

## O Médico e a Qualidade Percebida pelo Paciente

Autoria: André Torres Urdan, Melby Karina Zuniga Huertas

### RESUMO

Os médicos no Brasil enfrentam a deterioração do sistema público de saúde, a elevada dependência de organizações privadas de saúde, pacientes com níveis crescentes de exigência e incremento da concorrência entre profissionais. Daí entra em destaque a qualidade de serviço, pois o paciente, apesar de certas dificuldades, não deixa de avaliá-la quando se trata de cuidados à saúde. Mas falta melhor compreensão sobre a percepção do paciente sobre essa esfera de qualidade, incluindo eventuais especificidades da realidade brasileira. Eis o problema contemplado neste artigo, focando-se no trabalho do médico no seu consultório com os pacientes, numa abordagem teórico-empírica. Dados foram levantados de 344 pacientes ligados a 35 médicos. Análises de dimensionalidade, validade e fidedignidade foram realizadas em torno de um escala de Qualidade Percebida pelo Paciente.

### I – REVISÃO TEÓRICA

Aqui se discorrerá sobre a essência da literatura sobre os tópicos: 1) qualidade de serviço e qualidade percebida; 2) qualidade de serviços de cuidado à saúde e o paciente; 3) qualidade percebida pelo paciente em serviços médicos de consultório. Desse modo, passando-se do geral para o específico, ter-se-á base teórica para a análise empírica do tema.

#### I.1 – Qualidade de Serviço, Qualidade Percebida e o Modelo de Grönroos

A pesquisa sobre qualidade de serviço ressalta a qualidade percebida (QP), baseada no cliente. Tanto para serviços quanto bens, a QP envolve uma avaliação de excelência ou superioridade de uma oferta subjetivamente realizada pelo cliente (GARVIN, 1984). A percepção é um processo de organização, interpretação e derivação de significado de estímulos por meio dos sentidos (MONROE e KRISHNAN, 1985). Sensação é um processo de recebimento dessas impressões sensoriais. Logo, a percepção é subjetiva. A cognição do cliente sobre um estímulo (serviço ou bem) não é uma "foto" e sim um "desenho", que exprime sua visão individual da realidade. Isso torna imprescindível discernir entre atributos de uma oferta por si e as percepções dos clientes sobre eles, porque os clientes podem diferir e muito em suas percepções e estas é que afetam o comportamento, não os atributos em si (HOWARD, 1977).

Um interessante modelo genérico de QP de serviço é o de GRÖNROOS (1990), desenhado na FIGURA 1. Nele a QP resulta da comparação entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada pelo cliente. A QP é boa quando a qualidade experimentada ultrapassa (ao menos alcança) as expectativas do cliente (qualidade esperada). No modelo são duas as dimensões de qualidade: *técnica* e *funcional*. A qualidade *técnica* é aquilo que fica com o cliente ao terminar sua interação com o prestador de serviços e os processos de produção e entrega. Mas sendo serviços processos experienciais (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*: a maneira como a qualidade *técnica* (o resultado final do processo) é transferida ao cliente. Há também a imagem do prestador de serviços, como valores a este conectados pelos clientes, funcionando como um filtro os atributos que vão influenciar a avaliação da qualidade experimentada.

#### I.2 – Qualidade de Serviços de Cuidado à Saúde e o Paciente

É preciso mapear eventuais particularidades da qualidade de serviços de cuidado à saúde (FORD, BACH e FOTTLER, 1997). Pairam certas dúvidas sobre se os princípios e

técnicas genéricas de qualidade de serviços podem ser aproveitados nas atividades de cuidado à saúde. As organizações de saúde têm muito em comum com as de vários outros ramos de serviços, mas três singularidades marcam-nas (GARVIN, 1990): a) falta de clareza na conexão entre entradas e saídas, muito em função do tempo necessário para os resultados se manifestarem; b) os pacientes podem ter dificuldade em avaliar aspectos técnicos; c) os grandes hospitais operam com duas linhas de autoridade distintas (o pessoal administrativo e os médicos), em vez da pirâmide da predominante autoridade única. Além disso, como em tantos outros ramos, serviços de saúde têm vários tipos de clientes (BERWICK, GODFREY e ROESSNER, 1990). Um pediatra pode servir a criança, a família dela, a comunidade, outros médicos, outros profissionais de saúde, quem paga pelos serviços e até seu conselho e suas entidades de classe.

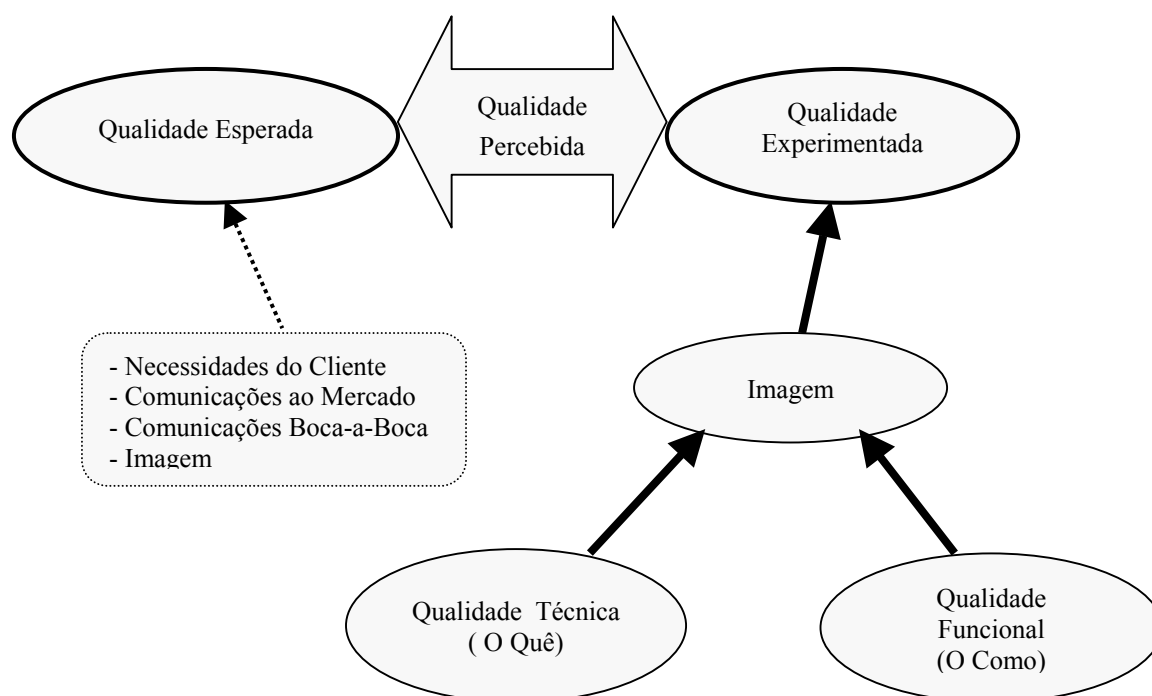


FIGURA 1 - Modelo Genérico de Qualidade de Serviço de Grönroos

Fonte: GRÖNROOS (1990: 41)

A qualidade de serviços de cuidado à saúde abrange aquilo que se espera possa maximizar uma medida abrangente de bem-estar do paciente, levando-se em conta o balanço de ganhos e perdas esperados intervenientes em todas as partes do processo de cuidado (DONABEDIAN, 1980). Para este autor, tal qualidade conta com dois domínios: *técnico* e *interpessoal*. O *técnico* cobre a aplicação da ciência e tecnologia da saúde à administração de um problema pessoal de saúde. Já o *interpessoal* refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais. Ao domínio *interpessoal* são somadas ainda as amenidades, formadas pelas propriedades do ambiente onde o cuidado é proporcionado (como uma sala de espera agradável), gerando atributos como conforto, presteza e cortesia.

O paciente quase sempre conhece bem pouco os detalhes do domínio *técnico* da qualidade, frisa DONABEDIAN (1985), embora eles apreciem sua importância, especialmente em situações de clara ameaça à saúde e ao bem-estar. Em geral, o paciente avalia a qualidade *técnica* do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da

preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar. Mas esse autor evidencia como o paciente usualmente não tem dificuldade em avaliar a qualidade *interpessoal*, nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais. De mais a mais, o gabarito do domínio *interpessoal* pode influenciar os resultados do domínio *técnico* para o paciente e vice-versa; um domínio não é eficaz sem o outro (DONABEDIAN, 1985). O relacionamento *interpessoal* e o conforto das amenidades não curariam doenças orgânicas. Mas também não é por si só suficiente a competência *técnica*, a menos que ela seja posta a trabalhar pelo paciente em virtude do interesse humano e comprometimento dos profissionais em prover os melhores benefícios ao paciente.

Logo, verifica-se que os serviços de saúde não fogem, em essência, do caráter genérico da qualidade de serviço. A distinção proposta por GRÖNROOS (1990) entre as qualidades *técnica* e *funcional* mostra-se válida para serviços de saúde. A qualidade *técnica* refere-se ao domínio *técnico* dos serviços de cuidado à saúde, ao passo que a qualidade *funcional* reflete o seu domínio *interpessoal*.

Porém a qualidade *funcional* toma contornos desafiadores. CLARK (2001) menciona que muitas escolas de medicina nos Estados Unidos estão mudando seus currículos para realçar as qualidades humanísticas inerentes ao trabalho médico. Este seria apenas o primeiro passo para transformar um modelo de formação “desnecessariamente cruel”, que amortece as emoções e desumaniza o médico. É sugerido que os estudantes aprendam, por exemplo, anatomia e habilidades de comunicação com o paciente, de modo a perceber que um fígado está conectado sempre a um ser humano. Uma ampla pesquisa sobre qualidade de cuidados de saúde realizada com médicos da Austrália, Canadá, Estados Unidos, Grã-Bretanha e Nova Zelândia mostra um desafio (BLENDON et al., 2001). A maioria dos pesquisados foi a favor de reformas para que tenham mais tempo com seus pacientes, mas só 33% a 40% deles concordavam que avaliações do paciente podiam servir para aprimorar a qualidade. Isso mostra pouca disposição desses médicos em acolher o feedback do paciente, apesar do interesse em poder-lhes dedicar mais atenção.

Mas, pelo exposto, é admissível e recomendável indagar dos pacientes sobre como melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Resta prover instrumental para a mensuração da QP pelo paciente, mormente em face dos vários serviços prestados pelos profissionais e organizações de saúde. Sem isto, torna-se difícil a orientação das equipes de saúde em relação ao leque de atributos que conformam a qualidade sob a ótica do paciente. Repare-se que só agora o *Comitê Nacional para a Asseguração de Qualidade* dos Estados Unidos decidiu desenvolver medidas de qualidade do trabalho médico baseadas na perspectiva do paciente, o que tomará quase dois anos. Logo, impõe-se avançar no desenvolvimento desse instrumental também no Brasil.

### **I.3. Qualidade de Serviços Médicos de Consultório Percebida pelo Paciente**

Dentro do amplo todo de serviços de cuidado à saúde, aqui se mira a *qualidade de serviços médicos de consultório percebida pelo paciente* (QPC). Isso porque a maior parte do trabalho da classe médica tende a suceder em consultórios e a interação médico-paciente costuma ser muito duradoura em torno do consultório. BROWN e SWARTZ (1989) foram proeminentes no desenvolvimento de uma escala de QPC. Sobretudo porque eles, em vez de aproveitar o conteúdo de 22 itens da escala genérica de serviços Servqual (como O’CONNOR, TRINH e SHEWCHUK, 2000 e outros), identificaram variáveis específicas da QPC, cuja precisão decorrente aumenta a capacidade de compreensão e ação profissional. A operacionalização da QPC desses dois autores abrangeu 65 atributos, com nove fatores subjacentes: Profissionalismo, Comunicações Auxiliares, Responsabilidade Profissional, Interações do Médico, Interações de Auxiliares, Diagnóstico, Competência Profissional, Comodidade de Horários e Comodidade de Localização.

Todavia, BROWN e SWARTZ (1989) distinguiram os domínios de expectativas de pacientes e experiências de pacientes, cada qual retratado com um grupo, em parte próprio, de atributos. Eles registram no artigo que a comparação entre expectativas e experiências “só pôde ser computada para seis atributos” (p.94), mas nada explicam sobre as razões de utilizarem apenas seis dos 43 atributos distintos nesse cálculo. É estranha essa definição de três conjuntos de atributos: um relacionado a expectativas, outro a experiências e um terceiro de atributos comuns a expectativas e experiências. Parece que para eles há só uns poucos atributos, esses seis, pertencentes simultaneamente aos domínios particulares de expectativas e experiências dos pacientes. Mas aqui começam as críticas a tal trabalho científico. A primeira delas é que, na concepção de autores como PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985) e GRÖNROOS (1990), a QP é expressa pela diferença entre expectativas e experiências dos clientes, com ambas as avaliações ocorrendo sobre os mesmos atributos. Por isso, afigura-se improcedente a separação promovida por BROWN e SWARTZ (1989).

A segunda crítica a BROWN e SWARTZ (1989) toca na operacionalização da QP como a diferença entre experiências (desempenho) e expectativas. Há várias evidências de essa diferença de escores ou é problemática ou melhores informações podem ser obtidas sobre a QP pelo exame só das expectativas ou sobretudo das experiências. Isto consta de pesquisas empíricas genéricas sobre serviços no exterior (CRONIN e TAYLOR, 1992) e no Brasil (URDAN e MAGRO, 1996; JOHNSTON e LUCE, 1996), como também por investigações específicas sobre serviços de saúde (SCHEWCHUK, O’CONOOR e WHITE, 1991; TAYLOR e CRONIN, 1994). Em acréscimo, esse último esquema acarreta redução da metade da quantidade de avaliações que o cliente tem de realizar, ajudando na obtenção de colaboração por parte dele. Por conseguinte, entende-se que o melhor é a mensuração da QP baseada apenas em experiências.

A terceira crítica é que BROWN e SWARTZ (1989) preocuparam-se em contar com atributos espelhando os 10 fatores genéricos sugeridos originalmente por PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985) com base em estudos qualitativos. Porém esta trinca, numa etapa quantitativa seguinte, passou a advogar a existência de cinco fatores sob tal qualidade (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988), embora sem tratarem de clientes de serviços de saúde. Portanto, BROWN e SWARTZ (1989) tomaram por base uma dimensionalidade genérica de QP de serviços improcedente.

A quarta crítica a BROWN e SWARTZ (1989) tange ao exame da validade convergente dos fatores da QPC com base numa variável dependente de *satisfação global* do paciente. Entretanto, a literatura é predominante em diferenciar os construtos QP e satisfação do consumidor. Mesmo sendo a satisfação operacionalizada como a diferença entre expectativas e experiências, os dois construtos têm significados diferentes (BOLTON e DREW, 1991a; LaBARBERA e MAZURSKY, 1983; OLIVER, 1997). Para OLIVER (1997:162-188) a satisfação é uma resposta imediata ao consumo, enquanto a QP existe antes e após o consumo como um sinal duradouro da excelência de um bem ou serviço. Sobre a relação entre os dois construtos há controvérsias, onde o próprio OLIVER (1997) considera que a qualidade antecede satisfação, ao passo que outros, como BOLTON e DREW (1991b), sustentam uma ordem inversa. De qualquer modo, BROWN e SWARTZ (1989) deveriam ter tomado como variável dependente em suas análises também uma medida global de qualidade (TAYLOR, 1994).

Apesar dessas críticas, o melhor da contribuição de BROWN e SWARTZ (1989) está no conjunto todo de atributos representando a QPC. Cabe aproveitar esse referencial como ponto de partida, submetendo-o às devidas análises. Sem levar em conta os fatores a que estavam conectados, os 43 atributos desses autores parecem na face exprimir a QPC. Contudo, neste artigo considera-se que o todo de atributos de expectativas e experiências no esquema de BROWN e SWARTZ (1989) é que exprime o todo da QP, mesmo sendo esta aqui

operacionalizada apenas em cima de experiência.

## II – UMA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

O objetivo empírico foi analisar propriedades psicométricas de uma escala de QPC, formada pela consolidação dos atributos propostos por BROWN e SWARTZ (1989), numa operacionalização baseada apenas em experiência. Tal objetivo desdobrou-se em três questões a pesquisar, enunciadas no QUADRO 1. Implementou-se uma pesquisa conclusiva e descritiva, de seção cruzada (CHURCHILL, 1991). Porém não foi possível gerar amostras representativas de amplas populações, fruto da restrição de recursos financeiros. Todas análises foram aplicadas no nível dos pacientes de consultório. As técnicas estatísticas aplicadas no exame de cada uma das questões constam do QUADRO 1.

QUADRO 1 - Questões formuladas para a pesquisa e respectivas técnicas estatísticas

Questão	Técnica Estatística
1ª - Há uma estrutura de QPC formada pelos 9 fatores, ao longo dos 43 atributos, consolidados da proposição de BROWN e SWARTZ (1989)? Caso contrário, quantos e quais são os fatores prevaletentes neste estudo para a QPC?	Análise fatorial, que enseja conhecer a estrutura de correlações existentes entre grande número de variáveis e representar os relacionamentos entre elas num conjunto reduzido de fatores subjacentes (HAIR Jr. et al., 1998).
2ª - São fidedignas as escalas da QPC, formadas pelas variáveis dos atributos propostos por BROWN e SWARTZ (1989), para os fatores prevaletentes neste estudo?	Coefficiente alfa de Cronbach de consistência interna, revelando o quanto os itens de uma escala estão inter-relacionados. Se um conjunto de itens representa uma mesma dimensão, eles têm de ser consistentes na indicação que fazem dessa dimensão (NUNNALLY, 1978).
3ª - Há validade nas escalas dos fatores de QPC prevaletentes neste estudo, formadas pelas variáveis dos atributos propostos por BROWN e SWARTZ (1989)?	Análise de regressão linear múltipla, contemplando o relacionamento entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes, consistindo numa combinação linear das variáveis independentes que melhor predizem a variável dependente (PERRIEN, CHÉRON e ZINS, 1986).

Um questionário foi elaborado com questões de avaliação dos 43 atributos de QPC, numa escala de diferencial semântico com 5 posições (indo de “1 - qualidade muito baixa” a “5 - qualidade muito alta”). Para o teste da 3ª Questão, foram acrescentadas: a) uma variável de Avaliação Global de QPC, com escala de diferencial semântico de 5 posições (indo de “1 - qualidade global baixíssima” a “5 - qualidade global altíssima”); b) uma variável de Satisfação Global com Serviços de Consultório, com escala de diferencial semântico de 5 posições (indo de “1 – absoluta insatisfação global” a “5 – absoluta satisfação global”). Tomou-se a escala de diferencial semântico como intervalar (TULL e HAWKINS, 1990, KINNEAR e TAYLOR, 1991), ensejando o uso de técnicas paramétricas. Uma bateria final do questionário continha questões sobre o perfil sócio-demográfico do respondente e sua relação com o plano de saúde. Cumpriram-se duas séries de pré-teste, cada qual com oito pacientes, em especial porque não fora possível realizar uma tradução reversa do enunciado dos atributos.

Era preciso chegar aos pacientes a partir dos médicos com quem aqueles consultavam. Isso foi tentado sem sucesso com o *Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais*, a *Cooperativa UNIMED* de Belo Horizonte, o *Plano SANTACASA SAÚDE* da *Santa Casa de*

*Misericórdia de Belo Horizonte* e a gestora *FORLUZ* do plano de medicina de grupo da *Companhia Energética de Minas Gerais* (CEMIG). Ficou óbvio que a avaliação de serviços médicos por pacientes é vista como algo melindroso por essas organizações. Por fim, a *Caixa de Assistência à Saúde* (CASU) aceitou apoiar a pesquisa. A CASU é um plano de medicina de grupo do pessoal da Universidade Federal de Minas Gerais, Centro Federal de Ensino Tecnológico de Minas Gerais, Faculdade Federal de Odontologia de Diamantina e suas respectivas fundações, associações e sindicatos.

Do cadastro da CASU foram conseguidos 35 médicos, que tinham realizado pelo menos 30 consultas em pacientes dela nos dois meses anteriores e que concordavam com a realização da pesquisa. Compilaram-se 35 listas, com nome e endereço de pacientes, para cada um dos 35 médicos participantes, totalizando 1050 pacientes (selecionando-se os 30 últimos pacientes consultados por cada um dos médicos). Por fim, o levantamento de dados sucedeu por via postal nos meses de setembro a novembro de 1998, com a remessa de uma carta de cobrança 20 dias após o envio do questionário.

### III – RESULTADOS

Retornaram 437 questionários, sendo 93 deles descartados por terem mais de 20% das questões em branco ou todas as respostas num extremo ou noutro das escalas (denotando irreflexão). Restaram 344 questionários aproveitáveis, numa proporção efetiva de retorno de 32,8%, interpretada como dentro do usual para levantamento postal. As análises foram realizadas no programa estatístico *SPSS for Windows* (versão 7.1).

Sobre o perfil geral da amostra, cerca de 86% dos pacientes realizaram duas ou mais consultas com o médico que avaliaram e 38% realizaram seis ou mais consultas. Cerca de 95% dos pacientes tinham seis meses ou mais de vinculação à CASU e nenhum tinha um mês ou menos nessa vinculação. Ademais, 54% dos pacientes já haviam realizado 10 ou mais consultas com médicos da CASU em geral, enquanto outros 29% tiveram de seis a 10 consultas e ninguém fez apenas uma consulta. Isso tudo sugere uma amostra de pacientes com razoável vivência com o médico que avaliaram e a CASU, dando boa base para a avaliação de QPC. Cerca de 72% eram mulheres, podendo ser que elas tenham tido maior boa vontade que os homens em colaborar com a pesquisa. Verificou-se que 37% dos pacientes estavam entre 41 e 60 anos, enquanto outros 17% tinham 61 ou mais anos, compondo um contingente de pessoas que devem possuir (pelo tempo de vida) uma experiência ao menos razoável como clientes, e não só como pacientes, ajudando no desenvolvimento da capacidade de avaliação (até por comparação com outras situações) de QPC. Sobre nível de escolaridade, não mais que 23% dos pacientes tinham pós-graduação. Tal perfil de escolaridade pareceu conveniente, pois dando maior variedade à amostra, ao contrário do receio que havia de aparecerem quase só docentes universitários.

As avaliações dos 43 atributos de QPC situaram-se em níveis majoritariamente elevados, com médias maiores que 4. Apenas 2 atributos (5% do todo) ficaram com média na faixa de 2 e 8 atributos (19% do todo) ficaram com média na faixa de 3. O panorama indicou uma elevada QPC nos médicos da CASU (4,1 de média das médias dos 43 atributos).

#### III.1. Resultados da 1ª Questão

Para a 1ª Questão, embora a maior parte das 43 variáveis dos atributos de QPC apresentasse assimetria, isso não comprometeu a realização da análise fatorial prevista. Nesta técnica, o efeito básico de fugas da normalidade, homocedasticidade e linearidade é a diminuição das correlações observadas (HAIR Jr. et al., 1998:99). O importante é que haja suficiente correlação entre as variáveis. Mas o valor da estatística de Bartlett (4947) e a medida do teste Kaiser-Meyer-Okin (0,91) sinalizam adequação dos dados para aplicar a técnica (HAIR Jr. et al., 1998; NORUSIS, 1993).

Num processamento por fatores comuns, definiu-se *a priori* a extração de nove fatores, com base na concepção teórica em teste. A média final das comunalidades (quantidade de variância que uma variável compartilha com todas as demais variáveis incluídas na análise) surgiu no expressivo patamar de 0,64. Fora isso, apenas a variável V34 (“*Ser fácil e rápido marcar uma consulta com o médico*”) apresentou discrepância acentuada em face do panorama geral, com uma comunalidade final da ordem de 0,39. Mas os fatores 7, 8 e 9 possuíam autovalores (variância total explicada por um fator) inferiores a 1. Com a padronização, cada variável tem variância igual 1 (MALHOTRA, 1996). Logo, não faz sentido reter um fator com autovalor inferior a 1, não sendo ele melhor do que uma variável isoladamente para explicar a variância presente. Por conseguinte, não há evidências para aceitar a existência de nove fatores subjacentes à QPC na amostra.

Então tentou-se a extração pela fixação da quantidade de fatores tanto quanto o requisito de autovalores acima de 1, ao lado da investigação da plotagem de *scree* (HAIR Jr. et al., 1998). A melhor solução foi com seis fatores de QPC, conforme a TABELA 1, onde todos fatores têm autovalor superior a 1 e há o mínimo de 60% de variância total explicada pelo conjunto de fatores em relação à variância existente no conjunto de variáveis originais. À primeira vista, o acentuado degraú entre a variância explicada pelo 1º fator (42%) e o 2º fator (6%) sugeria a unidimensionalidade da escala. Após uma rotação ortogonal Varimax, a distribuição bem mais equilibrada das variâncias explicadas pelos fatores (22% do 1º e 12% do 2º) sinalizou a procedência da solução com os seis fatores, o que também ajuda a entender a estrutura dos dados com mais detalhes comparativamente à unidimensionalidade.

Por traz desses seis fatores estão agrupamentos de variáveis em fatores idênticos, ou quase isso, frente àqueles propostos originalmente por BOWEN e SWARTZ (1989). Este é o caso, agora, dos fatores 2, 3 e 6. Em acréscimo, os demais fatores (1, 4 e 5) estão configurados simplesmente como a combinação de fatores da proposição desses dois autores. A TABELA 2 contém a matriz fatorial rotacionada incompleta dos seis fatores, num arranjo bem nítido e lógico. Somente os atributos V23, V35 e V43 não ficaram ligados a qualquer fator, pois com cargas inferiores a 0,40.

Por conseguinte, a resposta à 1ª Questão é negativa, não parecendo haver uma estrutura formada por nove fatores subjacente à QPC. Na amostra há evidências de que a QPC se desdobra em seis fatores: 1º) Interações do Médico e Diagnóstico; 2º) Competência Profissional; 3º) Interações de Auxiliares; 4º) Comodidade de Horários e Localização; 5º) Profissionalismo e Responsabilidade Profissional; 6º) Comunicações Auxiliares. Aliás, foi fácil nomear esses fatores, haja vista a coerência da natureza das variáveis que integram cada um deles.

TABELA 1 - Análise fatorial da QPC extraindo-se seis fatores dos 43 atributos

Fator	Situação Após a Extração dos Fatores			Situação Após a Rotação dos Fatores		
	Autovalor	% da Variância	% Acumulado	Autovalor	% da Variância	% Acumulado
1	18,125	42,152	42,152	9,823	22,845	22,845
2	2,688	6,251	48,403	5,088	11,832	34,676
3	1,710	3,977	52,380	3,776	8,782	43,458
4	1,281	2,978	55,358	2,917	6,783	50,241
5	1,081	2,513	57,872	2,598	6,041	56,282
6	1,019	2,369	60,241	1,702	3,959	60,241

### III.2. Resultados da 2ª Questão

Acerca da 2ª Questão, na TABELA 3 encontram-se os resultados da análise do alfa de Cronbach para as escalas de cada um dos seis fatores detectados. À parte foi examinada a variação do alfa provocada pela exclusão de cada variável (NORUSIS, 1993). Mas apenas a escala do fator 5 (Profissionalismo e Responsabilidade Profissional) tinha na sua variável V19 a possibilidade de reduzido incremento no alfa com a sua exclusão; sendo assim, optou-se por manter essa escala com sua composição original.

TABELA 3 - Análise de fidedignidade das escalas dos 6 fatores de QPC detectados

Fator da Escala	Alfa Padronizado do Fator
1º - Interações do Médico e Diagnóstico	0,957
2º - Competência Profissional	0,939
3º - Interações de Auxiliares	0,879
4º - Comodidade de Horários e Localização	0,792
5º - Profissionalismo e Responsabilidade Profissional	0,763
6º - Comunicações Auxiliares	0,688

Adotou-se o critério de que um alfa igual ou maior que 0,70 espelha suficiente fidedignidade de uma escala, consoante NUNNALLY (1978). Sabe-se da discordância de PEDHAZUR e SCHMELKIN (1991) com o estabelecimento de padrões específicos de fidedignidade, que freqüentemente tendem a assumir vida própria e acabam aplicados sem preocupação com os fundamentos que os geraram. Os dados da TABELA 3 evidenciam que a fidedignidade de cinco das seis escalas dos fatores de QPC é aceitável. Mesmo a escala do 6º fator, com alfa igual a 0,69, está quase dentro do patamar mínimo de NUNNALLY (1978). Assim sendo, para a 2ª Questão tem-se como praticamente fidedignas as escalas de QPC para os seis fatores prevaletentes nesta pesquisa. Já no estudo dos fatores de experiência de BROWN & SWARTZ (1989), na operacionalização de QPC deles, os alfas iam de 0,64 a 0,93. Por conseguinte, os alfas extremos desta pesquisa são ligeiramente superiores àqueles originais, reforçando a procedência da estrutura ora reconhecida para as escalas.

### III.3. Resultados da 3ª Questão

A 3ª Questão envolveu validades convergente e discriminante (PEDHAZUR e SCHMELKIN (1991:73-75). Como variável dependente da análise de regressão linear: a) na convergente, entrou a Avaliação Global de QPC; b) na discriminante, teve-se a Satisfação Global com Serviços de Consultório. Nos dois casos, como variáveis independentes entraram índices para cada um dos seis fatores de QPC (média dos escores de suas variáveis respectivas). No tocante às premissas (normalidade, homocedasticidade e linearidade) para a análise de regressão (HAIR Jr. et al., 1998), só as variáveis dos Índices dos Fatores 3 e 4 passaram no teste de normalidade univariada de Kolmogorov-Smirnov. Afinal, onde a amostra é grande (como aqui), quase todo teste de ajustamento rejeitará a hipótese nula de normalidade. Porém, para a maioria dos testes estatísticos, basta uma distribuição aproximadamente normal (NORUSIS, 1993). Isso permitiu aplicar a análise de regressão linear múltipla.

Os resultados para a validade convergente estão na TABELA 4. Há um significativo e elevado coeficiente de determinação ajustado: 79%. Ou seja, os seis índices dos fatores de QPC explicam alta proporção da variância da Avaliação Global de QPC. Apenas o Índice do Fator 6 não tem influência significativa na relação linear existente. Estimativas essas que não



foram prejudicadas por alta multicolinearidade entre as variáveis independentes (HAIR Jr. et al., 1998). Os coeficientes de regressão padronizados da TABELA 4 ensejam uma ordenação decrescente (com cautela) da força dos índices dos fatores significativos de QPC como preditores da Avaliação Global de QPC: 1º) 1 - Interações do Médico e Diagnóstico, com coeficiente de 0,35; 2º) 3 - Interações de Auxiliares, com coeficiente de 0,30; 3º) 2 - Competência Profissional, com coeficiente de 0,20; 4º) 5 - Profissionalismo e Responsabilidade Profissional, com coeficiente de 0,14; 5º) 4 - Comodidade de Horários e de Localização, com coeficiente de 0,11.

TABELA 2 - Matriz incompleta de fatores rotacionados extraindo-se seis fatores dos 43 atributos da QPC (apenas os coeficientes acima de 0,4)

Variável – Mnemônico	Média	Des. Pad.	Fator					
			1º	2º	3º	4º	5º	6º
V01 - médico ouvir o paciente.	4,60	,75	,76					
V02 - médico dar informações sobre a saúde.	4,33	,97	,76					
V03 - médico ser cuidadoso para explicar o fazer.	4,41	,92	,72					
V04 - médico ser minucioso no atendimento.	4,23	1,01	,81					
V05 - médico dedicar tempo ao atendimento.	4,44	,91	,71					
V06 - médico examinar bem antes de concluir.	4,37	,97	,76					
V07 - médico inspirar total confiança.	4,40	,97	,72					
V08 - médico ter real interesse pela pessoa.	4,24	,92	,71					
V09 - médico dar total atenção.	4,53	,85	,73					
V10 - médico tratar com respeito.	4,78	,59	,56					
V11 - médico explicar as razões dos exames.	4,43	,98	,63					
V12 - recepcionistas terem interesse pessoal.	3,18	1,17			,72			
V13 - recepcionistas conhecerem individualmente.	2,81	1,34			,64			
V14 - recepcionistas serem corteses.	4,10	1,04			,68			
V15 - recepcionistas médico serem flexíveis.	3,74	1,13			,77			
V16 - recepcionistas agirem de forma profissional.	4,10	1,03			,63			
V17 - recepcionistas interessadas em atender.	2,90	1,22			,66			
V18 - médico receitar só remédios necessários.	4,62	,77	,48	,51				
V19 - médico não pedir exames desnecessários.	4,62	,84	,43	,45			,48	
V20 - médico não levar a riscos desnecessários.	4,56	,88	,44	,57			,45	
V21 - médico não ter como prioridade dinheiro.	4,38	1,07					,64	
V22 - médico não priorizar conversar com funcionários.	4,43	1,02					,65	
V23 - <b>médico admitir quando não sabe.</b>	4,31	1,01						
V24 - nada haver a melhorar no tratamento.	4,16	1,01	,43	,46				
V25 - médico explicar os problemas de saúde.	4,49	,90	,59	,42				
V26 - médico ter elevada qualificação.	4,57	,78		,73				
V27 - médico não cometer erros.	4,50	,93	,51	,57				
V28 - médico se manter atualizado na medicina.	4,55	,84		,69				
V29 - médico dar alternativas de tratamento.	4,51	,91	,54	,59				
V30 - médico raramente fazer esperar.	3,90	1,20				,52		
V31 - horários do consultório serem cômodos.	4,23	,96				,60		
V32 - consultório ser de fácil acesso.	4,19	1,12				,62		
V33 - médico atuar em hospital de fácil acesso.	3,82	1,27				,59		,49
V34 - ser fácil e rápido marcar consulta.	3,98	1,15				,54		
V35 - <b>médico ser honesto ao cobrar.</b>	4,77	,60						
V36 - médico falar com clareza.	4,67	,76	,51				,41	
V37 - médico ter interesse sincero.	4,38	,92	,63					
V38 - médico explicar pessoalmente os exames.	4,64	,77	,57					
V39 - sala de espera com informações de saúde.	3,49	1,35						,64
V40 - médico fornecer folhetos explicativos.	3,09	1,42						,48
V41 - médico tomar as decisões que lhe cabem.	4,25	1,02	,46	,46				

V42 - médico atualizado com a tecnologia médica.	4,39	,90	,72
V43 - médico disponível numa emergência.	3,88	1,31	

TABELA 4 - Análise de regressão da Avaliação Global de QPC sobre os seis índices dos fatores de QPC

Variáveis Independentes	Coefficiente de Regressão	Coefficiente de Regr. Padronizado	Estatística t	Significância de t
Constante	-,799		-3,815	,000
Índice do Fator 1	,425	,354	5,199	,000
Índice do Fator 2	,218	,204	2,776	,006
Índice do Fator 3	,256	,304	6,960	,000
Índice do Fator 4	7,900 E-02	,111	2,361	,020
Índice do Fator 5	,131	,136	2,751	,007
Índice do Fator 6	9,490 E-03	,015	,361	,719

Já na validade discriminante, a regressão foi semelhante à da validade convergente, motivo pelo qual os dados deixam de ser apresentadas neste restrito espaço. Isso indica que os construtos de QP e Satisfação, sob o ponto de vista de mensuração, devem ser indistintos nos serviços de consultórios médicos. Assim sendo, a resposta à 3ª Questão é parcialmente afirmativa. Há validade convergente nas escalas de QPC dos fatores 1 a 5, carecendo de validade a escala do fator 6. Porém não há validade discriminante das escalas de QPC desses fatores todos em relação à Satisfação Global com Serviços de Consultório.

#### IV – LIMITAÇÕES DESTE ESTUDO E DIREÇÕES PARA O FUTURO

Neste estudo ocorreu reduzida variação nos escores dos atributos da QPC, o que pode ter prejudicado a robustez das análises. Deve-se buscar trabalhar com amostras mais heterogêneas, em que pesem as restrições de recursos no Brasil para custear pesquisas de maior envergadura e a dificuldade em obter cooperação de organizações e profissionais de saúde.

Incidu sobre a pesquisa um potencial erro de não-resposta, pois a maior parte dos pacientes (67% do total de 1050 contactados) selecionados para tomar parte da amostra não respondeu o questionário. A dúvida é se aqueles que responderam diferem substantivamente daqueles que não responderam em termos de variáveis relevantes para o estudo (HAYES, 1992). Em outras pesquisas devem ser implementadas ações para elevar a taxa de respostas e estimar-se estatisticamente a incidência desse viés.

Generalização dos resultados foi outra limitação da pesquisa (KERLINGER, 1973), já que os pacientes estudados foram todos provenientes de um mesmo plano de saúde e quase só de uma cidade (Belo Horizonte). Recomendável seria promover o teste das questões desta pesquisa com pacientes (como os particulares) e médicos de outras categorias, de outras modalidades organizacionais (como as seguradoras), com outros fins (visando lucro) e de outras cidades e regiões brasileiras.

#### V – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Os resultados alcançados neste estudo, ao que se sabe até aqui originais no Brasil, podem ajudar na compreensão científica da qualidade percebida de consultório (QPC) e em aplicações na prática médica de consultório. Despontaram seis fatores (TABELA 3), sendo cinco deles válidos subjacentes à QPC, englobando 40 atributos (TABELA 1 e QUADRO 2). Contudo, por traz dos seis fatores ora detectados estão agrupamentos de variáveis em fatores

idênticos ou quase isso em relação àqueles propostos originalmente por BROWN e SWARTZ (1989). Isso sugere que o domínio todo antes por eles proposto tem uma configuração estrutural semelhante nas amostras norte-americana e brasileira, algo ótimo para a pretensão científica de descobrir relações mais e mais gerais.

A fidedignidade é praticamente apropriada em todas as seis escalas dos fatores prevalecentes neste estudo para a QPC (TABELA 3). A validade convergente é expressiva, com os seis índices dos fatores de QPC explicando alta proporção (79%) da variância da Avaliação Global de QPC. Só o Índice do Fator 6 (Comunicações Auxiliares) não tem influência significativa na relação linear existente (TABELA 4). Mas não há validade discriminante entre a escala de QPC e uma medida de satisfação global, contrariando BOLTON e DREW (1991a), LaBARBERA e MAZURSKY (1983) e OLIVER (1997). Por outro lado, pacientes que percebem alta qualidade nos serviços de um médico no consultório devem estar também muito satisfeitos, viabilizando as conseqüências auspiciosas de ambos os construtos.

Não se discute que os pacientes são o objetivo último e a razão de ser de qualquer sistema de saúde. O difícil é que os pacientes consideram um conjunto bem amplo e variado de fatores e atributos como QPC (QUADRO 2). Tal escala de QPC indica o grau do sucesso do médico em atender às necessidades e desejos de seus pacientes no consultório. Ademais, a escala de QPC contém fatores significativos e atributos tanto de qualidade *técnica* quanto *funcional* (GRÖNROOS, 1990), esta última equiparada ao domínio *interpessoal* e de amenidades esquematizado por DONABEDIAN (1980, 1985).

Cabe um alerta aos profissionais de saúde porque, ao menos em parte, tendem a ser distintas as considerações nas perspectivas de paciente e médico (CARSON et al., 1998). As avaliações humanas de qualidade são subjetivas, influenciadas pelo particular referencial do avaliador, como valores, conhecimentos e interesses. Em conseqüência, a chance de os profissionais de saúde colocarem-se no lugar dos pacientes e substituírem com acerto as avaliações deles normalmente é pequena. O jeito é dar voz própria ao paciente. Limites precisam ser impostos à utilização da perspectiva dos pacientes no direcionamento do trabalho nos serviços de saúde, pois o paciente quase sempre conhece bem pouco os detalhes da qualidade *técnica* (DONABEDIAN, 1985). O paciente típico não poderia, por exemplo, apontar falhas num esquema de medicação. Mas na qualidade *funcional* de serviços de saúde, o paciente pode, sim, avaliar o que lhe é oferecido.

Com efeito, embora muitas fontes devam ser usadas para delinear o esforço de melhoria de qualidade de serviços de saúde, BERWICK, GODFREY e ROESSNER (1990) assinalam que a melhor das fontes está nos próprios pacientes. Uma posição que não surpreende à vista da teoria geral gestão da qualidade, como filosofia gerencial orientada para o cliente e que toma este como ponto de partida para o alinhamento de toda a gestão (JUN, PETERSON e ZSIDISIN, 1998). Essa visão merece maior acolhida no meio de saúde, mercê da compreensão de seu real significado e impacto. Basta ver que, nos Estados Unidos está sendo implementado um sistema nacional privado de pesquisa sobre a avaliação de pacientes sobre o desempenho não-clínico (vale dizer, qualidade *funcional*) dos médicos. Os planos de saúde devem comprar essas informações e oferece-las a seus clientes (DUKE, 2000).

Neste cenário, a ligação entre médico e paciente reclama uma mudança de foco, de transacional (dita como uma pseudo interação) para um genuíno relacionamento, marcado por maior envolvimento do paciente e compartilhamento bi-direcional de informações (JOHNSON e RAMAPRASAD, 2000). Apesar de suas limitações, a escala de QPC aqui delineada enseja aos médicos um meio para aprimoramento mais criterioso do trabalho de consultório. Logo, ainda que caiba aperfeiçoar tal escala, sobretudo impõe-se aplicá-la, para que produza benefícios (ANDERSON, 1995). Mas são necessárias mais iniciativas para jogar luzes sobre a QP em saúde. Afinal, serviços, tal qual bens, de alta qualidade ocupam posição

competitiva privilegiada no mercado; não é diferente com serviços de saúde (QUALITY, 2001). Espera-se que este trabalho seja uma pequena contribuição a realçar a premência dessa orientação.

QUADRO 2 - Composição final da escala de QPC: fatores e variáveis

Var.	Atributos
<b>Fator 1: Interações do Médico e Diagnóstico</b>	
V01	O médico ouvir o que eu tenho a dizer.
V02	O médico normalmente dar informações suficientes sobre a minha saúde.
V03	O médico ser cuidadoso para me explicar o que eu tenho que fazer.
V04	O médico ser bastante minucioso em meu atendimento.
V05	O médico me dedicar o tempo necessário em meu atendimento.
V06	O médico me examinar cuidadosamente antes de concluir meu problema.
V07	O médico me inspirar total confiança.
V08	O médico ter real interesse pela minha pessoa.
V09	O médico me dar total atenção quando estou com ele.
V10	O médico me tratar com respeito.
V11	O médico me explicar por completo as razões dos exames que eu terei de fazer.
V25	O médico explicar sempre os problemas de saúde que eu tenho.
V36	O médico falar com clareza, usar palavras que eu entendo.
V37	O médico ter um interesse sincero por mim.
V38	O médico me explicar pessoalmente os exames que terei de fazer, em vez de deixar a explicação por conta de recepcionistas e/ou enfermeiras.
<b>Fator 2: Competência Profissional</b>	
V18	O médico receitar somente os remédios necessários.
V20	O médico não incorrer em riscos desnecessários em meu tratamento.
V24	Não haver nada no tratamento que eu recebo do médico que possa ser melhor.
V26	O médico ter uma elevada qualificação profissional.
V27	O médico não cometer erros comigo.
V28	O médico se manter atualizado com os últimos avanços da medicina.
V29	O médico dar alternativas, quando elas existem, ao decidir sobre o meu tratamento.
V41	O médico tomar todas as decisões que são cabíveis a respeito de minha saúde.
V42	O médico se manter atualizado com os recursos tecnológicos mais avançados da medicina.
<b>Fator 3: Interações de Auxiliares</b>	
V12	As recepcionistas do médico terem um interesse pessoal por mim.
V13	As recepcionistas do médico me conhecerem individualmente.
V14	As recepcionistas do médico serem corteses.
V15	As recepcionistas do médico serem flexíveis para lidar com as minhas necessidades individuais.
V16	As recepcionistas do médico agirem de forma profissional.
V17	As recepcionistas do médico estarem mais interessadas em atender às minhas necessidades do que servir ao médico.
<b>Fator 4: Comodidade de Horários e Localização</b>	
V30	O médico raramente me fazer esperar além do horário marcado para me atender.
V31	Os horários de atendimento do consultório deste médico serem cômodos para as minhas necessidades.
V32	O consultório do médico ter uma localização cômoda (fácil acesso) para mim.
V33	O médico trabalhar num hospital cuja localização é cômoda (fácil acesso) para mim.
V34	Ser fácil e rápido marcar uma consulta com o médico.
<b>Fator 5: Profissionalismo e Responsabilidade Profissional</b>	
V19	O médico não pedir exames (laboratório, radiologia, etc.) além do necessário.
V21	O médico não ter como principal interesse ganhar tanto dinheiro quanto possível.

**BIBLIOGRAFIA**

ANDERSON, Elizabeth A. Measuring service quality at a university health clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v.8, n.2, p.32-37, 1995.

BERWICK, Donald M., GODFREY, A. Blanton, ROESSNER, Jane. *Curing health care - new strategies for quality improvement: a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.

BLENDON, Robert J., SCHOEN, Cathy, DONELAN, Karen, OSBORN, Robin et al. Physician's views on quality of care: a five-country comparison. *Health Affairs*, v.20, n.6, p.29, mar 2001.

BOLTON, Ruth N., DREW, James H. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, v.55, n.1, p.1-9, jan 1991a.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. A multistage model of customer's assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, v.17, n.1, p.375-384, mar 1991b.

BROWN, Stephen W., SWARTZ, Teresa A. A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, v.53, n.2, p.92-98, apr 1989.

CARSON, Paula P., CARSON, Kerry D., ROE, C. William. Toward understanding the patient's perception of quality. *Health Care Supervisor*, v.16, n.3, p.36-42, 1998.

CHURCHILL, Gilbert A. *Marketing research: methodological foundations*. Fort Worth: Dryden Press, 1991

CLARK, Liana R. How do we get back our humanity? *Medical Economics*, v.78, n.9, p.96-98, may 2001.

CRONIN, J. Joseph, TAYLOR, Steven A. Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, v.56, n.3, p.55-68, july 1992.

DONABEDIAN, Avedis. *Explorations in quality assessment and monitoring*. V.I, The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

\_\_\_\_\_. *Explorations in quality assessment and monitoring*. v.II, The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

DUKE, Suzanne. Patients nationwide will rate your nonclinical skills. *Medical Economics*, v.77, n.16, p.22, aug 2000.

FORD, Robert C., BACH, Susan A., FOTTLER, Myron D. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review*, v.22, n.2, p.74-89, 1997.

GARVIN, David A. Afterword: reflections on the future. In: BERWICK, Donald M, GODFREY, A. Blanton, ROESSNER, Jane. *Curing health care - new strategies for quality improvement: a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1990, p.159-165.

GARVIN, David A. What does "product quality" really means. *Sloan Management Review*, v.26, n.1, p.23-43, Fall 1984.

GRÖNROOS, Christian. *Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition*. Lexington: Lexington Books, 1990.

HAIR Jr., Joseph F., ANDERSON, Rolph E., TATHAM, Ronald L., BLACK, William C. *Multivariate data analysis with readings*. 5<sup>th</sup> ed. New York: Macmillan, 1998.

HAYES, Bob E. *Measuring customer satisfaction: development and use of questionnaires*. Milwaukee: ASQC Quality Press, 1992.

HOWARD, John A. *Consumer behavior: application of theory*. New York: McGraw-Hill, 1977.

JOHNSON, Grace L., RAMAPRASAD, Arkalgud. Patient-physician relationships in the information age. *Marketing Health Services*, v.20, n.1, p.20-27, Spring 2000.

JOHNSTON, David M., LUCE, Fernando B. As escalas Servqual e Servperf no setor de serviços bancários. In: ENANPAD, 20, 1996, Angra dos Reis. *Marketing...* Rio de Janeiro: ANPAD, 1996. p.91-108.

JUN, Minjoon, PETERSON, Robin T., ZSIDISIN, George A. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus groups interview results. *Health Care Management Review*, v.23, n.4, p.81-96, 1998.

KERLINGER, Frederick N. *Foundations of behavioral research*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1973.

KINNEAR, Thomas C., TAYLOR, James R. *Marketing research: an applied approach*. New York: McGraw-Hill, 1991.

La'BARBERA, Priscilla A., MAZURSKY, David. A longitudinal assessment of consumer satisfaction / dissatisfaction: the dynamic aspect of the cognitive process. *Journal of Marketing Research*, v.XX, n.4, p.393-404, 1983.

MALHOTRA, Naresh K. *Marketing research: an applied orientation*. Upper Sadlle River: Prentice Hall, 1996.

MONROE, Kent B., KRISHNAN, R. The effect of price on subjective product evaluations. In: JACOBY, Jacob, OLSON, Jerry C. *Perceived quality: how consumers view stores and merchandise*. Lexington: Lexington Books, 1985. p.209-32.

NORUSIS, Marisa J. *SPSS for windows: base system user's guide*. Release 6.0. Chicago: SPSS Inc., 1993

NUNNALLY, Jum C. *Psychometric theory*. 2<sup>nd</sup>. New York: McGraw-Hill, 1978.

O'CONNOR, Stephen J., TRINH, Hanh Q., SHEWCHUK, Richard M. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health Care Management Review*, v.25, n.2, p.7-23, Spring 2000.

OLIVER, Richard. *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. Boston: Irwin McGraw-Hill, 1997.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valarie A., BERRY, Leonard L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, v.49, n.4, p.41-50, Fall 1985.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, v.64, n.1, p.12-39, Spring 1988.

PEDHAZUR, Elazar J., SCHMELKIN, Liora P. *Measurement, design and analysis: an integrated approach*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1991.

PERRIEN, Jean, CHÉRON, Emmanuel, ZINS, Michel. *Recherche en marketing: méthodes et décisions*. Québec: Gaetan Morin, 1986.

PRETZER, Michael. What patients don't know about the quality of their health care. *Medical Economics*, v.78, n.10, p.26-28, may 2001.

QUALITY and service are paramount: a survey of healthcare purchasing trends. *Healthcare Financial Management*, v.55, n.6, p.72-76, june 2001.

SCHWCHUK, Richard M., O'CONNOR, Stephen J., WHITE, Joseph B. In search of service quality measures: some questions regarding psychometric properties. *Health Services Management Research*, v.4, n.1, p.65-75, 1991.

TAYLOR, Steven A. Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing health care marketing strategies. *Hospital & Health Services Administration*, v.39, n.2, p.221-236, Summer 1994.

\_\_\_\_\_, CRONIN, J. Joseph. Modeling patient satisfaction and service quality. *Journal of Health Care Marketing*, v.14, n.1, p.34-44, 1994.

TULL, Donald S., HAWKINS, Del I. *Marketing research: measurement & method*. New York: Macmillan, 1990.

URDAN, André T., MAGRO, Alexandre S. Uma comparação empírica de duas bases de mensuração da qualidade de serviços percebida: desconformidade versus desempenho. In: ENANPAD, 20, 1996, Angra dos Reis. *Marketing...* Rio de Janeiro: ANPAD, 1996. p.47-69.