

**Área temática: Administração Geral**

**Políticas de promoção da saúde: avaliação do perfil e satisfação dos clientes do Centro Viva Vida em Minas Gerais.**

**AUTORES**

**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

Universidade Federal de Lavras  
arleteadm@yahoo.com.br

**JANDERSON VAZ MARINS**

Universidade Federal de São João Del Rei  
jandersonmv@hotmail.com

**RICARDO DE SOUZA SETTE**

Universidade Federal de Lavras  
ricsouza@ufla.br

**Resumo:**

O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil e a qualidade percebida em serviços de saúde por meio da aplicação da Escala SERVQUAL às mulheres atendidas no Centro Viva Vida de uma cidade do sul de Minas Gerais. Esta instituição é parte de um programa do estado que estabelece políticas públicas voltadas à atenção da mulher e da criança, no contexto da Administração Pública Gerencialista. O Programa Viva Vida representa uma das ações do poder público, especificamente mineiro, que visa melhorar não somente a distribuição dos serviços em saúde como um todo, mas a qualidade de vida da população, através de um atendimento de qualidade, do planejamento familiar, objetivando a redução dos índices de mortalidade infantil e materna do estado. Foram 190 questionários aplicados no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011 às mulheres que aguardavam atendimento no Centro. Os dados foram submetidos a análises estatísticas através da Análise Fatorial e Análise de Clusters. Como resultado, verificou-se que as mulheres atendidas no Centro, avaliam positivamente a prestação de serviços, podendo ser ainda divididas em dois grupos, com julgamentos distintos em algumas variáveis, o que traz informações relevantes tanto para a gestão da instituição quanto para futuros estudos que auxiliem na execução da política.

**Palavras – chave:**

Satisfação. Saúde. Serviços.

**Abstract:**

The present study aims to analyze the profile and perceived quality health services through the application of the SERVQUAL Scale to women attending the Viva Vida Centre of a town in southern of Minas Gerais. This institution is part of a state program that provides public policies to the attention of women and children, in the context of Managerial Public Administration. The Viva Vida Program is one of the actions of the government, specifically of Minas, which aims to improve not only the distribution of health services as a whole, but the quality of life through quality care, family planning, aiming reducing infant mortality rates and maternal state. About 190 questionnaires were applied during the period December 2010 to February 2011 to women that waiting treatment at the Center. Data were subjected to statistical analysis by Factor Analysis and Cluster analysis. As a result, it was found that women treated at the center, positively evaluate the provision of services and can be further divided into two groups, with separate trials for some variables, which provides information relevant to both the management of the institution and for future studies to assist in the achievement of policy.

**Key - words:**

Satisfaction. Health. Services.

## 1. Introdução:

A saúde e as políticas destinadas a essa área, têm sido o foco de diferentes estudos e em diferentes países. (Fleury, et al, 2010; Zhao, et al, 2011; Songstad, et al, 2011; Orem e Zikusooka, 2010). A qualidade dos serviços ofertados em saúde também vem ganhando espaço e demonstrando a relevância do assunto (Booker, et al, 2011; Fields e Roman, 2010; Chung, et al, 2006; Derosé e Petitti, 2003).

É importante ressaltar que a gestão da qualidade na prestação de serviços em saúde, pode gerar benefícios que vão muito além da simples satisfação do cliente, influenciando sua qualidade de vida, seu bem estar, conforto psicológico, físico e emocional.

De fato, quando se fala em saúde, não há como deixar de lado o poder público, pois este interfere diretamente na gestão das instituições que prestam esse tipo de serviço influenciando a qualidade de vida das pessoas. O papel do Estado, então, pode ser considerado essencial para o bom funcionamento de todo o sistema. Pensando nisso e com o objetivo de reduzir os problemas de saúde da população, controlar os gastos estatais e a gestão de todo o sistema, o poder público vem adotando diversas ações na área de saúde pública. Exemplos disso são políticas e programas voltados à diferentes áreas, como o Programa HumanizaSus, os Contratos de Gestão, O Programa Saúde da Família, a Farmácia Popular, dentre vários outros.

Em alguns casos, há a criação de instituições próprias para que o serviço seja prestado, em outras, uma instituição existente, pública ou filantrópica, adere aos programas e se reestrutura com o intuito de atender aos pressupostos que as políticas definem. O Programa Viva Vida é uma ação do governo do Estado de Minas Gerais e faz parte de uma série de princípios de gestão pública ativa e diferencial, com o intuito de melhorar as condições de vida da população, através de serviços de qualidade e melhora nos níveis de saúde como um todo.

Acredita-se, portanto, que a qualidade dos serviços prestados por instituições que participam destes programas e ações deva ser avaliada. Com isso seria possível não somente apontar possíveis falhas na gestão dessas organizações, como também contribuir com a execução dos programas.

Assim, este estudo pretende apresentar a aplicação da Escala SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988) à serviços de saúde, especificamente às mulheres atendidas pelo Centro Viva Vida localizado em uma cidade do Sul de Minas Gerais. O objetivo é avaliar a percepção destas mulheres sobre os serviços prestados pela instituição, bem como verificar se a política atinge um de seus objetivos primordiais: prestar serviços de qualidade. O presente artigo está estruturado em mais sete partes além desta introdução, onde são tratadas primeiramente as políticas públicas voltadas à saúde no país, seguidos pela discussão sobre a qualidade na prestação de serviços de saúde. Já a terceira parte consiste em uma definição do que é o Programa Viva Vida e o trabalho dos Centros. Na quarta parte define-se a metodologia na qual o estudo se estrutura, seguida pelas análises dos dados e encerrando-se com as referências bibliográficas e as limitações e sugestões para futuros estudos.

### 2.1 Políticas Públicas em saúde no Brasil e o papel do Estado

O papel do Estado na saúde e em outras áreas sob sua responsabilidade é influenciado pela visão que este ente possui sobre o gerenciamento dos recursos públicos. A maneira como estes recursos são gerenciados veio se alterando no decorrer do tempo, sofrendo influências tanto internas (referentes ao próprio modelo de gestão adotado) quanto externas (daqueles que por este são beneficiados).

A prestação de serviços em saúde remonta a uma prática antiga. Tem seu início no Brasil Colônia, onde os chamados “curandeiros” se utilizavam de conhecimentos empíricos e

os próprios recursos da terra (plantas, ervas) para praticar a arte da cura. (POLIGNANO, 2008).

Somente com a vinda da família real para o Brasil, é que se criou a necessidade de uma estruturação mínima em saúde, a fim de proporcionar suporte ao poder que se instalava no Rio de Janeiro. Porém, durante muito tempo a saúde no Brasil foi apenas uma questão econômica e a organização política da época, centralizada na figura do rei, impedia que maiores avanços fossem realizados. Nesse momento, os recursos públicos eram gerenciados de acordo com a vontade do soberano, o que caracterizava o modelo de Administração Pública Patrimonialista. Para Matias – Pereira (2008) esse tipo de administração dos recursos públicos atuava como uma extensão do poder do monarca, onde os servidores possuíam status de nobreza real e os cargos funcionavam como recompensas. A figura do rei era usada como um meio de dominar a vontade do povo, que aceitava as imposições de um governo centralizado e dependente da economia baseada em atividades comerciais, tudo em detrimento dos interesses coletivos.

A partir de 1930, começa-se a instalar a Administração Pública Burocrática no país, o que deu outros contornos às ações de saúde. O Estado começa a intervir na economia estimulando seu crescimento, cria órgãos e departamentos para que a gestão dos recursos públicos seja operacionalizada, o que não impediu a permanência de características do modelo anterior, mas deu início à modernização do Estado. Nesse momento, as expectativas e anseios sociais começaram a ser atendidos, mesmo que de maneira parcial.

Médice (1994) afirma que a assistência à saúde ofertada à população esteve limitada a ações de saneamento e combate às endemias até 1930. Prova disso é que no início do século XX, por volta de 1903, a cidade do Rio de Janeiro se encontrava à mercê de epidemias, o que prejudicava o comércio exterior, pois os navios não queriam atracar nos portos sob aquelas condições. Durante muito tempo as ações empreendidas pelo Estado eram voltadas apenas para a boa condução do modelo econômico vigente, o modelo agrário- exportador e a saúde era um assunto deixado de lado. Somente em 1923 foi criada a Previdência Social, marcada pela Lei Eloy Chaves que instituía as chamadas CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensão. Estas instituições foram as precursoras do atual sistema previdenciário existente no país. De acordo com Bodstein (1987) o processo de industrialização ilimitado trouxe o aumento da população e consequentemente da classe trabalhadora, o que gerou maiores pressões por condições de saúde mais igualitárias. A partir desse momento começa a se delinear uma política promovida pelo Estado, voltada para uma maior parcela da população brasileira.

Todo este processo durou até 1985 e foram observadas muitas outras mudanças com relação às ações e a gestão em saúde, realizadas por parte do Estado. Um exemplo disso é a unificação dos diferentes sistemas de prestação de serviços em saúde, ocorrido em 1967, instituindo o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – que a partir deste momento contou com também com a junção das contribuições dos trabalhadores. Esse fato gerou um volume enorme de recursos capitalizados e para atender o número crescente de contribuintes, o governo militar expandiu o sistema, direcionando-o à iniciativa privada por meio de convênios e contratos. (POLIGNANO, 2008).

Contudo, somente com a Constituição de 1988 e o nascimento do SUS – Sistema Único de Saúde – é que de fato o assunto saúde passa a ser redefinido dentro do contexto de políticas públicas brasileiras. Neste momento o país retorna à democracia tentando reestruturar o Estado assolado por uma grave crise fiscal. (BRESSER-PEREIRA, 1996). A partir deste momento, a visão sobre a gestão dos recursos públicos também se altera. A necessidade de superar a crise trouxe os ideais e princípios da administração empresarial para dentro da gestão pública, resultando na Administração Pública Gerencial ou NGP – Nova Gestão Pública. Baseada na descentralização, tanto política quanto administrativa, no enxugamento hierárquico das organizações estatais, além da forte privatização, a Nova Gestão

Pública tenta superar os problemas enfrentados pelo antigo modelo instituindo uma definição clara de objetivos a serem perseguidos, controle das ações através de resultados e o foco no cidadão – cliente. (BRESSER-PEREIRA, 1996). Todas estas alterações atingiram o cenário em saúde no Brasil, sendo um bom exemplo disso o chamado *Choque de Gestão em Minas Gerais*, movimento que objetivou a reestruturação financeira e administrativa do estado.

Apesar de instituído em 1988, o SUS somente foi regulamentado em 1990, com a Lei 8.080 – Lei Orgânica de Saúde – e desde esse momento o sistema vem encontrando desafios que impedem sua boa operacionalização. Dentre estes, pode-se citar a escassez e mau uso dos recursos, os problemas regionais, tanto de ordem econômica quanto social, que impactam diretamente na saúde dos cidadãos, bem como a questão do aumento da expectativa de vida do brasileiro e o consequente envelhecimento populacional, que faz com que o sistema de saúde seja o foco de preocupações orçamentárias e fiscais.

Nesse sentido, o Estado vem buscando desenvolver políticas que atuem ao lado do SUS, alcançando diretamente a população, os gestores e as instituições que prestam serviços em saúde. Com a Nova Gestão Pública, estas ações ganharam o contorno dos ideais administrativos, objetivando a melhoria contínua, a eficiência e a satisfação do cidadão.

Assim, a política traçada pelo programa Viva Vida é uma das várias ações, pertencentes aos princípios da Nova Gestão Pública, adotada pelo governo de Minas Gerais. O objetivo é prestar serviços de qualidade, de maneira eficiente e resolutiva, contribuindo com a melhora dos níveis de saúde da população brasileira e com a gestão eficiente dos recursos públicos disponíveis.

## 2.2 O centro Viva Vida

O Viva Vida é um programa do governo de Minas Gerais que tem por objetivo inicial a redução da mortalidade infantil e materna. Lançado em outubro de 2003, o programa aposta na parceria entre governo e sociedade civil organizada, constituindo uma arma para combater os agravos que acometem a saúde da mãe e do nascituro.

A meta do programa, até 2006, era reduzir a mortalidade infantil em até 25% e diminuir a razão de morte materna em 15%. De acordo com os Cadernos Viva Vida, para que essa meta pudesse ser subsidiada, em 2004 foi elaborado o documento chamado *Análise da Mortalidade Infantil e Materna no Estado de Minas Gerais*. Esse documento representa um diagnóstico realizado pela equipe da Secretaria Estadual de Saúde identificando as principais causas de óbitos maternos e infantis, assim como as áreas de maior incidência de casos.

O quadro apresentado por este documento demonstrava que a razão de morte materna (divisão do número de óbitos de mulheres pelo número de nascidos vivos e sua multiplicação por cem mil), em Minas era alta. Portanto, uma estratégia que visa combater este problema é a de melhorar o acompanhamento pré - natal, o parto, o puerpério e desenvolvimento das crianças. Para que isso pudesse ocorrer, o Programa Viva Vida adota como estratégia principal a organização e a qualificação da chamada *Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança*, formada então por instituições, profissionais e serviços de saúde em todo o estado.

A organização e a estruturação dessa rede ocorreu através da implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este plano tem por objetivo a instrumentalização dos processos de planejamento e gestão de atenção à saúde, baseados no *Choque de Gestão em Minas* e consequentemente em princípios da Nova Gestão Pública. Dividindo o território de Minas em 13 macrorregiões e 75 microrregiões, as quais abrangem todos os 853 municípios do estado, o PDR permitiu à Secretaria Estadual de Saúde a configuração dos Centros Viva Vida de referência primária e secundária. A atenção secundária se refere a hospitais e maternidades que oferecem procedimentos chamados de médio porte, como partos normais e atendimentos ambulatoriais especializados. Já a atenção primária trabalha com promoção, prevenção e proteção à saúde.

Os Centros Viva Vida, portanto, funcionam como pontos de atenção à saúde, trabalhando a prevenção, o acompanhamento e o controle de diversos males que acometem a população, principalmente as mulheres e crianças. Para que o trabalho efetivado pelos Centros seja de qualidade há a participação de uma equipe multiprofissional, formada por pediatras, nutricionistas, fisioterapeutas, mastologistas, ginecologistas, urologistas, psicólogos, assistente social e enfermeiros. Para o controle das ações executadas pelos Centros, o governo de Minas implantou indicadores que permitem a avaliação do programa e de suas metas. Estes indicadores são verificados pela SES – Secretaria Estadual de Saúde – e representam o panorama do atendimento e conseqüentemente o “desenho” dos resultados em saúde alcançados na região, na medida em que o Centro atende várias cidades vizinhas.

Desse modo, o Centro Viva Vida e a política que o rege, contribuem para melhorar as condições de saúde do local e da região em que se insere, baseando-se em um novo modelo de atenção e gestão dos bens públicos traçado pelo governo de Minas Gerais.

### **2.3 A qualidade na prestação de serviços em saúde e o modelo Servqual**

A qualidade na prestação de serviços pode ser encarada como uma exigência, feita não somente às empresas privadas, mas a todas as instituições de uma maneira geral. A intensa concorrência e a necessidade de manter e conquistar clientes fizeram com que as empresas privadas focassem seus esforços em melhorias que permitissem a qualidade, o que mais tarde também atingiria o setor público. Lovelock e Wrigth (2001) definem qualidade do serviço como uma opinião geral do cliente sobre a entrega do serviço, constituída por uma série de experiências bem e mal sucedidas com este.

Assim, os princípios norteadores da gestão da qualidade começaram a ser aplicados na gestão pública por volta dos anos 90, quando o modelo burocrático começou a dar espaço a novas formas de prestação de serviços e novas visões sobre o cidadão, agora considerados como clientes do Estado. Desse modo, os princípios e conceitos administrativos passaram a integrar a agenda dos governantes e do poder público como um todo.

Desse modo, a qualidade vem se tornando o objetivo de várias instituições, públicas e privadas e o Programa Viva Vida merece destaque na medida em que ele representa um esforço do poder público mineiro nesse caminho. Bandeira (1999) alega que os serviços podem ser considerados “produtos especiais”. Vale lembrar que a prestação de serviços possui uma natureza muito diferente daquela verificada na confecção de produtos. Algumas características permitem essa diferenciação, como a intangibilidade, a perecibilidade, a simultaneidade e a heterogeneidade. A intangibilidade significa que os serviços são intangíveis, ou seja, não podem ser tocados; a perecibilidade representa sua volatilidade, ou seja, os serviços não podem ser estocados; a simultaneidade significa que os serviços ocorrem no momento de seu consumo; e por fim a heterogeneidade, que representa a variabilidade dos serviços, demonstrando que estes dependem de vários fatores, inclusive e principalmente o fator humano. (GRONROOS, 1990; BERRY, 1980). Os serviços prestados na área da saúde podem ser considerados ainda mais diferenciados, visto que envolvem muitas especificidades, como o envolvimento e interação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, a capacidade de empatia deste profissional e a gestão de setores complexos e altamente interligados.

Nesse ambiente altamente especializado, a busca pela qualidade representa um desafio para os gestores. Schiesari e Malik (2009) lembram que a qualidade no setor de saúde envolve um número bem maior de interesses, além do controle do custo sob a obtenção do produto. Os autores ainda colocam que até hoje não foi comprovado que utilizar mais equipamentos, dispor de uma equipe multiprofissional e realizar mais procedimentos garante um melhor resultado no cuidado prestado. Muitas vezes, a busca pela qualidade pode ser questão de sobrevivência no mercado, como para hospitais particulares e filantrópicos, mas representa

também o bem estar da população em um primeiro momento, sendo este o real objetivo das instituições que prestam este tipo de serviço.

Contudo, muitas características peculiares ao setor de serviços em saúde dificultam a mensuração dessa qualidade. Rocha e Oliveira (2003) definem que a avaliação por parte do consumidor não se restringe somente ao resultado final, a aquilo que é oferecido, mas abarca todo o processo que leva a esse resultado, ou seja, todas as etapas da prestação de serviço são continuamente avaliadas pelo consumidor. Portanto, a avaliação da qualidade em serviços é um processo contínuo, que acontece enquanto o serviço estiver sendo executado, o que afeta diretamente a avaliação final.

Uma maneira de se medir avaliação da qualidade é a escala SERVQUAL, proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988). Essa escala tem como objetivo medir a interação do consumidor com o serviço em dois momentos: a expectativa com relação ao serviço prestado e depois sua avaliação. Para isso a escala é estruturada em um modelo baseado em cinco dimensões, adaptáveis a realidade em estudo. Estas dimensões conseguem definir alguns pontos importantes na prestação de serviços, sendo, portanto, uma ferramenta que pode auxiliar a entender a percepção e avaliação dos clientes sobre o serviço, direcionando possíveis mudanças:

*Tangibilidade:* essa dimensão abarca aspectos tangíveis do serviço, como instalações, equipamentos e pessoal.

*Confiabilidade:* refere-se à capacidade da organização de prestar o serviço conforme o acordado, de maneira confiável.

*Presteza:* essa dimensão se refere aos recursos humanos da instituição e sua capacidade e disposição em ajudar os clientes, sua rapidez nas respostas e solução e correção de erros.

*Segurança:* representa a capacidade dos funcionários em inspirar credibilidade e confiança nos clientes, bem como sua capacidade de serem educados e corteses.

*Empatia:* representa até quando a instituição consegue se adequar para atender cada cliente, individualmente, e com cuidado.

Desse modo, a escala SERVQUAL pode ser utilizada em diferentes pesquisas sobre a avaliação de serviços possuindo ainda a capacidade de apontar falhas e desvios em dimensões que são vitais para uma prestação de serviços com qualidade.

### 3 Metodologia

Esse estudo possui natureza exploratória e descritiva. Gil (1991) define que um estudo pode ser classificado como exploratório quando busca proporcionar maior familiaridade com o problema, objetivando torná-lo mais explícito. Já Malhotra (2006) define que a pesquisa exploratória tem como objetivo ajudar a compreender o problema enfrentado pelo pesquisador. A pesquisa descritiva, para o mesmo autor, é aquela que descreve alguma coisa, normalmente características de grupos relevantes como consumidores, vendedores, organizações ou áreas de mercado.

Tendo em vista que o Programa Viva Vida é direcionado à saúde das mulheres, essa pesquisa foi baseada em um questionário aplicado a estas, no momento em que elas aguardavam atendimento no Centro Viva Vida, localizado em uma cidade do Sul de Minas Gerais. A técnica de amostragem utilizada foi amostragem por conveniência. De acordo com Malhotra (2006), nesse tipo de amostragem os entrevistados são escolhidos porque se encontram no lugar exato e no momento certo. Desse modo foram aplicados 190 questionários, em um período de 15 dias do mês de dezembro de 2010 e depois em um período de mais quinze dias do mês de fevereiro de 2011. Após análises, foram selecionados 162 questionários válidos para a pesquisa em questão. De acordo com dados fornecidos pelo próprio Centro, a média de atendimentos mensal, tomando por referência o último semestre

do ano de 2010, chegou a cerca de 850 atendimentos, incluindo todas os serviços prestados pelo Centro.

O questionário foi formulado tendo como base a escala SERVQUAL, adaptada ao setor de saúde e a algumas características do Centro. Esse tipo de iniciativa está também presente em outros trabalhos e em diversas áreas que prestam serviços, como educação (Tureta, et al, 2003; Lourenço, et al, 2006), informática (Eleutério e Souza, 2002), instituições bancárias (Brasil, Garcia e Antonialli, 2006; Biscola e Filho, 2006) e até mesmo na área da saúde (Hercos e Berezovsky, 2006; Borges, Carvalho e Silva, 2010). Desse modo, foram avaliadas 19 variáveis afirmativas, mensuradas através de uma escala de concordância de cinco pontos: *Discordo plenamente*; *Discordo em parte*; *Indiferente*; *Concordo em parte* e *Concordo plenamente*. As dimensões avaliadas pelo questionário podem ser representadas pelo quadro abaixo:

Tabela 1:

**Variáveis e dimensões avaliadas pela Servqual.**

| Avaliação da qualidade                                                                                                                                                         | Dimensões             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                                                |                       |
| 1 - O Viva Vida possui equipamentos modernos                                                                                                                                   | <b>Tangibilidade</b>  |
| 2 - As instalações do Viva Vida são limpas e bonitas                                                                                                                           |                       |
| 3 - Relatórios e demais documentos entregues a você no Viva Vida são de fácil compreensão e visualmente atrativos.                                                             |                       |
| 4 - A equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) do Viva Vida tem aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho. |                       |
| 5 - Os materiais utilizados em exames, consultas e outros procedimentos no Viva Vida são confiáveis                                                                            | <b>Confiabilidade</b> |
| 6 - O Viva Vida apresenta relatórios, documentos e informações sobre você sem erros.                                                                                           |                       |
| 7 - O Viva Vida executa os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.                                                              |                       |
| 8 - No Viva Vida o comportamento da equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) transmite confiança a você.                                                   |                       |
| 9 - O Viva Vida realiza suas atividades no horário marcado.                                                                                                                    | <b>Presteza</b>       |
| 10 - Os funcionários do Viva Vida demonstram interesse pela sua situação de saúde.                                                                                             |                       |
| 11 - Os funcionários do Viva Vida têm boa vontade em auxiliar você.                                                                                                            |                       |
| 12 - Os funcionários do Viva Vida nunca estão ocupados para te atender.                                                                                                        |                       |
| 13 - O Viva Vida lhe atende a qualquer momento.                                                                                                                                | <b>Segurança</b>      |
| 14 - No Viva Vida a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) é/foi educada e cortês com você.                                                              |                       |
| 15 - Você se sente seguro em utilizar os serviços do Viva Vida.                                                                                                                |                       |

|                                                                                 |                |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 16 - Os funcionários do Viva Vida têm conhecimento para responder suas dúvidas. |                |
| 17 - O Viva Vida tem fácil acesso. (fácil de chegar, de encontrar).             |                |
| 18 - O Viva Vida entende a sua necessidade.                                     | <b>Empatia</b> |
| 19 - O Viva Vida dá atenção individualizada a você.                             |                |

Fonte: elaborado pela da autora.

Após a aplicação dos questionários, os mesmos foram tabulados e tratados através do software SPSS - *Statistical Package for Social Science*. Foram utilizadas técnicas descritivas, como a distribuição de freqüências e técnicas multivariadas, como a Análise Fatorial e a Análise de Cluster. De acordo com Malhotra (2006) a Análise Fatorial é um nome genérico que denota procedimentos utilizados essencialmente para redução e resumo de dados. Já de acordo com o mesmo autor, a Análise de Cluster é uma técnica que classifica objetos ou casos em grupos relativamente homogêneos, que podem também ser chamados de conglomerados. Desse modo, as informações dos 162 questionários válidos foram submetidas a uma redução de dados e depois a uma técnica que permitisse aglomerar e identificar subgrupos dentro destes.

### 3 Resultados e discussão

Das 162 mulheres pesquisadas, 32,7% possuíam idade entre 36 a 50 anos, seguidas por 20,4% com idade entre 26 e 35 anos.

Já 49,4% das mulheres possuíam renda entre R\$ 510,00 e R\$ 1020,00. A maioria das mulheres (62,3%) declarou ser casada e a escolaridade predominante é o ensino fundamental incompleto (45,7%). A grande maioria (75,9%) alegou não ser a primeira vez a ser atendida no Centro e a especialidade mais relevante na amostra foi aquela referente a “exames” (ultrassom, mamografia) com (35,8%), seguida pela especialidade ginecologia com 35,2% das mulheres pesquisadas.

De modo geral, a avaliação das mulheres com relação ao Centro foi excelente em todos os construtos. Há destaque para a variável que mensura a capacidade da equipe em ser educada e cortês e aquela que questiona sobre se sentir seguro utilizando os serviços do Centro, possuindo 81,5% e 79,6%, em avaliações positivas, respectivamente.

Tabela 2:  
**Avaliação das respondentes.**

| Variável                     | <i>Discordo plenamente</i> | <i>Discordo em parte</i> | <i>Indiferente</i> | <i>Concordo em parte</i> | <i>Concordo plenamente</i> | Total |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------------|-------|
| Equipamentos modernos        | 1,9%                       | 4,3%                     | 10,5%              | 25,3%                    | <b>58,0%</b>               | 100%  |
| Instalações limpas           | 1,2%                       | 4,3%                     | 1,9%               | 14,2%                    | <b>78,4%</b>               | 100%  |
| Documentos fácil compreensão | 4,3%                       | 8,6%                     | 8%                 | 17,2%                    | <b>61,9%</b>               | 100%  |
| Equipe tem boa aparência     | 1,9%                       | 2,5%                     | 2,5%               | 13,6%                    | <b>79,5 %</b>              | 100%  |

|                                   |              |             |            |       |              |      |
|-----------------------------------|--------------|-------------|------------|-------|--------------|------|
| Materiais são confiáveis          | 1,2%         | 1,2%        | 11,1%      | 17,3% | <b>69,2%</b> | 100% |
| Documentos sem erros              | 5,6%         | 3,7%        | <b>13%</b> | 13%   | <b>64,7%</b> | 100% |
| Procedimento correto              | 3,1%         | 6,2%        | 9,3%       | 17,2% | <b>64,2%</b> | 100% |
| Equipe transmite confiança        | 1,2%         | 2,5%        | 1,9%       | 18,5% | <b>75,9%</b> | 100% |
| Atende no horário marcado         | 3,1%         | 5,6%        | 4,3%       | 25,3% | <b>61,7%</b> | 100% |
| Interesse pela situação           | 4,3%         | 3,1%        | 6,2%       | 22,2% | <b>64,2%</b> | 100% |
| Funcionários têm boa vontade      | 1,2%         | 3,7%        | 2,5%       | 16,7% | <b>75,9%</b> | 100% |
| Funcionários nunca estão ocupados | 5,6%         | 6,2%        | 4,9%       | 25,9% | <b>57,4%</b> | 100% |
| Atende a qualquer momento         | <b>9,3%</b>  | <b>8,6%</b> | 9,9%       | 22,2% | <b>50%</b>   | 100% |
| Equipe educada/cortês             | 1,2%         | 2,5%        | 3,1%       | 11,7% | <b>81,5%</b> | 100% |
| Sentir segurança com os serviços  | 1,2%         | 0,6%        | 5,6%       | 13%   | <b>79,6%</b> | 100% |
| Funcionários têm conhecimento     | 2,5%         | 1,2%        | 4,9%       | 21%   | <b>70,4%</b> | 100% |
| Fácil acesso                      | <b>10,5%</b> | <b>5,6%</b> | 1,9%       | 12,9% | <b>69,6%</b> | 100% |
| Entende sua necessidade           | 3,1%         | 4,9%        | 4,9%       | 21,6% | <b>65,4%</b> | 100% |
| Atenção individualizada           | 4,3%         | 4,3%        | 8%         | 23,5% | <b>59,9%</b> | 100% |

Fonte: Dados da pesquisa 2010.

Uma análise da tabela 2 permite concluir que as mulheres entrevistadas se sentem, de uma maneira geral, satisfeitas com o atendimento e os serviços oferecidos pelo Centro Viva Vida.

Com relação à qualidade percebida há destaque para a dimensão *segurança* e a dimensão *presteza*, tendo em vista que a afirmativa: *O Viva Vida possui fácil acesso*, obteve o maior percentual de discordância (10,5%), seguido da afirmativa: *O Centro lhe atende a qualquer momento* que obteve 9,3% de discordância, ambos pertencentes a essas dimensões respectivamente. Essas informações podem indicar dificuldades de acesso ao local, além de possíveis problemas com horários mal gerenciados, falhas na comunicação ou de esclarecimento das normas e regras do hospital aos pacientes.

A variável com maior percentual de indiferença foi aquela que relata que o *Centro apresenta relatórios e documentos sobre o paciente sem erros*, com 13%. Isso pode ser explicado pelo fato de muitas das pacientes alegarem ainda não ter recebido nenhum documento ou relatório do Centro que versasse sobre sua situação em saúde. Já as maiores avaliações positivas (concordâncias) estão situadas na dimensão *segurança*, o que pode ser explicado pelo fato do Centro é hospital novo, fundado em 2003, bem equipado, dotado de instalações novas, além de possuir uma equipe de trabalho multidisciplinar, o que realmente ajuda a transmitir a sensação ao cliente.

### 3.1 Análise Fatorial

Conhecendo-se, portanto, as características demográficas e a avaliação das entrevistadas com relação aos serviços do Centro, definiu-se pela aplicação da técnica de Análise fatorial. O objetivo desta análise é o resumo das variáveis, apresentadas então em um número menor, porém que represente a opinião das pesquisadas. O KMO (Kaiser – Meyer – Olkin) calculado para a amostra foi de 0,875. Esse índice, de acordo com Malhotra (2006), é usado para avaliar a adequação da análise fatorial e estando entre 0,5 e 1 indicam que a análise é apropriada. De acordo com dados da matriz rotacionada, 59,39% dos dados podem ser explicadas por quatro fatores, sendo estes:

Tabela 3:

**Componentes da análise fatorial.**

| Componente 1                      | Componente 2                 | Componente 3              | Componente 4                 |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Sentir segurança com os serviços  | Equipamentos modernos        | Atende a qualquer momento | Atende no horário marcado    |
| Funcionários têm conhecimento     | Interesse pela situação      | Fácil acesso              | Documentos fácil compreensão |
| Equipe transmite confiança        | Instalações limpas           | Entende sua necessidade   | Equipe tem boa aparência     |
| Procedimento correto              | Equipe educada/cortês        |                           |                              |
| Documentos sem erros              | Funcionários têm boa vontade |                           |                              |
| Atenção individualizada           |                              |                           |                              |
| Funcionários nunca estão ocupados |                              |                           |                              |
| Materiais são confiáveis          |                              |                           |                              |

Fonte: Dados da pesquisa 2010 – 2011.

De acordo com as análises, o componente 1 representa aspectos referentes à segurança, confiança e atenção, e por essa razão convencionou-se chamá-lo de “*segurança e responsabilidade com os pacientes*”. Este fator explica 39,63% da variância de todos os dados e têm suas dimensões na capacidade da equipe e do ambiente em transmitir confiança, através da demonstração de conhecimentos, de procedimentos executados corretamente, documentos confeccionados sem erros, a utilização de materiais de confiança. Essas atitudes refletem também a atenção dispensada ao paciente e o nível de responsabilização da instituição com relação a estes.

O componente 2, chamado de “*aparência e comprometimento com o trabalho*” explica 7,87% da variância dos dados e tem em seu conteúdo variáveis que demonstram aspectos físicos do hospital e a capacidade de presteza dos funcionários da instituição. Desse modo, variáveis que indicam a capacidade dos funcionários em demonstrarem interesse pela situação em saúde de cada paciente, realizando seus serviços com educação e boa vontade, revelam a capacidade de comprometimento destes para com as pessoas atingidas pelo projeto que a instituição assume.

O componente 3, chamado de “*facilidade de acesso e atenção dispensada*” explica 6,19% da variação dos dados e é formado por variáveis que versam sobre a atenção oferecida ao paciente pela instituição e a facilidade de acesso ao centro. O componente 4, chamado de “*compromisso com as limitações do paciente e com a aparência da equipe*” explica 5,689% da variância e tem em seu conteúdo variáveis que denotam a necessidade de que documentos direcionados aos paciente sejam claros e compreensíveis, além de que este seja atendido no

horário marcado. Outro ponto relacionado neste fator é a necessidade da equipe que trabalha na instituição em possuir uma boa aparência, o que contribui para o alcance de um nível de confiança no serviço prestado.

Após a aplicação da análise fatorial, foi ainda realizada uma análise de confiabilidade da escala, a fim de verificar a consistência interna das variáveis. O índice que mede essa confiabilidade é o Alfa de Cronbach, que no presente estudo é de 0,905. De acordo com Hair, et al (2009) define que o limite inferior geralmente aceito para o Alfa de Cronbach é de 0,70, podendo ser aceito 0,60 em pesquisas exploratórias. Dessa maneira, pode-se perceber que a escala aplicada ao presente estudo possui alta consistência interna em suas variáveis, ou seja, é confiável.

### 3.2 Análise de Clusters ou Conglomerados

Após os dados serem tratados pela técnica de Análise Fatorial, foram submetidos a uma Análise de Clusters ou Análise de Conglomerados. De acordo com Malhotra (2006) essa análise é uma técnica usada para classificar objetos ou casos em grupos relativamente homogêneos chamados clusters ou conglomerados. O mesmo autor afirma que os objetos em cada cluster tendem a serem semelhantes entre si, mas diferentes de objetos de outros clusters. Já Hair, et al (2009) define que a análise de clusters é um grupo de técnicas multivariadas cuja finalidade principal é agregar objetos com base nas características que eles possuem.

Nesse momento optou-se então, pelo procedimento hierárquico, onde segundo Malhotra (2006) a aglomeração se dá pelo estabelecimento de uma hierarquia ou estrutura. O método utilizado para a aglomeração foi o método *ward* de variância.

O *Cluster 1* possui um total de 127 respondentes, e a maioria destes se encontra na faixa de idade que está entre 36 a 50 anos (29,8%). A grande maioria dos membros que integram esse cluster, (53,7%) possuem renda entre R\$ 510,00 e R\$ 1020,00 e ensino fundamental incompleto (46,8 %). Outro fato interessante é 34,9% dos membros do *Cluster 1* são pertencentes à especialidade Exame e 35,7% pertencem à especialidade Ginecologia. Esse grupo, que representa a maioria, é formado pelos clientes que avaliam positivamente as variáveis questionadas pela escala SERVQUAL. Convencionou-se, portanto, chamá-las de “*encantadas*”.

O *Cluster 2* possui 35 respondentes e desses a maioria (45,7%) tem de 36 a 50 anos. A maioria (43,8%) possui renda também entre R\$ 510,00 e R\$ 1020,00 e possui ensino fundamental incompleto (42,9%), sendo que 40% dos membros também pertencem à especialidade Exame. Esse grupo também avalia positivamente a qualidade do serviço prestado pelo Centro Viva Vida, porém com algumas exceções, apresentando alto nível de indiferença e discordância. Por essa razão convencionou-se chamá-las de “*Mais exigentes*”.

Com relação à variável “os funcionários do Viva Vida têm conhecimento para responder suas dúvidas”, pode-se perceber avaliações diferenciadas entre os dois grupos, o que pode ser observado no quadro abaixo:

Tabela 4:

#### Opinião sobre o conhecimento dos funcionários do Centro.

| Variável              | Conhecimento dos funcionários |                   |             |                   |                     |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| Cluster               | Discordo plenamente           | Discordo em parte | Indiferente | Concordo em parte | Concordo plenamente |
| <i>Encantadas</i>     | 0%                            | 0%                | 4,0%        | 11,9%             | 87,7%               |
| <i>Mais exigentes</i> | 12,5%                         | 6,3%              | 9,4%        | 59,4%             | 12,5%               |

Fonte: Dados da pesquisa 2010 – 2011

Isso demonstra que para o *Cluster 2*, referente às mulheres mais exigentes com os serviços prestados pelo Centro, essa variável não pode ser tão bem avaliada. Outra variável que também demonstrou esse mesmo aspecto foi a “*No Viva Vida a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) é/foi educada e cortês com você*”, como pode ser verificado pela tabela abaixo:

Tabela 5:

**Opinião sobre a educação dos funcionários do Centro.**

| Variável              | Educação dos funcionários |                   |             |                   |                     |
|-----------------------|---------------------------|-------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| Cluster               | Discordo plenamente       | Discordo em parte | Indiferente | Concordo em parte | Concordo plenamente |
| <i>Encantadas</i>     | 0%                        | 0%                | 0%          | 6,5%              | 93,5%               |
| <i>Mais exigentes</i> | 5,9%                      | 11,8%             | 14,7%       | 32,4%             | 35,3%               |

Fonte: Dados da pesquisa 2010 – 2011

Outra variável na qual os posicionamentos também foram diferenciados foi “*Os funcionários do Centro Viva Vida tem boa vontade em lhe atender*”, como também pode ser observado abaixo:

Tabela 6:

**Opinião sobre a boa vontade dos funcionários.**

| Variável              | Funcionários boa vontade |                   |             |                   |                     |
|-----------------------|--------------------------|-------------------|-------------|-------------------|---------------------|
| Cluster               | Discordo plenamente      | Discordo em parte | Indiferente | Concordo em parte | Concordo plenamente |
| <i>Encantadas</i>     | 0%                       | 0%                | 1,6%        | 12%               | 86%                 |
| <i>Mais exigentes</i> | 5,9%                     | 17,6%             | 5,9%        | 35,3%             | 35,3%               |

O mesmo ocorreu com as variáveis “*Você se sente seguro em utilizar os serviços do Viva Vida*”; “*A equipe do Viva Vida tem aparência e trajes bem cuidados*”; Isso demonstra que, principalmente para essas variáveis, existe um grupo de mulheres mais criteriosas ou até mesmo indecisas, o que remete um cuidado maior da instituição com estes aspectos.

#### 4 Conclusões e implicações gerenciais:

Pode-se concluir através desse estudo, que o Programa Viva Vida, materializado através da prestação de serviços oferecido pelo Centro Viva Vida, localizado no sul de Minas Gerais, atende satisfatoriamente a um de seus objetivos: prestar serviços de qualidade. Percebe-se que as mulheres atendidas pelo Centro Viva Vida são, em geral, mulheres jovens, de baixa escolaridade e renda e que necessitam de apoio e de ajuda. A grande maioria avalia positivamente o serviço prestado, em todas as dimensões verificadas pela escala SERVQUAL.

Outro dado importante que pôde ser retratado pela Análise Fatorial, é que grande parte dos dados (59,39%) pode ser explicado através de 4 fatores. Dentre estes, o que mais explica a variância é o fator *segurança e responsabilidade com os pacientes*, o que denota a importância dessa dimensão. Os fatores podem ser tidos como a representação de um grupo de variáveis altamente inter-relacionadas, o que pode significar que a alteração em uma delas

afeta a outra. Portanto, as variáveis do Componente ou Fator 1 estão intimamente ligadas e acabam demonstrando a importância da segurança no atendimento e a que aspectos ela está relacionada, do ponto de vista e opinião das mulheres que são atendidas no Centro.

Essa informação pode ser considerada de extrema importância, tendo em vista que segurança é um dos elementos primordiais quando se pensa em qualidade de serviços prestados e em saúde. As variáveis que compõem o Fator 1 são aquelas que devem ser retrabalhadas gerencialmente no intuito e promover mais sensação de segurança nas clientes.

Já a análise de Clusters revela dois grupos: as mulheres que podem ser consideradas *encantadas* e aquelas *mais exigentes* com o serviço prestado pelo Centro. A análise de variáveis como: *os funcionários do Viva Vida têm conhecimento para responder suas dúvidas; no Viva Vida a equipe (médicos, enfermeiros e funcionários administrativos) é/foi educada e cortês com você; os funcionários do Centro Viva Vida tem boa vontade em lhe atender; você se sente seguro em utilizar os serviços do Viva Vida; a equipe do Viva Vida tem aparência e trajes bem cuidados* demonstram que os dois grupos possuem avaliação diferenciada, mesmo que mínima, com relação a estes aspectos. Essa constatação revela a importância de se trabalhar gerencialmente essas variáveis, principalmente aquelas que se referem ao posicionamento e conduta dos funcionários, pois estas acabam impactando em outros aspectos da instituição e da prestação do serviço como um todo. Constata-se nesse momento a realidade de uma das características da prestação de serviço, a heterogeneidade, que no caso da saúde deve ser trabalhada na tentativa de se contornar conflitos e problemas gerados devido à multidisciplinaridade dos profissionais.

De fato as conclusões a que esse estudo leva não são aplicáveis a todos os Centros implantados através da política traçada pelo Programa Viva Vida. Contudo, representam um passo inicial e importante na tentativa de se avaliar os serviços e as diretrizes adotadas pelo programa no intuito de contribuir com a gestão e melhoria deste.

## 5 Limitações e indicações para pesquisas futuras

Acredita-se que são necessários outros estudos na área, como a avaliação de outros Centros, pertencentes a outras localidades, no intuito de se montar um corpo de informações sólidas que realmente levem a sugestões que auxiliem na execução e possível melhoria da política. Esses estudos contribuirão também para uma visão sobre a eficiência do programa e seus hospitais, relatando pontos a serem trabalhados não somente na política e seus desdobramentos, mas dentro de cada instituição.

## 6 Referências Bibliográficas:

ALMEIDA, B. de; GUIMARÃES, T. B. O planejamento estratégico de longo prazo. In: VILHENA, R.; MARTINS, H. F.; MARINI, C.; GUIMARÃES, T. D. (Org.). **O Choque de gestão em Minas Gerais**: Políticas da Gestão pública para o desenvolvimento. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2006. Pág. 55 a 65.

BANDEIRA, M. L.; GONÇALVES, C. A.; VEIGA, R. T.; HUERTAS, M. K. Z. Avaliação da qualidade da pós-graduação: construção e validação de um instrumento de pesquisa. **Balas - Latin America's New Millenium - Proceedings**, 1999.

BERRY, L. L. **Service Marketing is different**. Business, vol.30, 1980.

BISCOLA, P. H. N.; FILHO, D. de O. L. Qualidade percebida dos serviços de auto-atendimento: um estudo no varejo bancário brasileiro. **Revista de Ciências da Administração** – v.8, n.15, jan/jun 2006.

BORGES, J.B.C.; CARVALHO, S. M. R. de; SILVA, M. A. de M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, 2010.

BOOKER, J. M.; SCHLUTER, J. A.; CARRILO, K.; MCGRATH, J. Quality Improvement Initiative in School-Based Health Centers Across New Mexico. **Journal of School Health**, Vol. 81, No 1, 2011.

BRASIL, R. M. N.; GARCIA, F. C.; ANTONIALLI, L.M. Qualidade Percebida em Serviços: o Caso dos Clientes de Correspondentes Bancários da Caixa Econômica Federal. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. Salvador. **Anais...** Salvador: EnANPAD, 2006. CD ROM.

BODSTEIN, R. C. A. (Coord.) **História e Saúde Pública : a política de controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, PEC/ENSP, 1987.

BRESSER- PEREIRA, L. C. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, vol. 47, nº 1, 1996.

CHUNG, P.J.; LEE, T. C.; MORRISON, J L.; SCHUSTER, M.A. Preventive care for children in the United States : quality and barriers. **Annual Review of Public Health**, vol. 27, 2006.

CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of Marketing**, v. 56, July, 1992.

DEROSE, S.F.; PETITTI, D.B. Measuring quality of care and performance from a population health care perspective. **Annual Review of Public Health**, vol. 24, 2003.

ELEUTÉRIO, S. A. V.; SOUZA, M. C. A. F. de. Qualidade na prestação de serviços: uma avaliação com clientes internos. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v.9, n.3. São Paulo, 2002.

FIELDS, D.; ROMAN, P. M. Total Quality Management and Performance in Substance Abuse Treatment Centers. **Health Services Research**, vol. 45, nº 6, 2010.

FLEURY, S.; OUVÉREY, A. L. M.; KRONEMBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, vol. 28, nº 6, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas. 1991.

GRONROOS, C. Service Management and marketing: **managing the moment of truth in service competition**. Lexington: Free Press, Lexington Books, 1990.

HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, 2006.

LOURENÇO, C. D. da S., et al. Ensino Superior em Administração e Percepção da Qualidade de Serviços: uma Aplicação da Escala SERVQUAL. In: ENCONTRO NACIONAL DA

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. Salvador. **Anais...** Salvador: EnANPAD, 2006. CD ROM.

LOVELOCK, C. e WRIGHT, L. Serviços : **Marketing e Gestão**. São Paulo, Editora Saraiva, 2001.

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

MATIAS – PEREIRA, J. **Curso de Administração Pública**: foco nas instituições e ações governamentais. São Paulo: Atlas, 2008.

MÉDICE, AC. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, PROGRAMA DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA. **Cadernos Viva Vida**, vol. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MANUAL DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL. Viva Vida – Programa de Redução da Mortalidade Infantil. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/viva-vida/manual%20de%20mobilizacao%20social050907final.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/viva-vida/manual%20de%20mobilizacao%20social050907final.pdf)> Acesso em: 05 de dezembro de 2010.

OREM, J. N.; ZIKUSOoba, C. M. Health financing reform in Uganda: How equitable is the proposed National Health Insurance scheme? *International Journal for Equity in Health*, 2010.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Marketing*. v.64, spring, 1988.

ROCHA, V. A. G. A. & OLIVEIRA, P. A. S. Avaliando a Qualidade de Serviço: Aplicação da Escala SERVQUAL numa Grande Instituição Bancária. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO. Atibaia. **Anais...** Atibaia: ANPAD, 2003. 1 CD ROM.

SCHIESARI, L. M. C.; MALIK, A. M. A gestão da qualidade nos hospitais brasileiros. In: GONÇALVES, E. L. (Org.). **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo, Editora Saraiva, 2009. Pág. 112 a 123.

SONGSTAD, N. G.; REKDAL, O. B.; MASSAY, D. A.; BLYSTAD, A. Perceived unfairness in working conditions: The case of public health services in Tanzania. *BMC Health Services Research*, 2011.

TURETA, C., et al. Avaliação Crítica de Serviços Educacionais: o Emprego do Modelo SERVQUAL. In: **II EMA – ENCONTRO DE MARKETING DA ANPAD**. Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EMA, 2006. CD ROM.

ZHAO, Y.; CUI, S.; YANG, J.; WANG, W.; GUO, A.; LIU, Y.; LIANG, W. Basic public health services delivered in an urban community: a qualitative study. *Public Health*, vol. 125, nº 1, 2011.