

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA**

**ALEXANDRE CALCAGNOTTO**

**A QUALIDADE DOS SERVIÇOS AO CLIENTE:  
UMA PERSPECTIVA SOB A ÓTICA DO PACIENTE EM UM  
AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO EM SAÚDE**

**Caxias do Sul, 2009.**

**ALEXANDRE CALCAGNOTTO**

**A QUALIDADE DOS SERVIÇOS AO CLIENTE:  
UMA PERSPECTIVA SOB A ÓTICA DO PACIENTE EM UM  
AMBULATÓRIO DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Ademar Galelli

**Caxias do Sul, 2009.**

**“A qualidade dos serviços ao cliente: uma perspectiva sob a ótica do paciente  
em um ambulatório de atendimento secundário em saúde”**

**Alexandre Calcagnotto**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Caxias do Sul, 09 de outubro de 2008.

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Ademar Galelli (orientador)  
Universidade de Caxias do Sul

---

Prof. Dr. Paulo Fernando Pinto Barcellos  
Universidade de Caxias do Sul

---

Prof. Dr. Vinícius Sittoni Brasil  
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

---

Prof. Dr. Dagoberto Vanoni de Godoy  
Universidade de Caxias do Sul

Dedico este trabalho à minha esposa e à  
minha filha.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Quando você acha que está perdendo uma batalha e aparece um anjo e te estende a mão, é isso que me aconteceu algumas vezes durante o desenvolvimento deste mestrado, no entanto não tinham nome de anjo, mas nomes de colegas, professores, amigos, mãe, esposa, entre eles: Diogo Zapparoli Manenti, Prof. Ademar Galleli, Eda Maria Costa Meneguini, Pelayo Munhoz Olea, Maria Emilia Camargo, Eric Dorion, Paulo Fernando Pinto Barcellos, Nely Maria Prativiera Calcagnotto e Mariloiva Soares Calcagnotto, Eliana Andrea Severo.

Quando me pego pensando em homenagear uma pessoa, não consigo firmar meu pensamento e representar minha gratidão em uma só pessoa, por isso resolvi homenagear e agradecer estes anjos em especial que apareceram em minha vida. Sem eles a minha caminhada até aqui seria quase impossível e menos prazerosa e, com eles tive um aprendizado não só como docente, mas também como pessoa.

## AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida, sem suas presenças, certamente, o resultado desta jornada não teria sido o mesmo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul (PPGA-UCS), nas pessoas do Coordenador do Mestrado Prof. Dr. Eric Dorion e demais professores, que compartilharam seus conhecimentos.

Aos membros da Banca de Defesa, Prof. Dr. Paulo Fernando Pinto Barcellos, Prof. Dr. Dagoberto Vanoni de Godoy e Prof. Dr. Vinícius Sittoni Brasil, convidado externo. Ao Prof. Dr. Ademar Galelli, por seu empenho, sua dedicação, sua sabedoria, próprias de um professor, e que me indicou o caminho e me conduziu a este momento. À Profa. Ms. Cíntia Paese Giacomello, que, com seu conhecimento, sua alegria e sua disponibilidade, repassou seus saberes, apoiou e incentivou esta pesquisa.

À Universidade de Caxias do Sul que possibilitou a realização desta pesquisa, no Ambulatório Central, mais precisamente em nome do Dr. João Carlos Prativiera, que disponibilizou espaço para esta pesquisa, rico em dados e possibilidades de desenvolvimento de uma dissertação de mestrado.

À minha amada esposa Mari, grande incentivadora, companheira, inspiradora nesta hora de intenso trabalho, e minha querida filhinha Giulia, que souberam entender a minha ausência, cedendo assim um espaço de tempo que lhes eram legítimos, e que hoje não consigo imaginar minha vida sem as duas, pois foram tão importantes para a busca deste momento de conquista. Ao apoio e carinho da minha madrinha e psicóloga Eda Maria Costa Meneguini, que me fez visualizar a possibilidade de alcançar vãos mais altos.

A meu pai e minha mãe, pois eles sempre procuraram mostrar-me o melhor caminho a ser percorrido, incentivando meus estudos desde os primeiros dias de escola e que através de seu incentivo e patrocínio me permitiram percorrer este longo caminho difícil, dispendioso, caro, mas neste momento muito prazeroso. Ao meu irmão Antonio Cândido Prativiera Calcagnotto, que me deu oportunidade de ministrar as primeiras aulas em administração, através de seu apoio, sendo para mim o primeiro espelho como professor. Às minhas queridas irmãs que ajudaram e me incentivaram nos meus estudos, Maria Elisa Calcagnotto e Maria Helena Calcagnotto.

Não poderia deixar de mencionar alguns mestres neste percurso da minha construção como pessoa e profissional, entre eles os professores de primeiro grau Zaira Galegaro, professor de Educação Física Eloi, dos quais me lembro sempre com muito carinho. Meus mestres na minha formação acadêmica, como a orientadora Marta Martins Buffon e os professores do bacharelado em Administração de Empresas, Paulo Casara, Valter Casara e Fabio Teixeira.

Aos meus colegas de mestrado, que, de uma forma ou de outra, contribuíram para esta conquista, em especial os colegas Diogo Zapparoli Manenti e Tiago Zardin Patias que, em vários momentos, me apoiaram e me incentivaram.

Finalmente, agradeço a Deus, em nome de Jesus Cristo Nosso Senhor, por ter me iluminado e porque, através Dele, consegui angariar forças para enfrentar muitos momentos árduos, mas que se tornaram uma vontade enorme de vencer.

“Uma empresa de serviços só pode ser tão boa quanto o seu pessoal. Um serviço é um desempenho e normalmente é difícil separar o desempenho das pessoas.”

Leonard Berry

## RESUMO

Este trabalho teve por finalidade analisar a importância e a qualidade percebida (desempenho) de determinados atributos, em serviços de atendimento secundário em saúde, sob a ótica de seus pacientes, visando gerar subsídios para aprovação e elaboração do planejamento estratégico e de orçamentos (investimentos) de seus serviços. O estudo foi realizado no Ambulatório Central (Amce) da Universidade de Caxias do Sul (UCS), que tem sido um ponto de apoio à população caxiense e da região na prestação de serviços nas áreas da saúde, incluindo medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, nutrição e serviço social. Foi realizada uma pesquisa quantitativa com a utilização de questionários distribuídos aos pacientes em três fases do serviço do Amce (fase “A” - recepção e atendimento clínico, fase “B” – realização do exame e fase “C” – resultado do exame e revisão da consulta). As principais variáveis investigadas incluem: a facilidade de acesso ao Amce, recepção e sala de espera, estrutura física e funcional, atendimento pelo profissional da saúde, confiança na própria recuperação, aceitação de atendimento por profissional da saúde junto com alunos, tempo de espera para ser atendido e propensão para indicar o Amce a outras pessoas. Os dados foram analisados por intermédio de uma matriz importância *versus* desempenho, sendo que todos os construtos permaneceram no quadrante superior direito (quadrante B), para o qual é sugerido que se mantenha o bom serviço. Foram realizadas análises estatísticas adicionais, as quais mostraram que as principais variáveis em estudo apresentaram diferenças significativas entre suas médias. Com análise dos resultados foi possível detectar que há um espaço para a realização de melhorias nos serviços prestados no desempenho dos serviços ambulatoriais.

**Palavras-chave:** Serviço em saúde. Qualidade em serviço. Importância *versus* Desempenho. Serviços em Ambulatório.

## ABSTRACT

The aim of this work was to measure the importance and the quality of some specific topics (performance) offered by a secondary health care Out-patient Clinic as perceived by the patients. It had the purpose of generating data that can help to develop strategic planning to manage the clinical services. This study was carried out at the Central Out-patient Clinic (Amce) of the University of Caxias do Sul (UCS). The Amce has been playing an important role in providing health care (medicine, nursing, psychology, physiotherapy, nutrition and social service) to the population of Caxias do Sul and neighborhood areas. To implement this study a quantitative research was performed, giving a questionnaire to a sample of patients of Amce (Phase “A” – reception and clinical assistance, phase “B”- carrying out of complementary exams and phase “C” – exams results and clinical follow up). The key variables of the study included: accessibility to the Amce, reception and waiting room, building conditions, behavior of the healthcare professional, confidence on the self-recovery, acceptance to be treated by a healthcare professional and students together, quickness to handle patient’s demands, and readiness to indicate Amce services to other people. The data was analyzed by using a matrix method correlating importance versus performance. Additional statistical analyses were carried out, which indicated significant differences between means of the main research variables. With this study it was possible to verify that the importance and performance had relevant results. Therefore, the Amce may have room to improve the rendering of health care services.

**Keywords:** Health care service. Customer service. Importance versus performance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo genérico de qualidade de serviços de Grönroos .....	33
Figura 2: Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul .....	37
Figura 3: Fluxo dos serviços de saúde.....	38
Figura 4: Matriz adaptada de Martilla e James.....	43
Figura 5: Matriz importância e desempenho na fase “A” .....	60
Figura 6: Matriz importância e desempenho na fase “B” .....	70
Figura 7: Matriz importância e desempenho na fase “C” .....	79
Figura 8: Quanto confiante você está na sua recuperação.....	85
Figura 9: Ser atendido junto com alunos .....	87

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fator 1: Atendimento do profissional de saúde .....	53
Tabela 2 – Fator 2: Sala de espera para consulta.....	53
Tabela 3 – Fator 3: Acesso ao Ambulatório Central .....	53
Tabela 4 – Fator 4: Recepção .....	53
Tabela 5 – Distribuição da amostra por gênero .....	54
Tabela 6 – Distribuição da amostra por estado civil .....	55
Tabela 7 – Distribuição da amostra por faixa etária.....	55
Tabela 8 – Distribuição da amostra por grau de instrução .....	55
Tabela 9 – Distribuição da amostra por cidade de origem .....	55
Tabela 10 – Distribuição da amostra por número de consultas.....	56
Tabela 11 – QAD27: Quanto confiante você está na sua recuperação .....	56
Tabela 12 – QAD28: O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos	57
Tabela 13 – QAD29: O que você acha do tempo total que você ficou no ambulatório .....	57
Tabela 14 – QAD30: Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa.....	57
Tabela 15 – Índice de correlação da fase “A” .....	59
Tabela 16 – Estatística descritiva para os quatro fatores da fase “A”.....	60
Tabela 17 – Testes de médias para os quatro fatores da fase “A” .....	61
Tabela 18 – Fator 1: Realização do exame pelo profissional de saúde .....	63
Tabela 19 – Fator 2: Recepção e sala de espera .....	63
Tabela 20 – Distribuição da amostra por gênero .....	64
Tabela 21 – Distribuição da amostra por estado civil .....	64
Tabela 22 – Distribuição da amostra por faixa etária.....	65
Tabela 23 – Distribuição da amostra por grau de instrução .....	65

Tabela 24 – Distribuição da amostra por cidade de origem .....	65
Tabela 25 – Distribuição da amostra por número de consultas.....	65
Tabela 26 – QBD16: Quanto confiante você está na sua recuperação .....	66
Tabela 27 – QBD17: O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos	66
Tabela 28 – QBD18: O que você acha do tempo total que você ficou dentro do ambulatório.....	67
Tabela 29 – QBD19: Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa .....	67
Tabela 30 – Índice de correlação da fase “B” .....	69
Tabela 31 – Estatística descritiva para os fatores .....	70
Tabela 32 – Testes de médias para os dois fatores da fase “B”.....	71
Tabela 33 – Fator 1: Atendimento pelo profissional de saúde, na consulta de revisão para mostra e/ou dar resultado do exame .....	72
Tabela 34 – Fator 2: Recepção e sala de espera .....	72
Tabela 35 – Distribuição da amostra por gênero .....	73
Tabela 36 – Distribuição da amostra por estado civil .....	73
Tabela 37 – Distribuição da amostra por faixa etária.....	73
Tabela 38 – Distribuição da amostra por grau de instrução .....	74
Tabela 39 – Distribuição da amostra por cidade de origem .....	74
Tabela 40 – Distribuição da amostra por número de consultas.....	74
Tabela 41 – QCD11: Ter feito consulta, exame e revisão (as três coisas) no Ambulatório Central .....	75
Tabela 42 – QCD12: Quanto confiante você está na sua recuperação.....	75
Tabela 43 – QCD13: O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos	75
Tabela 44 – QCD14: O que você acha do espaço de tempo entre o dia da realização do exame e o dia da revisão para mostrar o exame para o médico.....	76
Tabela 45 – QCD15: O que você acha do tempo total que você ficou dentro do Ambulatório Central hoje .....	76
Tabela 46 – QCD16: Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa .....	76

	12
Tabela 47 – Índice de correlação da fase “C” .....	78
Tabela 48 – Estatística descritiva .....	79
Tabela 49 – Testes de médias para os dois fatores da fase “C” .....	80
Tabela 50 – Estatística descritiva - Fator 1 <i>Importância</i> : presença do profissional de saúde nas fases “A”, “B” e “C” .....	81
Tabela 51 – Análise de variância Fator 1, entre as três fases <i>importância</i> : presença do profissional de saúde .....	81
Tabela 52 – Estatística descritiva - Fator 1 <i>Desempenho</i> : presença do profissional de Saúde .....	81
Tabela 53 – Análise de variância Fator 1, entre as três fases - <i>desempenho</i> : presença do profissional de saúde .....	82
Tabela 54 – Estatística descritiva - Fator 2 <i>Importância</i> : recepção e sala de espera .....	82
Tabela 55 – Análise de variância (importância) comparação entre as fases .....	82
Tabela 56 – Estatística descritiva - Fatores <i>recepção e sala de espera</i> (desempenho) nas fases “A”, “B” e “C” .....	83
Tabela 57 – Análise de variância.....	83
Tabela 58 – Quanto confiante você está na sua recuperação – comparação dentro das fases .....	84
Tabela 59 – Quanto confiante você está na sua recuperação – comparação entre as fases.	84
Tabela 60 – O que você acha de ser atendido por profissional de saúde junto com alunos comparação dentro das fases .....	86
Tabela 61 – O que você acha de ser atendido por profissional de saúde junto com alunos comparação nas fases.....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	Fase “A”
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Amai	Atendimento Multidisciplinar ao Idoso
Amce	Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
B	Fase “B”
C	Fase “C”
CES	Centro Especializado em Saúde
D	Desempenho
F	Fator
Gehos	Programa de gerenciamento hospitalar
Giat	Grupo Interdisciplinar Antitabagismo
HG	Hospital Geral
HIV	Vírus Humano da Imunodeficiência
I	Importância
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MRP	Relação Médico/Paciente
Pnass	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
Q	Questão
QP	Qualidade Percebida
Saca	Serviço de Avaliação, Controle e Auditoria
SESI	Serviço Social da Indústria

SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
1.1 CARACTERIZAÇÃO E HISTÓRICO DO AMBULATÓRIO CENTRAL DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL.....	18
1.1.1 Histórico .....	18
1.1.2 Estrutura .....	19
1.1.3 Serviços realizados pelo Ambulatório Central .....	20
1.2 TEMA.....	22
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO .....	22
1.4 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA .....	24
1.5 OBJETIVOS DA PESQUISA .....	25
1.5.1 Objetivo geral .....	25
1.5.2 Objetivos específicos.....	26
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
2.1 DEFINIÇÕES DE SERVIÇOS .....	27
2.1.1 Avaliação dos serviços .....	29
2.2 QUALIDADE DOS SERVIÇOS .....	30
2.2.1 A classificação da qualidade nos serviços .....	31
2.3 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS AMBULATÓRIOS.....	35
2.3.1 Avaliação de serviços de saúde .....	38
2.3.2 Estrutura da qualidade nos serviços de saúde.....	39
2.3.3 O grau de satisfação e o perfil dos usuários dos serviços de saúde.....	40
<b>3 METODOLOGIA DE PESQUISA .....</b>	<b>42</b>
3.1 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS.....	44
3.1.1 Operacionalização das variáveis.....	45
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	45
3.2.1 População .....	45
3.2.2 Amostra .....	46
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA .....	47
3.4 FONTE DE DADOS .....	49
3.5 PROCESSAMENTO UTILIZADO PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	50
<b>4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>51</b>

4.1 ANÁLISE DOS DADOS POR FASE.....	52
4.1.1 Fase A: Recepção e atendimento clínico.....	52
4.1.1.1 Fatores e confiabilidade.....	52
4.1.1.2 Estatística descritiva.....	54
4.1.2 Fase B: Exame.....	62
4.1.2.1 Fatores e confiabilidade.....	63
4.1.2.2 Estatística descritiva.....	64
4.1.3 Fase C: Resultado do exame e revisão.....	71
4.1.3.1 Fatores e confiabilidade.....	72
4.1.3.2 Estatística descritiva.....	73
4.2 COMPARAÇÃO ENTRE AS FASES “A”, “B” e “C”.....	80
4.2.1 Médias de fatores relacionados ao atendimento do profissional de saúde.....	81
4.2.2 Médias de fatores relacionados à sala de espera e/ou recepção.....	82
4.2.3 Médias de questões individuais.....	84
4.2.3.1 Confiança na recuperação.....	84
4.2.3.2 Atendimento médico em conjunto com alunos.....	85
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
5.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	90
5.2 DESENVOLVIMENTO DE FUTURAS PESQUISAS.....	90
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO E.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO F.....</b>	<b>106</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde é suportado pelo governo por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) em hospitais públicos, centros de saúde e em unidades do setor privado, que mantêm acordos contratuais com tal sistema, os quais são ressarcidos pelos atendimentos.

Os atendimentos em saúde suportados pelo SUS são complementados por planos de saúde ou pelos próprios indivíduos. A diferença no atendimento à saúde, entre o SUS, as companhias de planos e seguros de saúde e os próprios indivíduos, é muito significativa e se reflete nas condições de conforto dos pacientes e de suas famílias (PIFFER; SILVA, 2007).

Segundo Milan e Trez (2005, p. 2), “[...] a satisfação de clientes é um tema amplamente trabalhado tanto em pesquisas como em publicações acadêmicas aplicadas. Trata-se, portanto, de uma área de pesquisa em evidência permanente.”

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação corrente. Atualmente, verifica-se uma retomada no tema. Com isso, relatos demonstram que, a partir do século XX, avaliam-se serviços de modo mais ou menos sistemático (FRANCO; CAMPOS, 2007).

Recentemente, ou mais precisamente em 2006, no Brasil têm surgido iniciativas tanto governamental como da sociedade, exigindo maiores responsabilidades dos prestadores de serviços, com o intuito de proteger os consumidores. O número crescente de leis, normas e regulamentações evidenciam esse fato, de acordo com Franco e Campos (2007) e decorre, daí, um outro objetivo da avaliação, ou seja, reconhecer os direitos de cidadania dos consumidores dos serviços de saúde.

A qualidade dos serviços prestados, dentro de um estabelecimento de saúde, é deixada em segundo plano; canalizam-se esforços para atender às demandas mais urgentes, imediatas e de curto prazo, devido à falta de recursos para o atendimento clínico ao paciente (URDAN, 2001).

Segundo Urdan (2001), no Brasil os médicos enfrentam dificuldades que consistem na difícil realidade e deterioração do sistema público de saúde; na elevada dependência de organizações privadas do setor – como as de medicina de grupo e seguros –; em pacientes

com níveis crescentes de exigências e no incremento da concorrência entre os profissionais da área da saúde.

Nesse panorama, destaca-se a qualidade do serviço, uma vez que o paciente, apesar de certas dificuldades, não deixa de avaliá-la quando se trata de cuidados relacionados à saúde.

Diante do exposto, são apresentadas, na seqüência, as principais características de um ambulatório de saúde e sua evolução histórica, localizado na Universidade de Caxias do Sul, denominado Ambulatório Central.

## 1.1 CARACTERIZAÇÃO E HISTÓRICO DO AMBULATÓRIO CENTRAL DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Esta seção tem por finalidade descrever a caracterização, o histórico e a estrutura do Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, bem como os principais serviços nele realizados.

### 1.1.1 Histórico

O Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul (Amce) iniciou suas atividades em 1982, no Serviço Social da Indústria (SESI), localizado na Rua Pinheiro Machado e, em março de 1997, foi transferido para a Cidade Universitária de Caxias do Sul.

O Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, a partir de maio de 1998, por intermédio de um convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde do município, passou a fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Amce tem sido importante ponto de apoio para a população nas áreas da saúde, prestando atendimento nas áreas de medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia e serviço social, todos em um único estabelecimento, além de atuar com projetos e programas de extensão voltados especialmente aos usuários do SUS.

Além de participar dos programas sanitários e de assistência, o Amce tem por finalidade principal oferecer prática e aprendizado aos alunos na área da saúde, em nível de graduação e pós-graduação, pois todo o atendimento é realizado pelos alunos dos referidos cursos, com a supervisão direta dos professores responsáveis.

### 1.1.2 Estrutura

O Amce realiza em média 7.000 atendimentos mensais e possui uma estrutura formada por uma área de 2.370,14 m<sup>2</sup> composta por 62 salas de atendimento para diferentes especialidades, um bloco cirúrgico com cinco salas para procedimentos ambulatoriais e uma sala de observação, uma unidade de diagnose e terapia, composta por uma sala de exames cardiopulmonares, uma sala para a realização de ecografias, uma sala de endoscopia, uma sala de audiometria e uma sala de observação.

A estrutura do Amce conta também com uma área de recepção informatizada, salas de espera por tipo de serviço e salas de ensino com material didático-pedagógico, com retro projetor, projetor de *slides*, projetor multimídia, televisor e videocassete.

A equipe técnico-administrativa do Amce presta atendimento visando ao aspecto docente assistencial, sendo composta por 136 profissionais das áreas da saúde (medicina, enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia e nutrição), 475 alunos, 47 residentes, 23 funcionários (setores administrativo e de enfermagem) e três coordenadores com as seguintes responsabilidades:

- a) coordenação técnico-médica: responde pelos profissionais – professores e médicos residentes –, sendo responsável também pelas questões relacionadas à assistência médica;
- b) coordenação de enfermagem: responde pelos profissionais – enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem – e pela assistência de enfermagem. Presta apoio à área médica e organiza o espaço físico, os materiais e os equipamentos em uso;

- c) coordenação administrativa: responde pela recepção, secretaria e pelos serviços terceirizados, tais como: higienização, lavanderia, segurança, coleta de resíduos, esterilização de materiais e sistema de informação.

A recepção do Amce realiza o agendamento de consultas, exames e cirurgias; organiza as agendas de atendimento; informa; orienta e encaminha os pacientes. Na secretaria, concentram-se as atividades burocráticas e administrativas, inclusive atendimento aos alunos, professores e profissionais das diferentes áreas acadêmicas. Na secretaria do colegiado do curso de medicina, concentram-se as atividades burocráticas e pedagógicas relacionadas ao curso.

### 1.1.3 Serviços realizados pelo Ambulatório Central

Na seqüência, são descritos os principais serviços realizados pelo Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul:

- a) consultas médicas especializadas: cardiologia, oncologia, endocrinologia, ortopedia, gastroenterologia, hematologia, otorrinolaringologia, dermatologia, oftalmologia, reumatologia, urologia, proctologia, nefrologia, cirurgia geral, pneumologia, mastologia, neurologia, geriatria, angiologia, patologia cervical, cirurgia cardiovascular, cirurgia torácica, cirurgia urológica, infectologia e fisioterapia pediátrica;
- b) consultas básicas: clínica geral, ginecologia e obstetrícia, pequenas cirurgias e pediatria;
- c) serviço de enfermagem: consultas em pré-natal de baixo risco; consultas no pós-operatório de ginecologia e mastologia; consultas a pacientes de pós-operatório de cirurgia ginecológica e de mama, provenientes do Hospital Geral; assistência preventiva à mulher; planejamento familiar; programa de saúde mental e pronto-atendimento em curativos; verificação de pressão arterial; retirada de pontos; inalação e aplicações de vacinas e cateterismo vesical;
- d) serviços de psicologia: atividades interdisciplinares; grupos de apoio e prevenção a pacientes obesos, hipertensos e diabéticos; grupo com gestantes pensando a

- gravidez; triagem de consultas psicológicas; grupos de sala de espera com pacientes e plantão psicológico;
- e) atendimentos do serviço social: consultas;
  - f) diagnose em oftalmo: acuidade visual, fundoscopia, mapeamento de retina, biomicroscopia, histeroscopia e procedimentos de oftalmo em ceratometria e retirada de corpo estranho; proctologia em ligadura elástica; otorrinolaringologia: rinolaringoscopia e fonoaudiologia;
  - g) serviço de ginecologia/obstetrícia: prevenção de câncer ginecológico, mama e colo de útero, climatério e planejamento familiar;
  - h) serviço de diagnose e terapia: eletrocardiograma, espirometria simples, espirometria com broncodilatação, espirometria com broncoprovocação, difusão gasosa com monóxido de carbono, ecografia, endoscopia digestiva alta, histeroscopia – biopsia do endométrio, estadiamento de neoplasia – e diagnose auditiva (audiometria e imitanciometria);
  - i) bloco cirúrgico: cirurgias ambulatoriais e centro de esterilização de materiais;
  - j) programas multidisciplinares: atendimento a mulheres com câncer de mama e no puerpério; Grupo Interdisciplinar Antitabagismo (Giat), com atendimento aos fumantes; grupo de apoio para adultos; acompanhamento a pacientes com lesões precursoras e/ou malignas do trato genital inferior; programa de orientação aos pais e atendimento de bebês de risco; programa neuro-ortopédico; grupo de apoio e prevenção a pacientes obesos; atendimento e acompanhamento a pacientes portadores de HIV/Aids e infectologia; grupo de orientação a gestantes e grupo de apoio a mulheres no climatério;
  - k) atendimento multidisciplinar ao idoso (Amai): grupo de atendimento a pacientes com danos crônicos (hipertensos, diabéticos e obesos);
  - l) programa de palestras: saúde mental; grupo antitabagismo e planejamento familiar.

Na seção seguinte, são descritas a motivação e a relevância que justificam a escolha do presente tema para o desenvolvimento do estudo, que foi efetivado no Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul.

## 1.2 TEMA

Os serviços prestados aos clientes devem ser visualizados de forma estratégica pelas empresas, sejam da área de saúde, sejam de outras áreas.

Muitas empresas prestadoras de serviços não fazem um esforço sério para entender, atender e exceder as necessidades de seus clientes, e usar estas informações embora tenham surgido para isto. Também este é um desafio: conhecer o pensamento e a voz dos clientes e incorporá-los aos serviços (MEZOMO, 2002, p. 132).

Segundo Hoffman e Bateson (2003, p. 5), “[...] a diferença principal entre bens e serviços é a propriedade das intangibilidades”. Definir precisamente o real significado de *serviços* vem sendo uma difícil tarefa para os pesquisadores que atuam na área da qualidade.

Atualmente, o cliente tem poder de influência na prestação dos serviços, pelo simples fato de que ele toma parte do próprio processo; isso faz com que possa influenciar na percepção de qualidade do serviço, afetando também a percepção do tempo para o atendimento. Por isso, cada vez mais os serviços ganham velocidade no atendimento, através de uma conexão interativa com o cliente, falando com ele e orientando-o diretamente no processo de atendimento. Na área da saúde, a gestão com o paciente deve merecer cuidado de forma relevante, pois a participação direta deste em determinados processos de tratamento é fundamental (SANTOS et al., 2008).

Conforme o que foi exposto, o tema escolhido para o desenvolvimento do presente estudo concentra-se na qualidade dos serviços de saúde, prestados aos clientes (pacientes), em um ambulatório de atendimento secundário em saúde, situado em Caxias do Sul.

## 1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O desenvolvimento deste trabalho tem por finalidade realizar um levantamento de dados e informações, que apóiem o Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, em seu processo decisório, no que diz respeito ao desenvolvimento de seus serviços aos pacientes e na avaliação da necessidade de manter serviços já existentes, incrementando aqueles percebidos como importantes pelos pacientes.

Sendo assim, o estudo pretende propiciar subsídios à argumentação da aprovação e à elaboração do planejamento estratégico e de orçamentos para os serviços, como uma ferramenta de diagnóstico pertinente ao tema de serviços ao cliente, abrangendo aqueles prestados por um ambulatório de assistência secundária em saúde pública, situado no Município de Caxias do Sul, na Cidade Universitária, denominado Ambulatório Central.

Devido ao serviço estar vinculado a uma Universidade, mais precisamente aos cursos da área da saúde, proporcionando uma interação entre o ensino, pesquisa e a assistência, o estudo vai gerar dados para a melhoria da aprendizagem e do desenvolvimento do conhecimento na interação entre os profissionais da saúde e os pacientes.

Nos dias atuais, as empresas em saúde, mais precisamente as prestadoras de serviços conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), estão sendo avaliadas, principalmente, pelas Secretarias Municipais da Saúde, respeitando as exigências e os critérios do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) 2004/2005.

Tal programa tem por finalidade atender às diretrizes do SUS, relacionadas aos termos de conformidade dos serviços a ele vinculados. Há uma importância significativa em se avaliarem os serviços públicos de saúde, quanto aos itens de importância e de desempenho, pois os serviços oferecidos pela rede pública têm baixa expectativa sobre o que pode ser oferecido; por outro lado, sua satisfação/desempenho é importante para a adesão do público-alvo (pacientes) ao tratamento (MENDES, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde (2008), o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) realiza anualmente a pesquisa de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que os itens a serem verificados são os descritos na seqüência:

- a) agilidade no agendamento da consulta;
- b) agilidade no atendimento;
- c) acolhimento;
- d) confiança;
- e) ambiência: conforto, limpeza, sinalização e ruído;
- f) roupas;
- g) alimentação.

Os itens citados são decompostos em uma seqüência de perguntas, que estão divididas em primárias e secundárias, com o objetivo de propiciar um melhor entendimento dos usuários. Entretanto, somente são utilizadas as perguntas que traduzem a satisfação dos usuários para o cálculo estatístico da pesquisa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Cabe destacar que, nos dias atuais, os serviços prestados pelas empresas da área da saúde são alvos vulneráveis pelas críticas, devido ao nível de exigência ter evoluído ao longo dos tempos, principalmente no final da década de 80 e em toda a década de 90, acelerados pela competitividade entre tais empresas.

Por sua vez, a necessidade dos consumidores tem um significado particular na formação de objetivos de todas as operações. Logo, pode-se embasar, para relatar a relevância de fazer a medição do índice de importância *versus* desempenho, com o ponto de vista de pacientes do Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul.

#### 1.4 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Relacionado ao tema “serviços ao cliente”, este trabalho propõe-se a responder ao seguinte questionamento: Qual o índice de importância *versus* desempenho dos serviços prestados ao cliente em um ambulatório de assistência secundária em saúde, localizado em Caxias do Sul?

Conforme Barcellos (2002), a competitividade, resultante do tratamento dispensado pelos competidores à qualidade definida pelos clientes, tem sido considerada um dos instrumentos atuais para superar a concorrência global e, conseqüentemente, manter-se no mercado. O conhecimento da força e da magnitude dos relacionamentos da empresa com seus clientes são fundamentais à gestão e às decisões de investimentos.

Por definição, é sabido que sempre há uma diferença entre como a empresa quer ser percebida pelos serviços prestados aos seus clientes; qual a real importância e como eles são realmente percebidos quanto à sua qualidade. O atendimento, no caso dos serviços ao cliente, é um tema importante para o sucesso e a sobrevivência das empresas.

Segundo Grönroos (2004), a qualidade do atendimento ao cliente e a prestação de serviços têm que ser atendidas e, principalmente, percebidas sob pena de perda de relacionamentos atuais e futuros.

A qualidade no setor de serviços é um diferencial competitivo e, com esse item, pode-se mensurar o poder de reação das empresas, que realmente estão próximas aos seus clientes, e o que eles desejam e esperam de seus serviços atuais e futuros.

Os clientes percebem serviços em termos de qualidade dos serviços e de quão satisfeitos eles estejam ao conjunto total de suas experiências de serviços. Tais parâmetros de orientação para o cliente – qualidade e satisfação – têm atraído a concentração de toda a sorte de executivos e pesquisadores durante a última década ou mais. Hoje em dia, as empresas reconhecem que podem competir de modo mais eficaz distinguindo-se pela qualidade dos serviços e pela maior satisfação de seus clientes. (ZEITHAML; BITNER, 2003, p. 87).

O paciente típico não poderia, por exemplo, apontar falhas em um esquema de medicação. Mas, na qualidade funcional de serviços de saúde, o paciente pode, certamente, avaliar o que lhe é oferecido, com efeito, embora muitas fontes devam ser utilizadas (URDAN, 2001).

Procurar saber a percepção do serviço, quanto à qualidade e sua importância *versus* desempenho, pela ótica do cliente, pode ser um momento de contemplar o diagnóstico para o planejamento estratégico da unidade em estudo, satisfazendo a parte mais importante no processo de elaboração, manutenção ou aprimoramento de um serviço.

## 1.5 OBJETIVOS DA PESQUISA

### 1.5.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste trabalho é medir a importância e a qualidade percebida (desempenho) de determinados atributos, em serviços ambulatoriais no Ambulatório Central (Amce) da Universidade de Caxias do Sul (UCS), para gerar subsídios à aprovação e à elaboração do planejamento estratégico e de orçamentos (investimentos) para seus serviços.

### 1.5.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste trabalho estão relacionados a seguir:

- a) identificar as variáveis (atributos) relacionadas à prestação de serviços ambulatoriais;
- b) medir o grau de qualidade percebida (desempenho) nessas variáveis, por pacientes atendidos no Ambulatório Central da UCS;
- c) avaliar o grau de importância dessas variáveis por pacientes atendidos no Ambulatório Central da UCS;
- d) posicionar o grau de importância e qualidade percebida (desempenho) numa matriz importância-desempenho nas fases A, B e C, como foi proposta por Martilla e James (1977), modificada em uma escala composta por cinco pontos;
- e) comparar os construtos (fatores) obtidos em fases diferentes: A, B e C;
- f) realizar correlações entre questões isoladas e os substratos obtidos (idade, estado civil, sexo, cidade, bairro, grau de instrução, número de atendimentos no Amce, entre outros).

No próximo capítulo, é demonstrado o referencial teórico utilizado para a fundamentação bibliográfica do presente estudo, buscando mostrar os principais conceitos que serão utilizados ao longo do estudo.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, abordar-se-á a essência da literatura referente aos tópicos: (i) as definições de serviços e sua avaliação; (ii) a qualidade dos serviços e sua classificação; (iii) os serviços de saúde envolvendo sua avaliação, a estrutura da qualidade, o grau de satisfação e o perfil dos pacientes dos serviços de saúde e (v) ambulatório de saúde com seus conceitos e principais características. Desse modo, partindo do geral para o específico, ter-se-á a base teórica para a análise empírica do tema.

### 2.1 DEFINIÇÕES DE SERVIÇOS

Para Semenik e Bamossy (1995), os serviços constituem as atividades, os benefícios ou as satisfações colocados à venda, em que não existe nenhuma troca de bens tangíveis que envolva uma transferência de propriedade.

Conforme Kotler (2000, p. 448), o serviço “[...] é qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. A execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto.”

De acordo com Grönroos (2004), o serviço é uma série de atividades ou processos, que, além de tudo, são produzidos e consumidos simultaneamente e, por isso, o controle da qualidade e o *marketing* têm que ter lugar, portanto, no momento e no lugar da produção e do consumo do serviço simultaneamente.

Segundo Kotler e Armstrong (2003, p. 224), “Uma empresa deve projetar seus produtos e serviços de apoio para satisfazer as necessidades dos consumidores-alvos.” Assim, como passos importantes, na decisão de quais serviços deverão ser implantados, melhorados ou até mesmo extintos, deve-se ouvir os consumidores-alvo, saber o que valorizam e a importância relativa de cada um dos serviços oferecidos a eles.

O serviço é denominado pelos autores, não como um produto final, mas como um processo que é entregue e consumido no momento de seu oferecimento ao cliente; é parte

importante do processo total o contato do cliente com a empresa prestadora. Mesmo que a empresa não seja prestadora de serviços junto com o produto final, sempre existe alguma forma de serviço prestado ou a ser prestado posteriormente. E tem importância na percepção da qualidade institucional da organização, que está de alguma forma tendo contato com aquele cliente.

De acordo com o serviço que se está adquirindo, o cliente poderá receber diversas denominações, entre as quais: consumidor, freguês, usuário, hóspede, paciente, requisitante, entre outros.

O valor que os consumidores conferem aos diferentes serviços prestados é variável. Alguns enfatizam os serviços de crédito, de financiamento, as entregas rápidas e confiáveis ou as instalações rápidas. Outros dão maior importância às informações, aos conselhos técnicos, ao treinamento para a utilização desses serviços e os reparos do pós-venda.

De forma a auxiliar na compreensão das definições de serviços, diversos autores têm identificado algumas características pertinentes aos serviços. Nesse contexto, Zeithaml e Bitner (2003) destacam as quatro principais características dos serviços:

- a) perecibilidade: os serviços são perecíveis; se não forem utilizados quando oferecidos, não podem ser estocados;
- b) simultaneidade: os serviços são consumidos quase que simultaneamente ao momento em que são produzidos, tornando difícil ou quase impossível detectar e corrigir as falhas, antes que elas ocorram e afetem o cliente;
- c) intangibilidade: os serviços representam um produto não físico, ou seja, não podem ser transportados e/ou armazenados;
- d) heterogeneidade: a grande variedade de serviços existentes e o forte relacionamento com o fator humano dificultam a atividade de padronização e estimação de preços.

Os serviços prestados ao cliente são experimentados de forma separada do produto, mas, ao mesmo tempo, tais serviços são consumidos na hora, o que propicia uma forma de competitividade agregada ao produto, que antecede sua criação, a formulação de estratégias funcionais das empresas, podendo assim determinar sua importância (GRÖNROOS, 2004).

Segundo Hoffman e Bateson (2003, p. 357), “[...] para a maioria dos especialistas, a satisfação do cliente é uma medida de curto prazo específica da transação, ao passo que a qualidade do serviço decorre da avaliação geral de longo prazo e desempenho.”

Sendo assim, o serviço pode ter várias definições, mas, segundo esses autores, o serviço é prestado e consumido simultaneamente; assim, é muito rápido o momento de avaliação e de percepção do mesmo por parte do seu consumidor (cliente). É importante que esse momento tenha alto desempenho, pois esse momento de consumo do serviço (hora da verdade) não tem condições de parar a linha de produção para refazê-lo, com a intenção de buscar a melhoria de sua qualidade final.

### 2.1.1 Avaliação dos serviços

Nos parágrafos a seguir, são descritas as citações de alguns autores sobre a avaliação dos serviços. Relatando assim, a necessidade e a importância da avaliação de serviços em saúde.

Quanto aos serviços agregados ao produto, segundo Kotler (2000, p. 448), “[...] aqui a oferta consiste em um bem tangível acompanhado de um ou mais serviços para enriquecer o apelo do consumo.”

E, ainda conforme o mesmo autor, “Serviços podem ser julgados pela importância ao cliente e desempenho da empresa. A análise importância-desempenho é utilizada para avaliação dos diversos elementos do pacote de serviços e identificação das mudanças necessárias” (KOTLER, 2000, p. 461).

Os objetivos da pesquisa sobre percepções de clientes são identificar as características que são cruciais para sua aceitação pelo cliente e isolar as características que podem formar a base de uma diferenciação bem sucedida de seu serviço em relação a outros existentes no mercado (ALBRECHT, 1998, p. 170).

Os serviços podem ser devidamente classificados, conforme sua importância ao consumidor e à empresa, podendo assim a organização rever os aspectos importantes dos seus serviços, como um todo, principalmente sob o ponto de vista dos consumidores, buscando a avaliação das variáveis dos serviços (atributos) de uma empresa (GRÖNROOS, 2004).

Conforme Grönroos (2004, p. 65), “Um serviço geralmente é percebido de forma subjetiva, quando são descritos pelos clientes; expressões como experiência, confiança, tato e segurança são utilizados.”

A avaliação dos serviços é tão importante quanto à avaliação dos produtos tangíveis de uma empresa, porém mais complexa, pois a prestação de serviços é de alguma forma considerada como intangível, necessitando assim de pesquisas científicas para sua avaliação. Assim, pode ser considerado *tangibilizado* o valor dado a esse serviço por parte do cliente.

## 2.2 QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Segundo Garvin (1992), na análise final de mercado, a qualidade de um produto ou dos serviços depende de até que ponto ele se ajusta aos padrões de preferência do cliente; com isso, a qualidade é palavra sinônima de excelência inata e não só absoluta como também universalmente reconhecível.

Para Deming (1990, p. 130), “[...] alguém pode imaginar que a pessoa que paga a conta é o cliente e deve ficar satisfeito: ou homem ou a empresa que utiliza o produto é que deve ficar satisfeito.”

Conforme Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) são identificadas as cinco primeiras dimensões que os clientes utilizam para julgar a qualidade dos serviços:

- a) confiabilidade: capacidade de prestar o serviço com confiança e exatidão;
- b) responsabilidade: é a disposição para auxiliar os clientes e fornecer o serviço prontamente;
- c) segurança: é o conhecimento e a cortesia dos funcionários, bem como sua capacidade de transmitir confiança e confiabilidade;
- d) empatia: demonstrar interesse e atenção personalizada aos clientes;
- e) tangibilidade: aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais para comunicação.

Ainda, conforme Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), para identificar as medidas possíveis da qualidade em serviços, é necessário ter uma visão abrangente do sistema de serviços sob os seguintes aspectos:

- a) conteúdo: procedimentos padrão;
- b) processo: seqüência lógica dos eventos do processo do serviço;
- c) estrutura: instalações físicas e o projeto organizacional;
- d) resultado: avaliação da qualidade dos serviços realizados;
- e) impacto: efeito do serviço a longo prazo sobre o cliente.

A complexidade da avaliação da qualidade do serviço pelo cliente passa pelo verdadeiro conceito de qualidade de serviços prestados por uma organização e sua percepção sobre o mesmo. E, ainda assim, é muito complexa essa avaliação, que dependerá do desempenho desse serviço *versus* a percepção do mesmo desempenho, por parte do cliente, comparando-o com seus padrões para sua avaliação.

### 2.2.1 A classificação da qualidade nos serviços

A classificação dos produtos e serviços de uma empresa pode ser visualizada, sob o ponto de vista dos clientes, de forma funcional, e da própria empresa, principalmente dos técnicos da empresa, que podem avaliá-los tecnicamente.

Para Slack (1993), os consumidores são árbitros do que é importante. Traduzir as necessidades dos consumidores, em termos que signifiquem algo para a empresa, possibilita a elaboração de objetivos.

As causas que clientes percebem como responsáveis pelo sucesso ou pelo fracasso dos serviços também influenciam as percepções da satisfação. Quando surpreendidos com um resultado (serviços muito melhores ou muito piores que o esperado) os consumidores tendem a procurar pelas razões, podendo suas análises das razões influenciarem sua satisfação (ZEITHAML; BITNER, 2003, p. 89).

Conforme Slack et al. (2002), a perspectiva de requerimentos de serviços ou produtos por parte do mercado recebe duas influências importantes na definição de objetivos: as necessidades e as preferências dos consumidores, e o desempenho e as atividades da

concorrência. Tanto a importância quanto o desempenho devem ser considerados ou visualizados em conjunto, para julgar a prioridade de objetivos dentro de uma empresa.

Para Albrecht (1998, p. 170), “[...] quando se trata de qualidade no mercado, a única coisa que importa é a experiência do cliente. Experiência do cliente, momentos da verdade, qualidade percebida são situações que as empresas devem visualizar estrategicamente.”

Conforme Grönroos (2004, p. 96), “[...] o conceito ‘momentos da verdade’ significa, literalmente, que esta é a hora e o lugar de quando e onde o prestador de serviços tem a oportunidade de demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços.”

De acordo com Churchill Júnior e Peter (2005, p. 299), “[...] para proporcionar serviços de qualidade, a organização precisa adequá-los às necessidades e desejos dos clientes específicos e criar valor.” Criar valor identificando como crucial os “momentos da verdade”, que são muitos nos relacionamentos entre as empresas e os clientes, em diversos pontos do processo funcional dos serviços agregados ao produto. O gerenciamento e o monitoramento desse processo são ferramentas essenciais para a busca efetiva de índices cada vez mais elevados na satisfação dos clientes.

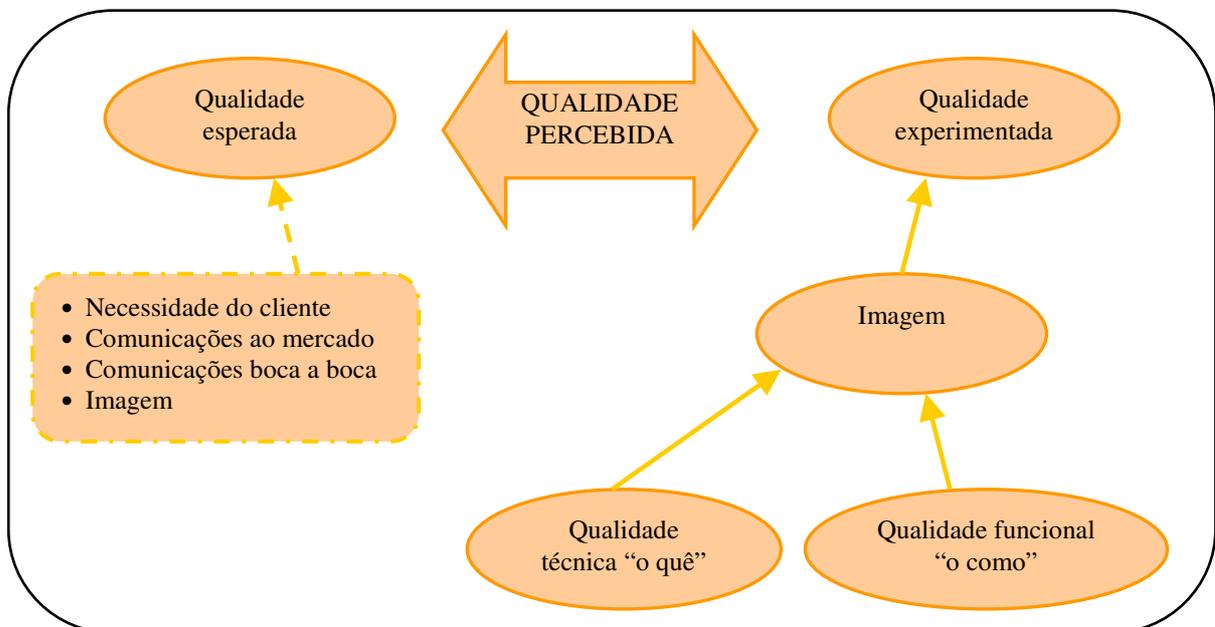
Nas palavras de Albrecht (1999, p. 182), “[...] uma estratégia de serviço é uma fórmula especial para prestação de serviço; essa estratégia está especificamente vinculada a uma premissa bem selecionada de benefício valioso para o cliente, e cria posição competitiva efetiva.”

Segundo Berry (2001), existem dois níveis de qualidade dos serviços que podem gerar confiança no relacionamento com o cliente: nível desejado e esperado. O nível desejado reflete o que o cliente imagina que o serviço *possa ser e deva ser*. O nível esperado ou adequado reflete o serviço mínimo que o cliente passa a aceitar. A diferença entre a qualidade esperada e a qualidade percebida de serviços é pressuposto para uma maior ou menor competitividade no mercado. Quanto menor essa diferença, maior a probabilidade de sucesso das empresas.

Com a globalização da economia e com a maior tecnologia aplicada à fabricação de produtos, pode-se afirmar que a qualidade funcional é importante para as empresas. A qualidade que todas as empresas devem procurar é aquela que terá maior probabilidade de ser percebida pelo cliente.

Uma estratégia de qualidade técnica é bem-sucedida se uma empresa tiver êxito em atingir uma solução técnica que o concorrente não consiga igualar. Hoje, este é um caso cada vez mais raro, existe uma grande quantidade de empresas que pode produzir mais ou menos a mesma qualidade técnica. Mesmo quando uma solução é alcançada pode não ser bem-sucedida, se a excelência na qualidade técnica for contrabalançada ou anulada por interações mal gerenciadas entre comprador e o vendedor, ou seja, por uma qualidade funcional insatisfatória no processo (GRÖNROOS, 2004, p. 89).

Um interessante modelo de Qualidade Percebida (QP) de serviço é o modelo genérico de qualidade de serviços proposto por Grönroos (2004), apresentado na figura 1. Nele, a QP resulta de comparação entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada pelo cliente. A QP é boa quando a qualidade experimentada ultrapassa (ou ao menos alcança) as expectativas do cliente (qualidade esperada).



**Figura 1: Modelo genérico de qualidade de serviços de Grönroos**

Fonte: Grönroos (2004, p. 90).

Como mostra a figura 1, as expectativas dos clientes têm impacto decisivo sobre suas percepções de qualidade; sendo assim, a pesquisa sobre qualidade de serviço salienta a QP baseada no cliente. Tanto para serviços quanto para bens, a QP envolve uma avaliação, subjetivamente realizada pelo cliente, de excelência ou superioridade de uma oferta (GRÖNROOS, 2004).

No modelo desenvolvido por Grönroos (2004), a qualidade de serviços é composta por qualidade técnica e qualidade funcional. O sucesso de uma empresa em desenvolver e prestar serviços depende da percepção do cliente, quando este se depara com o serviço

prestado e compara a qualidade experimentada com a esperada. E, por fim, ele tem seu conceito sobre a qualidade percebida, sobre esse mesmo serviço, agregado ou não ao produto de determinada indústria.

A qualidade técnica é o que o cliente absorve ao terminar sua interação com o prestador de serviços e os processos de produção e entrega. Sendo os serviços processos-experiências (pois atividades de produção e consumo ocorrem simultaneamente), o modo como transcorrem as interações tem impacto sobre a percepção do serviço. Disso surge a qualidade funcional, ou seja, a maneira como a qualidade técnica – o resultado final do processo – é transferida ao cliente. A avaliação funcional inclina-se a ser mais subjetiva que a dimensão técnica. Ademais, há a imagem do prestador de serviços, consistindo em valores a ele conectados pelos clientes – atuais, potenciais, perdidos –, o qual opera como um filtro dos atributos que influenciarão a avaliação da qualidade experimentada (GRÖNROOS, 2004).

Ainda conforme Grönroos (2004, p. 90), “[...] quando consideramos, além de empresas de serviços, o fabricante de bens que fornecem serviços como parte de suas ofertas, pode ser mais apropriado falar-se sobre qualidade total percebida.” Boa qualidade percebida é obtida quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente, ou seja, a qualidade esperada.

Por sua vez, “[...] a qualidade esperada é uma função de um sem número de fatores, a saber: comunicação com o mercado, comunicação boca-a-boca, imagem corporativa/local e necessidades dos clientes” (GRÖNROOS, 2004, p. 91).

Ainda conforme Grönroos (2004, p. 91), “O nível da qualidade total percebida não é determinado pelo nível das dimensões da qualidade técnica e funcional apenas, mas sim pela diferença entre a qualidade esperada e qualidade experimentada.”

As experiências anteriores influenciam na qualidade percebida por um cliente; assim, quando as experiências anteriores dos clientes não tiveram *performance* satisfatória ou apresentaram baixa *performance*, fica um espaço para uma boa avaliação em um serviço desenvolvido com qualidade melhor do que a dos outros serviços experimentados anteriormente pelo mesmo cliente.

### 2.3 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E OS AMBULATÓRIOS

Os serviços de saúde, conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (2008, p. 1) são “[...] estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada.”

De acordo com Lima-Gonçalves et al. (2008, p. 135) a Organização Mundial da Saúde conceitua o ambulatório de saúde como “[...] um centro encarregado de fomentar a saúde e prevenir as enfermidades, servindo de vínculo entre o Hospital, os serviços sanitários locais e a comunidade.”

Essa conceituação insere o ambulatório de saúde como um elemento de alto valor no conjunto de equipamentos médico-assistenciais à disposição de uma comunidade. É possível perceber que um conjunto de ambulatórios de saúde, bem planejado individualmente e harmoniosamente inserido num plano global de assistência, poderá aliviar de modo substancial a sobrecarga que pesa habitualmente sobre os hospitais.

O ambulatório de atenção secundária em saúde vem atendendo às demandas não absorvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo a necessidade de criarem serviços mais completos na solução e resolutividade em saúde. Assim, para uma maior efetividade e resolutividade, essas especialidades tornam os serviços ambulatoriais mais complexos, em relação aos atos médicos; ficam compostas por serviços de equipes multidisciplinares de referências contendo profissionais das diversas áreas da saúde, como médicos, psicólogos, assistentes sociais, técnicos em enfermagem e agentes comunitários.

Os ambulatórios vão aumentando sua complexidade para consultórios de especialistas, para um pequeno procedimento cirúrgico ou, ainda, equipamentos de diagnóstico mais profundo (endoscópios, videoscópios, etc.) para atividades nas quais os pacientes ficam sob tratamento ou sob observação no período diurno, retornando a sua residência durante a noite. (ALBUQUERQUE, 1998, p. 196).

De acordo com o resumo do Ministério da Saúde (2008), em Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 12 de fevereiro de 2004, ficou estabelecida a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo SUS, levando a uma maior resolutividade, satisfação do usuário com o sistema e legitimação da política de saúde na sociedade.

Conforme o Ministério da Saúde (2008), os pressupostos para a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no SUS, são:

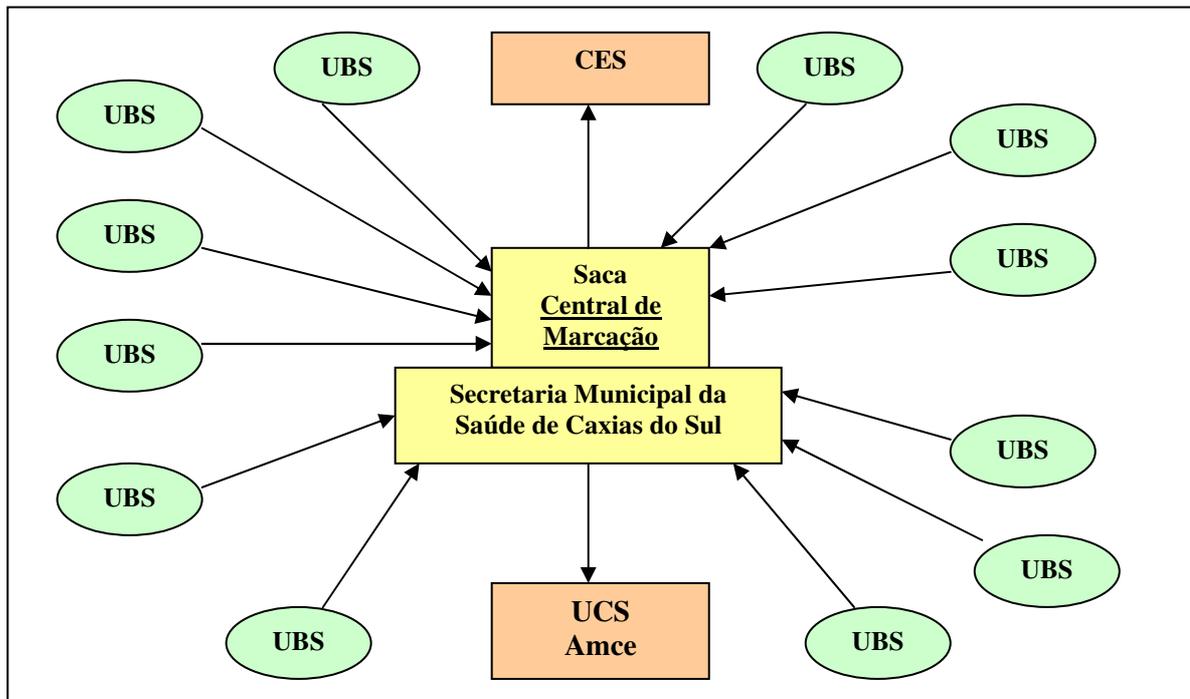
- a) deve abranger os principais pontos de insatisfação da população;
- b) pretende mudar a imagem do SUS, ou seja, a forma como a população percebe o SUS;
- c) exige transversalidade em toda ação do Ministério da Saúde;
- d) envolve um conjunto de mudanças técnicas, mas também de atitudes, tendo como ponto de enfoque o respeito aos usuários do sistema de saúde;
- e) a extensão territorial, as diversidades regionais, culturais, econômicas e sociais geram uma grande pluralidade de experiências e necessidades na organização e na qualificação do sistema de saúde;
- f) necessitará a realização de um novo pacto: o pacto da saúde que deve comportar a melhoria da organização, da assistência e das condições sanitárias com os gestores estaduais e municipais.

E as dimensões da qualificação da política referida, conforme o Ministério da Saúde (2008) consistem em:

- a) resolutividade e eficácia da assistência à saúde;
- b) redução dos riscos à saúde;
- c) humanização das relações entre profissionais e entre profissionais e sistema com usuários;
- d) organização do sistema de saúde que garanta presteza na atenção ao cidadão e conforto no atendimento;
- e) motivação dos trabalhadores da saúde;
- f) controle social pela população, na atenção à saúde e na organização do sistema de saúde do país.

Os ambulatórios de atenção secundária em saúde são portas de entrada para os serviços terciários em saúde (hospitais), muitos deles sendo vinculados ou estando dentro dos próprios hospitais. Os ambulatórios tornaram-se mini hospitais, com estruturas para o acolhimento e tratamento de pacientes 24 horas por dia. Dessa forma, esses ambulatórios desempenham papel importante no cenário da saúde.

Nos serviços em saúde do Município de Caxias do Sul, o primeiro contato consciente do indivíduo com os serviços ambulatoriais é por meio de imunização ou cuidados em puericultura ou, ainda, em outros métodos de diagnóstico. Eles se organizam em prédios distintos e com tamanhos que abrigam equipes multifuncionais, conforme ilustra a figura 2.



**Figura 2: Estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul**

*Fonte:* Amce (2008).

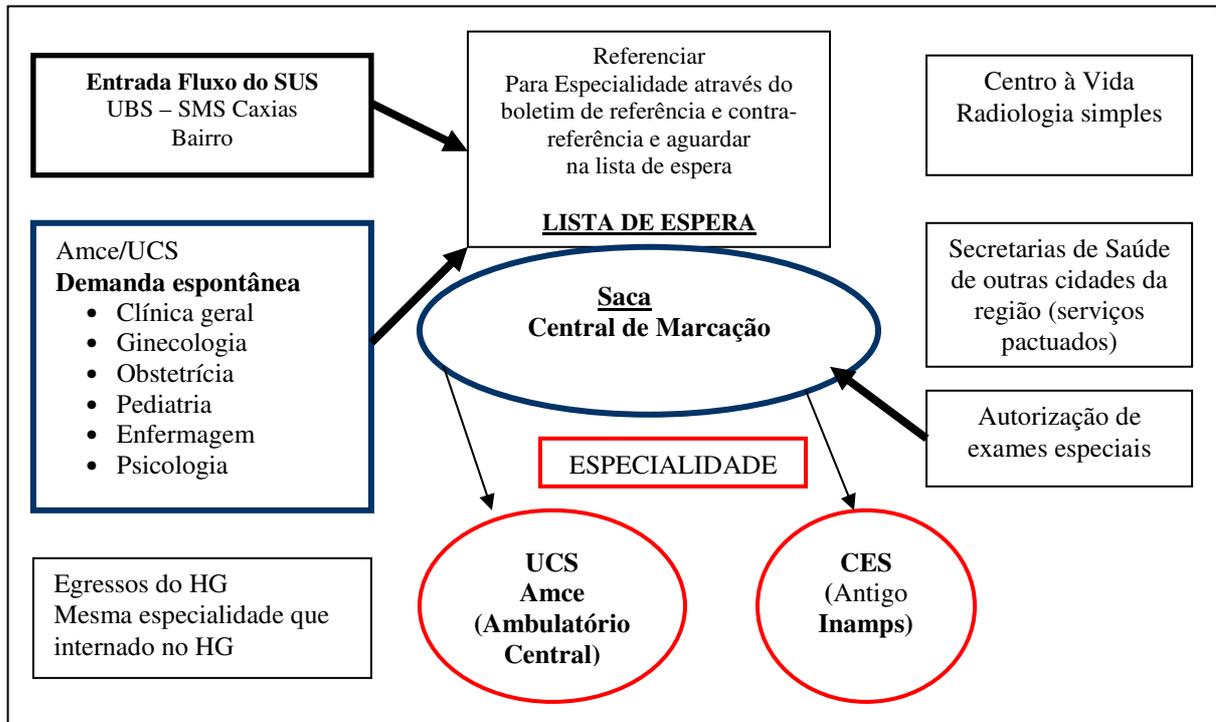
Nota: Serviço de Avaliação, Controle e Auditoria (Saca).

O modelo ambulatorial em desenvolvimento é o modelo de atenção familiar denominado serviços primários ou básicos de saúde, prestados por Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme mostra a figura 2, e composto por enfermagem, ginecologia, clínico geral e pediatria. Pelo novo conceito de saúde pública, tais serviços são prestados por uma equipe multidisciplinar denominada Programa de Saúde da Família (PSF), ligada aos bairros nos quais os pacientes residem, ou seja, as UBS. Os serviços de atendimento secundário em saúde são ambulatórios de especialidades, sendo que o Município de Caxias do Sul possui dois centros: o Centro Especializado em Saúde (CES) e o Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul (Amce).

Além disso, é prestado serviço de diagnóstico, que vai desde as análises clínicas laboratoriais a exames mais complexos de diagnósticos por imagem, como é o caso do Raio X, de ecografias e endoscopias. Os ambulatórios vão aumentando sua complexidade em consultórios de especialistas, para um pequeno procedimento cirúrgico, ou, ainda, em

equipamentos de diagnóstico mais profundo, como, por exemplo, a endoscopia, os videoscópios, os histeroscópios, as ecografias e o Raio X.

A figura 3 demonstra o fluxo dos serviços de saúde no Município de Caxias do Sul.



**Figura 3: Fluxo dos serviços de saúde**

Fonte: Amce (2008).

Nota: CES: Centro Especializado de Saúde;

HG: Hospital Geral;

Inamps: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social;

SMS: Secretaria Municipal da Saúde.

Percebe-se, na figura 3, a existência da dependência burocrática dos serviços de saúde, principalmente os de atendimento especializado. A Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul mantém um controle rígido desses serviços por intermédio do Serviço de Avaliação, Controle e Auditoria (Saca), a fim de ter certeza dos fluxos corretos dos atendimentos, garantindo o repasse correto dos recursos aos serviços terceirizados.

### 2.3.1 Avaliação de serviços de saúde

As avaliações de serviços de saúde tornam-se subjetivas quando são realizadas sob o ponto de vista dos pacientes, que dependem de suas percepções, as quais não são de

especialistas no assunto. Ressalta-se a complexidade técnica das intervenções desses serviços, admitindo-se esse julgamento apenas quanto ao aspecto da relação interpessoal (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991).

De acordo com o Ministério da Saúde (2008, p. 5) o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) a “[...] avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde.” Um sistema de avaliação efetiva deve reordenar a execução das ações e dos serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, propiciando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Conforme Fadel e Regis Filho (2006, p. 7), “[...] obter, perceber ou avaliar a qualidade nos serviços públicos de saúde implica lidar com a estrutura de valores da sociedade, pois o que varia, na verdade, são os critérios segundo os quais a qualidade é julgada.”

Com as definições citadas, é possível afirmar que a avaliação de serviços em saúde é relevante e deve ser realizada constantemente, com a finalidade de propiciar a qualidade da prestação de serviços ao público em geral. Para isso, deve-se conhecer a estrutura da qualidade nos serviços em saúde, que é o que trata a próxima subseção.

### 2.3.2 Estrutura da qualidade nos serviços de saúde

Conforme Donabedian (2002) foi o fundador do campo da garantia da qualidade nos serviços de saúde, como uma disciplina reconhecida, e que em 1966 promoveu um estudo em que a avaliação da qualidade da atenção médica ocorre por meio de um modelo que sistematiza os atributos que traduzem a qualidade nos serviços, tais como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

No período de 1988 a 1990, Donabedian (2002, p. 12) desenvolveu:

[...] um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

Sendo assim, Donabedian (2002) considerou a sistematização da avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos, a saber:

- a) estrutura: compõe-se dos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários à assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada;
- b) processo: consiste nas atividades envolvendo os profissionais de saúde e os pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo;
- c) resultado: é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Gattinara et al. (1995) também sinalizam vários fatores que determinam a qualidade dos serviços de saúde, entre eles: competência profissional considerando-se as habilidades técnicas, as atitudes da equipe e as habilidades de comunicação; satisfação dos usuários no que diz respeito ao tratamento recebido, aos resultados concretos, ao custo e ao tempo; acessibilidade levando-se em consideração os aspectos cultural, social, geográfico e econômico, e a eficácia relacionada às normas adequadas, à tecnologia apropriada, bem como o respeito às normas pela equipe.

Com isso, os serviços de saúde passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade, baseada cientificamente nos aspectos relevantes ao seu desenvolvimento técnico, tendo importante contribuição para o desenvolvimento de serviços futuros e a melhoria de serviços atuais.

### 2.3.3 O grau de satisfação e o perfil dos usuários dos serviços de saúde

Nuto e Nations (1999, p. 25) sustentam que “[...] a satisfação e insatisfação estão ligadas à coerência e à incoerência que o sistema alcança entre a produção de necessidade-demanda, a oferta e a possibilidade concreta de aquisição.”

Quanto à relação entre o grau de satisfação e as características pessoais (perfil) do usuário, ainda persiste grande divergência entre os autores. No estudo realizado por Weiss

(1988), após uma revisão extensa sobre o tema, são apontados quatro grupos principais de determinantes da satisfação:

- a) características dos pacientes: incluindo as sociodemográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado atual de saúde;
- b) características dos profissionais que prestam atendimento: incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a *arte do cuidado* prestado;
- c) aspectos da relação médico/paciente: incluindo o estilo de comunicação entre os dois, bem como o *resultado* do encontro;
- d) fatores estruturais e ambientais: incluindo o acesso, a forma de pagamento, o tempo de tratamento e a marcação de consultas, entre outros.

O perfil do usuário de serviços de saúde nos dias atuais é bastante heterogêneo, com predominância das classes menos favorecidas e pessoas com Ensino Fundamental, migrantes dos planos particulares de saúde, aumentando cada vez mais a presença de idosos, mulheres e crianças. A figura da mulher está muito presente, como acompanhante ou como paciente.

Com a revisão bibliográfica pode-se inferir o quanto é importante medir a qualidade de serviços, e a relevância da qualidade na estrutura e nos processos que compõem um serviço secundário em saúde e assim podendo medir o resultado da satisfação do usuário deste serviço

### 3 METODOLOGIA DE PESQUISA

Para a efetivação do presente estudo, foi realizada uma pesquisa quantitativa, em que se questionou a pacientes do Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul (Amce) a opinião em relação às fases dos serviços prestados pela instituição, com a seguinte classificação:

- a) Fase “A”: recepção e atendimento clínico;
- b) Fase “B”: exame (diagnose e terapia);
- c) Fase “C”: resultado do exame e revisão da consulta.

A pesquisa quantitativa teve a finalidade de identificar a importância e o desempenho de cada atributo do serviço prestado pelo Amce, na concepção de seus pacientes.

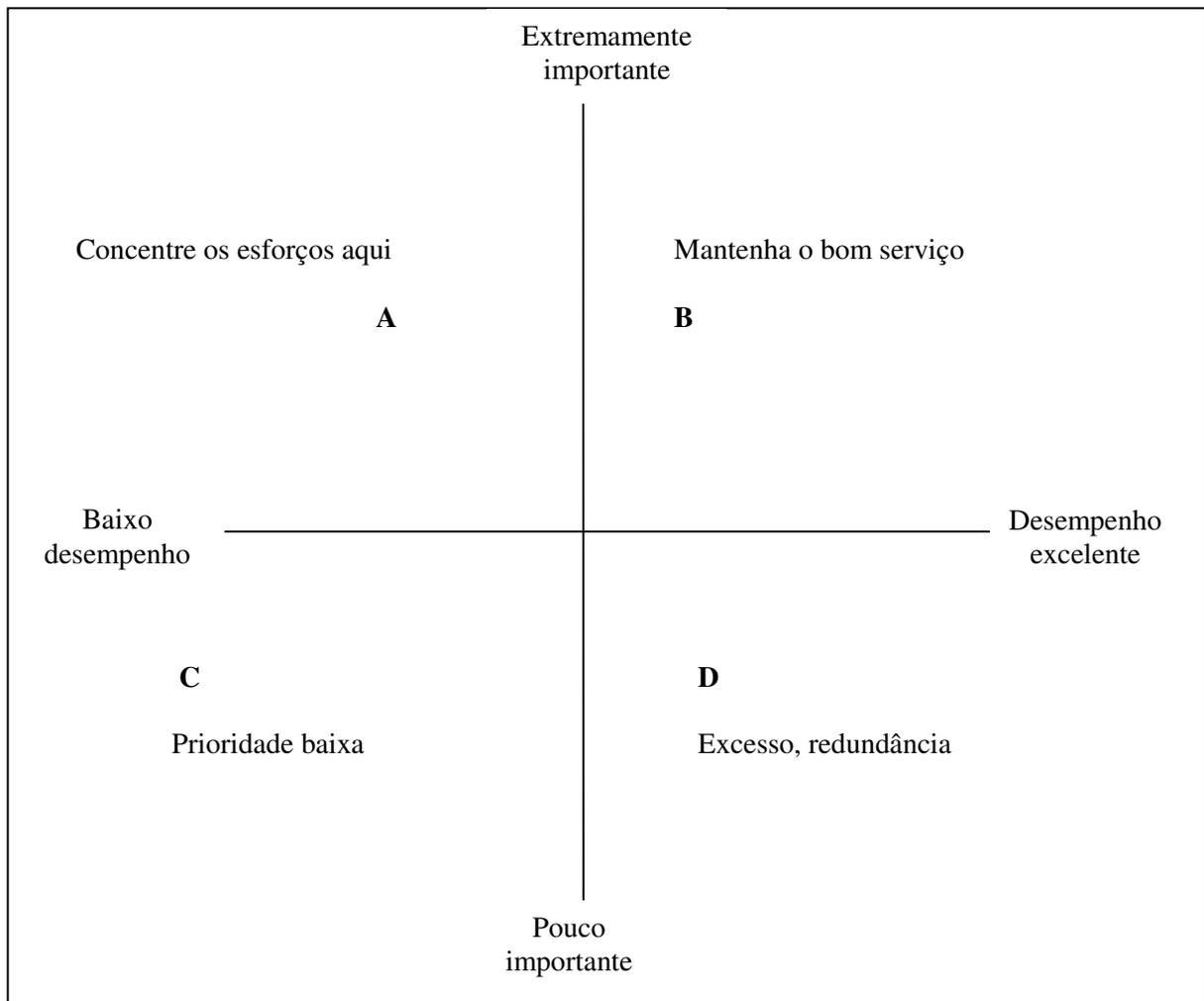
O ambulatório de assistência secundária em saúde selecionado poderá utilizar as informações das demandas obtidas nesta pesquisa, como um apoio em seu processo decisório, principalmente para determinar os investimentos em desenvolvimento de novos serviços aos pacientes e também para avaliar as necessidades de manter os serviços já existentes ou não, bem como incrementar aqueles percebidos como mais relevantes por tais pacientes.

Com os resultados obtidos, foi realizada uma análise por intermédio da matriz importância *versus* desempenho, que foi desenvolvida inicialmente por Martilla e James (1977), demonstrada na figura 4.

Os atributos de mensuração do serviço, conforme sua importância *versus* desempenho, informa às empresas em quais itens deve haver concentração de esforços, passando a ser um instrumento de auxílio na tomada de decisões (KOTLER, 2000).

As avaliações dos atributos mostradas na figura 4 estão divididas em quatro seções. Em determinadas áreas do quadrante “A”, apresenta os atributos importantes do serviço, os quais não estão sendo desempenhados nos níveis desejados. Já o quadrante “B” ilustra os atributos importantes em que o serviço tem um bom desempenho; a tarefa será mantê-los. Por sua vez, o quadrante “C” mostra os atributos de serviço que estão sendo prestados de forma medíocre, mas que não necessitam de atenção especial por serem menos importantes. E o quadrante “D” mostra os atributos menos importantes do serviço, mas que estão sendo executados de forma excelente, constituindo uma zona de exagero e/ou redundância, uma vez

que pode-se estar investindo esforços e recursos em demasia em itens não tão importantes para o cliente.



**Figura 4: Matriz adaptada de Martilla e James**

Fonte: Martilla e James (1977, p. 77).

A matriz importância *versus* desempenho, como ilustrada na figura 4, apresenta as seguintes características:

- no eixo vertical, a média da importância atribuída a cada quesito;
- no eixo horizontal, a média da satisfação em cada quesito, considerando apenas as respostas válidas (excluindo-se as questões que não se aplicam ao objetivo da pesquisa, representadas pela sigla n.a.);
- os quadrantes são formados pelas médias das importâncias atribuídas a todos os quesitos e pela média da satisfação com todos os quesitos, considerando apenas

as respostas válidas (excluindo as questões que não se aplicam indicadas por n.a.).

Dessa forma, os atributos que estiverem localizados no quadrante superior direito são os pontos fortes percebidos para o serviço (importância e satisfação acima da média); os que estiverem no quadrante superior esquerdo, são aqueles que deverão ser trabalhados em primeiro lugar, visto serem os principais pontos fracos percebidos (importância acima da média e satisfação abaixo da média).

Os atributos que estiverem no quadrante inferior esquerdo também são percebidos como pontos fracos. Porém, a importância atribuída a eles permite colocá-los em segundo plano em ações que tenham por objetivo a promoção da melhoria nos serviços prestados. Por fim, os atributos que estiverem posicionados no quadrante inferior direito representam pontos fortes quanto ao desempenho, porém não se caracterizam como importantes para os clientes. Dessa forma, é de se considerar a hipótese de reavaliar os investimentos nesses atributos, uma vez que parte dos valores neles investidos poderia ser deslocada para outros itens de outros quadrantes.

### 3.1 DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Nesta etapa foram exploradas as variáveis importantes para a avaliação de um serviço de saúde secundário, em que foram levantadas em artigos e livros específicos da área da saúde, em entrevistas com médicos, assistentes sociais, enfermeiras e técnicos destas áreas, com uma pesquisa efetivada com dez pacientes e uma entrevista com os gestores do Ambulatório Central.

As variáveis a serem pesquisadas foram definidas a partir de quatro pontos:

- a) na literatura;
- b) com profissionais da área da saúde;
- c) na pesquisa qualitativa com pacientes do Ambulatório Central;
- d) com gestores e atendentes do Ambulatório Central.

### 3.1.1 Operacionalização das variáveis

A operacionalização das variáveis citadas anteriormente foi realizada por intermédio de questões, cujas respostas foram enquadradas em cinco intervalos, ou seja, cinco posições diferentes.

As variáveis ligadas às respostas sobre sua importância foram dispostas numa escala de cinco pontos: (1) nada importante; (2) pouco importante; (3) neutro; (4) importante; e (5) muito importante. E, nas variáveis relacionadas ao desempenho do serviço, utilizou-se a seguinte escala: (1) péssimo; (2) ruim; (3) razoável; (4) bom; (5) excelente.

Com a compilação dos dados foi possível enquadrar as fases A, B e C na matriz de importância *versus* desempenho, conforme modelo proposto por Martilla e James (1977).

## 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

### 3.2.1 População

Conforme Gil (1991), a população é considerada como a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas, para um determinado estudo, e a amostra é a parte da população selecionada, de acordo com uma regra, plano ou critério técnico. Na concepção de Lakatos e Marconi (1991), a amostra é uma parcela convenientemente selecionada da população, isto é, um subconjunto da população.

O plano amostral da população foi composto por pacientes que utilizam o serviço de atendimento de consultas clínicas relacionadas à diagnose e a terapias, em um ambulatório de atendimento secundário em saúde, denominado Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, o qual atende aproximadamente 16.000 pessoas por ano.

### 3.2.2 Amostra

Segundo Easterby-Smith, Thorpe e Lowe (1999), existem quatro tipos de amostra, descritas na seqüência:

- a) amostra aleatória simples: aquela em que a escolha dos elementos é realizada por meio de uma tabela de números aleatórios, de modo que cada membro da população tenha a mesma chance de ser incluído na amostra;
- b) amostra aleatória estratificada: quando a população é muito grande, torna-se mais econômico e mais rápido aplicar o princípio da amostra probabilística a extratos dessa população;
- c) amostra por quotas: uma quota é uma célula dentro de uma amostra maior, planejada para ter as mesmas características sociodemográficas de sua população;
- d) amostra por blocos: não utiliza a escolha aleatória; ao contrário disso, considerando-se uma empresa com dez departamentos, por exemplo, decide-se entrevistar todo o pessoal dos departamentos 1 (um) e 5 (cinco), ou outros quaisquer.

Para Gil (1991), a amostra aleatória simples é também conhecida por amostragem casual, randômica ou acidental. Já, Malhotra (2006) classifica os tipos básicos de amostra em dois: amostra probabilística e amostra estratificada.

Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, sem escolha prévia, de acordo com o fluxo diário de pacientes no Amce. Foi seguido um processo de abordar pacientes nas diversas salas de espera, garantindo assim a amostra de pacientes com consultas nas mais diferentes especialidades oferecidas pelo Amce.

A amostra da presente pesquisa foi composta por 178 pacientes na fase “A” (*recepção e atendimento clínico*); 168 na fase “B” (*Exame*) e 166 na fase “C” (*Resultado do exame e revisão*). Apesar de terem sido coletados dados dos respondentes relativos a bairro, à cidade, ao gênero, à faixa etária, à atividade profissional, ao estado civil, ao grau de instrução e a quantas vezes utilizaram os serviços prestados pelo Amce, no intuito de caracterizar a amostra e facilitar análises posteriores, procurou-se garantir representatividade significativa pelo menos em termos de gênero e faixa etária.

Sendo assim, foram aplicados os questionários para uma amostra total de 512 pacientes, composta por usuários do serviço de consultas clínicas, serviço de diagnose e terapia (exames) do Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, de uma população aproximada de 16.000 pacientes ao ano. Cabe ressaltar que, por questões operacionais e de confidencialidade, os pacientes que responderam ao questionário na fase “A” não necessariamente responderam nas fases subsequentes, nem os que responderam na fase “B” foram selecionados para a fase “C”. Assim, considera-se que as amostras para as três fases são independentes entre si.

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Para o desenvolvimento da pesquisa quantitativa, foi utilizado, como instrumento de coleta, um questionário direcionado a pacientes do Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, relacionado aos serviços prestados em saúde por aquela instituição (os questionários utilizados estão nos anexos A, B, C, D, E e F).

Os questionários foram aplicados por três bolsistas, uma estudante do quarto ano de enfermagem, uma estudante do terceiro ano de nutrição e uma terceira do segundo ano de psicologia, contratadas e treinadas exclusivamente para este trabalho como descrito na seqüência:

- a) na fase “A”: três bolsistas contratadas coletaram os dados de importância junto aos pacientes antes de entrarem na consulta, e logo após a consulta coletaram os dados sobre o desempenho. Destaca-se que esses dados foram coletados numa folha de ofício preenchidos pelas bolsistas contratadas que questionavam os pacientes;
- b) na fase “B” seguiu-se o mesmo procedimento da fase “A”;
- c) na fase “C”, antecipadamente foi realizado um levantamento dos pacientes que iriam efetivar a revisão de consulta e buscar o resultado de exame realizado no serviço de diagnose e terapia. O processo de coleta seguiu da mesma forma que as fases “A” e “B”, coletados e preenchidos pelas bolsistas abordando os

pacientes antes da consulta (questionário de importância) e depois da consulta (questionário de desempenho).

Convém destacar que o questionário de importância na fase “A” refere-se ao momento em que os pacientes se dirigem à sala de espera para a efetivação da consulta clínica, com o profissional de saúde, e ao desempenho após a consulta realizada. Nesta fase o questionário foi distribuído nos seguintes setores do estabelecimento: serviço de diagnose e terapia (exames realizados dentro do Ambulatório Central da UCS) e serviço de atendimentos clínicos a pacientes que utilizaram os serviços de diagnose e terapia.

No questionário distribuído, foi solicitada atenção ao aspecto *importância*, que foi avaliado pelos pacientes em uma escala de cinco pontos: (1) nada importante; (2) pouco importante; (3) neutro; (4) importante e (5) muito importante. Num outro questionário, foram respondidas as mesmas questões, porém referentes à qualidade percebida (desempenho) em escala de cinco pontos: (1) péssimo, (2) ruim, (3) razoável, (4) bom e (5) excelente.

Na fase “A” (recepção e atendimento clínico), foram coletados os questionários de pacientes que realizaram uma consulta no Ambulatório Central. Já na fase “B” (exame), foi realizada uma pesquisa antecipada, nas agendas referentes aos pacientes que foram atendidos (consultas) no Amce e, logo após, tinham exames a realizar no dia da coleta dos dados. Na fase “C” (resultado do exame e revisão da consulta), o questionário teve a finalidade de abordar somente pacientes que já haviam realizado exames no serviço de diagnose e terapia do Ambulatório Central e tinham revisão agendada para mostrar exames.

Nessa pesquisa, foram abordados pacientes previamente, antes que se dirigissem às salas de espera para a efetivação da consulta ou de procedimento de exame; então, foi realizado convite para o preenchimento do questionário de importância e, ao retornarem do atendimento, foram abordados para responderem ao questionário de desempenho.

Além disso, foram coletados dados sobre o perfil do paciente (sexo, idade, domicílio, profissão, grau de instrução, estado civil, número de consultas no Amce) por meio do banco de dados do programa de gerenciamento hospitalar (Gehos) do Ambulatório Central.

### 3.4 FONTE DE DADOS

Pelas características e pelos objetivos do presente estudo, a fonte de dados mais indicada para se alcançar um bom resultado, na pesquisa de mercado a ser considerada, foi a fonte primária.

Segundo Mattar (1999), os tipos de dados primários normalmente coletados são os seguintes: características demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida; atitudes e opiniões; conscientização e conhecimento; motivações; comportamento passado e presente e intenções de compra. Ainda, conforme esse autor, as características demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida compreendem as seguintes informações sobre os entrevistados: gênero, idade, nível de educação, estado civil, tamanho das famílias, renda, ocupação, produtos e serviços possuídos/utilizados. Os dados relativos às atitudes e às opiniões dos respondentes consistem no comportamento do consumidor no processo de compra. A avaliação do nível de conscientização e conhecimento refere-se ao estágio em que os entrevistados se encontram em relação ao produto/serviço.

A coleta dos dados relativa às motivações visa ao conhecimento acerca dos impulsos que levam o consumidor a preferir consumir determinada marca ou produto. A coleta dos dados relativos ao comportamento passado e presente de compra tem por finalidade conhecer e entender o consumidor no seu processo de compra passada e atual e, por último, a coleta dos dados relativos a intenções refere-se às propensões do consumidor no processo de compra (MATTAR, 1999).

Neste estudo, primeiro foi realizada uma pesquisa exploratória para saber os atributos de uma qualidade esperada, procurando indicadores de satisfação, considerando-se que:

- a) o questionário foi elaborado por tópicos embasados nos objetivos específicos;
- b) os pesquisados ou entrevistados foram fontes de coleta de dados;
- c) utilizou-se na pesquisa quantitativa dados primários.

### 3.5 PROCESSAMENTO UTILIZADO PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Por se tratar de um método quantitativo, o processamento e a análise dos dados foram desenvolvidos de forma informatizada, com a utilização do *software* estatístico denominado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), explorando alguns de seus recursos estatísticos. Foram utilizados a técnica de análise fatorial e o cálculo do índice de confiabilidade de Cronbach para redução do número de variáveis.

Segundo Kotler (2000, p. 45): “Coeficiente alfa, ou alfa de Cronbach, é a média de todos os coeficientes meio a meio, que resultam das diferentes maneiras de dividir os itens da escala. Este coeficiente varia de 0 a 1, e um valor de 0,6 ou menos, geralmente indica confiabilidade de consistência interna insatisfatória.”

A seguir, foram utilizadas análises estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão, análise de variância e testes de hipótese (teste t) que de acordo com Hair Jr. et al. (2005, p. 297); “O teste t pode ser usado para testar uma hipótese que estabelece que as médias para as variáveis associadas com duas amostras ou grupos independentes serão iguais.”

Por fim, foi elaborada a matriz importância *versus* desempenho, proposta por Martilla e James (1977), permitindo identificar quadrantes nos quais as variáveis ficaram posicionadas, denominados: zona apropriada; zona de melhoria; zona de ação urgente e zona de excesso.

## 4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram digitados e processados no programa estatístico denominado *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Por serem pesquisas com amostras independentes (questionários) com enunciados e quantidades diferentes de questões, foram elaborados três arquivos diferenciados, um para cada uma das fases: (I) Fase “A”: Recepção e Atendimento Clínico; (II) Fase “B”: Exame; (III) Fase “C”: Resultado do Exame e Revisão. O arquivo de cada uma das fases contém as respostas do mesmo respondente, referentes tanto ao questionário de importância quanto ao de desempenho.

Ressalta-se aqui que os respondentes de cada fase foram selecionados de forma independente, significando que apenas por coincidência a mesma pessoa pode ter respondido questionários de fases diferentes. Os questionários que apresentaram todas as respostas iguais foram eliminados, com a suposição de que o respondente possa não ter entendido a pesquisa ou até não ter dado a devida atenção à mesma. O processamento dos dados foi realizado em etapas, conforme descrito a seguir.

A primeira etapa consistiu na limpeza do banco de dados, com a finalidade de eliminar registros cujas respostas foram iguais para todas as questões dos dois questionários (importância e desempenho).

Na segunda etapa, foi realizada a análise fatorial, na tentativa de reduzir o número de variáveis, para possibilitar análises posteriores, incluindo a construção da matriz importância *versus* desempenho, proposta por Martilla e James (1977).

Segundo Mattar (1999), a análise fatorial tem sido utilizada em pesquisas de *marketing*, com a finalidade de identificar a estrutura, a redução do volume de dados, a construção de escalas e a transformação de dados.

O método utilizado foi o de extração dos componentes principais (*principal components*) com rotação *varimax* (*varimax rotation*), considerando-se valores de carga fatoriais não inferiores a 0,4, conforme sugerido por Malhotra (2006).

Na terceira etapa, para os fatores resultantes da análise fatorial foi calculado o índice alfa de Cronbach, considerando-se, conforme Malhotra (2006), os valores superiores a 0,6, os quais são satisfatórios para a confiabilidade interna, mesmo que Hair Junior et al. (2005) sugeriram valores não inferiores a 0,7.

Na quarta etapa, foi calculada a estatística descritiva, tanto para a importância quanto para o desempenho, resultando em valor mínimo, valor máximo, média e desvio padrão para cada um dos fatores, além do número de questionários válidos, seguida de uma análise de variância das médias entre os fatores.

Na quinta etapa, foram analisadas as novas variáveis, por intermédio das matrizes, correlações e análises das médias por perfil do respondente. Na seqüência, demonstra-se o desenvolvimento da análise dos dados em cada fase.

#### 4.1 ANÁLISE DOS DADOS POR FASE

##### 4.1.1 Fase A: Recepção e atendimento clínico

A fase “A”, referente à recepção e ao atendimento clínico, é caracterizada pelo contato do paciente com a primeira etapa do serviço prestado pelo Ambulatório Central (Amce), que compreende os seguintes processos concomitantes do serviço: acesso ao Amce, recepção, sala de espera para consulta e sala de atendimento.

Nessa fase da pesquisa, foram distribuídos questionários contendo 26 questões, com escala de respostas de 1 a 5, tanto para a importância quanto para o desempenho, e outras cinco questões sobre aspectos diversos (Anexos A e B). Salienta-se que foram aplicados 178 questionários, dos quais 17 foram eliminados, restando 161 questionários válidos para a realização da análise de dados.

##### *4.1.1.1 Fatores e confiabilidade*

Na fase “A”, a análise fatorial e o cálculo do índice de confiabilidade interna (alfa de Cronbach) resultaram em quatro fatores. As tabelas de 1 a 4 apresentam esses fatores, com suas denominações, as questões que os compõem, com suas respectivas cargas fatoriais, e os

valores de alfa de Cronbach para importância e desempenho, os quais são suficientemente altos para efetuar as análises posteriores. A carga fatorial estabelecida nas questões foi realizada sobre as questões de importância.

**Tabela 1 – Fator 1: Atendimento do profissional de saúde**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QA20	Recepção na sala de atendimento pelos profissionais	0,660
QA21	A comunicação do médico (palavreado e clareza)	0,757
QA22	Explicação sobre os exames a fazer e remédios a tomar	0,762
QA23	Profissional dar informações claras sobre o estado de saúde	0,589
QA24	Tempo dedicado pelo profissional para o atendimento	0,797
QA25	Ter confiança no médico	0,748
QA26	Instalações do consultório médico (cadeiras, iluminação, limpeza)	0,764

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,882 (importância) e 0,892 (desempenho).

**Tabela 2 – Fator 2: Sala de espera para consulta**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QA13	As indicações para encontrar a sala de espera	0,772
QA15	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação	0,700
QA16	Acomodações na sala de espera (cadeiras)	0,767
QA17	A limpeza na sala de espera	0,815
QA18	Limpeza dos banheiros	0,710

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,872 (importância) e 0,860 (desempenho).

**Tabela 3 – Fator 3: Acesso ao Ambulatório Central**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QA1	Localização da parada de ônibus ou do estacionamento	0,561
QA2	Indicações para encontrar o Ambulatório Central	0,676
QA3	Instalações (bancos, abrigo) para espera fora do Ambulatório Central	0,737
QA4	Organização das filas antes de entrar	0,683
QA5	Orientação e informações dadas pelo vigilante antes de entrar	0,652
QA6	Educação, respeito e interesse do vigilante	0,548

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,811 (importância) e 0,735 (desempenho).

**Tabela 4 – Fator 4: Recepção**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QA7	Tempo de espera na fila para ser atendido na recepção	0,902
QA8	A televisão na recepção enquanto espera para ser atendido	0,858
QA9	Conforto na fila de espera: temperatura, ventilação e iluminação	0,486
QA10	Cortesia, educação, respeito e interesse das recepcionistas	0,509
QA11	A rapidez no atendimento	0,835
QA12	A clareza das informações	0,414

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,637 (importância) e 0,742 (desempenho).

O construto *Atendimento do Profissional de Saúde*, identificado na tabela 1, foi o primeiro a ser produzido pela análise fatorial, respondendo pela maior parte da variabilidade nas questões analisadas. Observa-se que essas questões estão relacionadas à consulta propriamente dita, em que o paciente tem contato com o profissional da saúde. Isso é importante no processo de diagnóstico e tratamento do paciente, denominado relação médico/paciente (ALBUQUERQUE, 1998).

Os outros construtos, *Sala de Espera para Consulta*, *Acesso ao Amce* e *Recepção*, apresentados nas tabelas 2 a 4, consideradas atividades tipicamente de apoio ou complementares no atendimento à saúde do paciente, são também importantes, pois apresentam influências na percepção da qualidade dos serviços de saúde. Conforme investigado por Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000, p. 254), “[...] o escopo da qualidade da saúde vai além dos cuidados com o paciente”.

Cabe ressaltar que as questões de número 14 (“A televisão na sala de espera”) e 19 (“Clareza e volume de voz quando chamado para ser atendido”) não apresentaram cargas fatoriais suficientes para participar de algum fator, ficando, desta forma, excluídas das análises posteriores.

#### 4.1.1.2 Estatística descritiva

Nas tabelas 5 a 10, demonstra-se a análise descritiva referente à fase “A”, relacionando-se substratos tais como: estado civil, grau de instrução, gênero, cidade, faixa etária e número de consultas, ou seja, dados relativos ao perfil dos entrevistados, que no caso são os pacientes que utilizaram os serviços prestados pelo Amce.

**Tabela 5 – Distribuição da amostra por gênero**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Masculino	56	34,80	35,20
Feminino	103	64,00	64,80
Subtotal	159	98,80	100,00
Sem respostas	2	1,20	
Total	161	100,00	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 6 – Distribuição da amostra por estado civil**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Casado	83	51,60	52,20
Divorciado	18	11,20	11,30
Solteiro	43	26,70	27,00
Viúvo	15	9,30	9,40
Subtotal	159	98,80	100,00
Sem respostas	2	1,20	
Total	161	100,00	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 7 – Distribuição da amostra por faixa etária**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
De 0 a 10 anos	8	5,00	5,00	5,00
De 11 a 20 anos	8	5,00	5,00	10,10
De 21 a 30 anos	9	5,60	5,70	15,70
De 31 a 40 anos	30	18,60	18,90	34,60
De 41 a 50 anos	43	26,70	27,00	61,60
De 51 a 60 anos	29	18,00	18,20	79,90
De 61 anos em diante	32	19,90	20,10	100,00
Subtotal	159	98,80	100,00	
Sem respostas	2	1,20		
Total	161	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 8 – Distribuição da amostra por grau de instrução**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Analfabeto	10	6,20	6,30	6,30
Fundamental Incompleto	95	59,00	60,10	66,50
Fundamental Completo	20	12,40	12,70	79,10
Médio Incompleto	13	8,10	8,20	87,30
Médio Completo	14	8,70	8,90	96,20
Superior Incompleto	4	2,50	2,50	98,70
Superior Completo	2	1,20	1,30	100,00
Subtotal	158	98,10	100,00	
Sem respostas	3	1,90		
Total	161	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 9 – Distribuição da amostra por cidade de origem**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Não informado	2	1,20	1,20
Canela	2	1,20	1,20
Caxias do Sul	152	94,40	94,40
Lageado	1	0,60	0,60
Nova Bassano	1	0,60	0,60
São Marcos	1	0,60	0,60
Vacaria	2	1,20	1,20
Total	161	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 10 – Distribuição da amostra por número de consultas**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
De 1 a 5	61	37,90	38,40	38,40
De 5 a 10	29	18,00	18,20	56,60
De 11 a 15	19	11,80	11,90	68,60
De 16 a 20	8	5,00	5,00	73,60
De 21 a 30	16	9,90	10,10	83,60
De 31 a 40	13	8,10	8,20	91,80
De 41 a 50	6	3,70	3,80	95,60
Acima de 50	7	4,30	4,40	100,00
Subtotal	159	98,80	100,00	
Sem respostas	2	1,20		
Total	161	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Os dados das tabelas 5 a 10 apontam para um perfil de paciente, que utilizou os serviços do Amce na fase “A”, predominantemente domiciliado no município de Caxias do Sul (94,4%), com baixo grau de escolaridade (aproximadamente dois terços analfabetos ou com ensino fundamental incompleto) e com idade superior a 30 anos (84,30%). Quanto ao gênero, observa-se que aproximadamente dois terços dos respondentes são do sexo feminino (64,80%), e quanto ao estado civil, aproximadamente a metade (52,20%) são casados e os demais se distribuem entre solteiros, divorciados e viúvos. Desperta curiosidade no perfil destes pacientes, que quase a metade deles (43,40%) já foram atendidos pelo Amce mais de 10 vezes, o que pode significar que a impressão deles foi formada nos vários contatos que tiveram com os serviços aos quais tiveram acesso.

Além das questões sobre importância e desempenho e das informações que caracterizaram o perfil dos respondentes, foram elaboradas outras questões visando avaliar a percepção dos respondentes sobre os aspectos de confiança na recuperação, exposição a alunos no momento do atendimento, tempo para ser atendido e propensão a recomendar os serviços do Amce (tabelas 11 a 14).

**Tabela 11 – QAD27: Quanto confiante você está na sua recuperação**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Nada confiante	1	0,60	0,60	0,60
Mais ou menos	42	26,10	26,60	27,20
Muito confiante	115	71,40	72,80	100,00
Total	158	98,10	100,00	
Sem respostas	3	1,90		
Total	161	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 12 – QAD28: O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Não achei bom	14	8,70	8,90	8,90
Não me importei	51	31,70	32,30	41,10
Foi uma boa idéia	93	57,80	58,90	100,00
Subtotal	158	98,10	100,00	
Sem respostas	3	1,90		
Total	161	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 13 – QAD29: O que você acha do tempo total que você ficou no ambulatório**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Demorou muito	21	13,00	13,30	13,30
Mais ou menos	79	49,10	50,00	63,30
Não demorou	58	36,00	36,70	100,00
Total	158	98,10	100,00	
Sem respostas	3	1,90		
Total	161	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 14 – QAD30: Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Não	0	0,00	0,00	0,00
Talvez	3	1,90	1,90	1,90
Sim	156	96,90	98,10	100,00
Total	159	98,80	100,00	
Sem respostas	2	1,20		
Total	161	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Pelos dados das tabelas 11 a 14, observa-se que a maioria (72,80%) dos respondentes está muito confiante na sua recuperação, ao mesmo tempo em que uma minoria (8,90%) demonstra desconforto por ter sido atendida por um profissional da saúde acompanhado por alunos do curso de medicina. Apesar de aproximadamente dois terços (63,30%) dos respondentes demonstrarem não terem gostado do tempo de espera para serem atendidos, a grande maioria (98,10%) está propensa a indicar o Amce à outra pessoa que necessita de atendimento ambulatorial.

A tabela 15 mostra a correlação existente entre as principais variáveis da fase “A”. Verifica-se que, para os quatro fatores, há correlação positiva e altamente significativa entre eles com relação à importância, o mesmo acontecendo com relação ao desempenho. Todavia, nas correlações entre importância e desempenho, as correlações são não significativas ou, quando ocorre significância estatística, ela é de pequena magnitude. Vê-se como positivo

estes aspectos, uma vez que indica haver uma espécie de coerência entre as respostas para a importância dos quatro fatores, o mesmo acontecendo entre o desempenho dos quatro fatores, e que a importância atribuída a esses fatores, em termos gerais, não influenciou as respostas sobre desempenho.

Observa-se, também, que a idade não apresenta correlação significativa com qualquer uma das outras variáveis. Já com relação ao número de consultas, há uma correlação positiva com o Fator 2AI (Sala de espera para consulta – importância) e uma correlação negativa com o Fator 1AD (Atendimento do profissional da saúde). Poder-se-ia especular que, quanto mais consultas e atendimentos o paciente tem no Amce, menor é a sua percepção de desempenho por parte dos profissionais da saúde. Talvez o paciente esteja transferindo a “culpa” pelos seus problemas de saúde à inabilidade dos profissionais da saúde em tratá-los adequadamente.

Quanto à confiança na recuperação, observa-se que há forte correlação positiva entre a percepção do paciente antes (medida no questionário de importância) e depois da consulta (medida no questionário de desempenho). O mesmo acontece com o fato de o paciente ser consultado por profissional da saúde acompanhado de alunos. Entre as duas variáveis (Confiança na recuperação e Atendimento com alunos) também aparecem correlações positivas e significativas, de onde se poderia especular que quanto maior a aceitação do fato de ser atendido por profissional da saúde junto com alunos maior é a confiança que o paciente tem na sua própria recuperação.

Tabela 15 – Índice de correlação entre as principais variáveis da fase “A”

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Fator1AI													
2 Fator2AI	,357 <sup>**</sup>												
3 Fator3AI	,483 <sup>**</sup>	,583 <sup>**</sup>											
4 Fator4AI	,564 <sup>**</sup>	,611 <sup>**</sup>	,561 <sup>**</sup>										
5 Fator1AD	,164 <sup>*</sup>	-,020	,037	,039									
6 Fator2AD	,004	,171 <sup>*</sup>	,123	-,013	,592 <sup>**</sup>								
7 Fator3AD	-,004	,093	,278 <sup>**</sup>	,036	,428 <sup>**</sup>	,536 <sup>**</sup>							
8 Fator4AD	,038	,052	,133	,084	,589 <sup>**</sup>	,628 <sup>**</sup>	,623 <sup>**</sup>						
9 Faixa Etária	-,109	,070	-,020	-,008	,041	,041	,079	,046					
10 Número Consultas Amce	,112	,165 <sup>*</sup>	,148	,147	-,169 <sup>*</sup>	-,052	,037	-,040	,060				
11 QAI28 Confiança recuperação	,021	-,022	,091	,080	,166 <sup>*</sup>	,206 <sup>*</sup>	,302 <sup>**</sup>	,231 <sup>**</sup>	,061	,124			
12 QAI29 Atendimento c/ alunos	,117	,214 <sup>**</sup>	,092	,249 <sup>**</sup>	,225 <sup>**</sup>	,248 <sup>**</sup>	,162 <sup>**</sup>	,198 <sup>*</sup>	,111	-,050	,276 <sup>**</sup>		
13 QAD27 Confiança recuperação	,075	-,023	,117	,095	,091	,143	,185 <sup>*</sup>	,205 <sup>*</sup>	-,011	,104	,778 <sup>**</sup>	,271 <sup>**</sup>	
14 QAD28 Atendimento c/ alunos	-,042	,011	-,026	,043	,304 <sup>**</sup>	,265 <sup>**</sup>	,196 <sup>*</sup>	,265 <sup>**</sup>	,020	-,089	,346 <sup>**</sup>	,816 <sup>**</sup>	,373 <sup>**</sup>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01

I = Importância; D = Desempenho

A tabela 16 mostra a análise descritiva contendo os valores mínimo e máximo, as médias e os desvios padrões de cada construto da fase

“A”.

Tabela 16 – Estatística descritiva para os quatro fatores da fase “A”

Construtos/fatores	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator1AI: Atendimento por profissional de Saúde	160	3,71	5,00	4,8205	0,31570
Fator1AD: Atendimento por profissional de Saúde	151	2,86	5,00	4,4721	0,49404
Fator2AI: Sala de Espera para Consulta	157	3,40	5,00	4,7083	0,39255
Fator2AD: Sala de Espera para Consulta	149	2,20	5,00	4,3705	0,51851
Fator3AI: Acesso ao Ambulatório Central	154	3,50	5,00	4,6483	0,36830
Fator3AD: Acesso ao Ambulatório Central	144	2,83	5,00	4,2674	0,48929
Fator4AI: Recepção	155	3,50	5,00	4,6290	0,36065
Fator4AD: Recepção	147	2,33	5,00	4,2120	0,52616

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância D = Desempenho.

A figura 5 ilustra a matriz de importância *versus* desempenho referente à fase “A”, levando-se em consideração, para sua elaboração, as médias obtidas em cada fator, demonstradas na tabela 16.

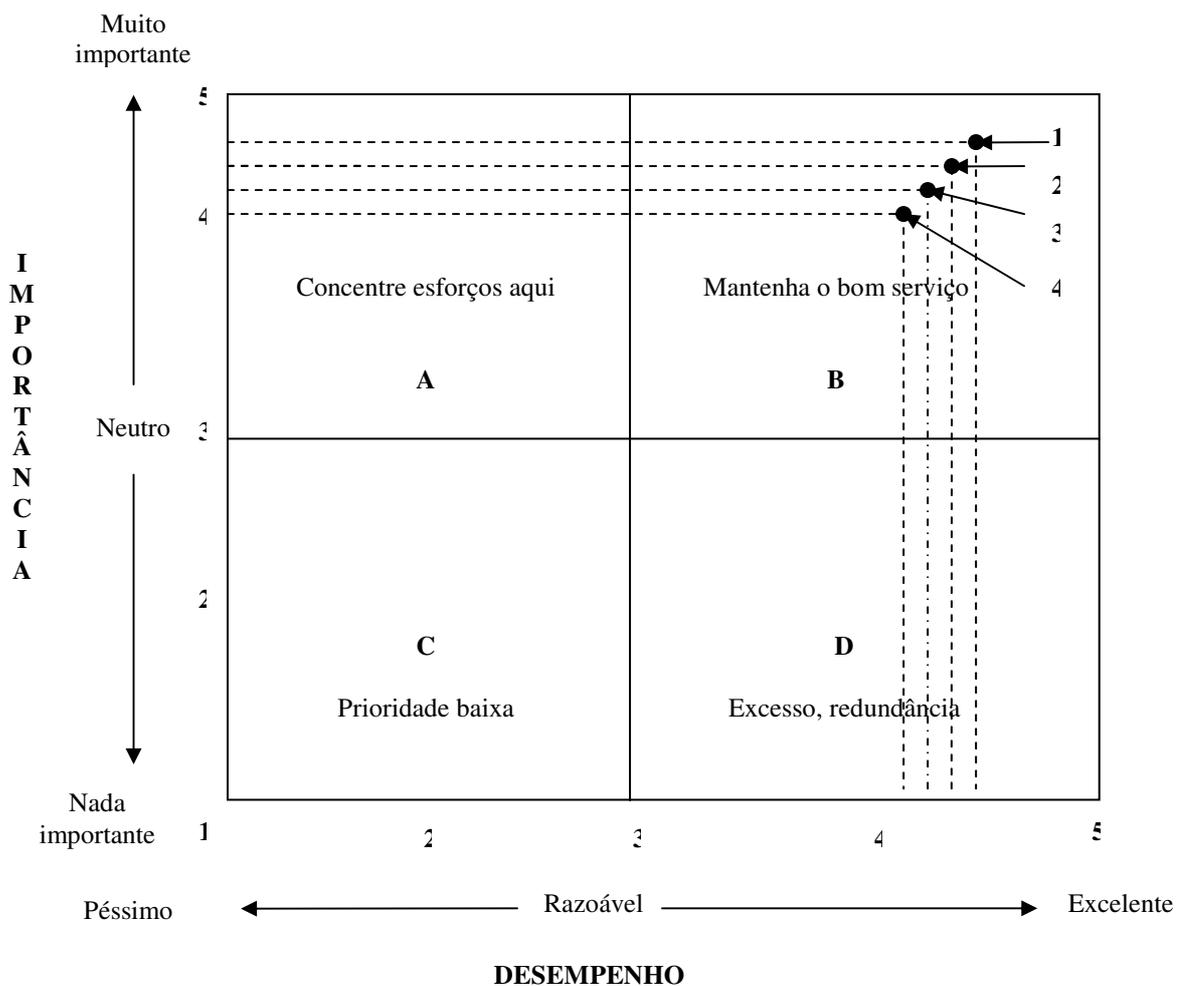


Figura 5: Matriz importância e desempenho na fase “A”

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

No posicionamento das médias dos construtos (fatores 1, 2, 3 e 4) da fase “A” na matriz de importância *versus* desempenho ilustrada na figura 5, os construtos ficaram posicionados nos pontos de ligação entre as médias de desempenho e de importância no quadrante superior direito (quadrante B), onde indica: mantenha o bom serviço. Porém, sabendo-se da necessidade de um serviço ligado à saúde e a uma instituição de ensino buscar a sua excelência, realizou-se a seguir estudos onde se analisa a significância da variação entre as médias entre importância *versus* desempenho.

A tabela 17 apresenta a análise de variância para os quatro fatores relacionados à fase “A”, com os resultados obtidos nos questionários.

**Tabela 17 – Testes de médias para os quatro fatores da fase “A”**

Construtos/fatores	Médias		Casos válidos	t	Sig.
	Média 1	Média 2			
Fator1AI x Fator1AD	4,8297	4,4721	151	8,183	0,000**
Fator2AI x Fator2AD	4,7265	4,3687	147	7,383	0,000**
Fator3AI x Fator3AD	4,6397	4,2700	142	8,312	0,000**
Fator4AI x Fator4AD	4,6432	4,2265	142	8,551	0,000**
Fator1AI x Fator2AI	4,8205	4,7090	156	3,408	0,001**
Fator1AI x Fator3AI	4,8151	4,6514	153	5,749	0,000**
Fator1AI x Fator4AI	4,8163	4,6288	154	7,266	0,000**
Fator2AI x Fator3AI	4,7099	4,6446	151	2,299	0,023*
Fator2AI x Fator4AI	4,7079	4,6228	152	3,144	0,002**
Fator3AI x Fator4AI	4,6456	4,6256	150	0,718	0,474
Fator1AD x Fator2AD	4,6555	4,3608	143	2,72	0,007**
Fator1AD x Fator3AD	4,4580	4,2831	136	3,897	0,000**
Fator1AD x Fator4AD	4,4742	4,2057	141	6,868	0,000**
Fator2AD x Fator3AD	4,3710	4,2705	138	2,424	0,017*
Fator2AD x Fator4AD	4,3784	4,2038	139	4,552	0,000**
Fator3AD x Fator4AD	4,2609	4,2101	138	1,358	0,177

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Notas: \* Sig. < 0,05; \*\* Sig. < 0,01.

I = Importância; D = Desempenho

Constata-se na tabela 17 que, na comparação com o fator 1 (*Atendimento do Profissional de Saúde*), há diferenças significativas entre as médias de importância. Na comparação entre a média de importância com as médias de desempenho de cada um dos fatores, também fica evidenciada uma diferença significativa, validada pelo teste *t*, mostrando que, por essa análise, há diferença entre o que o cliente dá importância e o que percebe sobre o desempenho do serviço, ou seja, 4,8205, e a média de desempenho ficou em 4,4721, com os respectivos desvios padrão de 0,31570 para importância e 0,49404 para o desempenho.

Considera-se, assim, a consulta com o profissional de saúde, o aspecto mais importante, na visão do paciente, evidenciada na análise estatística descritiva apresentada na tabela 16. A maior média de importância foi dada ao fator 1, ou seja, o *Atendimento do Profissional de Saúde*. Nessa fase, desenvolve-se uma etapa muito importante no processo de diagnóstico e tratamento do paciente: a relação médico/paciente (MRP), que é base para a confiança do paciente em seu diagnóstico e tratamento, assim facilitando a eficiência em seu tratamento.

Para Albuquerque (1998), o ato médico, na concepção científica da palavra, começou a ser realizado na residência dos indivíduos, deslocando-se para lá não só o profissional como os instrumentos diagnósticos, que na época eram restritos. Na maioria das vezes, fez-se necessário, nas comunidades tradicionais, a presença do profissional de saúde para a resolutividade das enfermidades.

Conforme Bickley e Hoekelman (2001), o ambiente de atendimento e a consulta fazem parte do atendimento à saúde, deixando o paciente mais privado e confortável para o desenvolvimento da anamnese inicial.

A fase “A” é considerada como inicial para o fluxo do atendimento no Ambulatório Central, sendo o primeiro contato do paciente com o serviço do Amce. A importância dessa fase fica evidenciada pela análise realizada nas tabelas 1, 2, 3, 4, 16 e 17.

#### 4.1.2 Fase B: Exame

A fase “B” é caracterizada pelo contato do paciente com o serviço de diagnose e de terapia do Ambulatório Central (Amce), que compreende os seguintes processos: recepção, sala de espera antes do exame, preparação para o exame e realização do exame. Nessa fase da pesquisa, foram distribuídos questionários contendo 15 questões, com escala de resposta de 1 a 5, tanto para a importância quanto para o desempenho, e outras cinco (5) questões sobre aspectos diversos (Anexos C e D). Foram aplicados 168 questionários, dos quais 27 foram eliminados, restando 141 questionários válidos para a realização da análise de dados.

#### 4.1.2.1 Fatores e confiabilidade

Na fase “B”, a análise fatorial e o cálculo do índice de confiabilidade interna (alfa de Cronbach) resultaram em dois fatores. As tabelas 18 e 19 apresentam esses fatores, com suas denominações, as questões que os compõem com suas respectivas cargas fatoriais, e os valores de alfa de Cronbach para a importância e o desempenho, os quais são suficientemente altos para efetuar as análises posteriores.

**Tabela 18 – Fator 1: Realização do exame pelo profissional de saúde**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QB8	Recepção na sala de exames pelos profissionais	0,436
QB9	Informações dadas pelo profissional sobre como o exame será feito e na preparação para fazer o exame	0,517
QB10	Comunicação do profissional ao fazer o exame (clareza, palavrado)	0,829
QB11	Postura e tratamento do profissional ao fazer o exame (delicadeza, atenção e calma)	0,776
QB12	Ter confiança no profissional que vai realizar o exame	0,753
QB13	Limpeza e arrumação da sala do exame	0,746
QB14	Espaço de tempo entre a chegada no Ambulatório Central e a realização do exame	0,715
QB15	Fazer exames no mesmo ambulatório onde fez a consulta	0,646

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,826 (importância) e 0,873 (desempenho).

**Tabela 19 – Fator 2: Recepção e sala de espera**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QB2	Orientações pré-exames e recomendações para preparação para o exame (como proceder com alimentação e medicamentos)	0,573
QB3	Indicações para encontrar a sala de exames	0,760
QB4	A televisão na sala de espera	0,750
QB5	Limpeza dos banheiros	0,796
QB6	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação	0,774
QB7	Clareza e volume da voz quando for chamado para fazer o exame	0,641

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,8771 (importância) e 0,815 (desempenho).

Como ocorreu com a fase “A”, o primeiro fator resultante da análise fatorial na fase “B” (*Realização do exame pelo profissional de saúde*), composto por questões relacionadas à realização do exame, também representa o contato do paciente com o profissional de saúde; nesse caso, é o serviço de diagnose e de terapia (diagnóstico complementar à consulta médica).

O fator 2 (*Recepção e sala de espera*) segue a tendência da fase “A”, em que os aspectos complementares ao motivo principal do comparecimento do paciente no serviço de saúde contribuem para a percepção da qualidade total do serviço (ALBUQUERQUE, 1998).

A questão número 1 (“Espaço de tempo entre o dia em que o exame foi marcado e o dia da realização do exame - hoje”) não apresentou carga fatorial suficiente para integrar algum fator, ficando, portanto, excluída das análises posteriores.

Chama atenção, a exemplo da fase “A”, que o primeiro fator resultante na análise fatorial (aquele que explica o maior percentual da variância) refere-se ao envolvimento direto do profissional da área da saúde, o que não deixa de ser um indicativo de sua importância.

#### 4.1.2.2 Estatística descritiva

Nas tabelas 20 a 25, fica demonstrada a análise descritiva realizada na fase “B” sobre gênero, estado civil, faixa etária, grau de instrução, cidade e número de consultas, ou seja, aspectos referentes ao perfil dos entrevistados que utilizaram os serviços do Amce.

**Tabela 20 – Distribuição da amostra por gênero**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Masculino	53	37,60	40,50
Feminino	78	55,30	59,50
Subtotal	131	92,90	100,00
Sem respostas	10	7,10	
Total	141	100,00	

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 21 – Distribuição da amostra por estado civil**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Casado	85	60,30	64,90
Divorciado	13	9,20	9,90
Solteiro	18	12,80	13,70
Viúvo	15	10,60	11,50
Subtotal	131	92,90	100,00
Sem respostas	10	7,10	
Total	141	100,00	

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 22 – Distribuição da amostra por faixa etária**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
De 0 a 10 anos	1	0,70	0,80	0,80
De 11 a 20 anos	5	3,50	3,80	4,50
De 21 a 30 anos	3	2,1	2,30	6,80
De 31 a 40 anos	16	11,30	12,00	18,80
De 41 a 50 anos	39	27,70	29,30	48,1
De 51 a 60 anos	33	23,40	24,80	72,90
De 61 anos em diante	36	25,50	27,1	100,00
Subtotal	133	94,30	100,00	
Sem respostas	8	5,70		
Total	141	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 23 – Distribuição da amostra por grau de instrução**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Analfabeto	8	5,70	6,10	6,10
Fundamental Incompleto	88	62,40	67,20	73,30
Fundamental Completo	13	9,20	9,90	83,20
Médio Incompleto	7	5,000	5,300	88,50
Médio Completo	13	9,20	9,90	98,50
Superior Incompleto	1	0,70	0,80	99,20
Superior Completo	1	0,70	0,80	100,00
Subtotal	131	92,90	100,00	
Sem respostas	10	7,10		
Total	141	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 24 – Distribuição da amostra por cidade de origem**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Não informada	10	7,10	7,10
Antonio Prado	1	0,70	0,70
Bom Jesus	1	0,70	0,70
Caxias do Sul	127	90,10	90,10
Farroupilha	1	0,70	0,70
Nova Roma do Sul	1	0,70	0,70
Total	141	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 25 – Distribuição da amostra por número de consultas**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
De 1 a 5	61	43,30	46,60	46,60
De 5 a 10	27	19,1	20,60	67,20
De 11 a 15	10	7,1	7,60	74,80
De 16 a 20	10	7,1	7,60	82,40
De 21 a 30	17	12,10	13,00	95,40
De 31 a 40	4	2,80	3,10	98,50
De 41 a 50	1	0,70	0,80	99,20
Acima de 50	1	0,70	0,80	100,00
Subtotal	131	92,90	100,00	
Sem respostas	10	7,10		
Total	141	100,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Os dados das tabelas 20 a 25 apontam para um perfil de paciente, que utilizou os serviços do Amce na fase “B”, semelhante ao do paciente atendido na fase “A”. Os respondentes da fase “B” estão predominantemente domiciliados no município de Caxias do Sul (98,60%), com baixo grau de escolaridade (aproximadamente dois terços analfabetos ou com ensino fundamental incompleto) e com idade superior a 30 anos (93,2%).

Quanto ao gênero, observa-se que aproximadamente dois terços dos respondentes são do sexo feminino (59,50%), e quanto ao estado civil, aproximadamente a metade (64,90%) são casados e os demais se distribuem entre solteiros, divorciados e viúvos.

Apenas aproximadamente um terço (32,80%) dos respondentes foi atendido mais de 10 vezes no Amce, dados que indicam uma diferença com relação à fase “A” (43,40%), mas que da mesma maneira pode influenciar a percepção dos pacientes sobre os serviços prestados.

A exemplo da fase “A”, na fase “B” também foi estudada a percepção dos respondentes sobre os aspectos adicionais tais como confiança na recuperação, exposição a alunos no momento do atendimento, tempo para ser atendido e propensão a recomendar os serviços do Amce (tabelas 26 a 29).

**Tabela 26 – QBD16: Quanto confiante você está na sua recuperação**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Nada confiante	0	0,00	0,00	0,00
Mais ou menos	41	29,10	29,70	29,70
Muito confiante	97	68,80	70,30	100,00
Total	138	97,90	100,00	
Sem respostas	3	2,10		
Total	141	100,00		

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 27 – QBD17: O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Não achei bom	13	9,20	9,40	9,40
Não me importei	56	39,70	40,60	50,00
Foi uma boa idéia	69	48,90	50,00	100,00
Subtotal	138	97,90	100,00	
Sem respostas	3	2,10		
Total	141	100,000		

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 28 – QBD18: O que você acha do tempo total que você ficou dentro do ambulatório**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Demorou muito	10	7,10	7,20	7,20
Mais ou menos	65	46,10	47,10	54,30
Não demorou	63	44,70	45,70	100,00
Total	138	97,90	100,00	
Sem respostas	3	2,10		
Total	141	100,00		

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 29 – QBD19: Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Não	1	0,70	0,70	0,70
Talvez	1	0,70	0,70	1,40
Sim	136	96,50	98,60	100,00
Total	138	97,90	100,00	
Sem respostas	3	2,10		
Total	141	100,00		

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Pelos dados das tabelas 26 a 29, observa-se que a maioria (70,30%) dos respondentes está muito confiante na sua recuperação, ao mesmo tempo em que uma minoria (9,40%) demonstra desconforto por ter sido atendida por um profissional da saúde acompanhado por alunos do curso de medicina. Apesar de 54,30% dos respondentes demonstrarem não terem gostado do tempo de espera para serem atendidos, ainda assim a grande maioria (98,60%) está propensa a indicar o Amce à outra pessoa que necessitar de atendimento ambulatorial.

A tabela 30 apresenta a correlação existente entre as principais variáveis da fase “B”. Observa-se que, para os dois fatores, há correlação positiva e altamente significativa, tanto entre as avaliações de importância quanto entre as de desempenho, e entre elas. Portanto, não se pode afirmar que as quatro variáveis sejam independentes entre si.

A exemplo do que ocorreu na fase “A”, na fase “B” também se observa que a idade não apresenta correlação significativa com qualquer uma das outras variáveis. Já com relação ao número de consultas, desta vez há uma correlação positiva com o Fator 1BD (Realização do exame). Poder-se-ia especular que, quanto mais atendimentos o paciente tem no Amce, maior é a sua percepção de desempenho por parte dos profissionais da saúde.

Quanto à confiança na recuperação, verifica-se que há forte correlação positiva entre a percepção do paciente antes (QBI17, medida no questionário de importância) e depois da consulta (QBD16, medida no questionário de desempenho). O mesmo acontece com o fato de o paciente ser consultado por profissional da saúde acompanhado de alunos (QBI18 e

QBD17). Entre as duas variáveis (Confiança na recuperação e Atendimento com alunos) também aparecem correlações positivas e significativas, mesmo que fracas, de onde se poderia especular que quanto maior a aceitação do fato de ser atendido por profissional da saúde junto com alunos maior é a confiança que o paciente tem na sua própria recuperação. Finalmente, não há correlação significativa entre a confiança na recuperação e o fator 1 (nem para importância nem para desempenho), que é o fator que representa o contato do paciente com o profissional da saúde.

Tabela 30 – Índice de correlação entre as principais variáveis da fase “B”

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Fator1BI Realização do exame	,438**								
2 Fator1BD Realização do exame	,609**	,358**							
3 Fator2BI Recepção e sala de espera	,370**	,570**	,501**						
4 Fator2BD Recepção e sala de espera	,158	,144	,225**	,248**					
5 QBI17 Confiança recuperação	-,091	,172*	,018	,092	,229**				
6 QBI18 Atendimento c/ alunos	,151	,143	,212**	,253**	,930**	,220**			
7 QBD16 Confiança recuperação	-,003	,275**	,087	,173	,217*	,895**	,185**		
8 QBD17 Atendimento c/ alunos	-,100	-,014	-,174	-,043	,000	,049	,008	,042	
9 Idade	,146	,241**	,211*	,162	,021	-,013	,042	,033	,167
10 Número consultas Amce									

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Notas: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01

I = Importância; D = Desempenho

Na tabela 31, demonstra-se a análise descritiva contendo valores mínimos, valores máximos, médias e desvios padrões de cada construto.

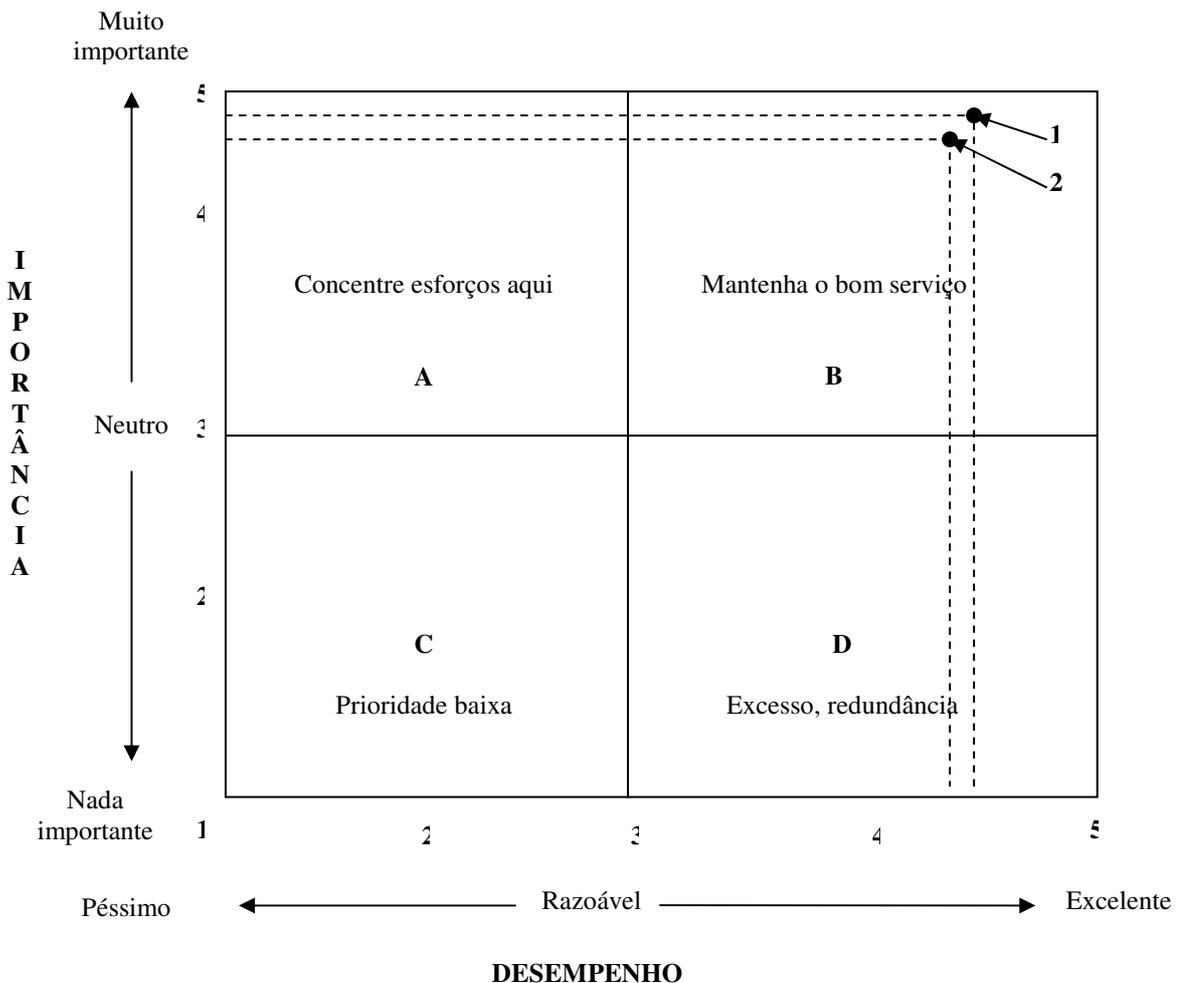
**Tabela 31 – Estatística descritiva para os fatores**

Construtos/fatores	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator1BI: <i>Preparação e Realização do Exame</i>	141	4,00	5,00	4,8333	0,27086
Fator1BD: <i>Preparação e Realização do Exame</i>	140	3,00	5,00	4,5795	0,45608
Fator2 BI: <i>Recepção Sala de Espera</i>	134	3,50	5,00	4,6493	0,35238
Fator2BD: <i>Recepção Sala de Espera</i>	131	2,83	5,00	4,4580	0,48009
Valid N ( <i>listwise</i> )	126				

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância D= Desempenho.

A figura 6 demonstra a matriz de importância *versus* desempenho referente à fase “B”, levando-se em consideração, para sua elaboração, as médias obtidas em cada fator, demonstradas na tabela 31.

**Figura 6: Matriz importância e desempenho na fase “B”**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

No posicionamento das médias dos construtos (fatores 1 e 2) da fase “B” na matriz de importância *versus* desempenho (figura 6), os dois pontos ficaram no quadrante superior direito (quadrante B), onde a decisão gerencial sugere “mantenha o bom serviço”, fenômeno semelhante ao ocorrido com os quatro construtos na fase “A”. Porém, sabendo-se da necessidade de um serviço ligado à saúde e a uma instituição de ensino que busca sua excelência, procurou-se aprofundar a análise com o intuito de descobrir alguma diferença significativa entre as médias de importância e de desempenho para os dois fatores.

Desta forma, pôde-se perceber significativa diferença entre importância e desempenho, confirmada pela análise (teste t), conforme mostra a tabela 32. Observa-se que há diferença entre importância e desempenho tanto para o fator 1 quanto para o fator 2. Mas há também diferenças significativas entre as importâncias dos fatores e entre os desempenhos dos fatores, indicando que para os pacientes o fator 1 (*Preparação e realização do exame*), que é o motivo do comparecimento do paciente naquele momento no Ambulatório Central, é mais importante que o fator 2 (*Recepção e sala de espera*), um serviço complementar ao serviço principal.

**Tabela 32 – Testes de médias para os dois fatores da fase “B”**

Construtos/fatores	Média 1	Média 2	Casos válidos	t	Sig.
Fator1BI x Fator1BD	4,8321	4,5795	140	7,184	0,000**
Fator2BI x Fator2BD	4,6417	4,488	127	5,002	0,000**
Fator1BI x Fator2BI	4,8265	4,6493	134	1,175	0,000**
Fator1BD x Fator2BD	4,5721	4,4538	130	3,085	0,002**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância D= Desempenho.

#### 4.1.3 Fase C: Resultado do exame e revisão

A fase “C” é caracterizada pelo retorno do paciente ao Ambulatório Central (Amce), com o objetivo de realizar a revisão da consulta e ter conhecimento do resultado do exame realizado no serviço de diagnose e de terapia do Amce. Esta fase compreende os seguintes processos: recepção, sala de espera, recebimento do exame na consulta de revisão pelo profissional de saúde.

Nessa etapa da pesquisa, foram distribuídos questionários contendo 11 questões tanto para a importância quanto para o desempenho, e outras cinco questões sobre aspectos diversos (Anexos E e F). Foram aplicados 166 questionários, dos quais 31 foram eliminados, restando 135 questionários válidos para a realização da análise de dados.

#### 4.1.3.1 Fatores e confiabilidade

Na fase “C”, a análise fatorial e o cálculo do índice de confiabilidade interna (alfa de Cronbach) resultaram em dois fatores. As tabelas 33 e 34 apresentam esses fatores com suas denominações, as questões que os compõem com suas respectivas cargas fatoriais e os valores de alfa de Cronbach para importância e para desempenho.

**Tabela 33 – Fator 1: Atendimento pelo profissional de saúde na consulta de revisão**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QC6	Recepção na sala de atendimento pelos profissionais	0,570
QC7	Médico usa palavras simples e claras para dar o resultado do exame	0,820
QC8	Compreensão das alternativas do tratamento a ser proposto pelo médico	0,810
QC9	Solução do seu problema de saúde	0,669
QC10	Limpeza dos banheiros	0,743
QC11	Ter feito consulta, exame e revisão (as três coisas) no Ambulatório Central	0,629

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,602 (importância) e 0,836 (desempenho).

**Tabela 34 – Fator 2: Recepção e sala de espera**

Nº. Questão	Descrição da questão	Carga fatorial
QC3	As indicações para encontrar a sala de espera	0,572
QC4	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação	0,568
QC5	Clareza e volume da voz quando chamado para ser atendido	0,488

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: Alfa de Cronbach: 0,523 (importância) e 0,635 (desempenho).

Novamente, repetindo o que ocorreu nas fases “A” e “B”, na fase “C” apareceu por primeiro o fator composto pela presença do profissional de saúde, fator 1 (*Atendimento pelo profissional de saúde na consulta de revisão*). O fator 2 (*Recepção e sala de espera*) também repete a tendência das duas primeiras fases, como serviço de apoio ou complementar, sendo importante para a formação da qualidade percebida pelo paciente.

Observa-se, também, que as questões número 1 (“Pontualidade na entrega do exame”) e número 2 (“Recebimento do resultado do exame na consulta de revisão”) não tiveram carga fatorial suficiente para integrarem algum fator, ficando, dessa forma, excluídas de análises posteriores.

#### 4.1.3.2 Estatística descritiva

Nas tabelas 35 a 40 está a análise descritiva, relacionada à fase “C”, sobre os substratos gênero, estado civil, faixa etária, grau de instrução, cidade de origem e número de consultas.

**Tabela 35 – Distribuição da amostra por gênero**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Masculino	55	40,70	40,70
Feminino	80	59,30	59,30
Total	135	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 36 – Distribuição da amostra por estado civil**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Casado	90	66,70	66,70
Divorciado	12	8,90	8,90
Solteiro	17	12,60	12,60
Viúvo	16	11,90	11,90
Total	135	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 37 – Distribuição da amostra por faixa etária**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
De 0 a 10 anos	2	1,50	1,50	1,50
De 11 a 20 anos	1	0,70	0,70	2,20
De 21 a 30 anos	2	1,50	1,50	3,70
De 31 a 40 anos	15	11,10	11,10	14,80
De 41 a 50 anos	38	28,10	28,10	43,00
De 51 a 60 anos	31	23,00	23,00	65,90
De 61 anos em diante	46	34,10	34,10	100,00
Total	135	100,00	100,00	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 38 – Distribuição da amostra por grau de instrução**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Analfabeto	6	4,40	4,40	4,40
Fundamental Incompleto	80	59,30	59,30	63,70
Fundamental Completo	21	15,60	15,60	79,30
Médio Incompleto	8	5,90	5,90	85,20
Médio Completo	17	12,60	12,60	97,80
Superior Incompleto	1	0,70	0,70	98,50
Superior Completo	2	1,50	1,50	100,00
Total	135	100,00	100,00	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 39 – Distribuição da amostra por cidade de origem**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido
Carlos Barbosa	1	0,70	0,70
Caxias do Sul	122	90,40	90,40
Farroupilha	4	3,00	3,00
Flores da Cunha	1	0,70	0,70
Garibaldi	3	2,20	2,20
Gramado	1	0,70	0,70
Jaquirana	1	0,70	0,70
Nova Roma do Sul	1	0,70	0,70
Vale Real	1	0,70	0,70
Total	135	100,00	100,00

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 40 – Distribuição da amostra por número de consultas**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
De 1 a 5	53	39,30	39,30	39,30
De 6 a 10	35	25,90	25,90	65,20
De 11 a 15	13	9,60	9,60	74,80
De 16 a 20	6	4,40	4,40	79,30
De 21 a 30	10	7,40	7,40	86,70
De 31 a 40	9	6,70	6,70	93,30
De 41 a 50	5	3,70	3,70	97,00
Acima de 50	4	3,00	3,00	100,00
Total	135	100,00	100,00	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Os dados das tabelas 35 a 40 apontam para um perfil de paciente, que utilizou os serviços do Amce na fase “C”, predominantemente domiciliado no município de Caxias do Sul (90,40%), com baixo grau de escolaridade (aproximadamente dois terços analfabetos ou com ensino fundamental incompleto) e com idade superior a 30 anos (96,30%). Quanto ao gênero, observa-se que aproximadamente dois terços dos respondentes são do sexo feminino (59,30%), e quanto ao estado civil, aproximadamente a metade (66,70%) são casados e os demais se distribuem entre solteiros, divorciados e viúvos. Salienta-se que, no perfil destes

pacientes, aproximadamente um terço (34,80%) foram atendidos mais de 10 vezes pelo Amce, o que pode significar que a impressão deles foi formada nos vários contatos que tiveram com os serviços aos quais tiveram acesso.

A exemplo do que ocorreu para as outras duas fases, na fase “C” também foram incluídos itens nos questionários para avaliar outros aspectos. Entre estes aspectos, optou-se em analisar isoladamente também a questão número 11 (“Ter feito consulta, exame e revisão – as três coisas – no Ambulatório Central”) com intuito de ter uma avaliação mais detalhada das três fases do serviço que ocorre no Amce.

A tabela 41 apresenta os resultados para a questão 11, onde se observa que a grande maioria (99,30%) considera bom ou excelente o fato de ter realizado estas três etapas (completas) do atendimento no mesmo local.

**Tabela 41 – QCD11: Ter feito consulta, exame e revisão (as três coisas) no Ambulatório Central**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Péssimo	0	0,00	0,00	0,00
Ruim	0	0,00	0,00	0,00
Razoável	1	0,70	0,70	0,70
Bom	20	14,80	14,80	15,60
Excelente	114	84,40	84,40	100,00
Total	135	100,00	100,00	

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 42 – QCD12: Quanto confiante você está na sua recuperação**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Nada confiante	5	3,70	3,70	3,70
Mais ou menos	49	36,30	36,60	40,30
Muito confiante	80	59,30	59,70	100,00
Subtotal	134	99,30	100,00	
Sem respostas	1	0,70		
Total	135	100,00		

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 43 – QCD13: O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Não achei bom	15	11,10	11,10	11,10
Não me importei	42	31,10	31,10	42,20
Foi uma boa idéia	78	57,80	57,80	100,00
Total	135	100,00	100,00	

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 44 – QCD14: O que você acha do espaço de tempo entre o dia da realização do exame e o dia da revisão para mostrar o exame para o médico**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Demorou muito	9	6,70	6,70	6,70
Mais ou menos	59	43,70	44,00	50,70
Não demorou	66	48,90	49,30	100,00
Subtotal	134	99,30	100,00	
Sem respostas	1	0,70		
Total	135	10,00		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 45 – QCD15: O que você acha do tempo total que você ficou dentro do Ambulatório Central hoje**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Demorou muito	13	9,60	9,60	9,60
Mais ou menos	67	49,60	49,60	59,30
Não demorou	55	40,70	40,70	100,00
Total	135	100,00	100,00	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

**Tabela 46 – QCD16: Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa**

Item	Frequência	Percentual	Percentual válido	Percentual acumulado
Não	0	0	0	0
Talvez	0	0	0	0
Sim	135	100,00	100,00	10,00
Subtotal	0	0	10	
Sem respostas	0	0		
Total	135	100,00	100,00	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Pelos dados das tabelas 42 a 46, observa-se que a maioria (59,70%) dos respondentes está muito confiante na sua recuperação, ao mesmo tempo em que uma minoria (11,10%) demonstra desconforto por ter sido atendida por um profissional da saúde acompanhado por alunos do curso de medicina. Apesar de aproximadamente mais da metade (59,30%) dos respondentes demonstrarem não ter gostado do tempo de espera para serem atendidos, todos (100,00%) estão propensos a indicar o Amce à outra pessoa que necessitar de atendimento ambulatorial. Com relação ao tempo entre a data da realização do exame e o dia do recebimento do resultado, junto com a revisão da consulta médica, aproximadamente a metade dos pacientes (49,30%) indicou que não demorou.

A tabela 47 apresenta a correlação existente entre as principais variáveis da fase “C”. Observa-se que, para os dois fatores entre si (*Realização do exame e Recepção e sala de espera*), reproduz-se o fenômeno que ocorreu na fase “A”, isto é, há correlação positiva e significativa entre as manifestações de importância e entre as manifestações de desempenho,

porém entre importância e desempenho não há correlação, apontando para inexistência de possível influência das respostas de importância sobre as respostas de desempenho.

Contrariamente ao observado nas fases “A” e “B”, na fase “C” observa-se que a idade apresenta correlação positiva significativa (se bem que fraca) com o número de consultas no Amce e correlações todas negativas (mesmo que não significantes ou de pequena magnitude) com todas as outras variáveis. Este é um resultado não surpreendente, uma vez que é de se esperar que com o passar da idade os problemas com a saúde tendem a se agravar, com a pessoa tendendo a procurar mais por atendimento, ao mesmo tempo em que a pessoa pode dar-se conta dos problemas com saúde e diminuir sua confiança na recuperação, fato também corroborado pela correlação negativa entre confiança na recuperação e número de consultas.

Quanto à confiança na recuperação, também nesta fase se repete a ocorrência de forte correlação positiva entre a percepção do paciente antes (QCI13, medida no questionário de importância) e depois da consulta (QCD12, medida no questionário de desempenho). O mesmo acontece com o fato de o paciente ser consultado por profissional da saúde acompanhado de alunos (QCI14 e QCD13).

Entre as duas variáveis (Confiança na recuperação e Atendimento com alunos) também aparecem correlações positivas e significativas, mesmo que fracas, de onde se poderia especular que quanto maior a aceitação do fato de ser atendido por profissional da saúde junto com alunos maior é a confiança que o paciente tem na sua própria recuperação.

Finalmente, observa-se que há correlação positiva e significativa entre o fator 1 (Consulta de revisão) e as variáveis relativas à confiança na recuperação e atendimento com alunos, mas apenas para o desempenho. Isto é visto como um fator positivo, uma vez que aponta para o fato de que pode-se especular que o desempenho do profissional da saúde pode estar influenciando positivamente a confiança na recuperação e a aceitação da presença do aluno na hora da consulta.

**Tabela 47 – Índice de correlação entre as principais variáveis da fase “C”**

	Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Fator1CI Consulta de revisão									
2	Fator1CD Consulta de revisão	,143								
3	Fator2CI Recepção e sala de espera	,239**	,016							
4	Fator2CD Recepção e sala de espera	,017	,615**	-,007						
5	Idade	-,210*	-,104	-,058	-,029					
6	Número consultas Amce	-,057	-,011	,016	,004	,172*				
7	QCI13 Confiança recuperação	,161	,378**	,063	,168	-,196*	-,238**			
8	QCI14 Atendimento c/ alunos	,000	,217**	-,008	,219*	-,041	-,091	,350**		
9	QCD12 Confiança recuperação	,152	,339**	,042	,125	-,202*	-,220*	,942**	,300**	
10	QCD13 Atendimento c/ alunos	-,063	,296**	-,071	,226**	,007	-,025	,324**	,867**	,354**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Notas: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01

I = Importância; D = Desempenho

Na tabela 48 encontra-se a análise descritiva contendo valor mínimo, valor máximo, média e desvio padrão de cada construto da fase “C”.

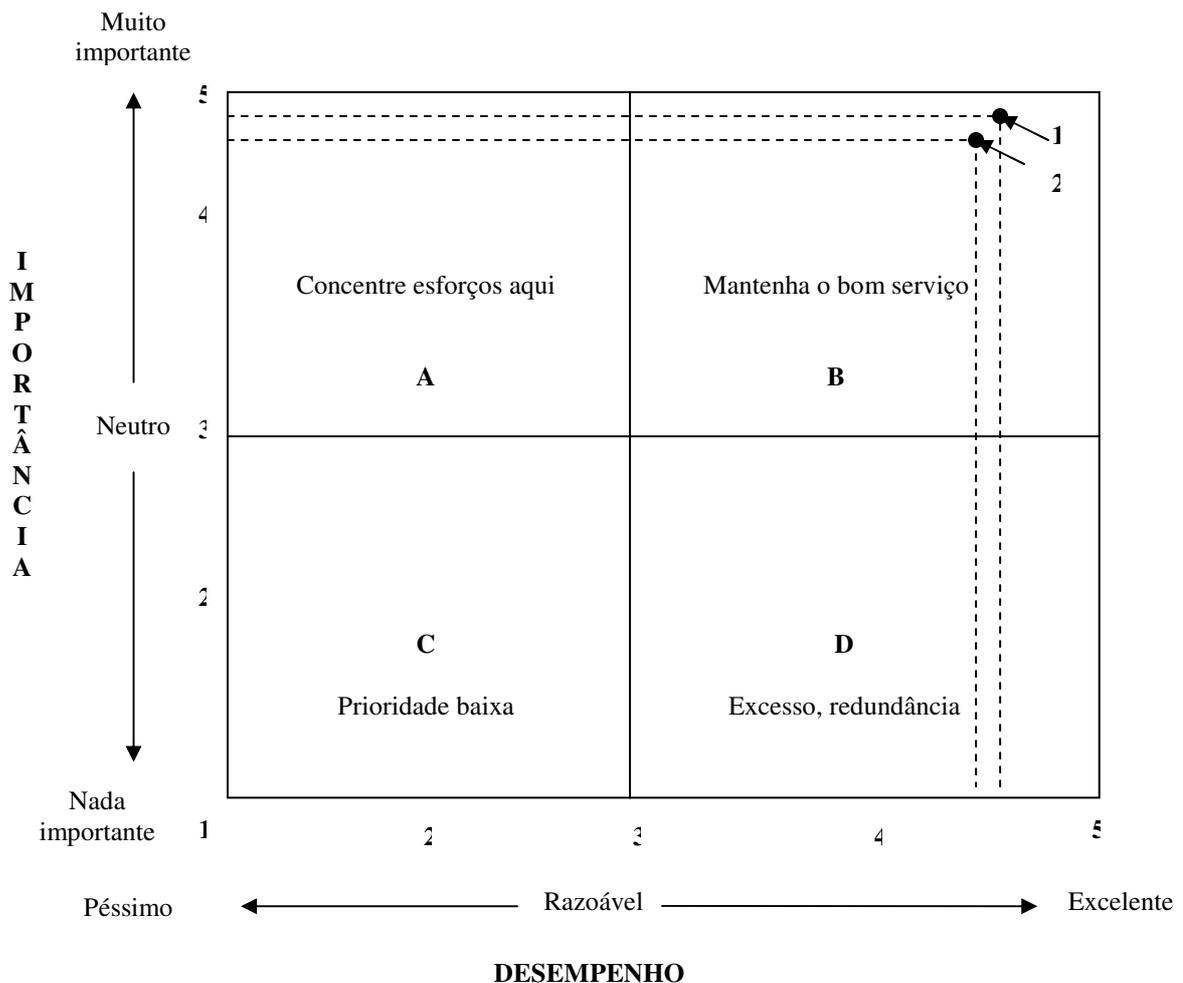
**Tabela 48 – Estatística descritiva para os fatores da fase “C”**

Construtos/fatores	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator1CI: <i>Atendimento na revisão da consulta do exame pelo profissional de saúde</i>	134	3,67	5,00	4,8221	0,22593
Fator1CD: <i>Atendimento na revisão da consulta do exame pelo profissional de saúde</i>	135	2,50	5,00	4,5704	0,44817
Fator2CI: <i>Recepção e sala de espera</i>	135	3,33	5,00	4,6049	0,37365
Fator2CD: <i>Recepção e sala de espera</i>	133	2,67	5,00	4,3634	0,52778
Valid N (listwise)	132				

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância D= Desempenho.

A figura 7 demonstra a matriz de importância *versus* desempenho referente à fase “C”, levando-se em consideração, para sua elaboração, as médias obtidas em cada fator, demonstradas na tabela 48.



**Figura 7: Matriz importância e desempenho na fase “C”**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

No posicionamento das médias dos construtos (fatores 1 e 2) da fase “C” na matriz de importância *versus* desempenho (figura 7), os dois pontos ficaram no quadrante superior direito (quadrante B), onde a decisão gerencial sugere “mantenha o bom serviço”, fenômeno semelhante ao ocorrido com os quatro construtos na fase “A” e com os dois construtos da fase “B”. Novamente, buscou-se aprofundar a análise com o intuito de descobrir alguma diferença significativa entre as médias de importância e de desempenho para os dois fatores. Os testes para diferenças entre as médias encontram-se na tabela 49.

A exemplo do que aconteceu na fase “C”, percebe-se significativa diferença entre importância e desempenho, confirmada pela análise (teste t), para os dois fatores. Há também significativa diferença entre as importâncias dos fatores e entre os desempenhos dos fatores, indicando que para os pacientes o fator 1 (Realização da consulta de revisão), o motivo pelo qual o paciente procura atendimento, é mais importante que o fator 2 (Recepção e sala de espera), um serviço considerado como complemento.

**Tabela 49 – Testes de médias para os dois fatores da fase “C”**

Construtos/fatores	Média 1	Média 2	Casos válidos	t	Sig.
Fator1CI x Fator1CD	4,8221	4,5684	134	6,209	0,000**
Fator2CI x Fator2CD	4,5990	4,3634	133	4,190	0,000**
Fator1CI x Fator2CI	4,8221	4,6070	134	6,416	0,000**
Fator1CI x Fator2CD	4,5664	4,3634	133	5,390	0,000**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância D= Desempenho.

#### 4.2 COMPARAÇÃO ENTRE AS FASES “A”, “B” e “C”

Nesta seção procura-se analisar os aspectos relevantes nas três fases, comparando-os entre si. Os primeiros fatores de cada fase, relacionados com o atendimento do profissional de saúde (Fator1AI, Fator1BI, Fator1CI, Fator1AD, Fator1BD e Fator1CD), e os segundos fatores (Fator2AI, Fator2BI, Fator2CI, Fator2AD, Fator2BD e Fator2CD), relacionados com sala de espera e/ou recepção, foram escolhidos para serem comparados pois são os únicos que se repetem nas três fases.

#### 4.2.1 Médias de fatores relacionados ao atendimento do profissional de saúde

Na tabela 50 encontra-se a análise descritiva contendo valor mínimo, valor máximo, média e o desvio padrão do fator 1 de cada fase com relação à importância.

**Tabela 50 – Estatística descritiva - Fator 1 Importância: presença do profissional de saúde nas fases “A”, “B” e “C”**

Construtos/fatores – Importância	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator1AI: <i>Atendimento do profissional de saúde</i>	160	3,71	5,00	4,8205	0,31570
Fator1BI: <i>Preparação e realização do exame-importância</i>	141	4,00	5,00	4,8333	0,27086
Fator1CI: <i>Atendimento na revisão da consulta do exame pelo profissional de saúde</i>	134	3,67	5,00	4,8221	0,22593

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância.

Os testes das médias do fator 1 de cada fase são apresentados na tabela 51, onde se observa que não há diferença significativa entre elas. Isto indica que os construtos relativos ao envolvimento do paciente com o profissional da saúde foi avaliado, em termos de importância, com a mesma intensidade nas três fases.

**Tabela 51 – Testes de médias para o Fator 1 importância: presença do profissional de saúde entre as três fases**

Construtos/fatores	Média 1	n1	Média 2	n2	t	Sig.
Fator1AI x Fator1BI	4,8205	160	4,8333	141	0,379	0,705
Fator1AI x Fator1CI	4,8205	160	4,8221	134	0,050	0,960
Fator1BI x Fator1CI	4,8333	141	4,8221	134	0,373	0,709

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância.

Na tabela 52 encontra-se a análise descritiva contendo valor mínimo, valor máximo, média e desvio padrão do fator 1 de cada fase com relação ao desempenho.

**Tabela 52 – Estatística descritiva - Fator 1 Desempenho: presença do profissional de saúde nas fases “A”, “B” e “C”**

Construtos/fatores – Desempenho	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator1AD: <i>Atendimento do profissional de saúde</i>	151	2,86	5,00	4,4721	0,49404
Fator 1BD: <i>Preparação e realização do exame-desempenho</i>	140	3,00	5,00	4,5795	0,45608
Fator1CD: <i>Atendimento na revisão da consulta do exame pelo profissional de saúde</i>	135	2,50	5,00	4,5704	0,44817

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: D = Desempenho.

Nos testes das médias do fator 1 (presença do profissional de saúde), com relação ao desempenho, também não se observa significância estatística nas diferenças entre elas ao nível de significância 0,05 (tabela 53). A exemplo do que ocorreu com a importância, conclui-se que o desempenho dos profissionais da saúde foi avaliado com a mesma intensidade nas três fases. Este fato é curioso, uma vez que os profissionais envolvidos nas diferentes fases não necessariamente são os mesmos.

**Tabela 53 – Testes de médias para o Fator 1 *desempenho*: presença do profissional de saúde entre as três fases**

Construtos/fatores	Média 1	n1	Média 2	n2	t	Sig.
Fator1AD x Fator1BD	4,4721	151	4,5795	140	1,928	0,055
Fator1AD x Fator1CD	4,4721	151	4,5704	135	1,764	0,079
Fator1BD x Fator1CD	4,5795	140	4,5704	135	0,167	0,868

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: D = Desempenho.

#### 4.2.2 Médias de fatores relacionados à sala de espera e/ou recepção

Na tabela 54 encontra-se a análise descritiva contendo valores mínimo, máximo, médias e desvios padrões do fator 2 (recepção e sala de espera) de cada fase, com relação à importância. Na tabela 55 estão os testes das médias (importância) dos três fatores.

**Tabela 54 – Estatística descritiva - Fator 2 *Importância*: recepção e sala de espera nas três fases**

Construtos/fatores – Importância	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fator2AI: <i>Sala de espera para consulta</i>	157	3,40	5,00	4,7083	0,39255
Fator2BI: <i>Recepção sala de espera</i>	134	3,50	5,00	4,6493	0,35238
Fator2CI: <i>Recepção e sala de espera</i>	135	3,33	5,00	4,6049	0,37365

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância.

**Tabela 55 – Testes de médias para o Fator 2 *Importância* recepção e sala de espera entre as três fases**

Construtos/fatores	Média 1	n1	Média 2	n2	T	Sig.
Fator2AI x Fator2BI	4,7083	157	4,6493	134	1,351	0,178
Fator2AI x Fator2CI	4,7083	157	4,6049	135	2,303	0,022*
Fator2BI x Fator2CI	4,6493	134	4,6049	135	1,003	0,317

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Notas: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01

I = Importância.

Observa-se que há diferença significativa para as médias de importância apenas entre o fator 2 da fase “A” e o fator 2 da fase “C”. Como o valor da importância é menor na fase “C”, poder-se-ia inferir que naquele momento o paciente pode estar com sua atenção voltada mais para saber o resultado do exame, e por consequência saber como está sua saúde, do que para aspectos complementares como a sala de espera.

Na tabelas 56 e 57 encontram-se a análise descritiva, contendo valor mínimo, valor máximo, média e desvio padrão, e o resultado dos testes para as médias com relação ao desempenho dos fatores de número 2 (recepção e sala de espera) de cada uma das três fases (“A”, “B” e “C”).

**Tabela 56 – Estatística descritiva - Fatores *recepção e sala de espera (desempenho)* nas fases “A”, “B” e “C”**

<b>Construtos/fatores – Desempenho</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Fator2AD: <i>Sala de espera para consulta</i>	149	2,20	5,00	4,3705	0,51851
Fator2BD: <i>Recepção sala de espera</i>	131	2,83	5,00	4,4580	0,48009
Fator2CD: <i>Recepção e sala de espera</i>	133	2,67	5,00	4,3634	0,52778

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: D = Desempenho.

**Tabela 57 – Testes de médias para o Fator 2 *Desempenho* recepção e sala de espera entre as três fases**

<b>Construtos/fatores</b>	<b>Média 1</b>	<b>n1</b>	<b>Média 2</b>	<b>n2</b>	<b>t</b>	<b>Sig.</b>
Fator2AD x Fator2BD	4,3705	149	4,4580	131	1,466	0,144
Fator2AD x Fator2CD	4,3705	149	4,3634	133	0,114	0,910
Fator2BD x Fator2CD	4,4580	131	4,3634	133	1,524	0,129

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: D = Desempenho.

Pode-se afirmar que nas três fases há uma percepção homogênea por parte dos pacientes com relação a recepção e sala de espera. De uma forma geral, pode-se concluir que os esforços nas três fases de atendimento do Amce são proporcionais no sentido de acolher e recepcionar os pacientes. Mesmo apresentando valores altos de desempenho, isto não significa que não há oportunidade de melhoria neste aspecto, pois os valores relativos à importância foram maiores do que os de desempenho.

### 4.2.3 Médias de questões individuais

Algumas questões isoladas foram incluídas nas três fases da pesquisa, para as quais foram feitas algumas análises no intuito de observar seu comportamento dentro da própria fase e entre as fases do atendimento no Amce. No questionário sobre importância, considera-se que a resposta foi obtida antes do atendimento, e no questionário sobre desempenho a opinião do respondente foi coletada após o atendimento.

#### 4.2.3.1 Confiança na recuperação

As questões QAI28, QAD27, QBI17, QBD16, QCI13 e QCD12 (anexos A, B, C, D, E e F) foram construídas para indagar o quanto confiante o paciente está a respeito da sua própria recuperação. As médias das respostas nas três fases (A, B e C) e o resultado da comparação entre elas (antes e depois do atendimento) encontram-se na tabela 58.

**Tabela 58 – Quanto confiante você está na sua recuperação – comparação dentro das fases**

Construtos/fatores	Média 1	Média 2	Casos válidos	t	Sig.
QAI28 x QAD27	2,71	2,72	155	-0,257	0,797
QBI17 x QBD16	2,72	2,70	138	1,000	0,319
QCI13 x QCD12	2,55	2,56	134	-0,446	0,656

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância; D = Desempenho.

Observa-se na tabela 58 que, dentro da mesma fase, entre o antes e o depois do atendimento, não há variância significativa na média da percepção sobre a sua própria recuperação.

**Tabela 59 – Quanto confiante você está na sua recuperação – comparação entre as fases**

Construtos/fatores	Média 1	n1	Média 2	n2	t	Sig.
QAI28 x QBI17	2,71	158	2,72	138	0,186	0,852
QAI28 x QCI13	2,71	158	2,55	134	2,591	0,010**
QBI17 x QCI13	2,72	138	2,55	134	2,723	0,007**
QAD27 x QBD16	2,72	158	2,70	138	0,372	0,710
QAD27 x QCD12	2,72	158	2,56	134	2,63	0,009**
QBD16 x QCD12	2,70	138	2,56	134	2,229	0,026*

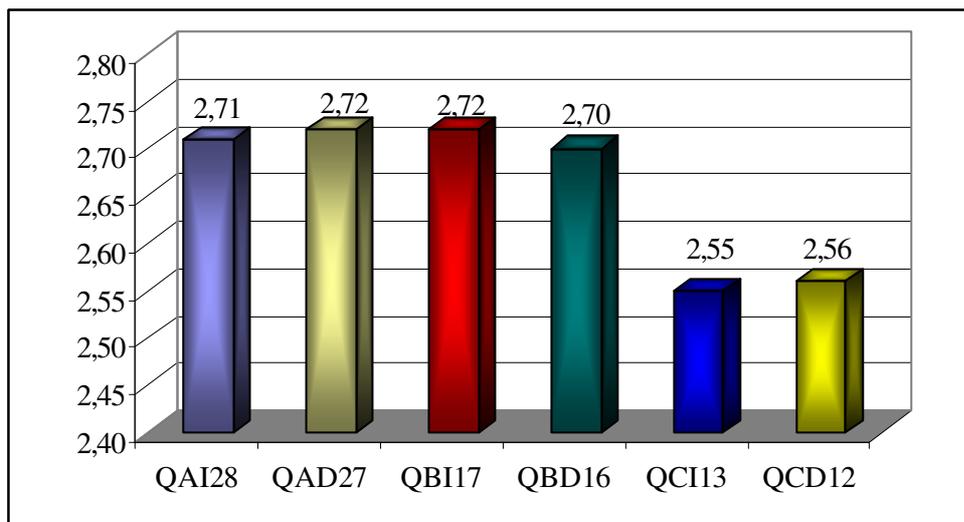
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância; D = Desempenho.

A comparação das médias de confiança na própria recuperação, entre uma fase e outra, está representada na tabela 59. Observa-se que, entre as fases “A” e “B”, não há variância significativa nas médias (nem antes nem depois). Todavia, entre as fases “A” e “C” e as fases “B” e “C”, há significativa alteração nas médias das respostas quanto à confiança na recuperação.

O fato está ilustrado na figura 8, no qual é possível perceber visualmente a queda da confiança na recuperação na terceira fase do atendimento, que é quando o paciente volta a fazer uma consulta de revisão e o médico entrega o resultado do exame feito na fase “B”.

Uma das possíveis causas da queda na confiança do paciente sobre a sua própria recuperação reside na constatação do diagnóstico (fase “B”) que, na maioria das vezes, confirma as suspeitas iniciais de algum problema existente em sua saúde. Assim, conforme o paciente vai passando pelas fases de seu atendimento, sua confiança na recuperação vai sendo influenciada.



**Figura 8: Quanto confiante você está na sua recuperação**

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância; D = Desempenho.

#### 4.2.3.2 Atendimento médico em conjunto com alunos

As questões QAI29, QAD28, QBI18, QBD17, QCI14 e QCD13 (anexos A, B, C, D, E e F) foram construídas para indagar ao paciente sua opinião quanto ao fato de ser atendido por um profissional de saúde junto com alunos. As médias das respostas nas três fases (A, B e

C) e o resultado da comparação entre elas (antes e depois do atendimento) encontram-se na tabela 60. Observa-se que, dentro da mesma fase, não há variância significativa na média entre o antes de realizar o atendimento (questionário de importância) e o depois (questionário de desempenho).

**Tabela 60 – O que você acha de ser atendido por profissional de saúde junto com alunos – comparação dentro das fases**

Construtos/fatores	Média 1	Média 2	Casos válidos	t	Sig.
QAI29 x QAD28	2,47	2,49	155	-0,599	0,550
QBI18 x QBD17	2,41	2,41	138	0,000	1,000
QCI14 x QCD13	2,51	2,48	134	1,000	0,319

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância; D = Desempenho.

A comparação das médias, entre as fases, da opinião dos respondentes sobre serem atendidos pelo médico junto com alunos encontra-se na tabela 61, envolvendo o antes e o depois do atendimento.

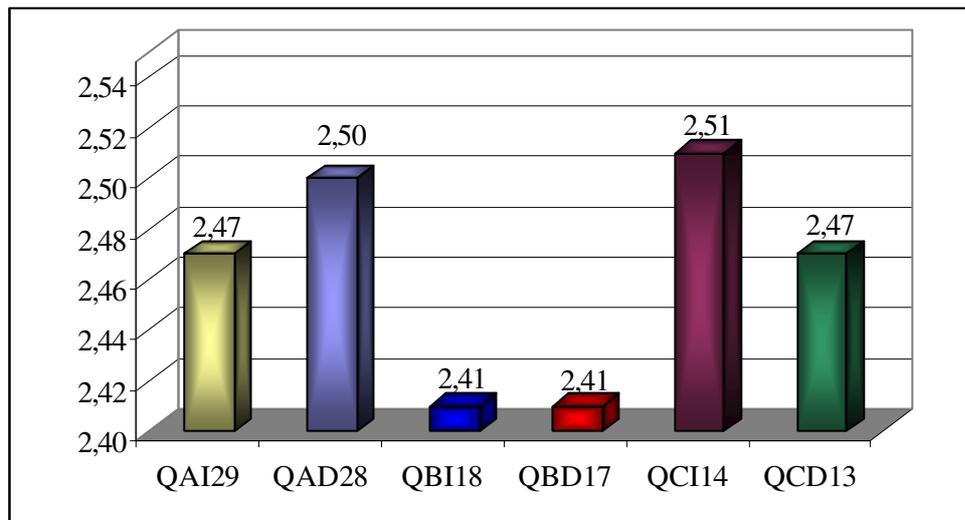
**Tabela 61 – O que você acha de ser atendido por profissional de saúde junto com alunos – comparação entre as fases**

Construtos/fatores	Média 1	n1	Média 2	n2	t	Sig.
QAI29 x QBI18	2,47	158	2,41	138	0,800	0,424
QAI29 x QCI14	2,47	158	2,51	134	0,515	0,606
QBI18 x QCI14	2,41	138	2,51	134	1,286	0,199
QAD28 x QBD17	2,50	158	2,41	138	1,175	0,241
QAD28 x QCD13	2,50	158	2,47	135	0,380	0,704
QBD17 x QCD13	2,41	138	2,47	135	0,735	0,464

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância; D = Desempenho.

As médias da tabela 61 estão plotadas no gráfico da figura 9, que mostra o comportamento entre uma fase e outra, antes e depois do atendimento.



**Figura 9: Ser atendido junto com alunos**

*Fonte:* Elaboração própria a partir dos dados coletados.

Nota: I = Importância; D = Desempenho.

Os testes das médias mostrados na tabela 61 mostram que não há diferença nas percepções dos pacientes entre uma fase e outra, mesmo que a figura 9.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada trouxe contribuições importantes para o processo de discussão de melhorias no serviço do Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul. Foi possível incrementar discussões sobre melhorias no atendimento, nas três fases pesquisadas: “A”, “B” e “C”, discussões sobre investimentos em treinamentos de profissionais, e investimentos em estrutura de acolhimento, de informações aos pacientes, na comissão de humanização do atendimento, a fim de prestar sempre um atendimento humanizado e qualificado. Obtém-se, assim, uma maior confiabilidade do paciente e um cenário de aprendizagem de excelência, como se preconiza em atendimentos de saúde, ligados a um complexo denominado hospital-escola.

As avaliações realizadas sobre a variável importância foram relevantes, tendo em sua avaliação uma significativa diferença entre suas médias de importância e o desempenho, restando, assim, ao Ambulatório Central, um espaço para melhorar os serviços prestados na área da saúde, no acolhimento, recepção, estadia e eficiência do serviço em todo seu processo e estrutura perante as confirmações dos testes realizados em todos os fatores. Há diferença entre o que os pacientes dão importância e o que eles percebem como desempenho do serviço prestado pelo Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul.

Os atributos foram identificados em pesquisas bibliográficas, entrevistas com pacientes e profissionais da área da saúde, entre eles gestores, médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem, ficando evidenciada a necessidade e a relevância de cada uma das variáveis.

Todos os fatores tiveram avaliações altas para *importância*, sendo que as variáveis ligadas à presença do profissional de saúde foram as melhor avaliadas. Medir o grau de qualidade percebida (desempenho) nessas variáveis (AD, BD e CD), por pacientes atendidos no Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul, é importante pois auxilia no processo de tomada de decisão na instituição.

As variáveis de desempenho foram avaliadas pelos pacientes do Amce, resultando dessa análise índices elevados, podendo-se inferir que o serviço prestado pelo Ambulatório Central apresenta-se com alto desempenho. Também dentro dessa análise, foi possível identificar que a qualidade percebida depende muito da qualidade esperada, que envolve experiências anteriores em outros centros de saúde.

Na observação do alto grau de avaliação dos serviços prestados pelo Ambulatório Central, deve-se salientar que esse serviço faz parte do Hospital-Escola da Universidade de Caxias do Sul (UCS). Esse serviço tem como parte de sua missão criar cenários para a prática dos cursos da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição). Esses cursos têm um elevado grau de exigências e parâmetros de avaliação pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). A exigência por um grau elevado de qualidade também se dá pela presença dos alunos dos cursos da área da saúde e comunidade universitária, que se faz presente dentro do campus da Universidade, onde se localiza o Ambulatório Central (Amce).

Como o paciente do SUS passa por outros serviços, prestados diretamente pelo Estado, sabe-se que, pela situação vivenciada atualmente pela saúde pública no Brasil e pelo baixo investimento na área, os serviços têm uma qualidade inferior, mesmo sabendo que a cidade de Caxias do Sul, se comparada com outros municípios, tem um serviço superior. No entanto, os pacientes ficam com parâmetro mais baixo para sua percepção da qualidade.

O Ambulatório Central desenvolve serviços à Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul, e dá suporte aos cursos da área da saúde, como, por exemplo: Medicina, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Serviço Social, disponibilizados pela Universidade. Salienta-se que tal comparativo poderá ser objeto de trabalhos futuros, realizados nas duas instituições paralelamente.

Na aplicação da matriz importância *versus* desempenho, notou-se a alta avaliação das médias dos construtos e pouca variabilidade entre as avaliações das variáveis importância e desempenho, ficando assim todas as médias posicionadas no quadrante superior direito (quadrante B), que recomenda, segundo o modelo da matriz de Martilla e James (1977), a manutenção do bom serviço. Pelo conhecimento da complexidade dos serviços de saúde, não é recomendável a avaliação de um serviço, somente pelo ponto de vista do paciente. Nesse caso, também são necessárias outras avaliações, principalmente pela área técnica da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e serviço social).

Na comparação dos construtos na mesma fase notou-se significantes variações entre as variáveis importância e desempenho, ficando uma boa margem para uma avaliação mais técnica sobre esses construtos, para uma possível melhora em seu desempenho e comprovando a maior avaliação da importância dos construtos, que, na sua composição, tinha a presença do profissional de saúde.

## 5.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Na análise realizada, posicionando as médias dos construtos na matriz importância *versus* desempenho, notou-se uma baixa variabilidade entre as variáveis e um alto índice na avaliação (médias acima de 4). Assim, a aplicação dos preceitos da matriz de Martilla e James (1977) ficou limitada, pelo menos na sua interpretação visual. A pesquisa ficou limitada à percepção exclusivamente de um serviço, sem comparação com outros serviços ambulatoriais. Mas, como no momento não era esse o foco da pesquisa, optou-se por realizar a pesquisa somente no Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul.

Outra limitação encontrada foi quanto à avaliação dos serviços, sob o ponto de vista do paciente, sabendo-se também que a definição das variáveis de importância e desempenho de um serviço em saúde deve passar pela avaliação da equipe técnica, considerando-se que existe relevância em cada construto para um melhor tratamento e diagnóstico de um paciente vinculado a um ambulatório secundário em saúde.

Os questionários foram aplicados a pacientes em fases diferentes, ficando para uma próxima pesquisa acompanhar o mesmo paciente nas três fases. Outra limitação deveu-se também à baixa variabilidade das respostas na escala utilizada de 1 a 5.

## 5.2 DESENVOLVIMENTO DE FUTURAS PESQUISAS

Muitas são as possibilidades para pesquisas futuras. Como aprofundamento, sugerem-se correlações entre construtos e substratos, para ver profundamente a relevância entre os mesmos. Na questão da comparação da análise, na matriz importância *versus* desempenho, poderá haver a possibilidade da comparação entre os serviços oferecidos pelo Ambulatório Central da Universidade de Caxias do Sul e por outro ambulatório de atendimento secundário em saúde de Caxias do Sul, ou seja, Centro Especializado em Saúde (CES), serviço realizado pela própria Secretaria Municipal da Saúde.

Existe também a possibilidade de um estudo mais aprofundado sobre a qualidade esperada e experimentada por parte da equipe técnica da área da saúde a longo prazo. Poderá ser desenvolvida pesquisa em outras fases do serviço do Ambulatório Central, como serviço

do Bloco Cirúrgico, Setor de Vacinas, Serviço de Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Fisioterapia. Também poderá ser feita uma pesquisa, com igual relevância, sobre a visão dos profissionais que desempenham suas funções em um ambulatório secundário em saúde, tais como: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e técnicos da área da saúde. Com esse trabalho, abrem-se também muitas possibilidades de artigos, tanto ligados à qualidade dos serviços quanto à própria área técnica em saúde.

O objetivo geral do trabalho foi alcançado, pois se percebeu uma excelente avaliação de importância *versus* desempenho dos serviços prestados pelo Amce. Assim, corroborando a necessidade de sua existência em termos de importância sob ponto de vista do paciente, cabendo assim uma maior avaliação técnica de cada um dos resultados, a qual está prevista para acontecer no início do ano de 2009 pelo corpo técnico do Amce, afim de determinar as necessidades mais prementes de melhoria

Além disso, o objetivo geral da pesquisa foi alcançado, avaliou-se a importância e qualidade dos serviços do Amce, em que pode-se sugerir investimentos para melhorias dos serviços com devida comprovação da equipe e de acordo com inferências e constatações da equipe técnica da área da saúde.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). **Serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2008.

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos serviços**. São Paulo: Pioneira, 1998.

\_\_\_\_\_. **A única coisa que importa**: trazendo o poder do cliente para o centro de sua empresa. 6. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.

ALBUQUERQUE, Carlos César de. Estruturas de atendimento à saúde. In: REPETTO, Enrico (Org.). **O guia da medicina**: da formação acadêmica à prática profissional. Porto Alegre: Artmed, 1998.

AMBULATÓRIO CENTRAL DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL (Amce). **Dados gerais**. Disponível em: <<http://www.ucs.br/ucs/ambulatorio/capa/apresentacao>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

BARCELLOS, Paulo F. P. Estratégia empresarial. In: SHIMIDT, Paulo. **Controladoria agregando valor para empresa**. Porto Alegre: Bookmann, 2002.

BERRY, Leonard L. **Descobrimo a essência do serviço**: os novos geradores de sucesso sustentável nos negócios. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

BICKLEY, Lynn S.; HOEKELMAN, Robert A. **Propedêutica médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

CHURCHILL Júnior, Gilbert A.; PETER, J. Paul. **Marketing**: criando valor para os clientes. São Paulo: Saraiva, 2005.

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

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality insurance in health case*. New York: Oxfords University Press, 2002.

EASTERBY-SMITH, Mark; THORPE, Richard; LOWE, Andy. **Pesquisa gerencial em administração: um guia para monografias, dissertações, pesquisas internas e trabalhos em consultoria**. São Paulo: Pioneira, 1999.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde**. XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, Brasil, 9 a 11 de outubro de 2006 – ENEGEP 2006 ABEPRO 1 (UFSC). Disponível em: <<http://www.abepro.org.br/biblioteca.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2008.

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

FRANCO, Selma Cristina; CAMPOS Gastão Wagner de Sousa. **Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0126.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

GARVIN, David A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GATTINARA, B. C. et al. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 11, nº3. julho-setembro, 1995.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HAIR JUNIOR, Joseph F; BABIN, Barry; MONEY, Arthur H.; SAMOUEL, Phillip. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOFFMAN, K. Douglas; BATESON, John E. G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Thomson, 2003.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de marketing**. Rio de Janeiro: PHB, 2003.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEMME, Antonio C.; NORONHA, Gerson; RESENDE, José B. A satisfação do usuário em um hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, São Paulo 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n1/09.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. FUCHS, Milton; ALMEIDA, Arthur de; OGUISSO, Taka. **Plano de Reformulação da Assistência Ambulatorial do Instituto Nacional de Previdência Social na Cidade de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.scielo>>. Acesso em: 17 jan. 2008.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARTILLA, John A.; JAMES, John C. Importance-performance analysis. **Journal of Marketing**, jan, p-77-79, 1977.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 1999.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Inovação gerencial em serviços públicos de saúde e cidadania**. Série B. 2002. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao\\_gerencial.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_gerencial.pdf) 219 07 08>. Acesso em: 19 jul. 2008.

MEZOMO, Iracema F. de Barros. **Os serviços de alimentação: planejamento e administração**. 5. ed. atual. e rev. Barueri, SP: Manole, 2002.

MILAN, Gabriel Sperandio; TREZ, Guilherme. **Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde**. *Revista de Administração de Empresas-eletrônica*, v. 4, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm>>. Acesso em: 6 jun. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass)**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

NUTO, S. S.; NATIONS, M. K., Avaliação qualitativa dos serviços como processo de construção de cidadania. **Ação Coletiva**, v. 18, n° 6, novembro-dezembro, 1999.

PIFFER, Thales Rogério de Oliveira; SILVA, Márcia Terra da. **Sistemas de qualidade para organizações governamentais de saúde**. Disponível em: <<http://www.pro.poli.usp.br/graduacao/atividades-academicas.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

SANTOS, Fabiane R. dos; LIMA, Simone A., ELIAS Fernanda Christina de A., MAGACHO, Edson, OLIVEIRA, Lúcia A. de, FERNANDES Natália, CARMO Wander B. do, ABRITA, Rodrigo R., BASTOS, Marcus G. **Satisfação do paciente com o atendimento interdisciplinar num ambulatório de prevenção da doença renal crônica**. *J Bras Nefrol*; 30 (2):151-6 Disponível em: <<http://www.jbn.org.br/.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2008.

SEMENIK, Richard J.; BAMOSSY, Gary J. **Princípios de marketing: uma perspectiva global**. São Paulo: Makron Books, 1995.

SLACK, Nigel. **Vantagem competitiva em manufatura: atingindo competitividade nas operações industriais**. São Paulo: Atlas, 1993.

SLACK, Nigel; CHAMBERS, Stuart; JOHNSTON, Robert. **Administração da produção**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

URDAN, André Torres. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 4, 2001. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/rae/index.cfm>>. Acesso em: 5 jun. 2007.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER, Mary Jo. **Marketing de serviços: a empresa em foco no cliente**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

WEISS, L.G. *Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors*. **Med.Care**, v. 26, n° 4, 1988.

## **ANEXOS**

**Anexo A – Fase A – Importância – Recepção e Atendimento Clínico**

**Anexo B – Fase A – Desempenho – Recepção e Atendimento Clínico**

**Anexo C – Fase B – Importância – Exame**

**Anexo D – Fase B – Desempenho – Exame**

**Anexo E – Fase C – Importância – Resultado do Exame e Revisão**

**Anexo F – Fase C – Desempenho – Resultado do Exame e Revisão**

## ANEXO A

### A – IMPORTÂNCIA – RECEPÇÃO E ATENDIMENTO CLÍNICO

Você está participando de uma pesquisa para saber sua opinião sobre os serviços prestados pelo Ambulatório Central da UCS e assim poder melhorar os atendimentos prestados à comunidade. Salientamos que as informações prestadas são consideradas sigilosas, e seu nome não será revelado. Dessa maneira, agradecemos sua valiosa participação nesta pesquisa, assim como o tempo e a atenção dedicados a responder o presente questionário.

Responda o quanto é importante para você cada um dos itens abaixo, dando uma nota de 1 a 5, assinalando com um X na escala, à direita, onde os números significam: **1-Nada importante; 2-Pouco importante; 3-Neutro; 4-Importante; 5-Muito importante.**

Caso você considera que a pergunta não se aplica ao seu caso, marque a coluna NA.

	Nada importante			Muito importante				
	←	1	2	3	4	5	→	NA
Acesso ao Ambulatório Central								
1								
2								
3								
4								
5								
6								
Recepção								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
Sala de espera para consulta								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

Continua atrás da página →



## ANEXO B

### A – DESEMPENHO – RECEPÇÃO E ATENDIMENTO CLÍNICO

Você está participando de uma pesquisa para saber sua opinião sobre serviços prestados pelo Ambulatório Central da UCS e assim poder melhorar os atendimentos prestados à comunidade. Salientamos que as informações prestadas são consideradas sigilosas, e seu nome não será revelado. Dessa maneira, agradecemos sua valiosa participação nesta pesquisa, assim como o tempo e a atenção dedicados a responder o presente questionário, o qual deve ser preenchido e devolvido na recepção, no posto de coleta (na urna).

Agora, depois que você foi atendido(a) pelo médico e por outros profissionais, gostaríamos de saber qual sua opinião sobre o Ambulatório Central. Responda o que você acha de cada um dos itens listados abaixo, dando nota de 1 a 5, assinalando com um X na escala à direita, onde os números significam:

**1–Péssimo; 2–Ruim; 3–Razoável; 4–Bom; 5–Excelente.**

Se você considera que a pergunta não se aplica ao seu caso, marque a coluna NA.

		Péssimo ←      → Excelente					
	Acesso ao Ambulatório Central	1	2	3	4	5	NA
1	Localização da parada de ônibus ou estacionamento						
2	Indicações para encontrar o Ambulatório Central						
3	Instalações (bancos, abrigo) para espera fora do Ambulatório Central						
4	Organização das filas ANTES de entrar						
5	Orientação e informações dadas pelo vigilante ANTES de entrar						
6	Educação, respeito e interesse do vigilante						
<b>Recepção</b>							
7	Tempo de espera na fila para ser atendido na recepção						
8	A televisão na recepção enquanto esperou para ser atendido						
9	Conforto na fila de espera: temperatura, ventilação e iluminação						
10	Cortesia, educação, respeito e interesse das recepcionistas						
11	A rapidez no atendimento						
12	A clareza das informações						
<b>Sala de espera para consulta</b>							
13	As indicações para encontrar a sala de espera						
14	A televisão na sala de espera						
15	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação						
16	Acomodações da sala de espera (cadeiras)						

Continua atrás da página →

		Péssimo ←		→ Excelente			
		1	2	3	4	5	NA
17	A limpeza da sala de espera						
18	Limpeza dos banheiros						
19	Clareza e volume da voz quando chamado para ser atendido						
Sala de atendimento							
20	Recepção na sala de atendimento pelos profissionais						
21	A comunicação do médico ou profissional (palavrado e clareza)						
22	Explicação sobre os exames a fazer e/ou remédios a tomar						
23	Clareza nas informações dadas pelo profissional sobre seu estado de saúde						
24	Tempo dedicado pelo profissional para o seu atendimento						
25	Confiança no médico						
26	Instalações do consultório médico (cadeiras, iluminação, limpeza)						

27- Quanto confiante você está na sua recuperação?

( ) 1-Nada confiante      ( ) 2-Mais ou menos      ( ) 3-Muito confiante

28- O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos?

( ) 1-Não achei bom      ( ) 2-Não me importei      ( ) 3-Foi uma boa idéia

29- O que você acha do tempo total que você ficou dentro do Ambulatório Central?

( ) 1-Demorou muito      ( ) 2-Mais ou menos      ( ) 3-Não demorou

30- Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa?

( ) 1-Não      ( ) 2-Talvez      ( ) 3-Sim

31- Você teria algum comentário ou sugestão a fazer sobre o Ambulatório Central?

---



---



---



---



---



---



---

## ANEXO C

### B – IMPORTÂNCIA – EXAME

Você está participando de uma pesquisa para saber sua opinião sobre os serviços prestados pelo Ambulatório Central da UCS e assim poder melhorar os atendimentos prestados à comunidade. Salientamos que as informações prestadas são consideradas sigilosas, e seu nome não será revelado. Dessa maneira, agradecemos a sua valiosa participação nesta pesquisa, assim como o tempo e a atenção dedicados a responder o presente questionário.

Responda o quanto é importante para você cada um dos itens abaixo, dando uma nota de 1 a 5, assinalando com um X na escala, à direita, onde os números significam:

**1-Nada importante; 2-Pouco importante; 3-Neutro; 4-Importante; 5-Muito importante.**

Caso você considera que a pergunta não se aplica ao seu caso, marque a coluna NA.

		Nada importante ← → Muito importante					
		1	2	3	4	5	NA
Recepção							
1	Espaço de tempo entre o dia em que o exame foi marcado e o dia da realização do exame (hoje)						
2	Orientações pré-exames e recomendações para preparação para o exame (como proceder com alimentação e medicamentos)						
3	Indicações para encontrar a sala de exames						
Sala de espera antes do exame							
4	A televisão na sala de espera						
5	Limpeza dos banheiros						
6	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação						
7	Clareza e volume da voz quando for chamado para fazer o exame						
Preparação para exame							
8	Recepção na sala de exames pelos profissionais						
9	Informações dadas pelo profissional sobre como o exame será feito e na preparação para fazer o exame						

Continua no verso



		Nada					Muito					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Realização do exame												N A
10	Comunicação do profissional ao fazer o exame (clareza, palavreado)											
11	Postura e tratamento do profissional ao fazer o exame (delicadeza, atenção e calma)											
12	Ter confiança no profissional que vai realizar o exame											
13	Limpeza e arrumação da sala do exame											
14	Espaço de tempo entre a chegada no Ambulatório Central e a realização do exame											
15	Fazer exames no mesmo ambulatório onde fez a consulta											

16 - Qual foi o meio de transporte que você utilizou para chegar aqui no Ambulatório Central?

- ( ) 1-Carro próprio ( ) 2-Ônibus ( ) 3-Ambulância ( ) 4-Van ou lotação  
 ( ) 5-A pé ( ) 6-Carona

17 - Quanto confiante você está na sua recuperação?

- ( ) 1-Nada confiante ( ) 2-Mais ou menos ( ) 3-Muito confiante

18 - O que você acha de ser atendido por médico junto com alunos?

- ( ) 1-Não acho bom ( ) 2-Não me importo ( ) 3-É uma boa idéia

19 - Você teria algum comentário ou sugestão a fazer sobre o Ambulatório Central?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## ANEXO D

### B – DESEMPENHO – EXAME

Você está participando de uma pesquisa para saber sua opinião sobre serviços prestados pelo Ambulatório Central da UCS e assim poder melhorar os atendimentos prestados à comunidade. Salientamos que as informações prestadas são consideradas sigilosas, e seu nome não será revelado. Dessa maneira, agradecemos a sua valiosa participação nesta pesquisa, assim como o tempo e a atenção dedicados a responder o presente questionário, o qual deve ser preenchido e devolvido na recepção, no posto de coleta (na urna).

Agora, depois que você realizou o exame, gostaríamos de saber qual sua opinião sobre o Ambulatório Central. Responda o que você acha de cada um dos itens listados abaixo, dando nota de 1 a 5, assinalando com um X na escala à direita, onde os números significam:

**1–Péssimo; 2–Ruim; 3–Razoável; 4–Bom; 5–Excelente.**

Se você considera que a pergunta não se aplica ao seu caso, marque a coluna NA.

		Péssimo ← → Excelente					N A
Recepção		1	2	3	4	5	
1	Espaço de tempo entre o dia em que o exame foi marcado e o dia da realização do exame (hoje)						
2	Orientações pré-exames e recomendações para preparação para o exame (como proceder com alimentação e medicamentos)						
3	Indicações para encontrar a sala de exames						
Sala de espera antes do exame							
4	A televisão na sala de espera						
5	Limpeza dos banheiros						
6	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação						
7	Clareza e volume da voz quando foi chamado para fazer o exame						
Preparação para exame							
8	Recepção na sala de exames pelos profissionais						
9	Informações dadas pelo profissional sobre como o exame seria feito e na preparação para fazer o exame						

Continua no verso →

Realização do exame		Péssimo ←      → Excelente					N A
		1	2	3	4	5	
10	Comunicação do profissional ao fazer o exame (clareza, palavreado)						
11	Postura e tratamento do profissional ao fazer o exame (delicadeza, atenção, calma)						
12	Confiança no profissional que realizou o exame						
13	Limpeza e arrumação da sala do exame						
14	Espaço de tempo entre a chegada no Ambulatório Central e a realização do exame						
15	Fazer exames no mesmo ambulatório onde fez a consulta						

16 - Quanto confiante você está na sua recuperação:

( ) 1-Nada confiante      ( ) 2-Mais ou menos      ( ) 3-Muito confiante

17 - O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos?

( ) 1-Não achei bom      ( ) 2-Não me importei      ( ) 3- Foi uma boa idéia

18 - O que você acha do tempo total que você ficou dentro do Ambulatório Central?

( ) 1-Demorou muito      ( ) 2-Mais ou menos      ( ) 3-Não demorou

19 - Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa?

( ) 1-Não      ( ) 2-Talvez      ( ) 3-Sim

20 - Você teria algum comentário ou sugestão a fazer sobre o Ambulatório Central?

---



---



---



---



---



---



---



---



---

**ANEXO E**

**C – IMPORTÂNCIA – RESULTADO DO EXAME E REVISÃO DA CONSULTA**

Você está participando de uma pesquisa para saber sua opinião sobre os serviços prestados pelo Ambulatório Central da UCS e assim poder melhorar os atendimentos prestados à comunidade. Salientamos que as informações prestadas são consideradas sigilosas, e seu nome não será revelado. Dessa maneira, agradecemos a sua valiosa participação nesta pesquisa, assim como o tempo e atenção dedicados a responder o presente questionário.

Responda o quanto é importante para você cada um dos itens abaixo, dando uma nota de 1 a 5, assinalando com um X na escala, à direita, onde os números significam:

**1-Nada importante; 2-Pouco importante; 3-Neutro; 4-Importante; 5-Muito importante.**

Caso você acha que a pergunta não se aplica ao seu caso, marque a coluna NA.

		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span>Nada importante</span> <span>Muito importante</span> </div>					N A
		1	2	3	4	5	
<b>Recepção e sala de espera</b>							
1	Pontualidade na entrega do exame						
2	Recebimento do resultado do exame junto com a consulta de revisão						
3	As indicações para encontrar a sala de espera						
4	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação						
5	Clareza e volume da voz quando chamado para ser atendido						
<b>Durante a revisão</b>							
6	Recepção na sala de atendimento pelos profissionais						
7	Médico usar palavras simples e claras para dar o resultado do exame						
8	Compreensão das alternativas do tratamento a ser proposto pelo médico						
9	Solução do seu problema de saúde						
10	Limpeza dos banheiros						
11	Ter feito consulta, exame e revisão (as três coisas) no Ambulatório Central						

Continua atrás da página

12 - Qual foi o meio de transporte que você utilizou para chegar aqui no Ambulatório Central?

- 1-Carro próprio     2-Ônibus     3-Ambulância     4-Van ou lotação  
 5-A pé                     6-Carona

13 - Quanto confiante você está na sua recuperação?

- 1-Nada confiante             2-Mais ou menos             3-Muito confiante

14 - O que você acha de ser atendido por médico junto com alunos?

- 1-Não acho bom             2-Não me importo             3-É uma boa idéia

15 - Você teria algum comentário ou sugestão a fazer sobre o Ambulatório Central?

---

---

---

---

---

---

---

---

## ANEXO F

### C – DESEMPENHO – RESULTADO DO EXAME E REVISÃO DA CONSULTA

Você está participando de uma pesquisa para saber sua opinião sobre serviços prestados pelo Ambulatório Central da UCS e assim poder melhorar os atendimentos prestados à comunidade. Salientamos que as informações prestadas são consideradas sigilosas, e seu nome não será revelado. Dessa maneira, agradecemos a sua valiosa participação nesta pesquisa assim como o tempo e atenção dedicados a responder o presente questionário, o qual deve ser preenchido e devolvido na recepção, no posto de coleta (na urna).

Agora, depois que você foi atendido(a), gostaríamos de saber qual a sua opinião sobre o Ambulatório Central. Responda o que você acha de cada um dos itens listados abaixo, dando nota de 1 a 5, assinalando com um X na escala à direita, onde os números significam:

**1–Péssimo; 2–Ruim; 3–Razoável; 4–Bom; 5–Excelente.**

Se você considera que a pergunta não se aplica ao seu caso, marque a coluna NA.

		Péssimo ←      → Excelente					
		1	2	3	4	5	N A
<b>Recepção e sala de espera</b>							
1	Pontualidade na entrega do exame						
2	Recebimento do resultado do exame junto com a consulta de revisão						
3	As indicações para encontrar a sala de espera						
4	Conforto na sala de espera: temperatura, ventilação e iluminação						
5	Clareza e volume da voz quando chamado para ser atendido						
<b>Durante a revisão</b>							
6	Recepção na sala de atendimento pelos profissionais						
7	Médico usar palavras simples e claras para dar o resultado do exame						
8	Compreensão das alternativas de tratamento propostos pelo médico						
9	Solução do seu problema de saúde						
10	Limpeza dos banheiros						
11	Ter feito consulta, exame e revisão (as três coisas) no Ambulatório Central						

12 - Quanto confiante você está na sua recuperação?

1- Nada confiante       2- Mais ou menos       3- Muito confiante

13 - O que você acha de ter sido atendido pelo médico junto com alunos?

1-Não achei bom       2- Não me importei       3- Foi uma boa idéia

14 - O que você acha do espaço de tempo entre o dia da realização do exame e o dia da revisão para mostrar o exame para o médico?

1-Demorou muito       2-Mais ou menos       3-Não demorou

15 - O que você acha do tempo total que você ficou dentro do Ambulatório Central hoje?

1-Demorou muito       2-Mais ou menos       3-Não demorou

16 - Você indicaria o Ambulatório Central para outra pessoa?

1- Não       2-Talvez       3-Sim

17- Você teria algum comentário ou sugestão a fazer sobre o Ambulatório Central?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---