquanto para os profissionais, a categoria dos enfermeiros se apresenta com média mais baixa. Para ambas as categorias com menor nota a média foi de 7,92.

Os resultados obtidos com a Análise de Regressão evidenciam que a categoria profissional que mais impacta na nota geral atribuída a ESF é a da enfermagem, com um coeficiente beta de 0,283, mesmo estes tendo recebido a segunda melhor média (8,10).

Devido à pequena amostra dos funcionários pesquisados neste estudo, não foi possível aplicar a Análise de Regressão nos dados obtidos. Seus resultados não seriam condizentes com a realidade investigada.

De uma forma geral, como pode ser observado pelo exposto no decorrer deste capítulo, usuários e funcionários avaliaram negativamente os serviços da ESF. Os usuários se mostram insatisfeitos e os profissionais caracterizam como inaceitável a qualidade dos serviços.

Entretanto, nota-se que os profissionais atribuíram, em todas as questões, valores superiores aos informados pelos usuários caracterizando, portanto, uma avaliação ligeiramente melhor dos funcionários.

De qualquer forma, fica evidenciada a preocupação que devem ter gestores e coordenadores ao analisar esta pesquisa. Nenhum ponto foi avaliado como satisfatório ou de qualidade excelente. É necessário que as práticas utilizadas atualmente pela ESF na prestação de seus serviços sejam analisadas e repensadas, utilizando os aspectos aqui identificados como norteadores de ações de melhoria.

4.4 Resultados obtidos com a Análise Fatorial

A Análise Fatorial é uma das técnicas mais usadas dentre o grupo das Análises Multivariadas que, segundo GREEN (1976 apud CAMARGO, 1996), são úteis para identificar irregularidades no comportamento de duas ou mais variáveis e para testar modelos de associação entre tais variáveis (GREEN, 1976 apud CAMARGO, 1996). Nesse sentido, Malhotra (2006) refere ser, a Análise Fatorial, útil para sumarização e redução de dados, variáveis e informações.

Com o objetivo de testar a dimensionalidade da Escala SERVQUAL adaptada ao estudo foi realizada a Análise Fatorial junto aos dados referentes à expectativa dos usuários quanto aos serviços prestados pela ESF.

Seguindo os pressupostos de Malhotra (2006) e Hair et al. (2005), a técnica de Análise Fatorial possui basicamente quatro etapas para sua elaboração, que são:

a. cálculo da matriz de correlação das variáveis: utilizada para verificação do grau de associação entre as variáveis, duas a duas. Neste estudo, analisando a matriz de correlação das variáveis (Apêndice E), observa-se que as correlações entre as mesmas apresenta um valor máximo de 0,461. Esse valor indica que, mesmo trabalhando-se com 20 questões, nenhum par dessas variáveis foi entendida como igual pelos entrevistados.

b. adequação da aplicação da Análise Fatorial: para se verificar que a técnica de Análise Fatorial é adequada para o tratamento dos dados levantados, é necessário que alguns testes sejam realizados. O primeiro refere-se ao Teste de Esfericidade de Barlett, que mede o nível de significância, verificando a possibilidade de apenas alguns fatores representarem grande parte da variabilidade dos dados. Para valores próximos a zero, considera-se adequada a aplicação da técnica.

Outro teste relacionado a adequação da Análise Fatorial aos dados é a Medida de Adequacidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) deve ser acima 0.80.

Para a presente pesquisa, a utilização da Análise Fatorial é adequada pois, conforme ilustrado no Quadro 9, obteve-se para o Teste de Esfericidade de Barlett um valor igual a zero e, para a Medida KMO, o valor de 0,827.

TESTES		VALORES
Medida de Adequacidade da Amostra de Kaiser-Meyer-Olkin		0,827
Teste de Esfericidade de Barlett	Qui-Quadrado Aprox.	3034,252
	Graus de Liberdade	190
	Nível de Significância	0,000

Quadro 9 – Estatísticas para utilização da Análise Fatorial

c. extração dos fatores mais significativos que representam os dados: são vários os métodos utilizados para extrair os fatores que melhor explicam o conjunto de variáveis originais. Seguindo orientações dos autores que forneceram a base teórica para a realização desta Análise Fatorial (Malhotra, 2006 e Hair et al. 2005) e respeitando as características do presente estudo, optou-se por utilizar o método da raiz latente, no qual o autovalor com valor igual ou maior do que 1 deve ser retido.

Sendo assim, o Quadro 10 apresenta os autovalores, a variância explicada, os autovalores acumulados e a variância explicada acumulada quando utilizadas as 20 questões referentes à EXPECTATIVA dos clientes. Percebe-se a formação de 20 fatores. Aplicando-se o método da raiz latente, o número de fatores a serem considerados são seis, cujos autovalores foram superiores a 1. Esses seis fatores acumulam 58,198% da variância total dos dados, ou seja, aproximadamente

58,198% das variações das medidas originais são explicadas pelos seis primeiros fatores.

FATORES	AUTOVALORES	VARIÂNCIA EXPLICADA (%)	AUTOVALORES ACUMULADOS	VAR. EXPLICADA ACUMULADA (%)
1	5,167	25,835	5,167	25,835
2	1,721	8,603	6,888	34,437
3	1,289	6,447	8,177	40,885
4	1,253	6,266	9,430	47,150
5	1,187	5,933	10,617	53,083
6	1,023	5,115	11,640	58,198
7	0,891	4,454	12,531	62,652
8	0,882	4,410	13,413	67,652
9	0,872	4,360	14,285	71,423
10	0,761	3,804	15,046	75,227
11	0,671	3,357	15,717	78,584
12	0,638	3,188	16,355	81,772
13	0,582	2,909	16,937	84,681
14	0,544	2,719	17,481	87,400
15	0,516	2,579	17,997	89,980
16	0,471	2,355	18,468	92,335
17	0,457	2,283	18,925	94,617
18	0,404	2,020	19,329	96,638
19	0,349	1,743	19,678	98,381
20	0,324	1,619	20,002	100,000

Quadro 10 – Autovalores e percentual de variância explicada

d. cálculo da matriz de fatores: extraídos os fatores a serem considerados para explicação da correlação entre as variáveis, torna-se necessário o cálculo da matriz de fatores e análise da mesma, visando a interpretação dos dados apresentados.

Para Aaker, Kumar e Day (2001), as cargas fatoriais são utilizadas para interpretar os fatores e podem ser conceituadas como a correlação entre as variáveis e os fatores, e estes podem ser entendidos como construtos básicos. Cada fator é formado pela redundância dos valores atribuídos a variáveis diferentes, mas que mensuram o mesmo conceito. De acordo com Hair et al. (2005), os fatores com carga acima ou igual a 0.30, devem ser considerados como estatisticamente significativos para uma amostra igual ou acima de 250 observações. Com o intuito de facilitar a interpretação dos fatores, é realizada a rotação dos seus eixos aplicando-se o processo Varimax, o qual minimiza o número de fatores e ao mesmo tempo maximiza a carga das variáveis sobre um fator (MALHOTRA, 2006).

O Quadro 11 mostra a matriz fatorial, identificando as cargas fatorial de cada questão em cada fator. Percebe-se que todas as questões são mantidas pelo modelo, pois obtiveram valores de carga fatorial maiores que 0.30, conforme recomenda a literatura consultada.

QUESTÕES	FATORES					
	1	2	3	4	5	6
1	0,290	-0,90	-0,265	0,386	0,317	0,208
16	0,112	0,464	-0,487	0,301	-0,163	0,120
6	0,486	-0,291	0,070	0,405	0,72	-0,262
3	-0,183	0,055	0,724	0,056	0,087	-0,062
14	-0,302	-0,105	-0,118	0,062	0,542	0,424
8	0,167	-0,475	0,137	0,443	-0,108	-,096
4	0,584	0,48	-0,184	0,047	-0,134	0,234
7	0,209	-0,263	0,663	-0,055	-0,259	0,142
17	-0,220	0,568	0,059	-0,035	0,330	0,253
13	0,411	-0,242	0,392	0,247	-0,460	-0,278
12	0,647	0,193	0,288	0,294	0,071	0,247
5	0,626	-0,127	0,018	0,289	0,262	-0,229
10	0,191	0,550	0,086	0,252	0,567	0,015
15	0,187	0,198	0,471	-0,187	0,027	0,319
18	0,518	0,450	-0,254	-,105	-0,039	-0,318
19	0,082	0,310	-0,294	0,534	-,0116	-0,291
2	-0,152	0,601	0,237	-0,169	0,244	-0,006
20	-0,009	-0,098	-0,011	-0,548	0,224	0,469
9	-0,080	-0,016	0,169	-0,328	-0,005	0,639
11	0,298	0,610	-0,015	-0,300	-0,090	-0,284

Quadro 11 – Matriz fatorial

Destaca-se também a presença de 6 fatores, podendo-se relacionar a 6 construtos ou 6 dimensões distintas no questionário, diferindo da versão utilizada na pesquisa, que foi elaborada pensando-se em 5 dimensões da qualidade. No Quadro 12 apresenta-se uma compilação dos dados quanto as cargas fatoriais das 20 questões utilizadas no instrumento SERVQUAL adaptado para o estudo, identificando qual questão pertence a cada fator, bem como a qual dimensão da qualidade a mesma se enquadra originalmente.

FATOR	VARIÂNCIA EXPLICADA (%)	QUESTÃO	SIGNIFICADO	DIMENSÃO
1	25,835	3	Boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis	Tangibilidade
		7	Transmissão de segurança e confiança aos pacientes	Confiabilidade
		10	procedimentos padronizados	Segurança
		11	conhecimento das necessidades individuais dos clientes	Empatia
		12	Transmitir tranquilidade e demonstrar interesse na resolução de problemas	Responsividade
		15	Capacitação para o desempenho adequado do trabalho	Segurança
2	8,603	2	Atendimento com atenção e cortesia	Empatia
		9	Paciência para responder aos questionamentos	Empatia
		17	Boa vontade para com o atendimento	Responsividade
		20	Apoio moral aos mais debilitados	Empatia
3	6,447	4	Funcionários cumprem o prometido	confiabilidade
		8	Informação precisa de horários e datas	confiabilidade
		14	Atividades realizadas no tempo prometido	confiabilidade
4	6,266	1	Ambiente limpo e agradável	Tangibilidade
		6	Materiais informativos de fácil visualização	Tangibilidade
		16	Funcionários limpos e vestidos adequadamente para o trabalho	Tangibilidade
5	5,933	5	Informações transmitidas de forma confiável e precisa	Responsividade
		13	Respostas às solicitações no ato, mesmo com outra ocupação	Responsividade
6	5,115	18	Local de fácil acesso e bem localizado	Segurança
		19	Linguagem clara durante atendimento	segurança

Quadro 12 – Classificação das questões de acordo com a Análise Fatorial

De acordo com o exposto no Quadro 12, o Fator 1 explica 25,825% da variabilidade da Escala SERVQUAL utilizada, sendo formado pelas questões 3, 7, 10, 11, 12 e 15. Cabe ressaltar que as cinco dimensões que compõem o Instrumento SERVQUAL adaptado estão presentes no Fator 1, indicando sua abrangência e representatividade.

Para o Fator 2, quatro questões (2, 9, 17 e 20) representam 8,603% da variância explicada, com a maioria delas pertencendo a dimensão Empatia originalmente.

As questões 4, 18 e 14 pertencem ao Fator 3 e estão relacionadas a dimensão confiabilidade originalmente, indicando 6,447% da variância explicada.

O Fator 4 explica 6,266% da variabilidade da escala utilizada, sendo representado pelas questões 1, 6 e 16 que transmitem a ideia dos aspectos tangíveis do serviço, conforme proposto pelo instrumento.

A dimensão responsividade enquadra-se no Fator 5, representando 5,933% da variância explicada. As questões 5, 13 representam esse fator e a dimensão originalmente proposta.

Por fim, o Fator 6 composto pelas questões 18 e 19 que pertencem a dimensão segurança originalmente, explicam 5,115% da variabilidade da escala.

Observa-se que o questionário proposto, ao ser submetido a técnica de Análise Fatorial, obteve resultados positivos. Têm-se uma variância explicada total de 58,198%, indicando uma boa capacidade de explicação das expectativas dos usuários da ESF quanto aos serviços prestados.

Outro aspecto refere-se as cargas fatoriais obtidas pelas questões em cada fator. O modelo mostrou que todas as questões contribuem para a explicação da expectativa do cliente, pois todas as cargas fatoriais estão com valores acima do limite, que é de 0,30 (HAIR et al, 2005). Percebe-se inclusive que existem cargas fatoriais significativas em mais de um fator, indicando a possibilidade daquela questão representar mais de uma dimensão.

Porém, a diferença existente entre a carga fatorial de um fator e outro para cada questão permite diferenciar a qual fator a mesma pertence e relacionar com as dimensões originalmente propostas no questionário.

Para finalizar este tópico, cabe ressaltar a importância atribuída ao Fator 1, que obteve a maior variância explicada e apresenta questões originalmente representantes das cinco dimensões iniciais elaboradas. Pode-se inferir que este fator, de uma forma geral, representa aspectos relacionados a segurança dos serviços prestados, dimensão considerada como a segunda mais importante na opinião dos usuários e que obteve o a melhor avaliação quando comparada expectativa e percepção (Gap = - 0,69).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A avaliação da qualidade em serviços de saúde vem se tornando, cada vez mais, um aspecto importante do processo de tomada de decisão por parte de gestores e colaboradores. Essa avaliação aumenta a probabilidade de obter-se, no final, resultados melhores do que se teria sem esta, e maior probabilidade de encontrar resultados não esperados.

Este trabalho, ao avaliar a qualidade dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) sob duas óticas distintas, usuários e profissionais, visou colaborar com esse processo de tomada de decisão por parte dos próprios profissionais, gestores e até mesmo Governo, visto que se trata de um serviço público.

Foram identificados usuários insatisfeitos com os serviços e profissionais considerando a qualidade dos serviços inaceitável. A relação entre essas duas opiniões mostra que os envolvidos na pesquisa avaliam de forma semelhante os serviços, negativamente na sua grande maioria, como pode ser observado. Os participantes, apesar de ocuparem diferentes posições no processo de serviço, consideram em comum vários pontos críticos e atribuem importância semelhante as dimensões pesquisadas.

Considerando as cinco dimensões da qualidade abordadas neste estudo - tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia – a dimensão confiabilidade mostrou-se diferente entre os atores: os usuários a atribuíram a pior avaliação enquanto que para os profissionais essa foi a dimensão que se apresentou melhor. Sendo a dimensão confiabilidade relacionada a aspectos como precisão dos diagnósticos e cumprimento de datas e horários, percebe-se a significativa insatisfação dos usuários quanto a esses quesitos, enquanto os

funcionários, apesar de atribuírem qualidade inaceitável a esta dimensão, a consideram melhor do que as demais dimensões pesquisadas.

No que tange a importância atribuída a cada dimensão, ambos os atores consideram a dimensão empatia como a mais importante ao avaliar serviços de saúde. Esse dado torna-se significativo ao evidenciar a importância dos aspectos referentes à relação interpessoal determinada durante a prestação do serviço. Sendo esta dimensão a mais importante para usuários e profissionais, estes últimos devem manter suas ações norteadas a satisfazer as necessidades referentes a estes aspectos durante a prestação de seus serviços, buscando uma maior relação interpessoal com seus pacientes.

Ainda com relação à importância atribuída a cada dimensão, usuários e funcionários compartilham de mesma opinião ao determinarem como segunda mais importante a dimensão segurança, seguida da dimensão responsividade em terceiro lugar. Reforça-se assim que, ao avaliar serviços de saúde, usuários e profissionais consideram a importância de cada dimensão de forma semelhante. Esse fato pode auxiliar no entendimento por parte dos profissionais das necessidades dos usuários, buscando satisfazê-las para que ocorra a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Os pontos críticos em cada dimensão também mostram a semelhança na avaliação dos atores pesquisados, pois das cinco dimensões investigadas, três delas apresentam os mesmos pontos críticos para usuários e funcionários.

Dessa forma, entende-se que o trabalho realizado apresenta contribuição significativa para o setor da saúde em estudo, pois mostra um panorama da qualidade nos serviços prestados na ESF no município de Santa Maria sob a ótica de seus dois principais atores. E o panorama encontrado não se mostrou positivo, demonstrando a necessidade de ações de melhoria.

Sabe-se que a avaliação realizada é apenas uma parte de todo um processo avaliativo maior, incluindo outras variáveis pertinentes ao estudo da área da saúde, que contemplem outros aspectos não evidenciados por esta pesquisa. Entretanto, seu valor se mostra significativo, pois foi pioneira neste cenário, dando voz aos usuários e profissionais através de uma forma objetiva e mensurável, alertando para necessidades imediatas de mudanças, visto a avaliação negativa obtida.

No que tange a Engenharia de Produção, este trabalho é válido no sentido de comprovar que seus princípios e ferramentas, principalmente com relação à

qualidade em serviços, podem ser utilizados no setor de serviços de saúde. O instrumento utilizado mostrou-se adequado para o objetivo proposto, como evidenciado através dos resultados obtidos junto a Análise Fatorial. E sua aplicação tornou-se um momento importante, rico em informações que auxiliarão na escolha de ações de melhoria.

Os limitantes deste estudo versam para a impossibilidade de se generalizar esses resultados, pelo fato de terem sido pesquisadas apenas cinco Unidades de Saúde da Família, no município de Santa Maria, RS. Futuros trabalhos devem ser realizados, do ponto de vista teórico e empírico, na intenção de refutar ou corroborar as relações demonstradas, e identificar um panorama de todo o município, através da expansão da pesquisa para todas as Unidades de Saúde da Família.

Estudos visando uma investigação mais aprofundada das causas da insatisfação e qualidade inaceitável encontrada nesta pesquisa também são de interesse, pois viriam a contribuir na busca de ações eficientes e eficazes para a melhoria deste cenário.

Por fim, considera-se que a constante avaliação da qualidade do serviço seria de grande valia para um acompanhamento do desempenho da ESF, bem como avaliação das ações de melhoria impostas ao longo do tempo.

REFERÊNCIAS

AAKER, D.A.; KUMAR, V.; DAY, G.S. Pesquisa de Marketing. Atlas, São Paulo, 2001.

ALBRECHT, K. Revolução nos serviços: como as empresas podem revolucionar a maneira de tratar os seus clientes. São Paulo: Editora Pioneira, 1992.

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p- 1727-1742, ago. 2008.

ALMEIDA, M. C. P. de. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo em saúde coletiva – rede básica de saúde de Ribeirão Preto. 1991. Tese (Livre-Docência). Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, colaboradores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. Cap. 25, p. 783-836.

ANDRADE, L. O. M. de; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Revista Panamericana Salud Publica, Washington, v. 8, n. 1-2, p. 85-91, July/Aug, 2000.

ANS. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/home/index.asp>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L. & GODOY, L. P. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE

PRODUÇÃO, 25, 2005, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: Abepro, 2005. p. 1739-1746.

ARROYO, C. S. Qualidade dos serviços de assistência a saúde: o tempo de atendimento da consulta médica. 2007. 129f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

ASSUNÇÃO, R. S. Fatores condicionantes da qualidade do sistema de saúde na visão dos médicos e da população do Recife. 2006. 131f. **Dissertação** (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

BARBETTA, P. A.; REIS, M. M.; BORNIA, A. C. Estatística para os cursos de Engenharia e Informática. São Paulo: Atlas, 2004.

BARROS, M. E. D. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, A. M. (org.). Ciência Sociais e Saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997. cap. 6. p.113-133.

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, D. K. Marketing de serviços. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. São Paulo: Makron Books, 1994.

BISOGNANO, M. New Skills Needed in medical leadership. Quality Progress, Milwaukee, v. 33, n. 6, p. 43-47, jun. 2000.

BLENDON, R. J. et al. Physician's views on quality of care: a five-country comparasion. Health Affairs, Milluood, v. 20, n. 6, p. 29, mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. Diretriz conceitual da Estratégia Saúde da Família. Disponível em:<<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 16 de fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica. Disponível em:<<http://drt2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 23 de jun. 2008.

_____. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006a.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília, DF, 2006b.**

_____. **Ministério da Saúde. Avaliação Para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Documento Técnico. Brasília, DF, 2005.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde a Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, DF, 2002.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2001a.**

_____. **Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília, DF, 2001b.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família: A implantação da unidade de saúde da família. Cadernos de Atenção Básica, caderno 1. Brasília, DF, 2000a.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica Brasília, DF, 2000b.**

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.**

_____. **Lei orgânica da saúde nº 8080, de 19 set. 1990. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, nº182, p. 19055-18694.**

CABRAL, L. L. D. Qualidade percebida dos serviços hospitalares: avaliação utilizando o método dos fatores críticos de sucesso e a escala SERVQUAL. 2007. 116f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

CAMARGO, F. A Aspectos básicos de análise fatorial. 2004. 108f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

CAMILLERI, D.; O, CALLAGAN, M. Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance, UK*, v. 11, n. 4, p. 127-133, 1988.

CAMPOS, G. W. S.; CARVALHO, S. R. Reforma dos modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.16, n.2, p. 507-515, Apr./Jun. 2000

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado do Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 22, n. 9, p.1881-1892, set. 2008.

CAREY, R. G.; LLOYD, R. C. Measuring quality improvement in healthcare: a guide to statistical process control applications. *Evaluation & the Health Professions, New York*, v. 23, n. 1, p. 43-57, 2001.

CARVALHO, M. A. Indicadores de avaliação de desempenho em estabelecimentos assistenciais de saúde. In: FÓRUM PERMANENTE E INTERDISCIPLINAR DE SAÚDE, 2003, Campinas. Anais... Campinas: Unicamp, 2003. p. 236-249.

CLARK, L. R. How do we get: back our humanity? *Medical Economics, North Olmsted*, v. 78, n. 0, p. 96-98, May 2001.

CLINEFELTER, K. Future Perspectives for Healthcare Quality Professional. In: ASQ, ed, 53 rd Annual Quality Congress Proceedings: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 1999.

COELHO, C. D. A. Avaliação da qualidade percebida em serviços: aplicação em um colégio privado de ensino fundamental e médio. 2004. 108f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CONILL, E. M. et al. A avaliação como instrumento de mudança. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 564-576, 2006.

CMS/SM. Conselho Municipal de Saúde. Avaliação e acompanhamento da implantação da estratégia de saúde da família em Santa Maria (RS). **Relatório da Comissão do CMS de Santa Maria, 2005.** Santa Maria: Conselho Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/saudesm/>> Acesso em: 13 jan. 2009.

CONSTANDRIOPOULOS, A. P. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 253-256, abr./jun. 1999.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. Métodos de pesquisa em administração. 7ª edição. Porto Alegre, Bookman, 2003.

CORRÊA, A. K. et al. A reforma do setor da saúde e as transformações da prática da enfermagem em hospitais filantrópicos no município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 8, n.3, p. 202-208, set. 2000.

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

CRESWELL, J. *Research Design: qualitative e quantitative approaches*. Thousand Oaks: Sage, 1994.

CRONIN JR., J.; TAYLOR, S. *Measuring service quality: a reexamination and extension*. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 56, n. 3, p. 55-68, 1992.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Caderno de informações de saúde: informações gerais. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Ribeirao_Preto_Geral.xls>. Acesso em: 23 jun. 2008.

DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Editora Marques Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, A. A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DONABEDIAN, A. La calidad de La atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

ESTEFANO, E.V.V. Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina. 1996. 117f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica á Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 2006, Fortaleza. Anais...Fortaleza: Abepro, 2006. p. 681- 693.

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

FOGARTY, G.; CATTS, R.,; FORLIN, C. Identifying shortcomings in the measurement of service quality. Journal of Outcome Measurement, New York, v. 4, n. 1, p. 425-447, 2000.

GARVIN, D. A. Afterword: reflections on the future. In: BERWICK, D. M.; GOFREY, A. B.; ROESSENER, J. Curing healthcare – new strategies for quality improvement: report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Healthcare. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.

GEMMEL, P. et al. Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, London, v. 29, n.9, p. 1109-17, 2002.

GENTIL, M. R.; LEAL, S. M.; SCARPI, M. J. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, São Paulo, v. 66, p. 159-65, 2003.

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

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

GOLDBAUM, M. et al. Utilização dos serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.

GOMES, A. L. A. A satisfação do cliente com o produto náutico – estudo de caso. 2006. 116f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

GRIEBELER, D. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos – um estudo de caso sobre as expectativas e percepções dos clientes. 2006. 112f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2006.

GRONROOS, C. A. Marketing: gerenciamento e serviços. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

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

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

GUJARATI, D. N. Econometria básica. São Paulo: Makron Books, 2000.

HAIR, J.; B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. Fundamentos de métodos de pesquisa em administração. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR, J. et al. Análise Multivariada de Dados, 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. A avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, p. 68-82, 1998.

HECKERT, C. R.; SILVA, M. T. da. Qualidade de serviços nas organizações do terceiro setor. *Revista Produção*, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 319-330, mai./ago 2008.

HENRIQUE, F; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa de Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-819, 2008.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

JOHNSTON, R.; CLARK, G. Administração das operações e natureza do serviço. In: *Administração das operações e natureza dos serviços*. São Paulo: Editora Atlas, 2002. cap. 1, p. 26-27.

JURAN, J. M.; GRZYNA, F. M. Controle da qualidade. 4. ed. São Paulo: Editora Makron Books, 1993.

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

KAZMIER, L. J. Estatística aplicada à Economia e Administração. São Paulo: Makron Books, 2004.

KLOETZEL, K. et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde – a satisfação do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, jul/set 1998.

KOTLER, P. Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle. Tradução: Ailton Bomfim Brandão. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

LAS CASAS, A. L. Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. *Serviços: marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva, 2004.

MACHADO, C. V. M.; LIMA, L. D. de; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa de Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Suplementar, p. S42-S57, 2008.

MAIA, M.; SALAZAR, A.; RAMOS, P. A Adequação dos modelos SERVQUAL E SERVPERF na medição da qualidade de serviço: o caso RAR Imobiliária. In: *JORNADAS HISPANO-LUSAS DE GESTÃO CIENTÍFICA*, 17, 2007, Logrono, Espanha. *Actas...* Logrono: Universidad de La Rioja, 2007.

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

MARCHETTI, R.; PRADO, P. H. M. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 56-67, 2001.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUZA, M. F. (Org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec, 2002. cap. 8, p. 135-151.

MELO, E. M. et al. A organização da Atenção básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, Suplementar, p. S29-S41, 2008.

MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001.

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

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, 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: 11 maio de 2008.

MOREIRA, D. A. Medidas de qualidade em serviços. In: _____. Dimensões do desempenho em manufatura e serviços. São Paulo: Pioneira, 1996. Seção IV.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Humanização da assistência e formação do Profissional de Saúde. Psychiatry on line Brazil, n.8, mai. 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de Saúde Pública, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

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

OLIVEIRA, S. F. de; ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Psicologia & Sociedade, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 237-246, 2008.

OLIVEIRA, E. X. de; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Território do sistema único de saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

PAGE JR, T. J.; SPRENG, R. A. Difference score versus direct in service quality measurement. Journal of Service Research, USA, v.4, n. 3, p. 184-192, 2002.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia & Saúde, 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. cap. 21.

PARASURAMAN, A.; ZEITHMAL, V. A.; BERRY, L. L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria, Journal of Retailing, St. Louis, v. 70, n. 3, p. 201-230, 1994.

_____. Delivering quality service. Balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press, 1990.

_____. Servqual: a multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, St. Louis, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

_____. A conceptual modelo f service quality and implications for future research. Journal of Marketing, Chicago, v. 49, n. 4, p. 41-45, 1985.

PARENTE, J. Varejo no Brasil: **gestão e estratégia**. São Paulo: Atlas, 2000.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul/set. 2006.

PLSEK, P. E. Complexity and Quality: New Models for the New Century: In: ASQ, ed., 54 rd Annual Quality Congress Proceedings: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 2000.

POUVOURVILLE, G. Evaluation the French chefs are still searching for “la nouvelle cuisine”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 248-250, 1999.

PM/SM. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Aspectos sociais. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/?secao=perfil_sociais>. Acesso em: 17 fev. 2009.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? - estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 492-501, 2004.

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

ROCHA, P. M et al. Avaliação do Programa de Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Suplementar, p. S69-S78, 2008.

SANTOS, S. M. dos; UCHIMURA, K. Y.; LANG, R. M. F. Percepção do usuário do Programa de Saúde da Família: uma experiência local. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 687-704, 2005.

SARAVANAN, R.; RAO, K. S. Service Quality from the Customer's Perspective: an empirical investigation. *Quality Management Journal*, Milwaukee, v. 14, n. 3, p. 15-24, 2007.

SCHMENNER, R. W. Um espectro de processos de serviço. In: *Administração de operações em serviços*. São Paulo: Futura, 1999. cap. 1, p. 24-25.

SHAHIN, A. SERVQUAL and model of service quality gaps: a framework for determining and prioritizing critical factors in delivering quality services, 2004.

Disponível em: <<http://cmgr.rmit.edu.au/publications/wsjsrbicit02.pdf>> Acesso em: 20 abril 2008.

SLACK, N. et al. Administração da produção. São Paulo: Editora Atlas, 1997.

SOUZA JUNIOR, J. J. L. Qualidade: um enfoque por teoria da decisão. 2002. 106f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

SOUZA, A. M. Modelo para gestão de processos em empresas de serviços: aplicação em uma empresa de condomínios. 2002. 128f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SOUZA, A. M; GRIEBELER, D; GODOY, L. P. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos – estudo de caso sobre expectativas e percepções dos clientes. Revista Produção, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 435-453, set./dez. 2007.

SOUZA, Heloíza Machado de. O futuro tecido no presente. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, DF, n. 1, p. 7-9, nov. 1999. 1a reimpressão, mar. 2000.

TAMASHIRO, H. R. S. da.; SILVEIRA, J. A. G. de.; ACEVEDO, C. R. Avaliação do serviço de distribuição no setor farmacêutico: um estudo sob a ótica dos clientes. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 2006, Fortaleza. Anais... Rio de Janeiro: Abepro, 2006. p. 702-713.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEAS, R. K. Expectations as a comparison standard in measuring service quality: an assessment of a reassessment. Journal of Marketing, Chicago, v. 58, p. 132-139, 1994.

TEAS, R. K. Expectations, performance evaluation, and consumer's perceptions of quality. Journal of Marketing, Chicago, v. 57, n. 4, p. 18-34, 1993.

TINOCO, Maria A. C. ; RIBEIRO, J. L. D. . Estudo qualitativo dos principais atributos que determinam a percepção de qualidade e de preço dos consumidores de restaurantes a la carte. Gestão e Produção, São Carlos, v. 15, p. 73-87, 2008.

TRAVASSOS, C. Debate on the paper by Zulmira M. A. Hartz. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 246-247, abr. 1999.

TRONCHIN, D. M.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. A qualidade e a avaliação de serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P (Org.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 8, p. 89-107.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-45, out./dez. 2001.

VAUGHAN R. Evaluation and public health. American Journal Public Health, Washington v. 94, n.3, p.360-379, 2004.

VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. Divulgação em saúde para o debate, Londrina, n. 3, p. 17-24, 1991.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Editora da universidade Federal de São Paulo, p. 212, 2001.

YIN, R. K. Estudo de Caso: Planejamentos e Métodos. 3º ed. São Paulo: Bookman, 2004.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Usuário

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Maria que tem o objetivo de conhecer a sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Programa de Saúde da Família (PSF) localizado na sua comunidade.

Para isso, o questionário é composto de quatro partes:

- § a primeira parte solicita informações sobre você, para que possamos conhecer melhor o perfil dos usuários do PSF;
- § a segunda parte busca identificar as suas expectativas quanto a um serviço de saúde com qualidade;
- § a terceira parte visa conhecer sua percepção sobre o serviço prestado pela unidade de PSF que você frequenta;
- § a quarta e última parte busca compreender quais aspectos da qualidade em saúde são mais importantes para você.

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos que suas respostas expressassem verdadeiramente sua opinião com relação aos serviços prestados pelo PSF.

Não é necessário se identificar.

Desde já agradecemos sua participação.

1ª PARTE

Qual a sua idade? _____

Qual o seu gênero?

masculino feminino

Qual o seu nível de escolaridade?

não sabe ler nem escrever apenas alfabetizado
 1º grau completo 2º grau completo
 graduação pós-graduação

Qual o seu estado civil?

solteiro casado separado
 viúvo

Você tem filhos? Se afirmativo, quantos filhos você tem? _____

sim não

Qual a sua renda familiar?

nenhuma renda menos de 1 salário mínimo
 de 1 a 3 salários mínimos de 3 a 5 salários mínimos
 mais de 5 salários mínimos

Recebe algum auxílio financeiro do governo? Se afirmativo, qual?

sim não

bolsa família

bolsa escola

auxílio gás

outro. Qual? _____

Você é o único responsável pela sua renda familiar?

sim não

Você mora somente com a sua família (cônjuge, filhos)? Caso negativo, quem mais reside com você?

- () sim () não
 () meus pais
 () meus avós
 () meus irmãos
 () outros. Quem? _____

Você já utilizou os serviços da unidade de PSF de sua localidade?

- () sim () não

Se você respondeu que sim para a pergunta anterior, quantas vezes você já utilizou os serviços da unidade de PSF de sua localidade?

- () apenas 1 vez () de 2 a 5 vezes () de 6 a 10 vezes ()
 acima de 10 vezes
 () não lembro

Quando necessita de atendimento de saúde, o primeiro lugar que você procura é a unidade de PSF de sua localidade?

- () sim () não

Você já recebeu alguma visita domiciliar da equipe do PSF?

- () sim () não

Se você respondeu que sim para a pergunta anterior, qual a frequência dessa visita?

- () recebi apenas uma visita até hoje () semanal () quinzenal
 () mensal () trimestral () semestral
 () anual () às vezes recebo, mas não sei a frequência

Essa visita foi solicitada por você?

- () sim () não

Quando você recebe a visita da equipe, quais profissionais geralmente estão presentes?

- () todos () agentes de saúde () técnicos de enfermagem
 () enfermeiros () médicos () outros

2ª PARTE

Utilizando sua experiência como usuário do Programa de Saúde da Família, imagine uma unidade que ofereceria serviços de saúde de excelente qualidade e na qual você gostaria de ser atendido.

Agora, para cada item abaixo demonstre a real necessidade dessa unidade possuir as características abaixo.

Os números abaixo correspondem a:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Quando você achar que a característica não é essencial para a unidade que você imaginou, assinale 1.

Caso você ache que a característica é imprescindível para a unidade que você imaginou, assinale 5.

E caso ache que a característica está entre essas duas opiniões, assinale uma resposta intermediária.

LEMBRE-SE: Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. Apenas gostaríamos de conhecer suas reais opiniões. Os resultados individuais desta pesquisa são confidenciais.

Questões sobre a expectativa do serviço	Expectativa				
O ambiente físico e as instalações da unidade são limpas e agradáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade atendem os usuários e familiares com atenção e cortesia.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade realizam as atividades conforme o prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade passam todas as informações necessárias ao usuário de forma confiável e precisa.	1	2	3	4	5
Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e entendimento.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade transmitem segurança e confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5
A unidade informa precisamente a data e horário do serviço a ser prestado.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem pacientemente as dúvidas, reclamações e sugestões dos pacientes e familiares.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta procedimentos padronizados.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade conhecem as necessidades individuais de seus clientes.	1	2	3	4	5
Quando o usuário tem um problema, os funcionários da unidade devem tranquilizá-lo e demonstrar interesse em resolver o problema.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados.	1	2	3	4	5
A unidade executa suas atividades no tempo prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade são capacitados para desempenhar seu trabalho adequadamente.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade estão limpos e bem vestidos.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.	1	2	3	4	5
A unidade é de fácil acesso e bem localizada.	1	2	3	4	5
Os funcionários utilizam linguagem clara e precisa ao atender seus clientes.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados.	1	2	3	4	5

3ª PARTE

A partir das experiências que você teve na unidade de PSF da sua localidade, responda as questões abaixo de acordo com a sua percepção sobre os serviços de saúde prestados.

Para cada item abaixo indique o quanto você acredita que a unidade de PSF da sua localidade atinge.

Os números abaixo correspondem a:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Quando você achar que a característica não foi alcançada pela unidade, assinale 1.

Caso você ache que a característica foi totalmente alcançada pela unidade, assinale 5.

E caso ache que a característica está entre essas duas percepções, assinale uma resposta intermediária.

LEMBRE-SE: Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. Apenas gostaríamos de conhecer suas reais opiniões. Os resultados individuais desta pesquisa são confidenciais.

Questões sobre a percepção do serviço	Percepção				
O ambiente físico e as instalações da unidade são limpas e agradáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade atendem os usuários e familiares com atenção e cortesia.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade realizam as atividades conforme o prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade passam todas as informações necessárias ao usuário de forma confiável e precisa.	1	2	3	4	5
Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e entendimento.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade transmitem segurança e confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5
A unidade informa precisamente a data e horário do serviço a ser prestado.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem pacientemente as dúvidas, reclamações e sugestões dos pacientes e familiares.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta procedimentos padronizados.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade conhecem as necessidades individuais de seus clientes.	1	2	3	4	5
Quando o usuário tem um problema, os funcionários da unidade devem tranquilizá-lo e demonstrar interesse em resolver o problema.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados.	1	2	3	4	5
A unidade executa suas atividades no tempo prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade são capacitados para desempenhar seu trabalho adequadamente.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade estão limpos e bem vestidos.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.	1	2	3	4	5
A unidade é de fácil acesso e bem localizada.	1	2	3	4	5
Os funcionários utilizam linguagem clara e precisa ao atender seus clientes.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados.	1	2	3	4	5

4ª PARTE

A seguir estão listadas cinco características referentes a unidades de saúde e serviços que elas oferecem. Gostaríamos de saber que grau de importância você determina para cada uma delas quando avalia um serviço de saúde.

Por favor, para cada uma das 5 características dê uma nota de 0 a 10, de acordo com a importância que você acredita que elas têm.

Questões	Nota
1. Os aspectos físicos, como a localização da unidade, a aparência das instalações físicas e dos funcionários, as condições dos equipamentos e dos materiais de comunicação.	
2. A capacidade de prestar o serviço no tempo prometido de forma confiável.	
3. A boa vontade e disposição para ajudar os pacientes.	
4. A competência técnica, o conhecimento dos funcionários e a habilidade deles em transmitir segurança e confiança nos serviços prestados.	
5. O fornecimento de cuidados e atenção aos pacientes, por parte dos funcionários da unidade.	

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pela unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos agentes de saúde da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos técnicos de enfermagem da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos enfermeiros da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos médicos da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Obrigada pela participação!

APÊNDICE B – Questionário Funcionário

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Maria que tem o objetivo de conhecer a sua opinião sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Programa de Saúde da Família (PSF) localizado na sua comunidade.

Para isso, o questionário é composto de quatro partes:

- § a primeira parte solicita informações sobre você, para que possamos conhecer melhor o perfil dos profissionais que atuam no PSF;
- § a segunda parte busca identificar as suas expectativas quanto a um serviço de saúde com qualidade;
- § a terceira parte visa conhecer a sua percepção sobre o serviço prestado pela unidade de PSF que você trabalha;
- § a quarta e última parte busca compreender quais aspectos da qualidade em saúde são mais importantes para você.

Neste questionário não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos que suas respostas expressassem verdadeiramente sua opinião com relação aos serviços prestados pelo PSF.

Não é necessário se identificar.

Desde já agradecemos sua participação.

1ª PARTE

Qual a sua idade? _____

Qual o seu gênero?

masculino feminino

Qual o seu estado civil?

solteiro casado separado viúvo

Você tem filhos? Se afirmativo, quantos filhos você tem? _____

sim não

Qual o seu grau de instrução?

1º grau completo 2º grau completo
 graduação pós-graduação

Qual a sua renda familiar?

de 1 a 3 salários mínimos de 3 a 5 salários mínimos de 5 a 7 salários mínimos
 de 7 a 10 salários mínimos acima de 10 salários mínimos

Possui formação específica para a saúde pública?

sim não

Qual a sua profissão?

medicina enfermagem odontologia
 outra. Qual? _____

Qual o seu papel dentro da Equipe de Saúde da Família?

- () médico () enfermeiro () dentista
 () técnico de enfermagem () agente comunitário de saúde () outro.
 Qual? _____

Há quanto tempo você atua no PSF?

- () menos de 1 ano () de 1 a 3 anos () de 3 a 5 anos ()
 acima de 5 anos

Você já atuou em saúde pública anteriormente?

- () sim () não

Você atua profissionalmente somente no PSF? Caso a resposta seja negativa, qual outra atuação profissional você desenvolve?

- () sim () não. Qual mais? _____

Qual a sua jornada diária de trabalho no PSF?

- () menos de 4 horas () de 4 a 6 horas () de 6 a 8 horas ()
 mais de 8 horas

Qual a sua jornada diária total de trabalho?

- () menos de 4 horas () de 4 a 6 horas () de 6 a 8 horas ()
 de 8 a 10 horas
 () de 10 a 12 horas () mais de 12 horas

2ª PARTE

Utilizando sua experiência como profissional do Programa de Saúde da Família, imagine uma unidade que ofereceria serviços de saúde de excelente qualidade e na qual você gostaria de trabalhar.

Agora, para cada item abaixo demonstre a real necessidade dessa unidade possuir as características abaixo.

Os números abaixo correspondem a:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Quando você achar que a característica não é essencial para a unidade que você imaginou, assinale 1.

Caso você ache que a característica é imprescindível para a unidade que você imaginou, assinale 5.

E caso ache que a característica está entre essas duas percepções, assinale uma resposta intermediária.

LEMBRE-SE: Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. Apenas gostaríamos de conhecer suas reais opiniões. Os resultados individuais desta pesquisa são confidenciais.

Questões sobre a expectativa do serviço	Expectativa				
O ambiente físico e as instalações da unidade são limpas e agradáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade atendem os usuários e familiares com atenção e cortesia.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade realizam as atividades conforme o prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade passam todas as informações necessárias ao usuário de forma confiável e precisa.	1	2	3	4	5
Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e entendimento.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade transmitem segurança e confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5
A unidade informa precisamente a data e horário do serviço a ser prestado.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem pacientemente as dúvidas, reclamações e sugestões dos pacientes e familiares.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta procedimentos padronizados.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade conhecem as necessidades individuais de seus clientes.	1	2	3	4	5
Quando o usuário tem um problema, os funcionários da unidade devem tranquilizá-lo e demonstrar interesse em resolver o problema.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados.	1	2	3	4	5
A unidade executa suas atividades no tempo prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade são capacitados para desempenhar seu trabalho adequadamente.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade estão limpos e bem vestidos.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.	1	2	3	4	5
A unidade é de fácil acesso e bem localizada.	1	2	3	4	5
Os funcionários utilizam linguagem clara e precisa ao atender seus clientes.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados.	1	2	3	4	5

3ª PARTE

A partir das suas experiências na unidade de PSF em que você atua, responda as questões abaixo de acordo com a sua percepção sobre os serviços de saúde prestados.

Para cada item abaixo indique o quanto você acredita que a unidade de PSF que você atua atinge.

Os números abaixo correspondem a:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Quando você achar que a característica não foi alcançada pela unidade, assinale 1.

Caso você ache que a característica foi totalmente alcançada pela unidade, assinale 5.

E caso ache que a característica está entre essas duas percepções, assinale uma resposta intermediária.

LEMBRE-SE: Não existem respostas certas ou erradas neste questionário. Apenas gostaríamos de conhecer suas reais opiniões. Os resultados individuais desta pesquisa são confidenciais

Questões sobre a percepção do serviço	Percepção				
O ambiente físico e as instalações da unidade são limpas e agradáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade atendem os usuários e familiares com atenção e cortesia.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta boas condições para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade realizam as atividades conforme o prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade passam todas as informações necessárias ao usuário de forma confiável e precisa.	1	2	3	4	5
Os materiais informativos (murais, cartazes) são de fácil visualização e entendimento.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade transmitem segurança e confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5
A unidade informa precisamente a data e horário do serviço a ser prestado.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem pacientemente as dúvidas, reclamações e sugestões dos pacientes e familiares.	1	2	3	4	5
A unidade apresenta procedimentos padronizados.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade conhecem as necessidades individuais de seus clientes.	1	2	3	4	5
Quando o usuário tem um problema, os funcionários da unidade devem tranquilizá-lo e demonstrar interesse em resolver o problema.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade respondem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados.	1	2	3	4	5
A unidade executa suas atividades no tempo prometido.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade são capacitados para desempenhar seu trabalho adequadamente.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade estão limpos e bem vestidos.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade têm sempre boa vontade em ajudar os usuários.	1	2	3	4	5
A unidade é de fácil acesso e bem localizada.	1	2	3	4	5
Os funcionários utilizam linguagem clara e precisa ao atender seus clientes.	1	2	3	4	5
Os funcionários da unidade dão apoio moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados.	1	2	3	4	5

4ª PARTE

A seguir estão listadas cinco características referentes a unidades de saúde e serviços que elas oferecem. Gostaríamos de saber que grau de importância você determina para cada uma delas quando avalia um serviço de saúde.

Por favor, para cada uma das 5 características dê uma nota de 0 a 10, de acordo com a importância que você acredita que elas têm.

Questões	Nota
1. Os aspectos físicos, como a localização da unidade, a aparência das instalações físicas e dos funcionários, as condições dos equipamentos e dos materiais de comunicação.	
2. A capacidade de prestar o serviço no tempo prometido de forma confiável.	
3. A boa vontade e disposição para ajudar os pacientes.	
4. A competência técnica, o conhecimento dos funcionários e a habilidade deles em transmitir segurança e confiança nos serviços prestados.	
5. O fornecimento de cuidados e atenção aos pacientes, por parte dos funcionários da unidade.	

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pela unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos agentes de saúde da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos técnicos de enfermagem da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos enfermeiros da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Se você tivesse que dar uma única nota, de 0 a 10, para os serviços prestados pelos médicos da unidade de PSF da sua localidade, qual seria?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Obrigada pela participação.

o Coeficiente de *Alpha de Cronbach*

ch

Questões	<i>Alpha</i> sendo deletado Confiabilidade		<i>Alpha</i> de cada determinante	
	Usuário	Funcionário	Usuário	Funcionário
Unidade são limpas e agradáveis.	0,853	0,754	0,639	0,740
Os funcionários são limpos e bem vestidos.	0,852	0,753		
Os computadores (e outros equipamentos) são de fácil visualização e entendimento.	0,852	0,750		
Os funcionários oferecem um ambiente adequado para o repouso, com barulho dentro de limites suportáveis.	0,850	0,755		
O tempo prometido.	0,848	0,752	0,749	0,830
O preço e horário do serviço a ser prestado.	0,847	0,754		
Os funcionários realizam as atividades conforme o prometido.	0,846	0,753		
Os funcionários oferecem segurança e confiança aos pacientes.	0,846	0,752		
Os funcionários têm boa vontade em ajudar os usuários.	0,847	0,752	0,712	0,775
Os funcionários atendem na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupados.	0,871	0,750		
Os funcionários da unidade devem tranquilizá-lo e demonstrar preocupação com ele.	0,854	0,753		
Os funcionários fornecem todas as informações necessárias ao usuário de forma confiável e adequada.	0,849	0,751		
Os funcionários são treinados e atualizados.	0,851	0,752	0,625	0,807
Os funcionários são capacitados para desempenhar seu trabalho adequadamente.	0,852	0,593		
Os funcionários são educados e corteses.	0,853	0,753		
Os funcionários são rápidos e precisa ao atender seus clientes.	0,847	0,754		
Os funcionários atendem os usuários e familiares com atenção e cortesia.	0,851	0,756	0,717	0,781
Os funcionários têm bom caráter e ética moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados.	0,846	0,752		
Os funcionários atendem os usuários com paciência e calma, mesmo com urgência, e ouvem pacientemente as dúvidas, reclamações e sugestões dos usuários.	0,847	0,752		
Os funcionários atendem as necessidades individuais de seus clientes.	0,859	0,592		
PESQUISA			0,857	0,775

análise descritiva (média, desvio-padrão e coeficiente de variação)

critiva - usuários

Questões	MD (E)	DP (E)	CV (E)	MD (P)	DP (P)	CV (P)
As unidades são limpas e agradáveis.	4,92	0,37	0,14	3,54	1,52	2,32
Os funcionários são limpos e bem vestidos.	4,95	0,24	0,06	4,51	0,99	0,98
Os computadores (e outros equipamentos) são de fácil visualização e entendimento.	4,78	0,58	0,37	4,35	1,06	1,12
Condições para o repouso, com barulho dentro de limites	4,74	0,68	0,46	3,30	1,52	2,32
Respeito ao tempo prometido.	4,77	0,69	0,47	3,77	1,39	1,93
Clareza e horário do serviço a ser prestado.	4,85	0,41	0,16	3,86	1,38	1,90
Realização das atividades conforme o prometido.	4,90	0,36	0,13	3,79	1,35	1,81
Atitude de segurança e confiança aos pacientes.	4,85	0,45	0,21	4,03	1,28	1,63
Atitude de boa vontade em ajudar os usuários.	4,91	0,34	0,11	4,03	1,28	1,63
Atendimento na hora as solicitações dos usuários, mesmo estando ocupado.	4,08	1,35	1,76	3,39	1,49	2,23
Quando ocorre um problema, os funcionários da unidade devem tranquilizá-lo e resolvê-lo.	4,80	0,59	0,35	3,87	1,30	1,70
Disponibilidade de todas as informações necessárias ao usuário de forma clara e objetiva.	4,87	0,40	0,16	4,02	1,29	1,67
Procedimentos padronizados.	4,70	0,65	0,42	3,96	1,14	1,29
Capacidade dos funcionários para desempenhar seu trabalho adequadamente.	4,94	0,25	0,06	4,20	1,08	1,16
Qualificação dos funcionários.	4,78	0,57	0,32	4,37	1,06	1,12
Organização clara e precisa ao atender seus clientes.	4,88	0,41	0,17	4,39	1,00	1,01
Atendimento aos usuários e familiares com atenção e cortesia.	4,91	0,34	0,12	4,11	1,18	1,39
Atitude moral aos usuários, principalmente aos mais debilitados.	4,86	0,44	0,20	3,98	1,27	1,61
Atitude paciente em ouvir as dúvidas, reclamações e sugestões dos usuários.	4,83	0,49	0,24	3,82	1,31	1,73
Atendimento às necessidades individuais de seus clientes.	4,42	0,94	0,88	3,76	1,28	1,63
	MD	DP	CV			
Unidade (ESF)	7,81	2,26	5,12			
Unidade (C)	7,92	2,68	7,19			
Unidade (TE)	8,01	2,33	5,41			
	8,15	2,30	5,29			
	8,35	2,40	5,75			

Expectativa; P – percepção; MD – média; DP – desvio-padrão; CV – coeficiente de variação

al - matriz de correlação

3	14	8	4	7	17	13	12	5	10	15	18	19	2	20	9	11
56	,132	,294	,229	,181	,180	,031	,142	,205	,031	,128	,124	,171	,241	,152	,267	,049
17	,264	,235	,462	,213	,185	,092	,097	,234	,168	,391	,166	,233	,321	,395	,131	,152
98	,099	,140	,284	,172	,308	-,017	,089	,177	,328	,074	,190	,248	,193	,072	,242	-,082
00	,089	,242	,232	,267	,255	,101	,261	,223	,312	,127	,143	,223	,206	,191	,255	-,039
89	1,000	,200	,235	,140	,242	,200	,090	,300	,111	,214	,227	,345	,166	,235	,238	,148
99	,294	1,000	,421	,348	,400	,016	,062	,400	,394	,162	,225	,426	,202	,330	,405	,057
32	,235	,421	1,000	,376	,382	,045	,255	,337	,222	,410	,256	,367	,349	,383	,456	,176
67	,140	,348	,376	1,000	,229	,086	,092	,402	,155	,277	,277	,301	,340	,335	,280	,150
55	,242	,400	,382	,229	1,000	,144	,178	,210	,166	,177	,297	,423	,176	,341	,409	,040
01	,200	,016	,045	,086	,144	1,000	,049	,020	,111	,161	-,004	,119	,002	,176	-,004	,436
61	,090	,062	,255	,092	,178	,049	1,000	,058	,064	,079	,119	,102	,058	,028	,195	,027
23	,300	,400	,337	,402	,210	,020	,058	1,000	,248	,158	,208	,244	,276	,217	,232	,038
12	,111	,394	,222	,155	,166	,111	,064	,248	1,000	,076	,037	,249	,079	,224	,149	,021
27	,214	,162	,410	,277	,177	,161	,079	,158	,076	1,000	,168	,353	,310	,471	,164	,183
43	,227	,225	,256	,277	,297	-,004	,119	,208	,037	,168	1,000	,380	,060	,367	,263	-,041
23	,345	,426	,367	,301	,423	,119	,102	,244	,249	,353	,380	1,000	,180	,362	,273	,049
06	,166	,202	,349	,340	,176	,002	,058	,276	,079	,310	,060	,180	1,000	,181	,146	,106
91	,235	,330	,383	,335	,341	,176	,028	,217	,224	,471	,367	,362	,181	1,000	,229	,144
55	,238	,405	,456	,280	,409	-,004	,195	,232	,149	,164	,263	,273	,146	,229	1,000	,086
039	,148	,057	,176	,150	,040	,436	,027	,038	,021	,183	-,041	,049	,106	,144	,086	1,000

ANEXOS

ANEXO A – O instrumento 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 cumpri-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 o 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 e Fitzsimmons, 2005.