UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LARISSA GUTIERREZ DE CARVALHO SILVA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO
DA SERVQUAL PARA PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM QUE ATUAM EM
SERVIÇOS HOSPITALARES

RIBEIRÃO PRETO - SP
2017

LARISSA GUTIERREZ DE CARVALHO SILVA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO
DA SERVQUAL PARA PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM QUE ATUAM EM
SERVIÇOS HOSPITALARES**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental.

LINHA DE PESQUISA

DINÂMICA DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM

ORIENTADORA

PROF.^a DR.^a CARMEN SILVIA GABRIEL

**RIBEIRÃO PRETO - SP
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca
Central da Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S586a Silva, Larissa Gutierrez de Carvalho.

Adaptação transcultural e validação da SERVQUAL para profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares / Larissa Gutierrez de Carvalho Silva. –
Ribeirão Preto, 2017.
187 f. : il.

Orientador: Carmen Silvia Gabriel.

Tese (Doutor em Ciências) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Garantia de qualidade dos cuidados de saúde – Teses. 2. Serviços de saúde –
Qualidade – Teses. 3. Equipe de enfermagem – Teses. 4. Estudos de validação – Teses.
5. Enfermagem – Pesquisa – Metodologia. I. Gabriel, Carmen Silvia. II. Universidade
de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Fundamental. III. Título.

CDU 616-083

LARISSA GUTIERREZ DE CARVALHO SILVA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA SERVQUAL
PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM
EM SERVIÇOS HOSPITALARES**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental.

APROVADA EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Do melhor e mais surpreendente
presente que já recebi: meu anjinho
sapeco Gabriel. Com amor!*

Agradecimentos

À Deus,

que me dá a oportunidade de ser, a cada novo dia, uma pessoa melhor e me sustenta nas lutas diárias. Obrigada, Senhor, pelo dom da vida!

À Dra. Carmen Silvia Gabriel,

minha querida orientadora, que me acolheu com carinho e competência e com quem aprendi e cresci muito. Eu a admiro como pessoa e profissional. Obrigada por compreender os limites de uma doutoranda gestante e com filho pequeno. Espero que continuemos próximas, mesmo com a distância geográfica.

Você é um exemplo para mim!

Àos meus amados pais, Edvaldo e Conceição,

que me deram a maior herança: o amor a Deus e à família. Não são vocês que se orgulham da filha “enfermeira padrão” e “professora universitária”. Eu é que me orgulho por tê-los em minha vida!

À minha querida família,

meus irmãos, Karina e Marcelo, meus sogros, Terezinha e Toninho, cunhados, sobrinhos, primos, tios. Agradeço de coração a torcida e as orações.

Vocês fazem parte desta conquista, pois me apoiaram em muitos momentos, cada um com seu “jeitinho”.

Ào meu companheiro, Luís Fernando,

que experimentou a intensidade de conviver com uma doutoranda em ebulição e me apoiou no dia a dia, socorrendo-me quando o computador não funcionava, sugerindo ideias para a coleta e análise de dados e cuidando do nosso Gabriel. Nossos caminhos não se cruzaram à toa: após esta desafiante trajetória, o que fica é o nosso amor, mais lapidado e fortalecido.

Ao meu filho, Gabriel,
por existir e por ser meu filho, por transmitir tanta força e alegria. Mesmo tão
pequenino, acompanhou-me desde o ventre no universo do doutorado.
Minha vida tem um novo sentido com você!

*Aos professores do departamento de enfermagem da Universidade Estadual de
Londrina e, em especial, à equipe da minha área de trabalho:*
Maria do Carmo, Marli, Raquel e Mariana.
Agradeço profundamente por assumirem, em muitos momentos, minhas atividades,
enquanto me dedicava à tese, e ouvirem meus desabaços científicos. Tenho muito
orgulho de fazer parte deste grupo, que admiro desde a graduação.

Aos profissionais de enfermagem,
que me receberam tão bem durante suas intensas jornadas de trabalho.
A enfermagem é maravilhosa e faz a diferença!

Aos juízes/especialistas,
que, com experiência e expertise, contribuíram muito
na etapa de adaptação transcultural da escala.

Aos estudantes Camila, Daniele, Edrian, Jéssica, Izabela e Luís,
pelo importante auxílio na coleta de dados.

Aos funcionários e docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
principalmente aqueles com quem convivi, sempre solícitos e acolhedores.
Estudar nesta escola foi a realização de um sonho, e vocês tornaram
meus dias longe de casa bem mais aconchegantes.

À querida Clarice,
que foi um “anjo” para minha tese, na lapidação final do texto. Agradeço a
prontidão e a troca de mensagens e orações. Ainda quero te conhecer pessoalmente!

*A todos que passaram pelo meu caminho e contribuíram para a
concretização desta tese: Meu muito obrigada!*

Conhece-te, aceita-te, supera-te!

Santo Agostinho

RESUMO

SILVA, L.G.C. **Adaptação transcultural e validação da SERVQUAL para profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares**. 2017. 187f. Tese. Doutorado em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2017.

Na perspectiva de garantir a qualidade na prestação da assistência em saúde, é indispensável utilizar medidas avaliativas que permitam a definição, mensuração, análise e proposição de soluções aos problemas identificados. Dentre as propostas de avaliação, destaca-se o modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry, os quais desenvolveram a escala psicométrica *Service Quality* (SERVQUAL). Este estudo metodológico teve o objetivo de realizar a adaptação transcultural e avaliação psicométrica da SERVQUAL com profissionais de enfermagem que atuavam num serviço hospitalar brasileiro. A SERVQUAL é composta por 22 itens pareados para avaliar expectativas e percepções do serviço, e as respostas variam de 1 a 7. Ao final, calcula-se a diferença, denominada *gap*, entre os valores atribuídos nas duas seções. Maiores valores indicam que o serviço atingiu níveis melhores de qualidade. O instrumento contempla também cinco sentenças relacionadas às dimensões da qualidade, para que o entrevistado lhes atribua um valor de 0 a 100, devendo a somatória dos cinco valores ser 100. O processo de adaptação compreendeu as etapas de tradução e síntese das versões, avaliação por comitê de especialistas, retrotradução e pré-teste. A validade de face e conteúdo foi confirmada pela avaliação de sete especialistas; as modificações foram acatadas quando houve, pelo menos, 80% de concordância. Com base na análise da população-alvo e dos especialistas, a escala apresentou equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, conforme a versão original do instrumento. Para a verificação das propriedades psicométricas, aplicou-se a versão final da SERVQUAL, de outubro de 2016 a janeiro de 2017, a 270 profissionais de enfermagem de um hospital universitário público do Paraná, os quais atuavam na instituição havia pelo menos seis meses. Avaliou-se a validade convergente pela regressão múltipla entre os itens de expectativas e as sentenças correspondentes às cinco dimensões da qualidade. Para verificar a dimensionalidade da escala – validade de construto –, procedeu-se à Análise Fatorial Exploratória e Análise Fatorial Confirmatória. A confiabilidade foi avaliada pela consistência interna. Os profissionais de enfermagem entrevistados na fase de validação eram predominantemente auxiliares/técnicos do sexo feminino, com idade média de 46 anos e tempo de experiência profissional acima de 20 anos. O escore médio da seção de expectativa foi 5,7, de percepção foi 4,4 e do *gap* foi -1,3. As propriedades psicométricas referentes à validade e confiabilidade foram consideradas satisfatórias. A regressão múltipla indicou estrutura unifatorial. Os coeficientes de alfa das três medidas foram: Expectativa = 0,98, Percepção = 0,94 e *Gap* = 0,96. Os itens da Expectativa, Percepção e *Gap* se apresentaram altamente correlacionados e confirmaram uma única dimensão, divergindo do modelo original com cinco fatores. Para que os modelos fatoriais apresentassem índices adequados de qualidade de ajuste, foi necessário excluir os itens 1, 2, 5, 9, 13, 17, 18 e 19. Conclui-se que a versão final da escala adaptada da SERVQUAL, com 14 itens distribuídos em uma única dimensão, consiste em um instrumento válido e confiável para identificar expectativas e percepções da qualidade do serviço hospitalar na perspectiva de profissionais de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVES: Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Equipe de Enfermagem; Estudos de Validação; Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

ABSTRACT

SILVA, L.G.C. **Adaptation and validation of SERVQUAL for nursing professionals in hospital services.** 2017. 187p. Thesis. Doctoral Program in Fundamental Nursing. Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

With the aim of assure the quality in the installment of the attendance in health, it is indispensable to use evaluation measures to allow the definition, mensuration, analysis and proposition of solutions to the identified problems. Among the evaluation proposals, there is outstanding the model of Parasuraman, Zeithaml and Berry, which developed the psychometric scale Service Quality (SERVQUAL). This methodological study had the objective of accomplishing the adaptation transcultural and psychometric evaluation of SERVQUAL with nursing professionals that acted in a brazilian hospital service. The SERVQUAL has 22 paired items to evaluate expectations and perceptions, and the answers vary from 1 until 7. At the end, the gap was calculated between the values assigned in the two sections. Higher values indicate that the service has achieved better quality levels. The instrument also contemplates five sentences related to the dimensions of quality, so that the interviewee assigns value from 0 to 100, and the sum of the five values should be 100. The adaptation process understood the stages of translation and synthesis of the versions, evaluation by one expert committee, back translation and pre-test. The validity of face and content was confirmed by the evaluation of seven specialists; the modifications were respected when there was, at least, 80 % of agreement. Based on the analysis of the target population and specialists, the scale presented semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalence, according to the original version of the instrument. For the checking of the properties psicométricas, there was applied the final version of the SERVQUAL, of October of 2016 to January of 2017, to 270 nursing professionals of a public university hospital of the Paraná, who were acting in the institution at least six months ago. The convergent validity was evaluated by the multiple regression between the items of expectations and the sentences corresponding to the five quality dimensions. To check the dimension of the scale - validity of construct - the Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis were accomplished. The reliability was valued by the internal consistency. The nursing professionals interviewed in the phase of validation were predominantly auxiliary / technical of the feminine sex, with middle age of 46 years and time of professional experience over 20 years. The middle score of the expectation section was 5,7, perception was 4,4 and the gap was-1,3. The psychometric properties regarding validity and reliability were considered satisfactory. The multiple regression has indicated a uniform structure. The alpha coefficients of three measures were: Expectation = 0.98, Perception = 0.94 and Gap = 0.96. The Expectation, Perception and Gap items presented themselves highly correlated and confirmed the only dimension, disagreeing with the original model with five factors. It was necessary to exclude items 1, 2, 5, 9, 13, 17, 18 and 19 for the factorial models to present adequate indexes of fit quality. This study concludes that a final version of the adapted scale of SERVQUAL, with 14 items distributed in a single dimension, they constitute a valid and reliable instrument to identify the expectations and the perceptions of the hospital quality in the nursing professionals' perspective.

KEY WORDS: Quality Assurance Health Care; Quality of Health Care; Nursing Team; Validation Studies; Nursing Methodology Research.

RESUMEN

SILVA, L.G.C. **Adaptación y validación de la SERVQUAL para profesionales de enfermería que actúan en servicios hospitalarios**. 2017. 187p. Tesis. Doctorado en Enfermería Fundamental. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2017.

En la perspectiva de garantizar la calidad en la prestación de la asistencia en salud, es indispensable utilizar medidas de evaluación que permitan la definición, medición, análisis y proposición de soluciones a los problemas identificados. Entre las propuestas de evaluación, se destaca el modelo de Parasuraman, Zeithaml y Berry, los cuales desarrollaron la escala psicométrica Service Quality (SERVQUAL). Este estudio metodológico tuvo el objetivo de realizar la adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la SERVQUAL con profesionales de enfermería que actuaban en un servicio hospitalario brasileño. La SERVQUAL se compone de 22 ítems pareados para evaluar expectativas y percepciones, y las respuestas varían de 1 a 7. Al final, se calcula la diferencia, denominada gap, entre los valores asignados en las dos secciones. Los mayores valores indican que el servicio alcanzó niveles mejores de calidad. El instrumento contempla también cinco sentencias relacionadas con las dimensiones de la calidad, para que el entrevistado les asigne un valor de 0 a 100, debiendo la suma de los cinco valores ser 100. El proceso de adaptación comprendió las etapas de traducción y síntesis de las versiones, evaluación por Comité de expertos, retrotraducción y pre-test. La validez de cara y contenido fue confirmada por la evaluación de siete especialistas; Las modificaciones se acataron cuando hubo al menos el 80% de concordancia. Con base en el análisis de la población objetivo y de los especialistas, la escala presentó equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual, conforme a la versión original del instrumento. Para la verificación de las propiedades psicométricas, se aplicó la versión final de SERVQUAL, de octubre de 2016 a enero de 2017, a 270 profesionales de enfermería de un hospital universitario público de Paraná, los cuales actuaban en la institución durante al menos seis meses. Se evaluó la validez convergente por la regresión múltiple entre los ítems de expectativas y las sentencias correspondientes a las cinco dimensiones de la calidad. Para verificar la dimensionalidad de la escala - validez de constructo -, se procedió al Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio. La confiabilidad fue evaluada por la consistencia interna. Los profesionales de enfermería entrevistados en la fase de validación eran predominantemente auxiliares / técnicos del sexo femenino, con edad promedio de 46 años y tiempo de experiencia profesional superior a 20 años. La puntuación media de la sección de expectativa fue 5,7, de percepción fue 4,4 y del gap fue -1,3. Las propiedades psicométricas referentes a la validez y confiabilidad se consideraron satisfactorias. La regresión múltiple indicó la estructura de un solo factor. Los coeficientes de alfa de las tres medidas fueron: Expectativa = 0,98, Percepción = 0,94 y Gap = 0,96. Los ítems de la Expectativa, Percepción y Gap se presentaron altamente correlacionados y confirmaron una sola dimensión, divergiendo del modelo original con cinco factores. Para que los modelos factoriales presentaran índices adecuados de calidad de ajuste, fue necesario excluir los ítems 1, 2, 5, 9, 13, 17, 18 y 19. Se concluye que la versión final de la escala adaptada de la SERVQUAL, con 14 ítems distribuidos en una sola dimensión, consiste en un instrumento válido y confiable para identificar expectativas y percepciones de la calidad del servicio hospitalario en la perspectiva de profesionales de enfermería.

PALAVRAS CLAVE: Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Calidad de la Atención de Salud; Grupo de Enfermería; Estudios de Validación; Investigación Metodológica en Enfermería.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADF	<i>Augmented Dickey-Fuller</i>
AF	Análise Fatorial
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	Adaptação Transcultural
ITC	<i>International Test Comission</i>
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
MAS	Medida de Adequação da Amostra
ML	Máxima Verossimilhança
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
R1	Versão retrotraduzida para o inglês 1
R2	Versão retrotraduzida para o inglês 2
SERVQUAL	<i>Service Quality</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Versão Traduzida 1
T2	Versão Traduzida 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VF	Versão Final
VIF	Versão Inglês Final
VPC1	Versão Português Consenso 1
VPC2	Versão Português Consenso 2
VPF	Versão Pré-Final
WHR 2000	<i>World Health Report 2000</i>

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Os 14 pontos do método Deming	27
QUADRO 2	Elementos da trilogia de Juran sobre a qualidade	28
QUADRO 3	Padrões mínimos hospitalares indicados pelo Colégio Americano de Cirurgiões.....	29
QUADRO 4	Dimensões da avaliação do cuidado, segundo Donabedian	31
QUADRO 5	Os Setes Pilares da Qualidade, segundo Donabedian	32
QUADRO 6	Dimensões da SERVQUAL e suas descrições	42
QUADRO 7	Equivalência entre as dez dimensões originais da qualidade do serviço e as cinco dimensões da SERVQUAL	43
QUADRO 8	Distribuição dos itens da SERVQUAL de acordo com as cinco dimensões do modelo de falha da qualidade	46
QUADRO 9	Possíveis configurações para a indicação da adaptação transcultural de instrumentos de coleta de dados	52
QUADRO 10	Diretrizes para preservar a equivalência em adaptação transcultural de instrumentos de mensuração	54
QUADRO 11	Etapas para adaptação de instrumentos de mensuração	54
QUADRO 12	Descrição das categorias e os respectivos aspectos analisados pelas Novas Diretrizes da <i>International Test Commission</i> (ITC) para a tradução e adaptação de instrumentos	56
QUADRO 13	Lista para controle de qualidade na tradução e adaptação de itens de um instrumento de mensuração	57
QUADRO 14	Orientações aos tradutores no processo de adaptação transcultural de instrumentos	61
QUADRO 15	Indicação dos valores das cargas fatoriais para interpretação da matriz fatorial com base no tamanho da amostra	74
QUADRO 16	Índices de qualidade de ajustamento de modelo de equações estruturais com a respectiva descrição e valores de referência utilizados na pesquisa	85

QUADRO 17	Comparação entre Tradução 1 (T1), Tradução 2 (T2) e Versão Português Consenso 1 (VPC1), após a avaliação dos especialistas, tradutores e pesquisadoras.....	88
QUADRO 18	Comparação das alterações realizadas na Versão Português Consenso 1 (VCP1) e Versão Português Consenso 2 (VPC2) após avaliação do comitê de especialistas e análise das pesquisadoras	93
QUADRO 19	Comparação entre a Versão Original da SERVQUAL e a Versão Inglês Final (VIF)	97
QUADRO 20	Resumo das alterações incorporadas à SERVQUAL após o pré-teste com 36 profissionais de enfermagem de um hospital universitário público	108
QUADRO 21	Versão final (VF) da SERVQUAL	109
QUADRO 22	Índices de qualidade de ajustamento de modelo de equações estruturais com a respectiva descrição e valores de referência utilizados na pesquisa	134

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Modelo de falha na qualidade em serviços proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry	47
FIGURA 2	Etapas do processo de adaptação transcultural percorridas na pesquisa	78
FIGURA 3	Análise Fatorial Confirmatória (AFC) da subescala Expectativa	136
FIGURA 4	Análise Fatorial Confirmatória (AFC) da subescala Percepção	137
FIGURA 5	Análise Fatorial Confirmatória (AFC) do <i>Gap</i>	138

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos profissionais de enfermagem na etapa de pré-teste (n:36). Londrina-PR, 2016	102
TABELA 2	Valores médios dos valores da expectativa (E), percepção (P) e <i>gap</i> dos entrevistados na etapa de pré-teste (n:36). Londrina-PR, 2016	103
TABELA 3	Distribuição dos valores atribuídos pelos entrevistados em relação à importância relativa das cinco dimensões da SERVQUAL na etapa de pré-teste (N:36). Londrina-PR, 2016	103
TABELA 4	Distribuição das dimensões da SERVQUAL conforme a importância atribuída pelos entrevistados na etapa de pré-teste (N:36). Londrina-PR, 2016	104
TABELA 5	Avaliação semântica da Versão Pré-Final (VF) da SERVQUAL na etapa de pré-teste, realizada pela população-alvo – profissionais de enfermagem (n:36). Londrina-PR, 2016	105
TABELA 6	Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o perfil sociodemográfico e ocupacional na etapa de validação da SERVQUAL (n=270). Londrina-PR, 2016	113
TABELA 7	Medidas de tendência central e variabilidade dos itens sobre expectativa (E) e percepção (P) da SERVQUAL referentes aos 270 profissionais de enfermagem entrevistados na etapa de validação. Londrina-PR, 2016	114
TABELA 8	Medidas de tendência central e variabilidade dos <i>gaps</i> (Q) de cada item da SERVQUAL referente aos 270 profissionais de enfermagem na etapa de validação. Londrina-PR, 2016 ...	115
TABELA 9	Distribuição das frequências relativas dos itens sobre expectativa (E) e percepção (P) do atendimento hospitalar, segundo os valores da escala de respostas de 1 a 7 na etapa de validação da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016	116
TABELA 10	Distribuição dos valores atribuídos pelos profissionais de enfermagem às cinco dimensões da SERVQUAL na etapa de validação (N:270). Londrina-PR, 2016	118
TABELA 11	Sumarização dos cinco modelos de regressão linear aplicados nas sentenças de importância relativa contra os itens da seção de expectativas da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016, 2017	121
TABELA 12	Medida Kaiser Meyer-Olkin (KMO) e teste de esfericidade de Bartlett da Expectativa, Percepção e <i>Gap</i> após refinamento da SERVQUAL com 17 itens. Londrina-PR, 2016-2017	125

TABELA 13	Valores das comunalidades para os itens de Expectativa, Percepção e <i>Gap</i> da SERVQUAL após o refinamento da Análise Fatorial Exploratória. Londrina-PR, 2016-2017	126
TABELA 14	Variância total explicada de acordo com a distribuição da quantidade fatores para Expectativa, Percepção e <i>Gap</i> da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017	127
TABELA 15	Matriz da carga dos fatores para cada variável de Expectativa, Percepção e <i>Gap</i> da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017	130
TABELA 16	Valores de alfa de Cronbach para as medidas de Expectativa, Percepção e <i>Gap</i> da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017	131
TABELA 17	Valores da média, da variância, da correlação item-total corrigido e do alfa de Cronbach dos 17 itens da seção de Expectativa (E), Percepção (P) e <i>Gap</i> (Q) da SERVQUAL, considerando a exclusão de cada item. Londrina-PR, 2016-2017	132

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição das dimensões da SERVQUAL em frequências relativas (%) conforme a importância atribuída pelos profissionais de enfermagem na etapa de validação (N:270). Londrina-PR, 2016	119
GRÁFICO 2	Diagrama de declividade com a relação entre autovalor e número de fatores dos 17 itens de Expectativa da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017	128
GRÁFICO 3	Diagrama de declividade com a relação entre autovalor e número de fatores dos 17 itens de Percepção da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017	129
GRÁFICO 4	Diagrama de declividade com a relação entre autovalor e número de fatores dos 17 itens do Gap da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017	129

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	20
1.2	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO ...	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	24
2.1	O CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	24
2.2	O MOVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE	26
2.3	A ESCALA SERVQUAL E O MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY	38
2.4	REFERENCIAL METODOLÓGICO	50
2.4.1	Tradução e Adaptação Transcultural	50
2.4.1.1	Processo de adaptação transcultural utilizada neste estudo	59
2.4.2	Avaliação das Propriedades Psicométricas de um Instrumento Adaptado Culturalmente	66
2.4.2.1	Análise fatorial	69
2.4.2.2	Consistência interna	75
3	OBJETIVOS	76
3.1	GERAL	76
3.2	ESPECÍFICOS	76
4	MÉTODO	77
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	77
4.2	PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	77
4.2.1	Tradução	79
4.2.2	Comitê de Especialistas	79
4.2.3	Retrotradução	80
4.2.4	Pré-teste	80
4.3	AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SERVQUAL	81
4.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	85
5	RESULTADOS	87
5.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC)	87
5.1.1	Tradução	87
5.1.2	Avaliação do Comitê de Especialistas	92
5.1.3	Retrotradução com Parecer dos Autores Originais	97
5.1.4	Pré-teste	101
5.2	AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SERVQUAL ADAPTADA	112
5.2.1	Caracterização da Amostra	112
5.2.2	Análise dos Itens da Escala	114
5.2.3	Análise da Dimensionalidade ou Validade de Construto	119
5.2.3.1	Preliminares da análise fatorial: regressão múltipla	120
5.2.3.2	Validação dos dados	122

5.2.3.3	Análise fatorial exploratória: Expectativa	123
5.2.3.4	Análise fatorial exploratória: Percepção	123
5.2.3.5	Análise fatorial exploratória: Gap	124
5.2.3.6	Análise fatorial exploratória: refinamento	124
5.2.3.7	Análise fatorial confirmatória	133
5.2.3.7.1	<i>Análise fatorial confirmatória: Expectativa</i>	135
5.2.3.7.2	<i>Análise fatorial confirmatória: Percepção</i>	136
5.2.3.7.3	<i>Análise fatorial confirmatória: Gap</i>	137
6	DISCUSSÃO	139
7	CONCLUSÃO	155
	REFERÊNCIAS	157
	APÊNDICES	173
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Comitê de Especialistas	173
	APÊNDICE B - Avaliação Semântica da SERVQUAL pela População-Alvo na Etapa de Pré-Teste	174
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais de Enfermagem - Pré-Teste	175
	APÊNDICE D - Instrumento de Coleta de Dados	176
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissionais de Enfermagem - Validação	180
	APÊNDICE F - Versão Final da SERVQUAL adaptada para profissionais de enfermagem	181
	ANEXOS	183
	ANEXO A - Aprovação para a Tradução dos Autores da SERVQUAL	183
	ANEXO B - Versão Original da SERVQUAL	184
	ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	186
	ANEXO D - Aprovação da Versão Retrotraduzida pelos autores da SERVQUAL	187

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

O desejo de fazer algo com esmero integra a dimensão pessoal e social de cada indivíduo e se expressa no anseio próprio de ser uma pessoa melhor. No contexto profissional, essa busca pela excelência também ocorre, sendo até mesmo objeto de investigação científica na área de gestão/administração, sobretudo da ciência da Enfermagem, que tem como essência *gente cuidando de gente*.

O interesse em trabalhar com a temática da qualidade em serviços de enfermagem e saúde teve início em 2003, durante a graduação na Universidade Estadual de Londrina (UEL), no Paraná, quando participei de um estágio extracurricular na Assessoria de Qualidade em Enfermagem do Hospital Universitário de Londrina e realizei, sob supervisão da enfermeira responsável, avaliações sistemáticas do cuidado de enfermagem por meio de análise de prontuários, observação e entrevistas com pacientes. Foi minha primeira aproximação acadêmica no cenário da qualidade e pude perceber, apesar da pouca experiência, que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, precisavam avaliar a assistência prestada e buscar melhores resultados. Em meu trabalho de conclusão de curso abordei a temática do estresse ocupacional dos membros da equipe de enfermagem do Hospital Universitário, pois já percebia que havia uma relação estreita entre o atendimento prestado e as condições laborais e de saúde daqueles profissionais.

Em 2006, ingressei na Residência em Gerência de Serviços de Enfermagem na UEL, quando tive a oportunidade de desenvolver habilidades assistenciais/técnicas, gerenciais e científicas. Com o estímulo para aprofundar meus conhecimentos e experiências científicas, realizei o trabalho “Dez anos buscando a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem em um hospital universitário”. Nesse período, continuei me dedicando a pesquisas relacionadas à saúde do trabalhador e, refletindo sobre o que via e aprendia, percebi que a qualidade nos serviços de saúde, tão desejada pelos profissionais e usuários e, ao mesmo tempo, questionada nas mídias sociais, somente seria efetivada com planejamento, avaliação, empenho de todos os atores envolvidos e evidências científicas que subsidiassem a prática.

Sentindo necessidade de continuar meu aperfeiçoamento na área científica, iniciei, em 2009, o mestrado em enfermagem na Universidade Estadual de Maringá, também no Paraná,

e continuei a desenvolver pesquisas na área da qualidade em enfermagem e saúde. Tomada por uma inquietação que surgiu a partir das observações e vivências que constatavam o distanciamento da qualidade nos atendimentos à urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentei a dissertação “Perspectivas da qualidade no atendimento em um serviço público de urgência sob a ótica dos trabalhadores” e compreendi que é essencial desenvolver e estimular uma cultura organizacional que direcione os trabalhadores de saúde – gestores, profissionais assistenciais ou administrativos – a refletirem sobre os efeitos das suas práticas cotidianas no produto final do processo produtivo em caso, que culmina na vida e saúde das pessoas assistidas.

Ainda no mestrado, desenvolvi mais duas pesquisas sobre qualidade: “Prescrição de enfermagem e qualidade do cuidado: um estudo documental” e “Avaliação da qualidade das prescrições de enfermagem em hospitais de ensino público”.

Com vistas a dar continuidade aos estudos na temática da qualidade em saúde e partindo da convicção de que qualquer proposta de gerenciamento, principalmente direcionada à qualidade, só será efetivada se os trabalhadores, sobretudo da enfermagem, acreditarem nos seus objetivos e os colocarem em prática, apresento esta tese de doutorado, ressaltando sua vinculação à linha de pesquisa “Dinâmica da organização e serviços de saúde e enfermagem”, num projeto do Núcleo de Apoio à Pesquisa em Liderança, Gestão e Gerenciamento de Serviços de Saúde (NAP-LIGGESS) da Universidade de São Paulo, sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que objetiva desenvolver pesquisas relacionadas à gestão e gerência dos serviços de saúde e de enfermagem, contemplando recursos humanos, qualidade e produtividade, liderança, processo de gestão econômica e informática na organização de sistemas de enfermagem.

1.2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A sociedade contemporânea vivencia profundas transformações em suas relações sociais, econômicas e também em seus processos produtivos. Neste contexto, o setor saúde foi atingido diretamente pelo desenvolvimento tecnológico, especialização e crescimento progressivo dos gastos, ampliando-se a complexidade do atendimento e o desafio para viabilização das instituições na oferta de serviços com qualidade (VITURI; ÉVORA, 2015).

Associado a este panorama, também o padrão de comportamento dos cidadãos passou por mudanças, fazendo com que os profissionais de saúde deparassem com usuários cada vez

mais bem informados e conscientes de seus direitos, que comparam e exigem qualidade nos serviços que lhe são oferecidos (BONACIN; ARAUJO, 2011).

A qualidade em saúde tem sido abordada sob diferentes concepções, que podem ser consideradas complementares entre si, convergindo para alguns requisitos, a saber: atender às expectativas do cliente/consumidor e buscar continuamente a melhoria do produto e/ou serviço. Além disso, a qualidade na atenção à saúde relaciona-se com a capacidade de obter efeitos desejados em nível individual e coletivo, a partir de evidências científicas consistentes e atualizadas (BRASIL, 2014).

Na perspectiva da garantia da qualidade nos processos em saúde, é indispensável a utilização de medidas avaliativas que permitam a definição, mensuração e análise de problemas identificados com a subsequente proposição de soluções (VECINA NETO; MALIK, 2016). Para Nascimento e colaboradores (2013), a avaliação é uma ferramenta gerencial que fornece subsídios para a tomada de decisão, possibilitando que esta seja a mais racional e efetiva possível. Os autores orientam que é necessário definir claramente o motivo/objetivo da avaliação e conhecer o contexto e a organização do processo de trabalho do serviço a ser avaliado.

A avaliação de serviços, que inclui o setor da saúde, apresenta especificidades em relação à produção de bens, pois os serviços são intangíveis e não podem ser possuídos, apenas vivenciados. Ademais, durante o atendimento, a produção e consumo ocorrem de forma simultânea, não havendo estoque da produção, o que dificulta a avaliação e o controle de qualidade (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

Tendo em vista tal complexidade, alguns autores têm proposto metodologias avaliativas, destacando-se, neste cenário, o modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que, para avaliar a qualidade dos serviços oferecidos, fundamenta sua análise nas expectativas e percepções dos clientes internos e externos. Os autores identificaram a possibilidade da existência de lacunas, denominadas *gaps*, no processo produtivo, que compreendem a diferença entre o que é esperado e o que é percebido no desempenho do serviço, podendo até mesmo ser o principal obstáculo para a prestação de serviços com qualidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Com base nesse modelo e nos critérios avaliativos dos clientes, os referidos autores desenvolveram uma escala psicométrica denominada *Service Quality* (SERVQUAL), empregada internacionalmente, inclusive na área da saúde (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; PENA et al., 2013).

No Brasil, muitos estudos utilizaram a SERVQUAL para analisar os níveis de expectativa e percepção da qualidade dos serviços de saúde na visão de usuários e acompanhantes (BORGES, 2010; BRASIL, 1994; CARVALHO; SILVA, 2010; CRUZ, 2008; CRUZ; MELLEIRO, 2010; DIAS et al., 2011; FURLAN, 2011; HERCOS; BEREZOVSKY, 2006; LEAL, 2012; MORAES, 2012; PEREIRA, 2013; SILVA, 2012). Entretanto não há estudos nacionais de adaptação e validação da SERVQUAL para profissionais de enfermagem que atuam no contexto hospitalar, o que possibilitaria, por meio da aplicação da escala, a obtenção de resultados mais fidedignos sobre a opinião da equipe de enfermagem, que é fundamental para melhorias no serviço prestado.

Considerando que o contínuo e intenso aprimoramento do serviço hospitalar só alcançará resultados efetivos se os profissionais de enfermagem estiverem comprometidos com a ruptura de um atendimento mecanizado e almejem um ambiente organizacional de excelência, torna-se imperioso conhecer, por meio de um instrumento válido e confiável, como estes trabalhadores, que representam a maior categoria profissional no contexto hospitalar, avaliam a qualidade do atendimento. Isto propiciará um diagnóstico consistente das potencialidades e fragilidades entre o que é esperado – o ideal – e o que concretamente acontece – o real – na organização, fornecendo subsídios para o desenvolvimento e consolidação de políticas institucionais de qualidade voltadas para a priorização das áreas mais frágeis com vistas à garantia de práticas seguras e qualificadas e à valorização das pessoas envolvidas no processo de trabalho em saúde, sejam elas trabalhadores, sejam usuários.

As afirmações anteriores nos remetem para a seguinte questão: a escala SERVQUAL é passível de ser traduzida para o português e adaptada para utilização por profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares no Brasil e assim possibilitar a avaliação das expectativas e percepções da qualidade do atendimento em semelhança a seu desempenho na cultura em que a escala se originou?

No intuito de buscar a resposta, o tema central deste estudo é a validação da escala SERVQUAL, contemplando sua adaptação transcultural e análise de suas propriedades psicométricas, para que este instrumento seja preciso e confiável para o fim a que se propõe. **2**

2 Referencial Teórico e Metodológico

2 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

2.1 O CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A globalização tem possibilitado o intercâmbio fácil de informações das mais diversas áreas, propiciando que a dinâmica do contexto mundial seja pautada por mudanças cada vez mais aceleradas, estimulando o desenvolvimento tecnológico de materiais, equipamentos, técnicas e procedimentos. Neste cenário altamente competitivo e veloz, a atualização contínua é um pressuposto imperioso (MANZO; BRITO; ALVES, 2013).

A área da saúde, enquadrada no setor de prestação de serviços, vivencia intensamente as influências da globalização e suas consequências. Entretanto, apesar de ser perceptível a evolução tecnológica na saúde, Pedrosa e Couto (2007) destacam que a insatisfação com o sistema de saúde, no Brasil e até em países desenvolvidos, é generalizada, fazendo com que se torne praticamente obrigatória a utilização de modelos de gestão eficientes, que possibilitem a viabilização desse setor.

Diversos fatores contribuem para o cenário de saúde no Brasil, destacando-se (MENDES, 2016; PORTER; TEISBERG, 2006; VECINA NETO; MALIK, 2007):

- Demografia: Com um considerável envelhecimento da população a partir do último terço do século XX, juntamente com a diminuição da taxa de fecundidade e da mortalidade infantil, houve mudanças no consumo dos serviços de saúde, como a elevação do número de internações em até quatro vezes.
- Perfil epidemiológico: As mudanças observadas neste aspecto estão relacionadas à diminuição de óbitos por enfermidades infectocontagiosas (a velha agenda), elevação das mortes por doenças crônico-degenerativas e causas externas (a nova agenda), denominadas DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis), reaparecimento de moléstias que já foram alvo da velha agenda da saúde (tais como dengue, tuberculose, cólera, chamadas de reemergentes) e o desenvolvimento de uma novíssima agenda, caracterizada pela aids e bactérias multirresistentes a antibióticos. Este novo perfil epidemiológico faz com que as pessoas utilizem mais os serviços de saúde, ampliando a complexidade dos atendimentos e exigindo integração das tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura) para a resolutividade das necessidades de cada usuário.
- Recursos humanos: A partir de 1950, ocorreu a inclusão de novos profissionais na área da saúde, como psicólogos, biólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos,

nutricionistas e técnicos de distintas áreas, o que intensificou a disputa por espaços no atendimento à saúde e a complexidade de trabalhar de forma multidisciplinar. Houve ainda uma diminuição da qualidade na formação de trabalhadores, em razão do aumento na oferta de cursos no país. Situações assim levam ao desperdício, retrabalho e prejuízo na qualificação da assistência prestada.

- Tecnologia e custo: É perceptível a crescente e incessante imposição de novos medicamentos, equipamentos e soluções, pois a sobrevivência das pessoas acometidas por um agravo e a qualidade de vida têm sido cada vez mais valorizadas. Isto eleva consideravelmente os custos na saúde e ocasiona também questionamentos, inclusive éticos, sobre a necessidade de incorporação de novos procedimentos e produtos. A busca de evidências científicas contribui para que a tomada de decisão na saúde seja coerente e efetiva, entretanto ainda é uma estratégia pouco utilizada.
- Papel do cidadão: Alguns eventos no país, como a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Código de Defesa do Consumidor, e uma presença mais efetiva do Ministério Público contribuíram para o desenvolvimento de um novo comportamento dos cidadãos, caracterizado pela busca de informações e de seus direitos. Neste cenário, Vecina Neto e Malik (2007) apontam para a criação de um mercado paralelo de ações judiciais na área da saúde, levando ao inadequado uso de recursos públicos – o que ressalta as limitações de financiamento do sistema de saúde – e a uma nova categoria de desigualdade, representada por quem tem acesso ao sistema judiciário e quem não tem.

O cenário econômico e globalizado no Brasil exige gestão diferenciada, focada nos recursos financeiros, procurando intervir nos custos da má qualidade gerados por: morbidades e mortalidades elevadas, retrabalho e processos ineficientes, comprometimento da imagem da organização, perda de clientes e mercado, e processos administrativos e judiciais contra as organizações de saúde (MENDES, 2016; PEDROSA; COUTO, 2007).

Ao analisar o panorama das organizações hospitalares, observa-se a tendência de diminuir a oferta de leitos e de hospitais, a chamada desospitalização, concentrando recursos tecnológicos de alta complexidade em centros maiores e extinguindo hospitais de pequeno porte. É perceptível ainda a corrida por resultados e pela integralidade do cuidado (SAMPAIO, 2011). Outras demandas importantes nas instituições hospitalares têm sido a ampliação na forma de financiamento na saúde e a diversificação nas relações profissionais,

traduzida pelas terceirizações, alianças e parcerias, que buscam satisfazer todos os envolvidos por meio da relação ganha-ganha (VIANA; SILVA, 2011).

Diante do panorama de crescimento econômico e mudanças sociais, o enfoque sobre a qualidade, iniciado na produção industrial, expandiu-se para o terceiro setor da economia, os prestadores de serviços, atingindo inclusive o mercado da saúde, que precisa atender as necessidades e preferências de clientes cada vez mais exigentes e menos tolerantes, enquanto equilibra o provimento de todos os tipos de insumo, para o alcance de um atendimento integral e resolutivo, e a administração de custos, que tem apresentado aumento exponencial (SAVASSI, 2012).

2.2 O MOVIMENTO DA QUALIDADE EM SAÚDE

No percurso evolutivo das civilizações, é perceptível a presença da qualidade nas ações do homem, na execução de atividades das mais elementares, como a produção artesanal, até às mais complexas, incluindo a prestação de serviços. No atendimento à saúde, desde seus primeiros registros, há exemplos de como as pessoas se preocupavam em fazer algo bem feito, como os gregos, que primavam pela excelência de suas ações, e como a enfermeira inglesa Florence Nightingale, que desenvolveu métodos para aprimorar o cuidado aos doentes e reduzir, consideravelmente, infecções e índices de mortalidade (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016).

Os modernos pressupostos da qualidade surgiram no contexto industrial, com o objetivo de ganho de mercado e produtividade, tendo estudiosos americanos como pioneiros. Após a Segunda Guerra Mundial, a indústria japonesa incorporou tais preceitos, o que propiciou ao país destacar-se economicamente (PALADINI, 2012).

Deming (1990), uma das referências nos estudos da qualidade, foi o responsável por capacitar os gerentes japoneses em relação ao controle estatístico, sua principal contribuição nessa área. O foco de seu trabalho foi identificar a variabilidade que ocorrem nos processos e distinguir as causas comuns das específicas. Para ele, as causas comuns equivalem a 94% dos erros desnecessários na variação das etapas produtivas e, de modo geral, os gerentes devem assumir essa responsabilidade.

No livro “Qualidade: a Revolução da Administração”, Deming elenca 14 pontos principais para o alcance da qualidade, descritos a seguir (Quadro 1):

Quadro 1 – Os 14 pontos do método Deming

1. Crie constância de propósitos para a melhora do produto e do serviço.
2. Adote a nova filosofia.
3. Cesse a dependência da inspeção em massa.
4. Acabe com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhore constantemente o sistema de produção e de serviços.
6. Institua treinamento.
7. Adote e institua liderança.
8. Afaste o medo.
9. Rompa as barreiras entre os diversos setores.
10. Elimine <i>slogans</i> , exortações e metas para a mão de obra.
11. a) Suprima as cotas numéricas para a mão de obra; b) Elimine objetivos numéricos para o pessoal de administração
12. Remova as barreiras que privam os profissionais do justo orgulho pelo trabalho bem executado.
13. Estimule a formação e o auto-aprimoramento de todos.
14. Tome iniciativa para realizar a transformação.

Fonte: Deming (1990)

Traduzido pela autora (2017)

As propostas de Deming levaram a importantes transformações organizacionais, principalmente as relacionadas à melhoria do relacionamento entre clientes, gerentes, trabalhadores e fornecedores (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Outro relevante especialista para a revolução da qualidade japonesa foi Juran, que estabeleceu o conceito de controle total da qualidade por meio de três processos: planejamento, controle e melhoria, denominados *trilogia de Juran* (Quadro 2). Sua definição de qualidade se relacionava basicamente à adequação ao uso, sinalizando a importância de atender as necessidades dos clientes (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

Quadro 2 – Elementos da trilogia de Juran sobre a qualidade

PLANEJAMENTO DA QUALIDADE	CONTROLE DA QUALIDADE	MELHORIA DA QUALIDADE
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determine quem são os clientes. ▪ Determine as necessidades dos clientes. ▪ Desenvolva características dos serviços que respondam às necessidades dos clientes. ▪ Transfira o plano para o nível operacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avalie o desempenho do serviço. ▪ Compare o desempenho real com os objetivos do serviço. ▪ Atue sobre a diferença. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabeleça a infraestrutura. ▪ Identifique os projetos de melhoria. ▪ Estabeleça os projetos dos times. ▪ Forneça aos times recursos, treinamento e motivação para diagnosticar as causas, estimular a implantação das soluções, estabelecer controles para garantir os ganhos.

Fonte: Juran (2009)
Adaptado pela autora (2017)

Crosby (1999) também se dedicou a analisar a administração com foco na qualidade e destacou-se por incorporar a quantificação financeira, alegando que obter qualidade é rentável. Sua proposta incluía: buscar a conformidade com os requisitos, prevenir erros, desenvolver um padrão de desempenho fundamentado no zero defeito e considerar a avaliação da qualidade como um investimento.

Aprofundando os métodos de controle de qualidade, Kaoru Ishikawa dedicou-se a demonstrar que a qualidade somente seria alcançada por meio de estratégias gerenciais. Desenvolveu o Círculo de Controle de Qualidade, que incentivava a utilização de ferramentas visando a qualidade (ISHIKAWA, 1993). Seus trabalhos ainda indicaram uma redefinição do conceito de cliente, quando aí incluiu os clientes internos, que compreendem os profissionais que recebem os resultados da produção de outros setores e colegas como elemento para seu próprio trabalho (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005).

O movimento da qualidade iniciado na revolução industrial gradativamente alcançou o setor de serviços e, depois, a área da saúde (SILVA, 2011). A preocupação com os resultados finais do cuidado não é recente. A enfermeira Florence Nightingale desenvolveu, já em 1855, indicadores de performance hospitalar e comprovou que mudanças na organização e higiene dos hospitais impactavam diretamente nas taxas de mortalidade e morbidade. Em 1910, a

Associação Médica Americana avaliou a qualidade das escolas médicas e, de modo indireto, a performance dos hospitais. Os resultados dessa análise foram divulgados no documento conhecido como Relatório Flexner (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Ainda nas primeiras décadas do século XX, o cirurgião americano Ernest Codman, preocupando-se com a qualidade das intervenções e procedimentos médicos, propôs um sistema de padronização de resultados, o que possibilitaria aferir como a assistência era prestada. Seu trabalho incentivou o Colégio Americano de Cirurgiões a elaborar, em 1917, um *checklist* de padrões mínimos (Quadro 3), que traria subsídios para a avaliação de serviços de saúde, conhecida, posteriormente, como acreditação (MANZO et al., 2012).

Quadro 3 – Padrões mínimos hospitalares indicados pelo Colégio Americano de Cirurgiões

1. Médicos e cirurgiões com o privilégio de exercer a prática profissional no hospital devem estar organizados como um grupo ou um corpo clínico.
2. A admissão dentro do corpo clínico é restrita a médicos e cirurgiões que sejam graduados em Medicina com licença legal para a prática em seus respectivos Estados ou províncias, competentes e valorosos em caráter e em relação à ética.
3. O corpo clínico inicia suas atividades com a aprovação do conselho diretor do hospital, adota regras, regulamentos e procedimentos no trabalho no hospital: a) reuniões do corpo médico ao menos mensalmente (em grandes hospitais podem optar por se reunir separadamente); b) revisão e análise da experiência clínica deve ser feita em intervalos regulares nos vários departamentos e o prontuário dos pacientes deverá ser a base desta revisão e análise.
4. Os prontuários dos pacientes devem ser precisos e completos e devem estar escritos de forma acessível a todo hospital – inclui dados de identificação, queixa, história pessoal e familiar, história da doença atual, exame físico, exames especiais como consultas ou laboratório clínico ou raio X, entre outros, hipótese diagnóstica, tratamento clínico ou cirúrgico, achados patológicos, evolução clínica, diagnóstico final, condição de alta, seguimento, e, no caso de morte, achados de autópsia.
5. Recursos diagnósticos e terapêuticos devem estar disponíveis para o estudo diagnóstico e tratamento dos pacientes, incluindo ao menos um laboratório clínico com serviços de análises químicas, bacteriologia, sorologia e patologia e departamento de raios X com serviços de radiografia e fluoroscopia.

Fonte: Feldman; Gatto; Cunha (2005)
Adaptado pela autora (2017)

Com base nos trabalhos de Codman e nos padrões mínimos para hospitais desenvolvidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões, criou-se, em 1951, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), nos Estados Unidos da América, que, mais tarde,

ampliou seu domínio de atuação e passou a ser intitulada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), em 1988, demonstrando a preocupação com a garantia da qualidade nos serviços de saúde pela avaliação de padrões de desempenho (MALIK; SCHIESARI, 1998).

No final da década de 1980, os pressupostos da garantia da qualidade se fortaleceram com a publicação, na Suíça, das normas da Organização Internacional para Padronização (*Internacional Organization for Standardization* – ISO), que difundiu a uniformização de práticas e evidenciou a internacionalização dos conceitos de qualidade. A “série ISO 9000” contempla as normalizações relativas à qualidade e boas práticas para serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Na década de 1990, o pediatra norte-americano Donald Berwick adaptou os princípios da qualidade utilizados no contexto industrial para as instituições de saúde e publicou o livro “Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde”, onde foram descritos exemplos bem-sucedidos da aplicação da filosofia da qualidade na área da saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Em consonância com as propostas americanas e suíças, o governo canadense incentivou o desenvolvimento de programas de qualidade na saúde. Na Europa, o movimento da qualidade também ganhou notoriedade, incentivado pela competitividade do mercado em saúde e implicações éticas profissionais (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Na América Latina e Caribe, constata-se a escassez de ações sistemáticas relacionadas à qualidade em saúde. Entretanto, no início da década de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais desencadearam um movimento cuja proposta era melhorar a qualidade e avaliar os serviços de saúde por meio da acreditação. Nesse período, foi elaborado o Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina, por ação conjunta do Ministério da Saúde e das duas organizações acima citadas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Considerando a complexidade da qualidade em saúde, diferentes definições têm sido elaboradas por diversos estudiosos, que, se consideradas complementares entre si, possibilitam o aprofundamento sobre o tema (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016).

Na busca epistemológica da temática da qualidade em saúde e seus processos, o grande destaque, na década de 1980, é Avedis Donabedian, médico pediatra armênio, radicado nos Estados Unidos, que inovou ao ampliar o significado de qualidade assistencial para além do controle estatístico, que era o foco de muitos especialistas na época. Seus

estudos e publicações foram realizados de forma sistemática e se fundamentaram na Teoria Geral de Sistemas, que subsidiou a definição da tríade de avaliação – Estrutura, Processo e Resultado – (Quadro 4), ainda considerada referência atual para estudiosos da área (MALIK; SCHIESARI, 1998; TRONCHIN, FREITAS, MELLEIRO, 2016).

Quadro 4 – Dimensões da avaliação do cuidado, segundo Donabedian

ESTRUTURA	Recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica, incluindo financiamento e disponibilidade de profissionais qualificados.
PROCESSO	Atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo.
RESULTADO	Produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Fonte: Donabedian (1980)
Traduzido pela autora (2017)

A qualidade, para Donabedian (1980), consistia em obter os maiores benefícios possíveis, associados aos menores riscos para o paciente pela utilização de recursos desejáveis. Um cuidado de qualidade deve proporcionar ao paciente o máximo de bem-estar e considerar o equilíbrio entre ganhos/benefícios e perdas/danos.

Em suas definições, o médico estudioso também abordou a coletividade, ao enfatizar que a qualidade em saúde produz os melhores resultados para a população com um todo, e recomenda a aplicação da ciência e tecnologia nas práticas em saúde. Numa de suas publicações, o referido autor descreveu “os setes pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Quadro 5), que, avaliados isoladamente ou em combinações variadas, identificam a magnitude da qualidade (DONABEDIAN, 2003).

Quadro 5 – Os Setes Pilares da Qualidade, segundo Donabedian

EFICÁCIA	Capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar das pessoas. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
EFETIVIDADE	Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Consiste no grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	Medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	Incorpora os custos na avaliação dos efeitos do cuidado. O processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” são desnecessárias.
ACEITABILIDADE	Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
EQUIDADE	Distribuição do cuidado e de seus benefícios a partir do princípio de justiça social. Torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Fonte: Donabedian (2003)
Traduzido pela autora (2017)

Donabedian (1978, 1992) enfatiza que a qualidade do cuidado em saúde não é um atributo totalmente abstrato, portanto comporta uma dimensão avaliativa associada a três características: 1. Desempenho técnico, relacionado à aplicação de conhecimento e tecnologia dos profissionais para ampliar os benefícios e reduzir os riscos, considerando as preferências do paciente; 2. Relações interpessoais entre profissionais e pacientes, atendendo os preceitos éticos e sociais, assim como as expectativas e necessidades da pessoa atendida; 3. Amenidades, que compreendem o conforto e estética dos recursos físicos e materiais no local da prestação do cuidado.

Em 1981, a Organização Mundial da Saúde (OMS) explicitou que a qualidade compreende um conjunto de elementos que incluem grau elevado de desempenho e competência profissional, uso eficiente de recursos, riscos mínimos aos envolvidos no atendimento, satisfação dos pacientes e resultado positivo na saúde.

A OPAS reforçou, em 2004, os princípios explicitados pela OMS, ao considerar que a qualidade em saúde manifesta-se pela articulação de quatro dimensões: aplicação de tecnologia e conhecimento em favor do paciente (dimensão técnica), medição do risco relacionado ao cuidado (dimensão da segurança), atendimento às necessidades e expectativas do paciente (dimensão da satisfação do cliente) e racionalização da atenção à saúde (dimensão dos custos).

Paladini (2012) alerta que o termo qualidade é utilizado diariamente pelas pessoas e possui uma conotação intuitiva, dificultando a identificação e delimitação do seu significado. No processo gerencial, a utilização dessa linguagem de senso comum pode provocar equívocos referentes à restrição da definição da qualidade a apenas alguns fatores, como luxo, beleza, brilhos, cores etc. O conceito adequado de qualidade a considera como um conjunto de atributos ou elementos de um produto ou serviço.

O programa brasileiro “Compromisso com a Qualidade Hospitalar” (CQH), ao discorrer sobre os pressupostos da qualidade, destaca a necessidade de analisar as possibilidades de cada contexto diferente e adaptar os usos e costumes locais aos fatores que interferem na avaliação da qualidade (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2001). Ademais, é importante que, ao considerar as peculiaridades de cada estabelecimento de saúde, seus avanços em termos de qualidade devem ser avaliados e valorizados de maneiras diferentes. Nesta perspectiva, alguns serviços já possuem uma cultura da qualidade e terão o desafio de melhorar, enquanto outros terão dificuldade de iniciar, mas depois se desenvolverão com mais facilidade (MALIK; SCHIESARI, 2016).

A Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS), sediada nos Estados Unidos, utiliza o termo “desempenho hospitalar”, por entender que é mais preciso do que a palavra “qualidade” e considera os seguintes critérios na avaliação das instituições de saúde para o Prêmio Codman (BURMESTER, 2012):

- Envolvimento da alta administração;
- Utilização de informações para avaliar o desempenho;
- Desenvolvimento de planejamento estratégico;
- Ações para melhoria da qualidade;
- Resultados do desempenho da instituição, incluindo a satisfação de clientes internos e externos.

Malik e Schiesari (2016) advertem que, na gestão em saúde contemporânea, já não é adequado somente fazer ou citar que faz “o melhor possível”. É necessário avaliar as

variações das práticas profissionais e organizacionais. Neste sentido, a qualidade está relacionada com a prevenção de variações desnecessárias, direcionadas, sobretudo, aos eventos que levam a resultados indesejados.

Em relação às variações no cuidado de saúde, Wennberg (2010) aponta uma análise abrangente com base populacional, o que possibilitou identificar três categorias de cuidado em saúde: 1. Cuidado efetivo/necessário; 2. Cuidado sensível às preferências dos pacientes; 3. Cuidado sensível à oferta.

O **cuidado efetivo/necessário** compreende buscar nas importantes evidências científicas a indicação e os benefícios para o atendimento das necessidades de saúde apresentadas pelo paciente. Nesta situação, o problema de qualidade seria a subutilização, como o baixo índice de cobertura vacinal de uma determinada população.

O **cuidado sensível às preferências** dos pacientes ocorre quando há mais de uma alternativa na forma da assistência prestada, e os resultados diferem entre essas alternativas. Este tipo de cuidado representa um alerta para, além de avançar nos estudos sobre práticas baseadas em evidências, a necessidade de incluir o paciente como um sujeito ativo nas decisões de seu processo terapêutico.

Na compreensão das variações na assistência em saúde, o **cuidado sensível à oferta** é considerado o mais importante e está diretamente relacionado à utilização. Assim a diminuição desta variação deve considerar que a tomada de decisão clínica é fundamentada em resultados científicos consistentes, que evidenciam os benefícios de determinado procedimento diagnóstico e terapêutico, e nas preferências dos pacientes. Desta forma, Wennberg (2010) destaca a necessidade de elaborar e desenvolver modelos de cuidado considerando os fatores expostos anteriormente, sobretudo para aqueles que possuem doenças crônicas degenerativas, que são mais vulneráveis às variações do cuidado.

Na década de 1990, a discussão da qualidade em saúde em todo o mundo começou a incorporar a temática da segurança do paciente. Em 1999, foi publicado o relatório “*To err is human: building a safer health system*”, que alertou o quão grave eram as situações de segurança nos serviços de saúde e divulgou que a ocorrência de eventos adversos preveníveis era a oitava causa de morte nos Estados Unidos. Essa publicação incentivou a OMS e diversos países a discutirem a necessidade do desenvolvimento de estratégias para a prevenção de erros, tornando o cuidado mais seguro (ANVISA, 2013).

Outra contribuição importante da divulgação desse relatório foi a introdução do tema segurança do paciente nas pesquisas na área da saúde, inicialmente nos Estados Unidos e,

depois, em todo o mundo. A segurança do paciente é compreendida como uma importante dimensão da qualidade e se refere ao direito garantido da pessoa em ter reduzido a um mínimo aceitável o risco de um dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo esse pressuposto contemplado na definição de qualidade da OMS em 1981, citada anteriormente (RUNCIMAN et al., 2009).

No ano 2000, a OMS publicou o *World Health Report 2000* – WHR 2000 (WHO, 2000), que demonstrou avanço importante ao se dedicar à avaliação de desempenho dos sistemas de saúde de 191 países, por meio de alguns indicadores que possibilitaram estabelecer um *ranking* desses países. Apesar de serem identificadas fragilidades metodológicas, essa avaliação impactou positivamente, ao demonstrar inovação na proposta de avaliar o desempenho desses sistemas (VIACAVA, 2011).

No Brasil, a partir da publicação WHR 2000, um grupo de pesquisadores propôs um método para avaliar o sistema de saúde local, denominado Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), definido por uma matriz conceitual composta por oito dimensões: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. A equidade é um eixo transversal em todas as dimensões (VIACAVA et al., 2012).

Em 2004, a OMS instituiu a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com a finalidade de estabelecer programas e diretrizes que promovessem a segurança do paciente e qualidade nos serviços de saúde, buscando a sensibilização dos profissionais de saúde e da população por meio de um compromisso político dos países signatários. O Brasil, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), aderiu ao movimento de segurança do paciente, participando de iniciativas implementadas em todo o mundo, como os “Desafios Globais para a Segurança do Paciente”, quando houve a inclusão do Brasil já na primeira ação, em 2006. Isso estimulou a repensar práticas e regulamentar ações, com o intuito de garantir a segurança do paciente em todo o país (BRASIL, 2013a).

Diante da adesão nacional ao movimento de segurança do paciente, houve demanda e elaboração de regulamentações para a prática segura em estabelecimentos de saúde. Um marco legal foi a publicação da Portaria GM 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013c), que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), estimulando e contribuindo para a qualificação da assistência à saúde. Outra importante legislação, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, de 25 de julho de 2013 (BRASIL, 2013b), foi

referente à obrigatoriedade de todos os serviços de saúde brasileiros terem um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), para colocar em prática, manter e monitorar as ações do PNSP.

Ressalta-se que o PNSP foi bem delineado e abrangente, fundamentando-se em quatro eixos principais: 1. Estímulo à prática assistencial segura, pela implantação de protocolos, do NSP e da notificação de incidentes e eventos adversos; 2. Participação do usuário na garantia da segurança do cuidado; 3. Formação profissional sobre segurança do paciente nas instituições de ensino e de saúde; Desenvolvimento científico e de pesquisas na temática (BRASIL, 2014).

Diante da evolução histórica da qualidade no Brasil e no mundo, constata-se que é um tema complexo que envolve diversos fatores, exigindo, assim, uma análise sistêmica e ampla, que fuja do encanto dos modismos e trabalhe com foco na excelência do atendimento, por meio de um modelo efetivo de gestão (COUTO, PEDROSA, 2007).

O movimento da qualidade, semelhante a outras referências dos princípios da gestão, como a administração científica e sistêmica, sofre influências e influencia o meio social e produtivo. Burmester (2012) elenca os elementos que serão incorporados definitivamente nos serviços de saúde:

- Ferramentas da qualidade, como PDCA*, diagrama de Pareto, diagrama de causa e efeito, para analisar os problemas e planejar as ações;
- Avaliação de clientes internos e externos;
- Controle da infecção hospitalar;
- Auditorias internas e revisão por pares;
- Gerência de Risco, para minimizar os eventos adversos e promover a segurança no atendimento;
- Auditorias externas, como certificação e acreditação.

Considerando o exposto, verifica-se, na abordagem da qualidade em saúde, que sua definição tem estreita relação com a avaliação dos serviços de saúde, pois, de acordo com Tronchin, Freitas e Melleiro (2016, p. 80), “na essência do conceito de qualidade está embutida a ideia de avaliação”. Na perspectiva de que a qualidade não é somente um luxo ou a garantia de um diferencial competitivo, mas uma resposta gerencial para o atendimento das expectativas dos clientes e a manutenção das organizações num cenário de mudanças, e que

* Ciclo PDCA, também conhecido pelas etapas sequenciais (em inglês): *Plan, Do, Check, Act*, as quais direcionam as ações de melhoria contínua, utilizando métodos estatísticos (DEMING, 1982).

ela deve ser medida e analisada constantemente, procedimentos avaliativos têm sido cada vez mais implementados nos serviços de saúde, destacando-se a acreditação como uma avaliação externa conhecida internacionalmente (MANZO, BRITO, CORRÊA; 2012).

Schiesari (2014) ressalta que as metodologias de avaliação externa estão mais divulgadas e acessíveis no Brasil, com relevantes resultados em relação aos avanços da implantação da gestão da qualidade nos serviços de saúde. Mesmo as organizações que não são certificadas conhecem e até aplicam alguns dos princípios da filosofia da qualidade à sua prática. Por outro lado, é preciso refletir sobre as perspectivas futuras das certificações de qualidade, o que exigirá mudanças no sentido de equilibrar as exigências e normas no seguimento de padrões com a flexibilidade e singularidade local. Essa reprogramação, fundamentada numa gestão participativa, poderá combater algumas dificuldades após o reconhecimento externo, como a desmotivação frente às exigências rigorosas e ao declínio da criatividade e inovação (SCHIESARI, 2014).

Verifica-se ainda que poucas instituições conseguem mensurar concretamente os resultados da aplicação de determinado modelo de gestão e/ou certificação de qualidade. Apesar de os profissionais e gestores saberem da importância da qualidade, as dificuldades tornam-se maiores que o desejo de continuar, pois não há uma análise sistemática do desenvolvimento deste processo (RODRIGUES et al., 2011). Em vista disso, Oliveira e colaboradores (2014) indicam a priorização de medidas contínuas nas organizações que contemplem a participação de todos os clientes internos da instituição, desde os gestores que ocupam os cargos mais altos na estrutura hierárquica até os profissionais assistenciais, para garantir o desenvolvimento da cultura de segurança na instituição e condições favoráveis para a satisfação dos envolvidos no processo de atendimento – pacientes, familiares e colaboradores.

Além disso, se o mais importante é colocar em prática os princípios e valores da qualidade, o envolvimento dos profissionais é imperioso, assim como é essencial identificar suas percepções e aspirações; nesta perspectiva, a utilização de instrumentos avaliativos consistentes, como a escala SERVQUAL, é um ponto chave para que esse processo seja bem-sucedido.

2.3 A ESCALA SERVQUAL E O MODELO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY

As propostas para avaliação da qualidade no setor terciário da economia, conhecido como prestação de serviços, iniciaram no final de 1970 com o objetivo de comparar o que os usuários desejavam que deveria ser oferecido pelo provedor e o que realmente era recebido (PENA et al., 2013). Nesta perspectiva, a qualidade em serviço consistia no atendimento das necessidades e expectativas dos clientes de forma eficaz (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1990a).

Os serviços possuem características peculiares em relação ao processo industrial, o que torna sua avaliação mais complexa. Kloter e Keller (2012) apresentam quatro dimensões que influenciam no desenvolvimento de programas de avaliação em serviço:

- Intangibilidade: as atividades não são palpáveis e concretas como os produtos, fazendo com que o julgamento de um serviço seja realizado considerando o desempenho e experiência de quem o utiliza.
- Inseparabilidade: a produção e consumo de um serviço são simultâneos, o que leva a uma interação entre os profissionais e clientes.
- Variabilidade: os resultados de um serviço são variáveis e influenciados por quem, onde e quando é feito.
- Perecibilidade: as tarefas e atividades realizadas não podem ser estocadas, exigindo a necessidade de um equilíbrio entre a demanda e a prestação dos serviços.

Considerando as particularidades na prestação de serviços, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) desenvolveram, a partir de 1985, estudos para compreender os aspectos que interferiam no julgamento da qualidade por clientes de distintas áreas e propuseram um instrumento de mensuração da qualidade do serviço, denominado *Service Quality* (SERVQUAL).

Ao descreverem a construção da SERVQUAL, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) alertam para a importância de elucidar o referencial teórico que sustentou o desenvolvimento desta escala. A base conceitual da SERVQUAL foi buscada nos estudos que identificaram o significado de **qualidade do serviço** (GRONROOS, 1982; LEHTINEN; LEHTINEN, 1982; SASSER; OLSEN; WYCKOOF, 1978) e a definição das **dimensões** nas quais os

consumidores percebem e avaliam a **qualidade do serviço** (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

O construto de qualidade utilizado na criação da SERVQUAL, com base na literatura sobre serviços, envolve o conceito de qualidade percebida. No entender de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988, p. 15), a qualidade percebida é definida como “uma forma de atitude, relacionada mas não equivalente à satisfação, e resulta da comparação entre expectativas e percepções da performance”.

Nesse conceito, os referidos autores reforçam a ideia de Olshavsky (1985) sobre a visão da qualidade como uma ação ou atitude de julgamento de valor, ato que é relativamente generalizado nas avaliações das pessoas. Nessa lógica, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) conduziram vinte grupos focais com consumidores de quatro diferentes serviços – banco, setor de cartão de crédito, seguradora e empresa de manutenção e reparo –, com o objetivo de compreender: o significado de qualidade no contexto dos serviços especificados e suas características, as ações ou atividades que os provedores deveriam oferecer para projetar uma imagem de alta qualidade do serviço e os critérios que os consumidores utilizavam para avaliar a qualidade do atendimento. O principal achado revelou que os consumidores, independentemente do tipo do serviço, utilizam na essência os mesmos critérios no julgamento sobre a qualidade.

Em relação à principal distinção entre qualidade percebida e satisfação, citada na definição de qualidade pelos autores, as bases teóricas utilizadas na SERVQUAL esclarecem que a qualidade percebida é um julgamento global, ou atitude, relacionado à superioridade de um serviço. Já a satisfação é relatada como uma reação emocional numa experiência específica. Desta forma, a atitude, que tem um conceito central na qualidade percebida, é mensurada de maneira mais generalizada e com uma orientação menos situacional (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

Apesar dessa diferença, os dois conceitos – qualidade e satisfação – estão relacionados. No grupo focal conduzido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), os entrevistados relataram vários exemplos de momentos em que eles se sentiram satisfeitos com um serviço específico, mesmo não tendo avaliado a organização ou empresa como de alta qualidade. As experiências de satisfação, ao longo do tempo, resultam, portanto, na percepção da qualidade do serviço e na busca por determinada empresa (OLIVER, 1981).

Os autores da SERVQUAL também consideraram, além dos achados sobre o grupo focal citado anteriormente, alguns estudos (GRONROOS, 1982; LEHTINEN; LETHTINEN, 1982; SASSER; OLSEN; WYCKOOF, 1978) que comprovam que a definição de um serviço de qualidade na perspectiva dos consumidores engloba a comparação do que eles acreditam que essas empresas devem oferecer – são suas expectativas – com suas percepções sobre o desempenho das empresas que prestam os serviços. A qualidade do serviço consiste, portanto, no grau da diferença entre percepções e expectativas. O termo “expectativas” se refere aos desejos e vontades dos consumidores, ou seja, o que eles esperam que os provedores do serviço devem oferecer. Os autores citam que entre os principais fatores que influenciam a expectativa de clientes/consumidores em relação a um serviço estão a comunicação e o marketing do serviço, necessidades pessoais e experiências prévias dos clientes.

A pesquisa conduzida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) também revelou que os critérios utilizados pelos consumidores para avaliar a qualidade do atendimento de um serviço se enquadram em dez dimensões complementares, a saber: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, compreensão e conhecimento dos consumidores e acesso. Essas dimensões compreendem a estrutura básica dos domínios da qualidade em serviço, os quais foram contemplados nos itens que compõem a escala SERVQUAL.

A concepção da escala englobou a representação das dez dimensões da avaliação da qualidade de um serviço, que resultou no desenvolvimento de 97 itens, dos quais aproximadamente 10 por dimensão. Cada item foi composto por duas declarações: uma para mensurar as expectativas sobre as empresas ou organizações em geral que oferecem o tipo de serviço investigado, e a outra para identificar as percepções sobre a empresa ou organização específica cuja qualidade do atendimento será avaliada.

Cada declaração era acompanhada de uma escala de sete pontos variando de “Concordo Totalmente” até “Discordo Totalmente”, sem intitular os valores intermediários de dois a seis. Na análise dos dados, os valores da escala foram invertidos nas declarações negativas. As declarações sobre expectativas foram agrupadas e compuseram a primeira metade do instrumento; as declarações que correspondiam à percepção formaram a segunda parte (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

No desenvolvimento da escala, os 97 itens foram submetidos a duas etapas de coleta de dados e refinamento. A primeira, além de avaliar as dimensões da escala e estabelecer a

confiabilidade de seus componentes, deveria sintetizar o instrumento e reter somente os itens que possibilitassem a identificação de diferentes percepções da qualidade sobre organizações variadas (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Para isso, o instrumento foi aplicado a 200 adultos, do sexo masculino e feminino, com idade acima de 25 anos, num centro comercial na região sudoeste dos Estados Unidos, que utilizaram por três meses os seguintes serviços: manutenção de eletrônicos, banco, telefonia, seguradora e cartão de crédito. O critério para escolha dessas categorias de serviços foi fundamentado na classificação proposta por Lovelock (1980, 1983). Para cada categoria, selecionou-se uma amostra de 40 entrevistados (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Em busca da purificação do instrumento, o coeficiente alfa de Cronbach foi aplicado separadamente às dez dimensões da escala, para verificar a extensão com que cada item convergia para a dimensão avaliada. Por meio dos achados dos valores do coeficiente, foram descartadas as declarações com baixa correlação e/ou aquelas correlações que produziam uma diminuição relevante no conjunto das declarações, o que resultou em um conjunto de 54 itens, com valores de alfa variando de 0,72 a 0,83 entre as dez dimensões (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Fez-se, posteriormente, uma análise fatorial que permitiu a redistribuição e eliminação de alguns itens, pois muitos deles tinham altos valores ou cargas em mais de uma dimensão. Esse procedimento reduziu a escala para 34 itens, com cinco dimensões (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). As dimensões que se mantiveram nessa fase foram: confiabilidade, responsividade, compreensão dos consumidores, conhecimento dos consumidores e acesso. As outras cinco dimensões – comunicação, credibilidade, segurança, competência e cortesia – foram incorporadas em duas.

O valor de alfa encontrado demonstrou boa consistência interna entre os itens de cada dimensão e indicou a condição para a segunda etapa metodológica no desenvolvimento do instrumento, que teve caráter confirmatório e buscou a validação e confiabilidade das dimensões da escala reduzida por meio da coleta de dados em quatro amostras independentes, representativas de diferentes tipos de serviços: manutenção de eletrônicos, banco, telefonia, seguradora e cartão de crédito. Os critérios da coleta de dados da primeira etapa foram replicados nessa fase: os questionários foram aplicados numa amostra de 200 clientes adultos

de um centro comercial, do sexo masculino e feminino, que utilizaram os serviços por três meses (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Os dados obtidos foram analisados de acordo com cada serviço por meio da identificação dos valores de alfa de Cronbach e análise fatorial e resultaram no refinamento da SERVQUAL, com 22 itens e composta por cinco dimensões (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

A descrição de cada dimensão é apresentada a seguir (Quadro 6).

Quadro 6 – Dimensões da SERVQUAL e suas descrições

TANGIBILIDADE	Estrutura física, equipamentos e aparência dos trabalhadores
CONFIABILIDADE	Capacidade de entregar o serviço prometido com confiança e precisão
RESPONSIVIDADE	Disposição em ajudar os clientes e provisão de serviço rápido
GARANTIA	Conhecimento e cortesia dos trabalhadores, habilidade de inspirar confiança
EMPATIA	Cuidado e atenção individualizada

Fonte: Parasuraman; Zeithaml; Berry (1988)

Traduzido pela autora (2017).

As duas últimas dimensões – garantia e empatia – englobam itens que representam sete dimensões da escala original, a saber: comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, compreensão e conhecimento dos clientes e acesso, que não foram afetadas após as duas etapas de purificação da escala (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Na sequência (Quadro 7), tem-se a correspondência entre as dez dimensões originais da qualidade dos serviços e as cinco dimensões da SERVQUAL.

Quadro 7 – Equivalência entre as dez dimensões originais da qualidade do serviço e as cinco dimensões da SERVQUAL

DEZ DIMENSÕES ORIGINAIS DA QUALIDADE DO SERVIÇO	DIMENSÕES DA SERVQUAL				
	Tangibilidade	Confiabilidade	Responsividade	Garantia	Empatia
Tangibilidade					
Confiabilidade					
Responsividade					
Competência					
Cortesia					
Credibilidade					
Segurança					
Acesso					
Comunicação					
Compreensão do cliente					

Fonte: Parasuraman; Zeithaml; Berry (1988)

Traduzido pela autora (2017)

A escala foi testada por análise estatística e demonstrou confiabilidade e consistência em suas propriedades psicométricas, permitindo sua aplicação para avaliar e comparar a qualidade do serviço em diferentes empresas ou setores da mesma instituição utilizado (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Após três anos da publicação da escala original, os autores realizaram outro estudo que fez o refinamento do instrumento e a verificação da confiabilidade por meio da aplicação a clientes externos de cinco empresas americanas: uma companhia telefônica, duas empresas de segurança e dois bancos, o que resultou nas considerações referentes às readequações do instrumento, descritas a seguir (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

A escala original, publicada em 1988 (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), foi aplicada como pré-teste para 68 clientes de uma companhia telefônica, tendo esta etapa sido denominada “pré-teste”. O primeiro apontamento a partir dessa aplicação está relacionado aos escores relativamente altos oriundos das declarações da seção de

expectativas, sendo encontrada média geral de 6,22 numa escala de 1 a 7 pontos. Os autores apontaram que a utilização do termo “*should*” nas declarações contribuiu para essa alta expectativa dos clientes, que não é real. A redação foi reformulada com foco no que os consumidores esperariam das empresas que entregam um serviço de excelência. Dessa forma, no instrumento original, onde se lia “*Telephone companies should keep their records accurately*”, após a análise, alterou-se para “*Excellent telephone companies will insist in error-free records*”. Na seção que aborda as percepções, foram feitas pequenas mudanças na redação do texto para que ficassem equivalentes as sentenças sobre expectativas. Pequenos ajustamentos em algumas palavras também foram incorporados nessa nova versão, como a substituição de “*up-to-date equipment*” por “*modern-looking equipment*”, no intuito de clarificar a compreensão dos itens (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Outra análise realizada pelos autores se relacionou às declarações negativas do instrumento, que compreendiam seis frases das 22 que formavam a escala. Segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991), essas frases apresentaram maiores variações nos escores e valores menores do coeficiente de Cronbach quando comparadas às sentenças afirmativas, o que poderia indicar que os entrevistados confundiram seu significado. Além disso, gerentes de cinco empresas que foram questionados sobre a percepção do instrumento relataram dificuldades na compreensão das frases negativas. Por essas razões, as sentenças redigidas no formato de negação foram alteradas para afirmações.

A revisão do instrumento pelos gerentes das empresas na fase de pré-teste também resultou na reformulação de duas sentenças – uma da dimensão de tangibilidade e outra da garantia –, para que houvesse melhor avaliação dessas dimensões na seção de expectativas e percepções. O item 4 da escala foi readequado para focar a aparência dos materiais de comunicação e divulgação dos serviços, o que não era contemplado na versão original. Além disso, os autores concluíram que esse item era repetitivo, pois a aparência da estrutura física já era abordada no item 2. A sentença 17 também foi alterada com o objetivo de avaliar o conhecimento dos trabalhadores para fornecer respostas aos clientes. Para essa modificação no texto foi levado em conta que os consumidores dão mais importância a esse conhecimento do que ao apoio que os trabalhadores recebem da organização, que era o conteúdo da sentença 17 na primeira versão.

No primeiro estudo de 1988 sobre a SERVQUAL, os autores relataram que a estimativa da importância das cinco dimensões da escala foi identificada indiretamente por

meio dos valores encontrados na regressão. No entanto, na avaliação da qualidade, é útil que seja feita a mensuração intencional da importância dos vários atributos dos serviços. Diante disso, os autores incluíram, no final do instrumento, cinco características dos serviços, para que o entrevistado atribua uma pontuação de 0 a 100 para cada uma, cuja soma deve ser 100. Essas sentenças equivalem às cinco dimensões da escala que não são mencionadas propositalmente, para que o cliente avalie a importância relativa de cada característica (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Para a avaliação das propriedades psicométricas da escala SERVQUAL refinada, os autores analisaram a confiabilidade, a estrutura fatorial e a validade do instrumento, utilizando os mesmos critérios do estudo original de 1988. O coeficiente de Cronbach encontrado para as cinco dimensões da escala refinada comprovou sua confiabilidade, e seus valores foram superiores aos coeficientes obtidos em outros estudos avaliados na publicação de 1991 que aplicaram a SERVQUAL, inclusive o artigo que divulgou a primeira versão da escala. Esse achado sugeriu que as mudanças realizadas na redação dos itens aprimoraram o instrumento, sobretudo a modificação nas sentenças negativas, que também foi recomendada no estudo de Babakus e Boller (1991) e Carman (1990) (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Em relação às análises fatoriais, os achados foram: 1) a tangibilidade foi subdividida em duas subdimensões – uma referente à estrutura física e equipamentos, e outra relacionada aos trabalhadores e materiais de comunicação; 2) o grau de sobreposição entre as dimensões, comprovado pelas correlações entre os fatores, foi discretamente mais elevado na escala refinada quando comparado com o da versão anterior; 3) responsividade e garantia se mostraram dimensões singulares no Fator 6. Dessa forma, apesar de haver uma sobreposição interdimensional levemente maior na escala refinada, o instrumento ainda mantém a estrutura de cinco dimensões, como na versão original, com somente uma exceção na dicotomização da “tangibilidade” em duas subdimensões (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Os resultados sobre as questões das dimensões para alocação de pontos – importância relativa da qualidade – revelaram estabilidade nas aplicações em diferentes contextos. Além disso, as amostras pareadas do teste t das dimensões de responsividade e garantia, que formam as duas dimensões com maior sobreposição na análise fatorial, mostraram diferença estatisticamente significativa, o que indica que os clientes conseguiram distinguir as duas dimensões. Esse achado também reforça a distinção entre responsividade e garantia (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Em síntese, os resultados sobre o refinamento da SERVQUAL apontam a manutenção das cinco dimensões e das sentenças, divididas igualmente em 22 itens na seção de Expectativa e 22 itens na Percepção, em que os entrevistados terão a opção de assinalar como resposta uma escala do tipo Likert de 1 (discordo plenamente) a 7 (concordo plenamente) (PENA et al., 2013).

A ilustração (Quadro 8) a seguir mostra a distribuição das afirmações de acordo com as dimensões do modelo de falha da qualidade.

Quadro 8 – Distribuição dos itens da SERVQUAL de acordo com as cinco dimensões do modelo de falha da qualidade

DIMENSÃO	NÚMERO DO ENUNCIADO
TANGIBILIDADE	1 a 4
CONFIABILIDADE	5 a 9
RESPONSIVIDADE	10 a 13
GARANTIA	14 a 17
EMPATIA	18 a 22

Fonte: Parasuramam; Zeithamal; Berry (1988)
Traduzido pela autora (2017)

O julgamento da qualidade por meio das cinco dimensões permite a comparação entre o serviço esperado e o percebido, que se fundamenta no *modelo de falha na qualidade em serviços*. Esse modelo identifica os pontos frágeis, denominados *gaps*, que mostram a diferença entre as expectativas e percepções dos usuários, podendo até mesmo impedir que o serviço tenha qualidade. Foram identificados cinco *gaps* nas organizações (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991), representados na sequência (Figura 1):

- *Gap 1*: Desconhecimento ou percepção equivocada da expectativa dos clientes;
- *Gap 2*: Impossibilidade de projetar um produto ou serviço que corresponda às expectativas dos clientes, seguindo as especificações estabelecidas;
- *Gap 3*: Falha ao prestar um serviço que não atende às conformidades;
- *Gap 4*: Falta de comunicação que impede que o serviço prometido será prestado;
- *Gap 5*: Estabelecido em função dos quatro *gaps* e determina a diferença entre aquilo que o cliente espera e o que foi efetivamente percebido.

Figura 1 – Modelo de falha na qualidade em serviços proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry

Fonte: Zeithaml, Parasuraman e Berry (1991)

Traduzido pela autora (2017)

Em relação à operacionalização da análise dos escores obtidos da SERVQUAL, a avaliação da qualidade do serviço envolve o cálculo da diferença entre os valores atribuídos pelos clientes às declarações equivalentes sobre expectativa e percepção. Especificamente, o *Gap 5* ou Escore da SERVQUAL para cada par de declaração (expectativa/percepção) de cada cliente entrevistado é calculado da seguinte forma:

$$\text{ESCORE DA SERVQUAL} = \text{ESCORE DA PERCEPÇÃO (P)} - \text{ESCORE DA EXPECTATIVA (E)}$$

O valor obtido da fórmula é denominado Q, seguido do número da sentença à qual pertence. Por exemplo, Q1 compreende o valor de $P1 - E1$, onde $P1$ = Escore da Percepção da Sentença 1, e $E1$ = Escore da Expectativa da Sentença 1. Considerando que a escala possui 22 itens, haverá, respectivamente, 22 valores de Q, um para cada par de sentença. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1998) descrevem o valor de Q como a qualidade percebida para cada item da escala.

A classificação sobre a qualidade do serviço depende da natureza da discrepância entre o serviço esperado e o serviço percebido. Sendo assim, se a Expectativa (E) for maior que a Percepção (P), a qualidade percebida não é satisfatória e terá tendência para uma qualidade totalmente inaceitável quanto maior for a discrepância entre E e P. Quando E for igual a P, a qualidade percebida é satisfatória. Nas situações em que E for menor que P, a qualidade percebida é mais que satisfatória e terá tendência para a qualidade ideal quanto menor for a discrepância entre E e P (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1990).

Diante do exposto, ressalta-se que a SERVQUAL é uma escala concisa de múltiplos itens com boa confiabilidade e validade, pode ser usada para compreender as expectativas e percepções dos consumidores do serviço e, como resultado, melhorar o atendimento oferecido. Segundo Zeithaml, Parasuraman e Berry (1993), os dados obtidos com a aplicação da SERVQUAL podem ser utilizados para mensurar as deficiências da qualidade em diferentes níveis de análise – por cada declaração ou pelo conjunto de itens que formam uma dimensão. No que se refere às suas aplicações, a SERVQUAL pode ser adaptada ou complementada para atender as características ou necessidades específicas de avaliação numa organização particular. No entanto, seus autores alertam que a retirada de itens pode afetar a integridade da escala e diminuir a possibilidade de avaliar a qualidade do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; 1991).

Já em relação à inclusão de novos itens, os autores são favoráveis, desde que se siga o mesmo padrão genérico de redação, isto é, seja aplicável em diversos contextos. Caso o conteúdo não se enquadre nas cinco dimensões da SERVQUAL, como a percepção dos clientes sobre os custos do serviço, a análise deverá ser realizada separadamente (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Os autores destacam a possibilidade de o instrumento ser empregado em consumidores antigos ou atuais e que, dentro desse limite, há uma variabilidade de utilizações. A escala tem maior consistência se for aplicada periodicamente para se verificar a tendência da qualidade e

em conjunto com outras formas de mensuração da qualidade do serviço. Eles sugerem a aplicação da escala de duas a três vezes no ano e, concomitantemente, a realização de pesquisas com os trabalhadores que incluam questões como: “O que você considera que seja o maior problema para a entrega de um serviço de alta qualidade aos consumidores?”, “Se você pudesse ser presidente por um dia, qual a principal mudança que faria na empresa para melhorar a qualidade do serviço?” (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

O instrumento também pode ser utilizado para verificar a qualidade da organização de acordo com a diferença de escores em cada dimensão. É possível ainda fornecer uma mensuração global da qualidade pelo escore geral das cinco dimensões. Uma métrica interessante sugerida pelos autores é a determinação da *importância relativa* das cinco dimensões na influência da percepção da qualidade global pelos consumidores, que é estabelecida pela análise de regressão e possibilita predizer a(s) dimensão(ões) que mais influencia(m) na qualidade do atendimento (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Outra aplicação do instrumento é de acordo com a categorização dos consumidores, fundamentada em dados sociodemográficos, por exemplo, e sua categorização em segmentos da qualidade (alto, médio e baixo). A SERVQUAL é aplicável também em organizações que possuem várias unidades, o que possibilita comparar o desempenho da qualidade entre os diferentes cenários da empresa e utilizar estratégias gerenciais de reconhecimento e compensação. Um exame cuidadoso das características de cada unidade pode revelar os atributos-chave que facilitam ou não a entrega de serviços de alta qualidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Empresas também pode utilizar a SERVQUAL para verificar a *performance* relativa de seus principais concorrentes. O formato de duas seções do instrumento, separadas em expectativas e percepções, permite a avaliação de diferentes organizações pela inclusão de um conjunto de declarações sobre a percepção para cada empresa, mantendo uma única avaliação das expectativas. Esses dados sinalizarão os pontos fortes e as fragilidades da organização nas cinco dimensões e direcionará os gestores para as ações prioritárias para a melhoria da qualidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Outra possibilidade é aplicar a SERVQUAL aos clientes internos, considerando os diferentes colaboradores e setores de uma organização, com o objetivo de identificar a qualidade do serviço na percepção dos fornecedores do serviço. Os questionários podem ser aplicados a uma amostra ou a todos os

clientes internos, a depender do quantitativo de funcionários da organização (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1993).

É útil também que os resultados da SERVQUAL sejam complementados por pesquisas quantitativas e qualitativas para revelar as causas dos problemas-chave ou dos *gaps* identificados. Desta forma, a escala pode ser não a resposta final, mas o ponto de partida para verificar e melhorar a qualidade do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

No âmbito dos serviços de saúde, a aplicação da escala tem mostrado resultados satisfatórios, tornando-se um instrumento consistente para identificar as expectativas e necessidades dos clientes e subsidiar a tomada de decisão gerencial (PENA et al., 2013). Em 1992, os pesquisadores americanos Babakus e Mangold (1992) adaptaram a SERVQUAL para avaliar o atendimento na área hospitalar na visão dos pacientes, sendo considerada, a partir desse estudo, um instrumento adequado para este fim.

Independentemente do tipo de organização, perfil da clientela e país, o monitoramento da qualidade em saúde com a aplicação da SERVQUAL tem fornecido subsídios para o planejamento de ações assertivas e efetivas, assim como para a mensuração do impacto dessas estratégias, o que traz contribuições importantes para avanços no atendimento à saúde, seja em nível individual, seja coletivo.

2.4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

2.4.1 Tradução e Adaptação Transcultural

A necessidade de adaptação de instrumentos de mensuração da área da saúde para outros idiomas cresce na mesma proporção do incremento de pesquisas multicêntricas entre países e culturas distintas (BEATON, 2000; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; STREINER; NORMAN, 2008). Esse aumento é marcado pela proximidade e contato mais intenso entre as pessoas de diferentes partes do mundo em razão do processo de globalização e do incremento das tecnologias de informação (MUÑIZ; ELOSUA; HAMBLETON, 2013).

Muñiz e Hambleton (1996) enfatizam que a utilização de escalas e questionários é abrangente e ocorre em diversas áreas, como educação, sociologia, direito e saúde, as quais demandam decisões individuais ou coletivas. Aliada a esta constatação sobre a amplitude da

aplicação de instrumentos de medida, há o notável desenvolvimento de traduções e adaptações. Um estudo de revisão com o intuito de identificar quais eram os 20 testes mais usados na prática profissional na Espanha, no campo clínico, educativo e organizacional, constatou que 17 eram adaptações de outros idiomas, sobretudo do inglês (ELOSUA, 2012), o que ocorre também em outros países (ELOSUA; ILIESCU, 2012; EVERS et al., 2012).

Adaptar um instrumento é uma atividade complexa e exige que o pesquisador se dedique ao planejamento e rigor metodológico a fim de obter bom resultado em relação à manutenção do conteúdo e das medidas psicométricas da versão original e validade na população à qual aplicará a escala (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

Se o construto[†] que se pretende medir deve ser equivalente em países, culturas ou idiomas diversos, os itens de um instrumento ou formulário não devem ser submetidos somente a uma tradução linguística literal, pois é necessária sua adaptação cultural, porque assim há maior garantia de que os resultados obtidos são comparáveis entre as distintas realidades (BEATON et al., 2007). Reichenheim e Moraes (2007) reforçam que a visão reducionista de que somente a tradução das palavras e expressões ou, no máximo, a realização da retrotradução seja suficiente tem sido substituída há algum tempo por uma abordagem mais ampliada e consistente.

Nesse sentido, a expressão ‘**adaptação transcultural**’ (ATC), utilizada por Beaton e colaboradores (2007) compreende dois componentes: 1. o processo de análise do idioma, o qual contempla a **tradução** literal das palavras e sentenças de uma língua para outra; 2. a adequação da redação referente à **adaptação** para o idioma, contexto cultural e estilo de vida. Dessa forma, “adaptação” e “tradução” possuem significados diferentes. Hambleton (2005) sugere o uso do primeiro termo, tendo em vista que a adaptação engloba todo o processo de adequação do instrumento a uma determinada cultura, incluindo a etapa de tradução. Ademais, a adaptação transcultural tem o enfoque de possibilitar que o instrumento seja utilizado e válido em distintas culturas (BEATON et al., 2007).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sinalizam que é necessário aprofundar-se na temática ou construto a ser avaliado pelo instrumento e ter clareza das indicações para a realização das adaptações transculturais, pois há situações diversas que devem ser avaliadas criteriosamente. A seguir, são apresentadas as diferentes possibilidades de utilização da adaptação transcultural (Quadro 9).

[†] Em toda a tese se considerará construto a representação de algum fenômeno observável ou de um comportamento, com base num pressuposto conceitual (PASQUALI, 2007).

Quadro 9 – Possíveis configurações para a indicação da adaptação transcultural de instrumentos de coleta de dados

SITUAÇÃO	CULTURA DA POPULAÇÃO ALVO	IDIOMA DA POPULAÇÃO ALVO	PAIS EM QUE SERÁ APLICADO	NECESSIDADE DE TRADUÇÃO	NECESSIDADE DE ADAPTAÇÃO
1	Cultura similar	Idioma similar	Mesmo país	Não	Não
2	Cultura distinta	Idioma similar	Mesmo país	Não	Sim
3	Cultura distinta	Idioma similar	Outro país	Não	Sim
4	Cultura distinta	Idioma distinto	Mesmo país	Sim	Sim
5	Cultura distinta	Idioma distinto	Outro país	Sim	Sim

Fonte: Guillemin; Bombardier; Beaton (1993)

Traduzido e adaptado pela autora (2017)

Conforme exposto no Quadro 9, deve-se fazer uma análise criteriosa do instrumento original e do contexto da população-alvo, considerando-se a cultura, o idioma e o país onde o instrumento será aplicado. Assim, a tradução e a adaptação são necessárias nas situações 4 e 5, em que a cultura e o idioma são diferentes daqueles do instrumento original. Quanto à adaptação transcultural, preconiza-se somente nos casos 2 e 3, quando os aspectos culturais divergem, o que pode ocorrer em populações de um mesmo país (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Destaca-se que a ATC não é indicada apenas quando envolve países de idiomas distintos; é preciso levar em consideração também o contexto local e regional das pessoas que responderão o instrumento (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A *International Test Commission* (ITC) iniciou em 1994 a elaboração de diretrizes para a adaptação de instrumentos com o objetivo de que, por esse método, fossem obtidos os melhores resultados em termos de equivalência linguística, cultural, conceitual e psicométrica (HAMBLETON, 1994, 1996; MUÑIZ; HAMBLETON, 1996). Essas evidências, utilizadas por pesquisadores e profissionais como padrão-ouro, são abrangentes e atendem algumas variáveis importantes no processo de ATC: questões legais e de autorização para adaptação, estudo do modelo teórico e do construto, análise do idioma e cultura-alvo, verificação dos procedimentos para mensurar o objeto de estudo e da utilidade prática do instrumento (MUÑIZ; ELOSUA; HAMBLETON, 2013).

O cuidado com o rigor metodológico durante a adaptação de um instrumento permite obter um dos principais benefícios deste processo: a comparabilidade de dados coletados em amostras e contextos distintos (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010; HAMBLETON, 2005). A possibilidade de comparar resultados aumenta a homogeneidade e paridade nas avaliações, tendo em vista que são utilizados parâmetros similares de medida de um mesmo construto ou objeto de investigação, mantendo-se o referencial teórico e metodológico dos itens que compõem o instrumento. Por isso, o uso de instrumentos adaptados de maneira adequada contribui para a ciência no sentido de aumentar a capacidade de inferência estatística ou de generalização das características investigadas em uma diversidade de populações, comprovando suas similaridades e diferenças (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; HAMBLETON, 2005).

Outro benefício da adaptação transcultural, citado por Pasquali (2010), é a otimização do tempo quando comparado ao desenvolvimento de um novo instrumento. A construção de uma escala ou questionário demanda um considerável período de trabalho, pois os itens devem ser elaborados com base em critérios bem estabelecidos, tais como: objetividade, simplicidade, clareza, pertinência, precisão, variabilidade. Ademais, o conjunto de questões ou declarações precisa expressar todos os elementos ou dimensões do construto a ser medido e garantir que a avaliação seja fidedigna. Portanto a criação de um instrumento não se restringe aos efeitos da inspiração de um autor, pois compreende um processo sistemático e fundamentado em muitos estudos e evidências sobre o modelo teórico a ser testado.

A literatura apresenta diversas abordagens sistemáticas para a ATC, as quais apresentam diferenças entre si na descrição da execução das etapas, algumas de maior magnitude que outras. Essa falta de consenso leva muitos pesquisadores a fazer uma mescla de diferentes fontes para obterem um instrumento adaptado com qualidade (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Na sequência, serão apresentados alguns referenciais com suas respectivas metodologias para a ATC. Posteriormente, a fundamentação teórica das etapas seguidas neste estudo.

Um referencial teórico para pesquisas metodológicas é Guillemín, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al. (2002), que propuseram diretrizes para a obtenção de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual na tradução, pelas etapas: tradução, retrotradução, revisão por comitê de juízes, realização de pré-teste e avaliação dos pesos das pontuações. No quadro 10, a síntese das principais orientações para ATC.

Quadro 10 – Diretrizes para preservar a equivalência em adaptação transcultural de instrumentos de mensuração

1. Tradução
a. Realizar mais de uma tradução.
b. Escolher profissionais qualificados.
2. Retrotradução
a. Realizar na mesma quantidade que as traduções.
b. Escolher profissionais qualificados.
3. Revisão por comitê de especialistas
a. Composição de um grupo que comparará a versão original com as versões do processo de adaptação.
b. Caráter multidisciplinar
c. Utilização de técnicas estruturadas para resolver as discrepâncias.
d. Alterações nas instruções ou no formato, rejeição de itens inadequados e proposição de novos itens.
e. Certificação da compreensão plena da tradução
f. Verificação da equivalência transcultural da versão original com a final
4. Pré-teste
a. Verificação da equivalência com a população-alvo do instrumento
5. Ponderação dos escores
a. Análise da necessidade de adaptação dos pesos de pontuação para o contexto cultural

Fonte: Guillemin, Bombardier e Beaton (1993)

Traduzido e adaptado pela autora (2017)

Outro método, descrito por Ferrer et al. (1996) e consolidado em estudos europeus (ALONSO; ANTÓ; MORENO, 1990; ALONSO; PRIETO; ANTÓ, 1990, 1995; HUNT et al, 1991, 1993PRIETO ET AL, 1996;), é desenvolvido por tradução e retrotradução por bilíngue, avaliado por comitê de especialistas e pela população-alvo do instrumento. No quadro 11, a sequência das etapas recomendadas pelos autores:

Quadro 11 – Etapas para adaptação de instrumentos de mensuração

1. Tradução por um bilíngue (primeira versão)
2. Comitê de profissionais (segunda versão)
3. Retrotradução e comparação com a versão original
4. Paineis de avaliação com a população-alvo (terceira versão)
5. Teste-piloto
6. Versão Final

Fonte: Ferrer et al. (1996)

Traduzido e adaptado pela autora (2017)

Reichenheim e Moraes (2007) propõem a operacionalização da ATC por etapas para verificar a equivalência do instrumento considerando diferentes perspectivas, a saber:

1. **Equivalência conceitual e de itens:** compreende a verificação da pertinência e relevância dos itens ao novo contexto; será realizada por meio de discussão com especialistas e população-alvo e revisão bibliográfica relacionada à construção do instrumento original e materiais sobre as particularidades culturais que envolvem o cenário a ser investigado.
2. **Equivalência semântica:** trata-se do quanto a versão adaptada contém os conceitos e significados do construto original, obtendo efeitos similares nos entrevistados dos dois contextos culturais. Para alcançar essa equivalência, os autores elencam as seguintes etapas:
 - a. Traduções
 - b. Retrotraduções
 - c. Avaliação da equivalência semântica entre as retrotraduções e o instrumento original
 - d. Discussão com população-alvo
 - e. Discussão com especialistas para ajustes finais
 - f. Pré-teste da versão
3. **Equivalência operacional:** engloba a análise de especialistas em relação à adequação e pertinência da aplicabilidade do instrumento a ser adaptado, considerando os seguintes fatores: leiaute (*online* ou impresso), forma de aplicação (autopreenchimento ou entrevista presencial), local da entrevista (intra-hospitalar ou domiciliar, por exemplo); modo de categorização.
4. **Equivalência de mensuração:** consiste na verificação das propriedades psicométricas, buscando equivalência em relação aos resultados dos estudos anteriores sobre a versão original do instrumento. Devem ser considerados três aspectos:
 - g. Validade dimensional e adequação de itens componentes, por meio de métodos multivariados, como a Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC).
 - h. Confiabilidade da escala, verificando consistência interna, estabilidade e reprodutibilidade intra ou interobservador.

- i. Validade de construto e validade de critérios, quando se busca no modelo teórico as respostas mais adequadas para as incongruências encontradas nas análises anteriores – validade dimensional e confiabilidade.

5. Equivalência funcional: é alcançada quando as demais equivalências são satisfatórias.

Em 2013, seis especialistas da área de psicologia, oriundos de diferentes países, revisaram a proposta da ITC, que resultou em 20 diretrizes, agrupadas em seis seções: 1. Orientações Preliminares; 2. Desenvolvimento; 3. Confirmação; 4. Aplicação; 5. Pontuação e Interpretação; 6. Documentação (MUÑIZ; ELOSUA; HAMBLETON, 2013), explicitadas no quadro 12.

Quadro 12 – Descrição das categorias e os respectivos aspectos analisados pelas Novas Diretrizes da *International Test Commission* (ITC) para a tradução e adaptação de instrumentos

ORIENTAÇÕES PRELIMINARES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtenção de autorização legal e/ou dos idealizadores do instrumento original. ✓ Análise da relevância do construto no contexto e população-alvo.
DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização da adaptação linguística e cultural, por meio de várias traduções, que serão avaliadas por tradutores fluentes no idioma-mãe e idioma-alvo, e especialistas no construto a ser medido, com experiência prática, com especial atenção para evitar a tradução literal das palavras. ✓ Execução do teste-piloto para: examinar se os itens e as instruções estão compreensíveis, estimar o tempo de preenchimento do questionário, identificar as reações dos entrevistados ao responderem às questões, verificar possíveis erros ou incongruências que podem ser corrigidas antes da fase operacional.
CONFIRMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliação das propriedades psicométricas e da equivalência com a versão original, por meio de: <ul style="list-style-type: none"> • Análise de Confiabilidade • Validação, com a utilização de Modelos de Equações Estruturais ou da Teoria de Resposta ao Item (TRI).
APLICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Influência da forma de aplicação do instrumento nas propriedades psicométricas ✓ Seleção criteriosa dos entrevistadores que deverão ser treinados e conhecer o contexto cultural e o idioma da população-alvo.
PONTUAÇÃO E INTERPRETAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificação da necessidade de ajustes nos pesos das questões, que influenciará na interpretação dos resultados.
DOCUMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro detalhado das etapas seguidas para a adaptação, destacando e justificando as mudanças realizadas em relação à versão original.

Fonte: Muñiz; Elosua; Hambleton (2013)

Traduzido e adaptado pela autora (2017)

Em consonância com a proposta da ITC, Hambleton e Zenisky (2011) propuseram 25 perguntas sobre os itens a serem adaptados, a fim de detectar possíveis falhas ou incoerências durante o desenvolvimento da ATC. As indagações não são tão abrangentes quanto as diretrizes da ITC, entretanto são capazes de direcionar os pesquisadores e elucidar alguns erros por meio de um *checklist* objetivo e prático, contribuindo para que o processo seja bem-sucedido. No quadro 13, as questões apresentam-se subdivididas nas seções: Aspectos Gerais, Formato do Item, Gramática e Redação, Outros Pontos Relevantes, Cultura.

Quadro 13 – Lista para controle de qualidade na tradução e adaptação de itens de um instrumento de mensuração

ASPECTOS GERAIS	
1)	O item tem o mesmo significado ou é altamente similar nos dois idiomas?
2)	A linguagem do item traduzido apresenta um nível de dificuldade comparável às palavras do item original?
3)	A tradução inclui alterações no texto (omissões, substituições ou adições) que possam dificultar a compreensão do item nas duas versões linguísticas?
4)	Existem diferenças entre as versões do idioma alvo e fonte em relação ao uso de metáforas, expressões idiomáticas ou coloquialismos?
FORMATO DO ITEM	
5)	O formato do item, incluindo o leiaute, é o mesmo nas duas versões de idioma?
6)	O tamanho do item, e se for o caso, as opções de resposta são as mesmas nas duas versões linguísticas?
7)	O formato do item e a tarefa exigida do respondente será igualmente familiar nas duas versões linguísticas?
8)	Se um formato ou estilo de palavras/frases (negrito, itálico, sublinhado, etc.) foi usado no idioma de origem, foi dada a mesma ênfase no item traduzido?
9)	Para testes educacionais, existe uma resposta correta tanto na versão original como na tradução?
GRAMÁTICA E REDAÇÃO	
10)	Existe alguma modificação na estrutura do item, como o posicionamento de cláusulas ou alterações de ordem de palavras, que possam tornar esse item mais ou menos complexo na versão traduzida?
11)	Há algum indicio gramatical (palavras, expressão) que poderia tornar a compreensão do item mais fácil ou difícil na versão traduzida?
12)	Existem estruturas gramaticais na versão original do item que não têm equivalência no idioma de destino?

13) Há algum aspecto relacionado ao gênero ou outras referências que deve ser considerado na versão traduzida?
14) Há alguma palavra no item que, quando traduzida, passa a ter mais de um significado comum?
15) Há alguma mudança na pontuação entre as versões de origem e de destino que podem tornar o item mais fácil ou mais difícil na versão traduzida?
OUTROS PONTOS RELEVANTES
16) Nos trechos de passagens (por exemplo, que liga uma seção a outra), as palavras e frases da versão traduzida transmitem conteúdo e idéias similares à versão de origem?
17) Outras formas de apresentação de dados / informação (tabelas, gráficos, imagens) retratam qualquer indivíduo ou grupos de uma forma estereotipada através da ocupação, emoção, situação ou de outra forma?
18) O trecho traduzido envolve um tema controverso ou doloroso, ou humilhante ou ofensivo para alguém?
19) O trecho inclui conteúdo ou requer habilidades que podem ser desconhecidas para os entrevistados em qualquer dos dois idiomas ou grupos culturais?
20) Exceto para as traduções necessárias de texto ou rótulos, os gráficos, tabelas e outros elementos do item são os mesmos nas versões de idioma de origem e de destino?
CULTURA
21) Os termos do item foram devidamente adaptados ao ambiente cultural da segunda versão?
22) Existem diferenças culturais que teriam um efeito sobre a probabilidade de uma resposta ser escolhida quando o item é apresentado na versão original ou traduzida?
23) Medidas e unidades monetárias (distância, etc.) da versão original foram convertidas de forma apropriada para o país cuja versão se destina?
24) Os conceitos abordados no item tem aproximadamente o mesmo nível de abstração nas duas versões de idioma?
25) O conceito ou construção do item tem aproximadamente a mesma familiaridade e significado nas versões de idioma de origem e de destino?

Fonte: Hambleton; Zenisky (2011)

Traduzido e adaptado pela autora (2017)

Diante desse breve panorama de vertentes para a ATC, foge ao escopo desta seção apresentar em profundidade a diversidade de procedimentos utilizados neste processo por distintas perspectivas e pesquisadores, como fizeram Ferreira et al. (2014) (HAMBLETON; PATSULA, 1998; HAMBLETON; ZENISKY, 2011; SIRECI et al., 2006; VAN DE VIJVER; HAMBLETON, 1996).

Entretanto merece destaque o cuidado dos estudiosos com o desencadeamento de fases que garantam que o processo gere um produto de qualidade e permita a mensuração do

construto conforme a versão original. Ademais, questões culturais, conceituais e linguísticas são relevantes e devem ser elucidadas com base na avaliação de *experts* e da população que será investigada. A sistematização do método é perceptível nos autores citados, e grande parte das etapas são similares: a diferenciação está mais presente na sequência das ações do que propriamente no conteúdo delas.

2.4.1.1 Processo de adaptação transcultural utilizada neste estudo

Considerando a diversidade de propostas metodológicas, optou-se neste estudo pelas recomendações de Borsa, Damásio e Bandeira (2012), de Beaton et al. (2000, 2007), de Ferrer et al. (1996) e da WHO (2017), as quais fundamentaram as quatro etapas desenvolvidas, a saber:

- 1. Tradução do idioma original para o idioma-alvo**
- 2. Comitê de especialistas**
- 3. Retrotradução ou tradução reversa**
- 4. Pré-teste com avaliação semântica da população-alvo**

As etapas serão explicitadas com base no referencial teórico, fazendo a interlocução com outros autores. A descrição dos procedimentos realizados na pesquisa será abordada na metodologia.

1) TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO PARA O IDIOMA-ALVO

A primeira etapa para se adaptar um instrumento é a tradução do idioma original para a língua da população a que se destina o instrumento, o idioma-alvo. Borsa, Damásio e Bandeira (2012) ressaltam que a tradução deve ser considerada como uma etapa importante e não menos complexa que as posteriores, já que os procedimentos adotados na sua condução vão interferir no resultado final almejado, que compreende a obtenção de um instrumento válido para o novo contexto e equivalente à versão original. Por isso, o rigor em todo processo de adaptação se inicia na tradução.

Uma das principais recomendações é que a tradução das palavras não seja literal, pois, em muitos casos, isso resulta em frases ou de difícil compreensão ou não aplicáveis ao contexto pretendido. O instrumento e seu objeto de estudo, este também denominado de construto, devem ser considerados não somente pelo aspecto linguístico, mas também pelos fatores culturais, contextuais e científicos (HAMBLETON, 2005; TANZER, 2005).

Em virtude da exigência de que a tradução consista num tratamento equilibrado entre dois idiomas, a qualificação dos tradutores é uma variável inerente e essencial ao processo. Para Beaton et al. (2000), Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), Hambleton (1994, 2005) e Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998), os tradutores devem ter proficiência no idioma de origem e serem nativos na língua-alvo, para que se atinja a qualidade na adaptação cultural, pois serão consideradas as peculiaridades e características dos idiomas. A indicação do texto traduzido será fundamentada em uma análise abrangente, que será influenciada pelo domínio e *expertise* do tradutor.

A quantidade de tradutores e o conhecimento deles sobre o objetivo do instrumento também é alvo de discussão na literatura. Há tendência em utilizar, no mínimo, dois tradutores, para minimizar possíveis equívocos na interpretação do conteúdo e na transposição dos itens para a língua-alvo (BEATON et al, 2000; CASSEPP-BORGES et al., 2010; GUDMUNDSSON, 2009; HAMBLETON, 2005; ITC, 2010). As discrepâncias e/ou ambiguidades nas palavras traduzidas são identificadas e discutidas pelos tradutores e pesquisadores, para que o texto produzido seja compreensível e adequado à população que se destina. Assim, dependendo da quantidade de tradutores, devem-se realizar traduções independentes, que serão analisadas e, posteriormente, sintetizadas (BEATON et al., 2000).

O conhecimento do objeto de estudo pelos tradutores é indicado por Cassepp-Borges et al. (2010), Hambleton (1994, 2005), ITC (2010) e WHO (2017). Já Beaton et al. (2000) descrevem um papel distinto para os dois tradutores: um deve conhecer o que se pretende medir, e o outro deve ser leigo. Essa diferença se justifica pelo fato de que a tradução do primeiro profissional, que conhece o construto a ser investigado e atua na área específica da pesquisa, terá maior equivalência científica e metodológica. Já o tradutor que desconhece os princípios teóricos do instrumento produzirá uma redação com pouca influência do objetivo acadêmico e mais próxima da linguagem da população-alvo.

Além das indicações citadas anteriormente, a WHO (2017) recomenda que o tradutor seja preferencialmente um profissional da área da saúde que tenha familiaridade com o conteúdo do instrumento e experiência em mensuração de dados. É aconselhável também que sejam fornecidas instruções aos tradutores, como as apresentadas no quadro 14.

Quadro 14 – Orientações aos tradutores no processo de adaptação transcultural de instrumentos

1. O objetivo da tradução é a equivalência conceitual da palavra ou frase, e não a tradução literal (palavra por palavra). Deve-se considerar a expressão original e a melhor opção de tradução.
2. A formulação das frases deve ser simples, clara e concisa, evitando-se sentenças com muitas frases.
3. A linguagem do texto traduzido deve considerar a possibilidade de compreensão das sentenças pelo maior número de pessoas, evitando expressões técnicas/profissionais e jargões.
4. Questões sobre idade e gênero devem ser avaliadas criteriosamente, para não haver linguagem ofensiva nem discriminatória.

Fonte: WHO (2017)

Traduzido e adaptado pela autora (2017)

Para que o processo de tradução seja bem-sucedido, Muñiz, Elosua e Hambleton (2013) mencionam, somando às já citadas recomendações, a importância de os pesquisadores atentarem para os aspectos éticos, solicitando autorização formal dos autores do instrumento para realizar a ATC.

2) AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE ESPECIALISTAS

O pesquisador deve convidar um comitê de *experts* para comparar o instrumento original e a(s) versão(ões) traduzida(s), a fim de identificar expressões e conceitos inadequados, resolver as discrepâncias e sugerir opções de redação, se necessário. O responsável pela pesquisa deve fornecer o material necessário para uma análise consistente das traduções (WHO, 2017).

De acordo com Borsa, Damásio e Bandeira (2012), na etapa de avaliação do comitê – que busca sintetizar as versões traduzidas –, podem ser detectadas duas inconsistências extremas: 1) tradução com linguagem complexa e de difícil compreensão pelos futuros entrevistados; 2) redação simplista que negligencia ou omite o conteúdo do instrumento. Nesse sentido, Pasquali (1999) ressalta que, ao mesmo tempo que os itens precisam ser simples e compreendidos pela parcela da população-alvo com nível de instrução mais baixo – sugerindo que as pessoas com nível mais elevado vão entender –, é preciso preocupar-se para que a linguagem simplificada não seja restritiva em relação ao construto e modelo teórico que embasou o instrumento.

O comitê terá, assim, a missão de analisar quatro tipos de equivalência entre as traduções e a versão original (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012):

1) Equivalência Semântica: refere-se à avaliação gramatical e de vocabulário focada no significado das sentenças, inclusive analisando se a tradução está coerente com a versão original e sem ambiguidades.

2) Equivalência Idiomática: compreende julgar as expressões coloquiais específicas, raramente traduzíveis, e avaliar a necessidade de substituição por expressões equivalentes ou mesmo a substituição de itens.

3) Equivalência Cultural ou Experiencial: verifica-se a aplicabilidade dos termos utilizados com as experiências e o contexto da população a que se destina.

4) Equivalência Conceitual: avalia se os itens utilizados no instrumento, mesmo tendo sido traduzidos adequadamente, medem o mesmo construto da versão original em diferentes contextos culturais.

Conforme a WHO (2017), a quantidade de especialistas ou *experts* para o comitê é variável. Recomenda-se que tenha a participação de tradutores, profissionais de saúde e especialistas com experiência no desenvolvimento de instrumentos e tradução. Borsa, Damásio e Bandeira (2012) reforçam a importância da presença dos pesquisadores responsáveis nesta avaliação, pois, tendo conhecimento abrangente sobre a temática, contribuirão na resolução de impasses e no encaminhamento para a tradução mais equivalente e adequada.

Para evitar vieses regionais, Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) sugerem também a diversidade de localização e naturalidade dos especialistas, o que é notadamente relevante no Brasil, tendo em vista a grande dimensão geográfica e suas disparidades regionais. Por isso, recomenda-se escolher *experts* de diferentes regiões e que não possuam convivência entre si, o que torna desafiadora a possibilidade de uma reunião presencial em razão do aspecto financeiro e da disponibilidade dos envolvidos.

Outra orientação quanto ao comitê é incluir representantes da população-alvo, o que tem sido apontado na literatura como benéfico para que o processo de adaptação transcultural seja mais dinâmico e eficaz, para melhorar a equivalência conceitual e cultural em fases preliminares e diminuir itens incompreensíveis ou irrelevantes durante o pré-teste (FERREIRA et al., 2014).

Encerra-se a etapa referente à avaliação dos especialistas quando se obtém a versão completa e traduzida do instrumento, que pode ser composta pelos itens traduzidos por

somente um tradutor, por mais de um tradutor e pelas sugestões dos especialistas (GUDMUNDSSON, 2009; WHO, 2017).

3) RETROTRADUÇÃO

A retrotradução ou tradução reversa consiste na tradução para o idioma original da versão sintetizada e revisada (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Compreende um dos indicadores de controle na avaliação do processo de ATC, colaborando para que o produto final, que será o instrumento adaptado, tenha qualidade (SIRECI et al., 2006).

Discordâncias e equívocos das fases anteriores são amplificados e revelados na retrotradução, assim como falhas e ambiguidades na tradução das palavras (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993). Borsa, Damásio e Bandeira (2012) esclarecem que o objetivo nesta fase é verificar o quanto a versão retrotraduzida apreende o conteúdo do instrumento original de maneira clara e objetiva.

Reichenheim e Moraes (2007) orientam que as retrotraduções devem ser realizadas por tradutores independentes – às cegas – e que não sejam os mesmos que fizeram as traduções. Beaton et al. (2000) e Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) recomendam, no mínimo, dois tradutores, para que haja mais envolvidos no processo, aumentando, desse modo, sua eficiência. Assim como na etapa de tradução, o perfil e qualificação dos tradutores é fundamental, sendo indicado que estes tenham a mesma língua-mãe e cultura do idioma para qual o instrumento será retrotraduzido (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; PERNEGER; LEPLÈGE; ETTER, 1999).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) referem que, diferente do que se indica na etapa de tradução, os retrotradutores não devem estar cientes dos objetivos e conceitos do instrumento, para que estejam mais imunes a vieses e expectativas, as quais podem instigar significados e interpretações pré-determinadas e equivocadas. Cassepp-Borges, Balbinotti e Teodoro (2010) advertem também que é desaconselhável utilizar sinônimos para a tradução de uma mesma palavra. Por exemplo, para *illness*, deve-se escolher somente uma opção (distúrbio, problema, doença etc.) para todo o instrumento.

O enfoque da retrotradução compreende a equivalência conceitual e cultural, e não a linguística (WHO, 2017). Nesta concepção, Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) apontam dois aspectos relevantes neste processo. O primeiro se refere a uma análise do ponto de vista referencial ou denotativo, ou seja, encontrar o mesmo significado das palavras na versão

original e na retrotraduzida, indicando que há uma correspondência literal entre as duas versões. O segundo é relativo ao significado geral ou conotativo das palavras, que busca, nas sutilezas das expressões, avaliar o impacto que terá nos entrevistados e, conseqüentemente, na mensuração de determinado construto. Neste caso, indica-se a substituição de termos, mesmo que apresentem o mesmo significado denotativo, para haver melhor aceitação da população-alvo e produzir os efeitos desejados.

Outra finalidade em retrotraduzir os itens é a submissão para avaliação e parecer do(s) autor(es) do instrumento original, que consiste em mais um controle de qualidade da ATC. Borsa, Damásio e Bandeira (2012) mencionam que a retrotradução deve ser uma das etapas finais do processo, quando já foram realizadas adequações semânticas e conceituais, e a versão em escrutínio está apta para ser enviada aos idealizadores do instrumento.

Essa aproximação entre o pesquisador que está adaptando o instrumento e os autores originais é benéfica e proporciona importantes trocas de experiências, inclusive para futuras investigações. Além disso, o *feedback* dos criadores do instrumento traz a indicação de que os itens retrotraduzidos mantêm o mesmo significado conceitual que a versão original (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Reforçando essa perspectiva, Osório, Crippa e Loureiro (2005) argumentam que a presença do(s) autor(es) original(is) na ATC qualifica o processo.

Em suma, os procedimentos indicados na retrotradução não buscam essencialmente a correspondência literal das palavras entre o idioma original e o alvo, mas a similaridade conceitual, exigindo que os pesquisadores tenham ciência da necessidade de ajustes e aproximações das expressões ao contexto sociocultural em que será aplicado, sem perder de vista a dimensionalidade e o construto a ser medido pelo instrumento.

4) ESTUDO-PILOTO OU PRÉ-TESTE

O estudo-piloto ou pré-teste consiste na aplicação do instrumento em uma amostra da população-alvo com a finalidade de verificar a compreensão dos itens e se os procedimentos e estratégias planejados são viáveis do ponto de vista operacional (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Trata-se da última oportunidade para identificar e ajustar as incoerências e falhas do processo de ATC (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

Além da compreensibilidade da versão traduzida, as diretrizes da ITC (MUÑIZ; ELOSUA; HAMBLETON, 2013) mencionam outros benefícios do pré-teste, a saber: 1.

identificação da reação e comportamento dos entrevistados *in locu*; 2. verificação do tempo destinado ao preenchimento do instrumento; 3. obtenção de dados para a realização de análises preliminares que poderão elucidar os itens mais relevantes para a avaliação psicométrica. Nesta perspectiva, Elosua, Bully, Mujika et al. (2012) propõem que sejam calculadas as médias aritméticas dos itens e os índices de dificuldade na compreensão das sentenças, comparando com os valores e procedimentos metodológicos realizados na versão original.

Em relação à quantidade de entrevistados, Beaton et al. (2002) indicam de 30 a 40 representantes da população a que se pretende aplicar o instrumento. Se houver dificuldades ou dúvidas para responderem aos itens, deve haver abertura para que expressem verbalmente ou por escrito expressões ou sentenças que sejam mais compreensíveis e ajustadas ao contexto a ser investigado.

Ferreira et al. (2014) realizaram uma alteração nos procedimentos de ATC propostos por Beaton et al. (2002) na fase de pré-teste. Seguindo as orientações de Malhotra (2008), os autores experimentaram em mais de um estudo a aplicação do instrumento a uma amostra reduzida de cinco a dez entrevistados e tiveram bons resultados, pois verificaram a repetição (saturação) das respostas em relação à avaliação do instrumento, que foi realizada de maneira criteriosa e aprofundada pelos coletadores. Um fato relevante que os pesquisadores apontam é que os estudos metodológicos são extensos e onerosos, o que dificulta, muitas vezes, sua execução. A proposta na redução dos participantes do pré-teste não restringiu a qualidade das informações sobre o instrumento e facilitou o processo, tornando-o mais prático.

Para garantir a coleta sistemática e completa da população-alvo no pré-teste, outra consideração dos pesquisadores (FERREIRA et al., 2014) foi a implementação de um roteiro com perguntas para direcionar a coleta de dados e evitar que se perdessem informações relevantes sobre o nível de compreensão das sentenças.

A utilização de um formulário para identificar a compreensibilidade pela população-alvo também é indicada por Fegadolli et al. (2008), Pelegrino et al. (2011), Deon et al. (2011), Valim (2014) e Monteiro (2014). Para isso, os entrevistados, depois de responderem ao instrumento traduzido e adaptado, realizam a avaliação semântica com questões gerais e específicas de cada item sobre a compreensão, importância e aceitação.

A recomendação de operacionalização do pré-teste, divulgada pela WHO (2017), é que, após o preenchimento de cada item do instrumento, os entrevistados sejam abordados

para a avaliação semântica, realizando as seguintes estratégias: 1. Mencionar o que pensaram quando leram determinada sentença ou expressão; 2. Explicar como escolheram as respostas; 3. Citar expressões ou itens confusos, incompreensíveis e ofensivos.

A realização de entrevistas individuais, em contrapartida a grupos focais, e por entrevistadores capacitados e experientes são indicações importantes para que a etapa do pré-teste seja bem-sucedida (WHO, 2017). Propõe-se também que a análise das indicações pela população-alvo quanto às alterações ou adequações na redação dos itens seja discutida pela equipe de pesquisadores ou, preferencialmente, por *experts* (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

2.4.2 Avaliação das Propriedades Psicométricas de um Instrumento Adaptado Culturalmente

A avaliação das propriedades psicométricas compreende a verificação dos parâmetros de validade e confiabilidade do instrumento, considerando os valores atribuídos a cada item do construto avaliado. Esta etapa é altamente recomendável, pois fornece respaldo estatístico em relação à equivalência entre o instrumento original e o adaptado (FAYERS; MACHIN, 2007).

O pressuposto da validade fundamenta-se na constatação de que uma escala mensura de fato o que realmente pretende mensurar. Neste sentido, um instrumento é válido se mede o objeto ou fenômeno de interesse (COLLARES; GREC; MACHADO, 2012; PASQUALI, 2007; POLIT; BECK, 2010; PRIMI, 2012).

Reiterando o exposto, Fernandes (2005) e Vituri (2007) enfatizam que os instrumentos possibilitam a obtenção de medidas que, ao ser analisadas estatisticamente, comprovarão a convergência para o delineamento de um objeto de estudo ou fenômeno. Essas medidas devem ser válidas, por isso que as variáveis selecionadas para cada item devem realmente representar o objeto de estudo ou fenômeno a ser investigado (NETEMEYER; BEARDON; SHARMA, 2003).

Pittman e Bakas (2010) apontam que há diferentes critérios para comprovar a validade de um instrumento. Considerando a complexidade do processo, Pasquali (2009) indica o modelo trinário, composto por *validade de construto*, *validade de conteúdo* e *validade de critério*, que utilizam procedimentos diversificados. Outros pesquisadores corroboram a adequabilidade e suficiência da utilização das três validações – modelo trinário – para

evidências da validade (COLLARES; GREC; MACHADO, 2012; COOK; BECKMAN, 2006; FAYERS; MACHIN, 2007; HULLEY et al., 2008; POLIT; BECK, 2010).

A *validade de construto ou de conceito* compreende o método mais relevante na verificação das propriedades psicométricas, tendo em vista que avalia o grau em que os itens medem o atributo subjacente (PASQUALI, 2009; PITTMAN; BAKAS, 2010). O instrumento é testado levando-se em consideração sua equivalência com o modelo teórico (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Para melhor elucidar os pressupostos da validade de construto, Keszei, Novak e Streiner (2010) ilustram com a situação de um pesquisador que pode medir a frequência cardíaca, sudorese e dificuldade de concentração, pois a “teoria” sinaliza que são manifestações observáveis de um processo subjacente de ansiedade, que é o construto. Para estabelecer a validade de construto, neste caso da ansiedade, é preciso gerar previsões baseadas na construção hipotética de que determinadas manifestações clínicas e comportamentais estão relacionadas à ansiedade, e essas previsões são testadas para dar suporte à validade da escala. Neste sentido, o pesquisador precisa compreender claramente as relações estabelecidas de causa e efeito da realidade a ser investigada, assim como outras variáveis internas ou externas que podem influenciar.

O processo de validar um instrumento na perspectiva do construto é tão complexo e desafiador quanto importante. Pittman e Bakas (2010) sugerem algumas perguntas que podem direcionar os pesquisadores: O item reflete os conceitos que se pretende medir? O instrumento se relaciona com outras variáveis baseadas em uma teoria? As relações fazem sentido do ponto de vista teórico-prático?

Para a comprovação da convergência do construto pelo teste, Pasquali (2009) cita duas técnicas: a análise fatorial (AF), denominada *validade fatorial*, e análise da consistência interna. Na sequência, serão apresentados conceitos e pressupostos desses dois métodos, que foram aplicados na presente pesquisa.

A *validade de conteúdo* verifica se uma escala mede todos os aspectos de determinado fenômeno e se não possui itens que não façam parte deste universo. (BAKAS, 2008; KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Para Pasquali (2005), é preciso verificar se o instrumento é representativo dos domínios ou dimensões que estão sob avaliação. Pittman e Bakas (2010) traduzem o sentido desta validação com a resposta à seguinte pergunta: O instrumento está medindo o que se pretende medir em termos de conteúdo?

Diferente das demais estratégias de validação, a validade de conteúdo não é comprovada por técnicas estatísticas, como coeficientes de correlação. Essa avaliação da relevância e abrangência do conteúdo do instrumento é feita de maneira subjetiva por especialistas, responsáveis pela pesquisa e indivíduos que serão entrevistados (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Pittman e Bakas (2010) ressaltam duas fases da validação de conteúdo. A primeira é durante a concepção do instrumento, quando seus criadores realizam uma análise criteriosa do conceito e respectivos domínios com a indicação dos potenciais itens. Na segunda, o instrumento concebido é revisado cuidadosamente por um grupo de especialistas, que confirmará ou refutará os itens de acordo com o fenômeno de interesse. Essa análise se baseia principalmente no julgamento, na lógica e no raciocínio dos *experts* e pesquisadores. Os métodos para essa avaliação contemplam, principalmente, aspectos referentes à relevância, clareza, compreensão e adequação da escala de pontuação do instrumento (WYND; SCHMIDT; SCHAEFER, 2003).

Outra consideração pertinente feita por Keszei, Novak e Streiner (2010) é o cuidado ao retirar itens da escala considerando exclusivamente os achados da análise estatística de consistência interna, que geralmente apresentam uma relação inversa com a validação de conteúdo. Neste caso, itens relevantes, do ponto de vista do universo do fenômeno, podem ser mantidos no instrumento, aumentando sua validade de conteúdo.

A *validade de critério* permite quantificar a extensão da associação do instrumento e seus itens com um critério ou medida externa independente, que seja reconhecida como padrão-ouro na área investigada (COLLARES; GREC; MACHADO, 2012; FAYERS; MACHIN, 2007; POLIT; BECK, 2010). Se a comparação é testada simultaneamente, com a aplicação concomitante do instrumento e de outra medida que avalie o mesmo construto ou um construto teoricamente associado, é denominada de *validade convergente*. Caso a coleta do padrão de mensuração a ser comparado seja realizada *a posteriori*, trata-se de *validade preditiva* (KESZEI, NOVAK, STREINER, 2010; PASQUALI, 2005; PITTMAN; BAKAS, 2010).

Pasquali (2005) chama a atenção para uma indicação importante na validade de critério em relação à escolha de padrões de medidas a serem comparados com o novo instrumento. Deve-se ter muito cuidado na seleção de critérios válidos que possibilitem a adequada validação e o alcance do objetivo de confirmar ou não a ocorrência de determinado fenômeno. Neste sentido, destaca-se a dificuldade em encontrar instrumentos consistentes e

de qualidade para operacionalizar a validade de critério, o que tem levado pesquisadores a preferir a realização da validade de construto.

Outras categorias de validação são encontradas na literatura. Pasquali (2007) lista pelo menos 31 tipos de validade de instrumentos de mensuração, no entanto adverte sobre o quanto da essência deste conceito se está perdendo ao tentar atribuir que a validade compreende a totalidade de aspectos de um instrumento, incluindo suas medidas ou escores e sua aplicação e utilidade (PASQUALI, 2007, 2009).

Neste resgate, Pasquali (2007) faz considerações importantes ao transcorrer sobre a temática:

1. Validade é referente ao instrumento e não à interpretação do significado dos valores atribuídos (escores). Sob tal perspectiva, considera-se que o traço latente ou dimensão que influencia na determinação de um fenômeno, avaliada na validade de construto, não se altera de uma situação para outra. Por isso, “não faz sentido dizer que um teste com validade de construto é válido numa situação, e não o é em outra” (PASQUALI, 2007, p. 106).
2. Validade é diferente de precisão. Pode-se estar medindo o construto (validade), mas de maneira equivocada (precisão). O primeiro está relacionado ao objeto de interesse, e o segundo, a questões psicométricas e de mensuração. Ambas são relevantes e complementares, mas não têm o mesmo significado.
3. Duas situações precisam ser verificadas quanto à consistência do processo de validade: se o traço latente ou as dimensões intervenientes ao objeto de estudo estão bem definidas e ancoradas no modelo teórico, e a avaliação da aplicabilidade da pertinência do traço latente a um determinado contexto, considerando que pode haver variações que não consistem em um problema psicométrico, mas estão relacionadas a uma análise operacional.

2.4.2.1 Análise fatorial (AF)

A AF consiste numa técnica estatística multivariada que busca analisar as inter-relações ou correlações num determinado número de variáveis e identificar se é possível resumir essas correlações em dimensões latentes comuns, chamadas de fatores. É um método robusto, quando comparado às análises uni ou bivariadas, pois possibilita acomodar múltiplas variáveis e compreender suas relações complexas, sendo inclusive indicado como precursor das demais técnicas multivariadas (HAIR et al., 2009; FÁVERO et al., 2009).

Para Pasquali (2005), a AF é fundamental na psicometria[‡], sobretudo na validação de instrumentos de mensuração, fornecendo indícios de validade e fidedignidade. O modelo é fundamentado em duas variáveis:

- Variáveis empíricas ou observáveis, que compreendem os comportamentos, reações e percepções mensurados em cada item do instrumento.
- Variáveis hipotéticas ou variáveis-fonte, que representam o motivo/causa da relação entre as variáveis observáveis e não são observadas diretamente, ou seja, ficam latentes no processo de mensuração.

Diante da conceituação das duas variáveis, é possível afirmar que a AF é um modelo causal, pois busca identificar, por meio das inter-relações das variáveis medidas, uma estrutura explicativa subjacente, composta pelas variáveis-fonte ou fatores (MALHOTRA, 2008). Quanto às indicações deste método estatístico, Hair et al. (2009) destacam o resumo e a redução de dados. Resumir os dados se refere à própria essência da análise fatorial, que consiste em obter dimensões latentes que explicam o construto em um número menor de variáveis do que a estrutura original. A redução de dados possibilita a interpretação do fenômeno de maneira a substituir as variáveis observáveis pelo cálculo dos escores das dimensões identificadas.

No que concerne aos parâmetros estatísticos das variáveis observáveis (PASQUALI, 2005), é importante considerar que:

1. No nível individual, as variáveis observáveis podem ser descritas pelos valores da média e variância.
2. No nível coletivo ou grupal, essas variáveis podem ser explicitadas pela covariância (correlação), que varia de -1 a +1.

Em vista disso, o modelo de análise fatorial deve ser capaz de produzir esses três indicadores: média, variância e covariância (PASQUALI, 2005).

Harrington (2009) descreve duas abordagens de AF, de acordo com a finalidade da pesquisa: exploratória e confirmatória. A análise fatorial exploratória (AFE) é aplicada quando há pouco conhecimento sobre os dados e as relações subjacentes, por isso é utilizada nas fases iniciais do estudo, para conhecer os dados e identificar correlações entre as variáveis

[‡] A psicometria busca na teoria da medida a explicação do sentido das respostas dos indivíduos a uma série de itens ou sentenças, indicando técnicas de mensuração que sejam válidas e precisas (PASQUALI, 2005).

(TABACHINICK; FIDELL, 2007). É um método para explorar a presença e extensão da associação de variáveis observáveis em relação a fatores ocultos, não havendo restrições sobre a quantidade de componentes a serem extraídos (BYRNE, 2010). Ademais, esta categoria de análise permite a criação de variáveis independentes ou dependentes que, posteriormente, são submetidas a modelos de regressão (HARRINGTON, 2009). Hair et al. (2009) mencionam que, durante essa exploração, são aplicados os dois pressupostos da AF: a identificação estrutural por meio do resumo de dados e a subsequente redução de dados, com a indicação de fatores ou domínios latentes.

A análise fatorial confirmatória (AFC) visa validar hipóteses fundamentadas em um modelo teórico, já conhecido, que explica a estrutura de fatores e suas respectivas variáveis observáveis (PILATTI; GODOY; BRUSSINO, 2012). Neste caso, o pesquisador guia-se por uma teoria que será testada para verificar o grau de ajuste entre variáveis latentes – dimensões – e variáveis observáveis, representadas por cada item do instrumento (BYRNE, 2012). Hair et al. (2009) indicam a utilização da AFC para a validação da AFE, considerando a generalidade dos dados e representatividade da população-alvo com base na estrutura encontrada.

A construção de um modelo de AF exige análises e decisões do pesquisador. Para sistematizar esse processo e garantir maior precisão, Hair et al. (2009) elencaram seis etapas:

1. Objetivos da AF
2. Planejamento da AF
3. Suposições da AF
4. Determinação de fatores e avaliação do ajuste geral
5. Interpretação dos fatores
6. Validação da AF

A gênese da construção do modelo de AF inicia-se no problema de pesquisa e caminha com o desenvolvimento de um modelo teórico, que será explicado pela estrutura encontrada por meio do resumo dos dados ou da redução dos dados. Portanto é no momento preliminar que se deve elucidar claramente o que se pretende com a AF, buscando respaldo no construto a ser investigado e seus referenciais teóricos, e escolhendo o desenvolvimento da AFE ou somente da AFC.

Na etapa subsequente, em que a decisão e o motivo de realizar a AF estão assegurados, é preciso (HAIR et al., 2009): a) escolher a abordagem para estimar o

agrupamento de variáveis ou respondentes, conhecida como matriz de correlação, que pode ser resumidamente descrita em AF do tipo R ou tipo Q; b) avaliar a forma de mensuração e a quantidade de variáveis. Para a AF, devem ser incluídas variáveis métricas, podendo, em casos específicos, trabalhar com medidas dicotômicas. Para que o modelo seja bem elaborado, Hair et al. (2009) recomendam a inclusão de um número razoável de variáveis, no mínimo cinco, que represente cada fator. É importante também identificar, no grupo de variáveis, aquelas que se relacionam mais com as dimensões latentes, chamadas de variáveis-chave ou variáveis de marcação; c) determinar o tamanho amostral. É recomendável que haja, no mínimo, 100 observações, sendo que menos de 50 inviabilizam a análise. A estimação da amostra em relação à quantidade de itens do instrumento também é válida, com o indicativo de, pelo menos, cinco entrevistas para cada variável. Alguns estudiosos indicam 10 e até 20 casos por variável, mas essa quantificação é questionável, pela inviabilidade operacional em termos de tempo e questões financeiras.

Com o panorama estrutural das relações causais, o pesquisador vai construir o modelo estrutural e sua mensuração, por meio das seguintes suposições: normalidade, linearidade e homoscedasticidade. Nessa terceira etapa, são realizados os testes que verificam as correlações entre as variáveis que justificam a realização da AF.

A matriz de correlações não deve conter valores menores que 0,30, pois indica sérias restrições para uma análise adequada. Outro indicador é o teste Barlett de esfericidade, que utiliza a matriz identidade para verificar a hipótese de que não há correlação entre as variáveis, já que cada variável se relaciona com ela mesma, mas não tem correlação com as demais. Por isso, este teste deve ser estatisticamente significativo, com $p < 0,05$ (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010; HAIR et al., 2009).

A medida de adequação da amostra (MSA) também indica o grau de correlação entre as variáveis, e quanto maior seu valor, que varia de 0 a 1, há uma indicação mais forte para a AF. Valores acima de 0,8 são os melhores indicativos de MAS, e abaixo de 0,50 são inaceitáveis para o desenvolvimento do modelo (FÁVERO et al., 2009; MALHOTRA, 2008). Para Bezerra (2007), valores de MSA superiores a 0,50 já são preditivos de adequação da AF.

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) é outro índice para verificar se o modelo de AF está ajustado adequadamente aos dados, comparando os coeficientes de correlação linear com os coeficientes de correlação parcial. Hair et al. (2009) mencionam que valores de KMO entre 0,5 a 1,0 são aceitáveis, e abaixo de 0,5 inaceitável. Já Aranha e Zambaldi (2008), Mingoti (2005) e Reis (2001) indicam $> 0,60$ como valores adequados para o ajuste do modelo.

Depois de se examinar a matriz de correlação e a adequabilidade para a AF, é preciso indicar o método de extração dos fatores – análise de fatores comuns ou análise de componentes. Essa escolha depende do tipo de variância que será considerada: com a variância total, são extraídos fatores pela análise de componentes; com a variância comum, é realizada a análise de fatores comuns.

Quanto aos critérios para a extração dos fatores, o mais utilizado, segundo Hair et al. (2009), é a raiz latente, que justifica a manutenção de determinado fator no modelo quando este explica a variância de pelo menos uma variável. Valores abaixo de 1 não são significativos e indicam sua rejeição, sendo recomendável utilizar este indicador em modelos que contenham de 20 a 50 variáveis.

A variância acumulada também é um indicativo para determinar a quantidade de fatores, com o valor aceitável acima de 60%. (HAIR et al., 2009). Outra abordagem é o teste de *Scree*, que representa graficamente *n* fatores em relação à raiz latente e tem como ponto de corte para a determinação quantitativa de fatores a estabilização da variância única (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Na AFC, o pesquisador conhece o modelo teórico que justifica os fatores extraídos. Nesta situação, em que se almeja comprovar uma estrutura já conhecida, as análises poderão iniciar com a indicação das mesmas dimensões que o instrumento original (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010; HAIR et al., 2009).

Para a fase de interpretação dos fatores, é necessário indicar o método rotacional do modelo, tendo em vista que este procedimento matemático facilita a interpretação dos valores encontrados ao simplificar a estrutura fatorial, sem perder as propriedades estatísticas (TABACHINICK; FIDEL, 2007). Se considerar que os fatores estão correlacionados, utiliza-se o método oblíquo – Oblimin, Promax ou Orthoblique. No caso em que os fatores não se correlacionam, a abordagem é a ortogonal – Quartimax, Varimax ou Equimax (PALLANT, 2007).

A matriz fatorial indica para cada variável as cargas ou *loadings*, que compreendem o grau de correlação entre variáveis observáveis e fatores latentes, podendo variar de -1 a +1. Para a escolha das cargas, Hair et al. (2009) indicam uma análise prática dos valores, descartando os achados menores que 0,30 e considerando as cargas acima de 0,50 com significativa aplicabilidade.

Outro método para identificar a significância das cargas consiste em relacionar com o tamanho da amostra. Por serem orientações conversadoras, Hair et al. (2009) sugerem que

essa indicação seja a estratégia preliminar da interpretação das cargas e, portanto, complementada posteriormente por outros critérios, que embasarão a tomada de decisão do pesquisador. Como norteador, o quadro 15 apresenta os valores da carga fatorial, considerando a quantidade de observações.

Quadro 15 – Indicação dos valores das cargas fatoriais para interpretação da matriz fatorial com base no tamanho da amostra

CARGA FATORIAL	TAMANHO AMOSTRAL PARA SIGNIFICÂNCIA*
0,30	350
0,35	250
0,40	200
0,45	150
0,50	120
0,55	100
0,60	85
0,65	70
0,70	60
0,75	50

Fonte: Hair et al. (2009)

(*) A significância dos achados é fundamentada em poder estatístico de 80%, com nível de significância de 5% e erros-padrão, que são o dobro dos valores de correlação convencionais.

Uma limitação das indicações descritas no quadro 15 é não considerar a quantidade de variáveis. Desse modo, o pesquisador precisa ter a clareza de que quanto maior a quantidade de variáveis analisadas, menor é o nível de aceitação para a significância da carga (BYRNE, 2012).

A última etapa da AF tem a finalidade de validar o processo por meio da avaliação do nível de generalidade dos resultados para a população-alvo e da identificação de casos atípicos, que podem ser excluídos do modelo a depender dos resultados encontrados. Hair et al. (2009) mencionam que o método de validação mais indicado é a AFC.

2.4.2.2 Consistência interna

A consistência interna é uma das medidas mais usuais de confiabilidade, e sua métrica indica se os itens de um instrumento medem o mesmo construto, por isso estão

correlacionados (HAIR et al., 2009). À vista disso, esta análise permite aferir a isenção de erros aleatórios e a capacidade de um instrumento em gerar resultados consistentes ao realizar repetidas medições.

Dentre os indicadores aplicados para demonstrar a homogeneidade dos itens, destaca-se o alfa de Cronbach, que mensura a confiabilidade da totalidade da escala, com variação de 0 a 1, aplicando a avaliação da extensão de dois tipos de correlações: dos itens entre si e de cada item com o escore total (KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008; PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010). O valor limite aceitável é acima de 0,70, podendo chegar até a 0,60 em estudos exploratórios (HAIR et al., 2009).

Hair et al. (2009) ressaltam a importância em se avaliar com critério os valores de alfa de Cronbach, sobretudo em instrumentos que possuem vários itens, pois, nestes casos, é previsível um aumento proporcional do índice deste coeficiente. Pilatti et al. (2010) e Collares et al. (2012) também reforçam que o alfa é sensível às flutuações na quantidade de variáveis e tamanho da amostra.

Outra orientação relevante, citada por Keszei, Novak e Streiner (2010), é que a confiabilidade não é uma propriedade fixa de uma escala, mas é variável de acordo com a população-alvo e as circunstâncias. Assim, é possível afirmar que um instrumento confiável em determinada situação pode apresentar baixos índices de confiabilidade numa condição distinta. Ressalta-se que a AFC permite outras opções de indicadores de confiabilidade, como confiabilidade composta (CC) e variância média extraída (VMA) (HAIR et al., 2009).

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- ✓ Desenvolver o processo de adaptação transcultural e validação da escala *Service Quality* (SERVQUAL) para profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares no Brasil.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Traduzir a SERVQUAL para o idioma português para ser aplicada em profissionais de enfermagem.
- ✓ Avaliar a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da versão da SERVQUAL traduzida para o português.
- ✓ Avaliar a validade de face e conteúdo da versão traduzida da SERVQUAL.
- ✓ Mensurar a confiabilidade da SERVQUAL por meio da consistência interna.
- ✓ Mensurar a validade convergente da SERVQUAL por meio da regressão múltipla.
- ✓ Avaliar a validade de construto (dimensionalidade) da SERVQUAL por meio da análise fatorial.

4 Método

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e do tipo metodológica, com a proposta de adaptar e validar a SERVQUAL, escala que mensura a qualidade do atendimento do serviço hospitalar, para ser aplicada a profissionais de enfermagem.

Este tipo de investigação engloba procedimentos relacionados à elaboração, validação e avaliação de instrumentos de mensuração, incluindo as etapas de definição do construto, formulação das sentenças e verificação da validade e confiabilidade (POLIT; BECK, 2011).

4.2 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

A adaptação da SERVQUAL fundamentou-se no pressuposto da metodologia da abordagem universalista, que indica que, no uso de instrumentos de mensuração fora do seu contexto original, é preciso levar em conta o fato de que os construtos de um instrumento não são os mesmos quando muda a região ou o país de sua aplicação (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998). Portanto, considerando as recomendações de Borsa, Damásio e Bandeira (2012), de Beaton et al. (2000, 2007), de Ferrer et al. (1996) e da WHO (2017), percorreram-se quatro etapas para o desenvolvimento da ATC da escala: 1. Tradução do idioma original para o idioma-alvo; 2. Validação de face e conteúdo pelo comitê de especialistas; 3. Retrotradução ou tradução reversa; 4. Pré-teste com avaliação semântica da população-alvo, como se demonstra na figura 2.

Figura 2 – Etapas do processo de adaptação transcultural percorridas na pesquisa

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

4.2.1 Tradução

Iniciou-se a primeira etapa da ATC com a solicitação de autorização dos autores originais da SERVQUAL. O professor Leonard Berry encaminhou uma mensagem eletrônica, com cópia para os outros dois autores – Professor A. Parasuraman e Professora Valarie A. Zeithaml –, indicando o parecer favorável para a realização da pesquisa (Anexo A). A versão original da SERVQUAL no idioma inglês encontra-se no Anexo B.

Posteriormente foram realizadas duas traduções independentes da língua original ou língua fonte (inglês) para a língua-alvo (português), sendo que um tradutor, com experiência na área da saúde, tinha conhecimento sobre o fenômeno; o outro foi considerado leigo. As versões traduzidas, denominadas T1 e T2, foram analisadas por um comitê de especialistas com o intuito de verificar as palavras e expressões mais adequadas para o contexto hospitalar brasileiro. O comitê foi composto por sete profissionais, que atendiam, pelo menos, a dois critérios: experiência na área de qualidade em saúde/enfermagem, fluência no idioma inglês, domínio do processo metodológico da pesquisa e conhecimento sobre a SERVQUAL.

O convite aos avaliadores foi feito por meio de contato telefônico ou eletrônico, e aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice A).

Após a avaliação das duas traduções pelos especialistas, tradutores e pesquisadores reuniram-se para solucionar as divergências, o que propiciou o desenvolvimento do Relatório 1 e a versão síntese traduzida, denominada **Versão Português Consenso 1 (VPC1)**.

4.2.2 Comitê de Especialistas

A VPC1 foi submetida a uma rodada de avaliação do comitê de especialistas, com a mesma composição da etapa anterior (sete especialistas), para confirmar a validade de face e de conteúdo. Com um formulário contendo a versão original da SERVQUAL e a VPC1, os especialistas emitiram suas análises quanto às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual para cada item da escala. Caso fosse necessário, poderiam fazer comentários e sugestões de redação num espaço aberto.

As pesquisadoras acatavam as alterações quando havia 80% de concordância entre os especialistas ao verificarem se o instrumento estava medindo o que se propôs a medir (validade de face) e a pertinência de cada item para a mensuração do construto (validade de conteúdo). Quando não se atingia o mínimo de 80% de consenso do parecer dos avaliadores, realizava-se uma nova rodada específica dos itens que não alcançaram essa porcentagem.

O final desta etapa foi alcançado com a obtenção da **Versão Português Consenso 2** (VPC 2) e o Relatório 2, que descreveu o desencadeamento dos procedimentos e as análises dos pareceristas para o alcance do objetivo desta fase.

1.2.3 Retrotradução

A VPC2 foi traduzida para o inglês (retrotradução) por dois tradutores que não participaram da primeira tradução e não tinham conhecimento da escala original, gerando duas versões retrotraduzidas para o inglês (R1 e R2).

As versões retrotraduzidas foram comparadas pelos pesquisadores e tradutores em uma reunião e, posteriormente, documentadas por meio do Relatório 3, o que possibilitou alcançar a **Versão Inglês Final** (VIF).

Com o objetivo de obter mais um indicador de qualidade do processo de ATC, a VIF foi encaminhada por mensagem eletrônica aos autores da SERVQUAL para a emissão de parecer sobre a tradução e sua equivalência com a versão original. Pela necessidade de ajustes, os pesquisadores realizaram as alterações indicadas. Posteriormente a VIF foi traduzida para o idioma-alvo (português), originando a **Versão Pré-Final** (VPF).

1.2.4 Pré-teste

O pré-teste foi realizado em uma amostra de profissionais de enfermagem, com o objetivo de avaliar a compreensão do instrumento e a clareza das questões, e contribuir na avaliação de sua equivalência operacional.

Considerando as recomendações de Beaton et al. (2002) e Terwee et al. (2007) quanto ao número de entrevistados no pré-teste, foram convidados a participar desta fase 40 profissionais de enfermagem – enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, que trabalhavam num hospital universitário público do estado do Paraná. Como critério de inclusão, os entrevistados deveriam ter, no mínimo, 6 meses de atuação no hospital. A seleção dos entrevistados foi intencional, a fim de contemplar diferentes áreas de atuação.

Os profissionais foram orientados sobre o objetivo da pesquisa e preencherem primeiramente a SERVQUAL traduzida (VPF). Na sequência, deveriam responder a sete questões objetivas sobre a avaliação semântica da escala (Apêndice B). Abaixo dessas questões, havia um espaço em branco para que os participantes descrevessem qualquer tipo de incompreensão e sugerissem alterações, justificando as razões para elas. Os pesquisadores encorajaram os profissionais a avaliar com critério cada item e a expressar a opinião deles.

Os profissionais que aceitaram participar desta etapa receberam o TCLE e o assinaram em duas vias (Apêndice C). Os dados obtidos no pré-teste não foram incorporados aos resultados sobre a avaliação psicométrica do instrumento. A análise foi realizada de forma descritiva pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.4.

Após as alterações sugeridas pelos participantes do pré-teste, a escala foi encaminhada novamente aos sete especialistas que participaram das etapas anteriores, para verificarem as modificações e validarem a **Versão Final** (VF) da SERVQUAL.

4.3 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SERVQUAL

Na sequência do desenvolvimento da adaptação transcultural, aplicou-se a VF da SERVQUAL para verificar suas propriedades psicométricas, tendo como população-alvo os profissionais de enfermagem que trabalhavam num hospital universitário público do Paraná, considerado centro de referência para o SUS. Com 300 leitos, todos disponíveis ao SUS, a instituição presta atendimento a pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais de 100 de outros estados.

Em relação ao quadro de recursos humanos de enfermagem, o hospital apresentava, na época, a seguinte distribuição: 116 enfermeiros e 569 auxiliares e técnicos, totalizando 685 profissionais de enfermagem de nível médio e superior.

A seleção da amostra foi fundamentada nas recomendações de Hair et al. (2009) e Kline (2010). Considerando o balanço amostral adequado e a população-alvo do hospital investigado, optou-se pela participação de, no mínimo, 250 profissionais de enfermagem, incluindo nesse quantitativo 10% de possíveis perdas em razão de recusas, férias, licenças médicas e afastamentos. Os critérios de inclusão dos entrevistados foram: trabalhadores que atuavam na instituição por, pelo menos, seis meses e que aceitaram participar do estudo.

Antes de iniciar a coleta de dados, foi agendado um encontro com a diretora de enfermagem para apresentação da pesquisadora, dos objetivos do estudo e dos aspectos éticos, assim como para convidar os profissionais da instituição a participar da pesquisa. Mediante a autorização do hospital, do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo C) e obtenção da lista dos profissionais, a coleta foi desenvolvida de outubro de 2016 a janeiro de 2017 por uma equipe de seis coletadores, previamente treinados pela pesquisadora.

A capacitação da equipe, composta por graduandos de enfermagem de uma universidade estadual pública, ocorreu em três encontros. No primeiro momento, o instrumento de coleta de dados foi explicado detalhadamente, descrevendo-se cada item e

suas respectivas respostas. Dúvidas sobre a compreensão do instrumento foram sanadas. No segundo encontro, para a garantia da qualidade dos dados coletados, foram discutidas as técnicas adequadas de entrevista, incluindo postura e abordagem do entrevistador, checagem dos itens preenchidos e questões éticas durante a coleta de dados. Posteriormente os coletadores acompanharam individualmente a pesquisadora na abordagem de profissionais para a coleta de dados. Depois desse procedimento, pesquisadora e coletador discutiam dúvidas e orientações da coleta, quando era verificada a segurança dos coletadores para dar seguimento às entrevistas.

O instrumento de coleta de dados foi constituído das seguintes partes (Apêndice D):

- **Parte 1** – Dados sociodemográficos e ocupacionais: data de nascimento, categoria profissional, titulação, setor e turno de trabalho, tempo de experiência profissional e de atuação no hospital investigado.
- **Parte 2** – Versão Final da SERVQUAL com: 22 itens da Seção de Expectativa, 22 itens da Seção de Percepção, 8 questões sobre a avaliação da importância relativa da qualidade do serviço hospitalar.

Os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o TCLE em duas vias (Apêndice E).

Para análise dos dados, foi realizada codificação apropriada de cada uma das variáveis do estudo e digitação no banco de dados do programa *Microsoft Excel*. Após a validação, mediante dupla digitação, os resultados foram exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 24.0, em que foram feitas as análises descritivas e analíticas, descritas a seguir. Especificamente para a AFC, foi utilizado o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS) do SPSS 24.0.

a) *Análise da confiabilidade*

A confiabilidade é um aspecto fundamental para avaliar a qualidade de um instrumento; no desenvolvimento de uma escala, refere-se à consistência interna, ou seja, se os itens se agrupam e medem o mesmo valor (URBINA, 2007). Verifica-se também a estabilidade, que compreende a repetitividade dos escores em ocasiões isoladas e a equivalência, quando diferentes avaliadores utilizam um instrumento para medir o mesmo fenômeno (STREINER; NORMAN, 2008).

A confiabilidade e consistência interna dos itens foram medidas pelo coeficiente alfa de Cronbach. Esse coeficiente é baseado no número de itens de uma escala e na homogeneidade de cada item, que é definida como a média de todas as correlações entre os itens de cada escala (STREINER; NORMAN, 2008). O índice desse coeficiente varia de 0 (nenhuma confiabilidade) a 1 (perfeita confiabilidade), e que quanto maior o valor, maior a consistência interna do instrumento ou maior a congruência entre os itens, o que comprova a homogeneidade da medida do fenômeno.

b) Validade aparente e de conteúdo

A validade aparente (ou de face) e a validade de conteúdo do instrumento foram verificadas pelo consenso obtido entre os profissionais que compuseram o comitê de especialistas quanto à verificação de o instrumento estar medindo aquilo para o qual foi projetado – validade de face – e a relevância de cada item/dimensão do instrumento para mensuração do tema abordado – validade de conteúdo (STREINER; NORMAN, 2008).

Os resultados da análise dos especialistas foram apresentados em quadros e descrições das adequações realizadas, comparando-se as versões em português com o referencial teórico do modelo avaliativo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988).

c) Validade convergente

A validade convergente foi medida por meio da regressão múltipla, com o objetivo de verificar a relação entre os itens de expectativas (preditores ou constante) e as sentenças correspondentes às cinco dimensões da qualidade (variáveis dependentes).

Para verificar a adequabilidade do modelo de regressão, utilizou-se como parâmetro principal o R^2 ajustado, já que consiste em um coeficiente que indica a força de associação entre as variáveis, considerando o tamanho da amostra e o número de variáveis independentes. Hair et al. (2009) indicam a utilização desse coeficiente para fazer a comparação de equações que apresentem quantidade distinta de variáveis independentes, o que está de acordo com a regressão implementada na presente pesquisa, pois nos cinco modelos houve variação de quatro a seis preditores. Assim como para o R^2 , quanto maior o valor de R^2 ajustado, maior será o grau de associação entre as variáveis. Sua variação é de -1 a +1, onde 0 mostra a inexistência de relação.

c) Validade de construto

A validade de construto consiste na verificação da dimensionalidade da escala por meio da AF, que é uma técnica estatística multivariada para análise de dados, com o objetivo de condensar informações contidas em um número de variáveis originais em um conjunto menor de variáveis estatísticas (fatores), com uma perda mínima de informação. Na AF são utilizadas matrizes de intercorrelações entre uma série de variáveis ou itens (HAIR et al. 2009; MARÔCO, 2014).

A análise realizada consistiu em verificar se uma série de itens pode ser reduzida idealmente a uma dimensão ou variável, que é chamada de fator, com a qual todas as variáveis da série estão relacionadas. Um dos pressupostos teóricos para se aplicar a AF é que as variáveis em estudo estejam altamente correlacionadas.

Apesar de a SERVQUAL já possuir um modelo teórico fundamentado em cinco dimensões, optou-se por realizar primeiramente a AFE e, posteriormente, a AFC, pois a proposta do presente estudo é aplicar a escala em um novo contexto (hospital) para uma população-alvo distinta (profissionais de enfermagem).

Para ajustes dos modelos da AFE, foram seguidas as recomendações na literatura (ARANHA; ZAMBALDI, 2008; BEZERRA, 2007; FÁVERO et al., 2009; FERREIRA, 2011; HAIR et al., 2009; LATTIN; CARROLL; GREEN, 2011; MINGOTI, 2005; REIS, 2001), que incidem, essencialmente, nos seguintes aspectos:

1) correlações individuais superiores a 0,30 (FÁVERO et al., 2009; HAIR et al., 2009) e matriz de correlação diferentes de zero, ou seja, Teste de esfericidade de Bartlett significativo (HAIR et al., 2009; REIS, 2001);

2) medidas de adequação da amostra (MSA) superiores a 0,50 (BEZERRA, 2007);

3) em razão de uma amostra pequena, cargas fatoriais superiores a 0,4 (FÁVERO et al., 2009; HAIR et al., 2009);

4) porcentagem da variância total explicada pelos fatores ao redor de 60% (HAIR et al., 2009); e

5) medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) $> 0,60$ (ARANHA; ZAMBALDI, 2008; MINGOTI, 2005; REIS, 2001).

Os modelos da AFC foram extraídos pelo método de Máxima Verossimilhança (ML) com normalização de Kaiser, sendo também o método cogitado inicialmente na AFC, cujos números de fatores considerados foram ponderados pelo critério do autovalor > 1 , já que se partiu da matriz de correlações em detrimento da matriz de covariâncias. Para interpretar e

analisar os fatores, caso o modelo originasse mais de um fator, optou-se pela rotação oblíqua, pois, por definição, as dimensões da qualidade dos serviços são correlacionadas.

Para ajuste dos modelos AFC, foram utilizadas as estratégias elencadas em Marôco (2014) e as orientações dadas pela literatura (ARBUCKLE, 2014; BROWN, 2006; BYRNE, 2010; HAIR et al., 2009; KLINE, 2011). O quadro 16 lista os índices de qualidade empregados para o ajustamento da AFC.

Quadro 16 – Índices de qualidade de ajustamento de modelo de equações estruturais com a respectiva descrição e valores de referência utilizados na pesquisa

ÍNDICES	DESCRIÇÃO	VALORES DE REFERÊNCIA
P[$\chi^2 > 0.05$]	Estatística qui-quadrado (χ^2)	> 0.05 = ajustamento bom
χ^2/df	Qui-quadrado dividido pelo grau de liberdade	Entre 2 e 5 = valores adequados
CFI	Índice de Ajuste Comparativo/ Comparative Fit Index	>0,90 = ajustamento bom
GFI	Índice de Qualidade de Ajuste/ Goodness of Fit Index	>0,90 = ajustamento bom
PCFI	Parsimony CFI / Índice de Aualidade de Ajuste de Parcimônia de CFI	>0,60 = ajustamento bom
PGFI	Parsimony GFI / Índice de Qualidade de Ajuste de Parcimônia de GFI	>0,60 = ajustamento bom
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation / Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação	>0,10 = ajustamento bom
P[rmsea ≤ 0.05]	Valor p da Root Mean Square Error of Approximation/ Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação	≥ 0,05
MECVI	Expected Cross-Validation Index	Quanto menor o valor, melhor. Dois modelos devem ser analisados simultaneamente; o modelo mais indicado é o que apresentar o menor índice.

Fonte: Marôco (2014)

4.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisadora fez contato via telefone e e-mail com os especialistas e com o responsável pelo hospital selecionado, solicitando autorização por escrito para o desenvolvimento da pesquisa.

Atendendo à Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa e obteve parecer favorável (Anexo C).

Os participantes da pesquisa, que compreenderam os *experts* que compuseram o comitê de especialistas e os profissionais de enfermagem representando a população-alvo, foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e assinaram o TCLE em duas vias: uma para si e outra para a pesquisadora (Apêndice A, C e E).

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC)

Os resultados apresentados nesta seção derivam do desenvolvimento do processo de adaptação transcultural da SERVQUAL e contemplam as etapas: 1. Tradução; 2. Avaliação do Comitê de Especialistas; 3. Retrotradução com parecer dos autores originais; 4. Pré-teste.

5.1.1 Tradução

A primeira etapa da ATC se desenvolveu dentro do planejado e foi realizada por dois tradutores independentes e juramentados: um, com experiência na área da saúde, conhecia o objetivo da pesquisa; o outro era leigo. As duas traduções, T1 e T2, não apresentaram palavras ou expressões muito discrepantes, no entanto variações mínimas foram apuradas e solucionadas depois do parecer dos seis especialistas, dos dois tradutores, da pesquisadora e da orientadora da pesquisa, o que permitiu atingir o objetivo desta etapa.

Após avaliação dos especialistas, a tradução T2, versão traduzida pelo profissional de saúde com conhecimento sobre o instrumento, foi a mais indicada em 85% dos itens. Acataram-se sugestões pontuais na redação, como alterar a expressão “se arrumar bem” para “se vestem adequadamente para suas atividades profissionais”, em E3 e P3, e substituir o termo “transações” por “negociações”, em E15 e P15, tendo em vista a adaptação do texto para o contexto da saúde e melhor compreensão das sentenças.

O termo “empregado(s)” foi alterado para “funcionário(s)” em todos os itens da escala, considerando que a primeira forma tende a expressar uma conotação negativa relacionada ao poder centralizador da chefia e comportamento submisso do liderado. Na seção de expectativas, optou-se por manter as sentenças no tempo verbal presente — apesar de a versão original apresentar os verbos no futuro —, para que houvesse maior clareza no texto sobre o que se esperava avaliar nesta parte do instrumento. Os seis especialistas foram unânimes em indicar a substituição da expressão “*excellent _____ companies*” por “serviços de saúde de excelência”, nas sentenças relacionadas à expectativa, e a inserção de “este ou neste serviço de saúde” no lugar de “XYZ” na seção de percepção.

Nesta primeira fase da ATC, o parecer dos especialistas teve o objetivo de avaliar as duas versões traduzidas (T1 e T2) para o idioma português quanto ao significado das palavras e expressões coloquiais, no intuito de desenvolver a versão síntese, denominada **Versão Português Consenso 1 (VPC1)**.

A primeira etapa da ATC da SERVQUAL foi completada com a obtenção da VPC1 (Quadro 17), após a avaliação dos especialistas e das pesquisadoras, antecedida das duas versões de tradução (T1 e T2).

Quadro 17 – Comparação entre Tradução 1 (T1), Tradução 2 (T2) e Versão Português Consenso 1 (VPC1), após a avaliação dos especialistas, tradutores e pesquisadoras

T1	T2	VPC1
PARTE 1 – AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS	PARTE 1 – AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS	PARTE 1 – AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS
Instruções: Baseado na sua experiência como consumidor de serviços _____, por favor, pense sobre o tipo de empresa _____ que prestaria serviço de excelente qualidade. Pense sobre o tipo de empresa _____ com a qual você teria prazer em negociar. Por favor, demonstre o quanto você imagina que a empresa _____ possui as características descritas em cada afirmativa. Se você acha que uma característica não é essencial para a excelência de empresas _____ como aquela que você tem em mente, circule o número 1. Se você acha que uma característica é absolutamente essencial para a excelência de empresas _____, circule o 7. Se você não está tão certo, circule um dos números entre 1 e 7. Não há respostas certas ou erradas – estamos interessados no número que verdadeiramente reflete sua opinião sobre empresas que prestam serviços de qualidade.	Instruções: Como consumidor nos serviços de _____, por favor, pense no tipo de empresa de _____ que prestaria um serviço de qualidade excelente. Pense sobre o tipo de empresa de _____ na qual você ficaria satisfeito em realizar um negócio. Por favor, quantifique a sua opinião com relação ao que você pensa que essa empresa de _____ possui, considerando a característica descrita em cada afirmação. Se você perceber que esta característica não é essencial para a excelência de empresas de _____, como a que você tem em mente, circule o número 1. Se você sente que a característica é absolutamente essencial para empresas de _____ excelentes, circule 7. Se a sua percepção for menor, circule uma alternativa de números na parte central. Não existe resposta certa ou errada. Estamos apenas interessados no número que realmente reflete os seus pensamentos com relação às empresas que realizam um serviço de qualidade excelente.	Instruções: Como consumidor, por favor, pense em um estabelecimento de saúde que prestaria um serviço de excelente qualidade. Pense sobre o tipo de estabelecimento com o qual você ficaria satisfeito em realizar um negócio. Por favor, demonstre o quanto você acredita que este serviço deve possuir as características descritas em cada afirmativa. Se você acha que uma característica não é essencial para um estabelecimento de saúde de excelência, circule o número 1. Se você acha que a característica é absolutamente essencial para um estabelecimento de saúde de excelência, circule 7. Se sua percepção for menor, circule um dos números na parte central. Não existe resposta certa ou errada. Estamos apenas interessados no número que realmente reflete sua opinião sobre um estabelecimento de saúde que realiza um serviço de excelente qualidade.
E1. Excelentes empresas de _____ terão equipamentos modernos.	E1. _____ de excelência tem equipamentos modernos.	E1. Serviços de saúde de excelência têm equipamentos modernos.
E2. As estruturas físicas de excelentes empresas de _____ serão atraentes.	E2. As instalações físicas de _____ de excelência são visualmente atrativas.	E2. As instalações físicas de serviços de saúde de excelência são visualmente atrativas.
E3. Os funcionários de excelentes empresas de _____ se apresentarão bem vestidos e terão boa aparência.	E3. Os empregados de _____ de excelência se vestem e se arrumam bem.	E3. Funcionários de serviços de saúde de excelência se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.
E4. Materiais associados com os serviços (panfletos ou prospectos) visualmente chamarão a atenção em excelentes empresas de _____.	E4. Materiais associados ao serviço (como panfletos ou declarações) serão visualmente atraentes em _____ de excelência.	E4. Materiais de divulgação de serviços de saúde de excelência, como panfletos ou pôsteres, chamam a atenção visualmente.

5 Resultados

E5. Quando excelentes empresas de _____ estipulam um prazo para realizar determinado serviço, eles cumprirão.	E5. Quando _____ de excelência agendam um compromisso, eles cumprem a promessa.	E5. Quando serviços de saúde de excelência estipulam um prazo para realizar determinado serviço, eles cumprem.
E6. Quando os clientes têm dificuldades, excelentes empresas de _____ demonstrarão interesse verdadeiro em resolvê-las.	E6. Quando o cliente tem problemas, _____ de excelência são mostram interesse sincero em resolvê-los.	E6. Quando um cliente tem problema, serviços de saúde de excelência mostram interesse sincero em resolvê-lo.
E7. Excelentes empresas de _____ farão o serviço correto na primeira vez.	E7. _____ de excelência fazem o serviço certo na primeira vez.	E7. Serviços de saúde de excelência executam o serviço certo na primeira vez.
E8. Excelentes empresas de _____ executarão os serviços, quando prometeram que iriam fazê-lo.	E8. _____ de excelência fornecem os serviços no horário agendado.	E8. Serviços de saúde de excelência realizam o serviço no prazo programado.
E9. Excelentes empresas de _____ manterão informações precisas.	E9. _____ de excelência mantêm registros precisamente.	E9. Serviços de saúde de excelência mantêm registros sem erros.
E10. Funcionários de excelentes empresas de _____ vão dizer aos clientes quando o serviço será entregue.	E10. Os empregados de _____ de excelência dizem aos clientes quando o serviço será realizado.	E10. Funcionários de serviços de saúde de excelência comunicam aos clientes quando o serviço será realizado.
E11. Funcionários de excelentes empresas de _____ entregarão serviços rápidos aos clientes.	E11. Os empregados de _____ de excelência disponibilizam um serviço imediato aos clientes.	E11. Funcionários de serviços de saúde de excelência fornecem um serviço imediato aos clientes.
E12. Os funcionários de excelentes empresas de _____ estarão sempre dispostos a ajudar os clientes.	E12. Os empregados de _____ de excelência estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	E12. Funcionários de serviços de saúde de excelência estão sempre dispostos a ajudar os clientes.
E13. Os funcionários de excelentes empresas de _____ nunca estarão muito ocupados para atender aos pedidos dos clientes.	E13. Os empregados de _____ de excelência nunca estão muito ocupados para atender às solicitações dos clientes.	E13. Funcionários de serviços de saúde de excelência nunca estão muito ocupados para atender às solicitações dos clientes.
E14. O comportamento dos funcionários de excelentes empresas de _____ transmitirá confiança aos clientes.	E14. O comportamento dos empregados de _____ de excelência transmite confiança aos clientes.	E14. O comportamento dos funcionários de serviços de saúde de excelência transmite confiança aos clientes.
E15. Clientes de excelentes empresas de _____ sentirão segurança em suas negociações.	E15. Clientes de _____ de excelência se sentem seguros em suas transações.	E15. Clientes de serviços de saúde de excelência se sentem seguros em suas negociações.
E16. Funcionários de excelentes empresas de _____ serão educados com os clientes.	E16. Os empregados de _____ de excelência são muito educados com os clientes.	E16. Funcionários de serviços de saúde de excelência são educados com os clientes.
E17. Funcionários de excelentes empresas de _____ saberão responder às perguntas dos clientes.	E17. Os empregados de _____ de excelência têm conhecimento para responder às perguntas dos clientes.	E17. Funcionários de serviços de saúde de excelência sabem responder às perguntas dos clientes.
E18. Excelentes empresas de _____ darão aos clientes atenção individualizada.	E18. _____ de excelência oferecem atenção individual aos clientes.	E18. Serviços de saúde de excelência oferecem atenção individualizada aos clientes.
E19. Excelentes empresas de _____ terão horário de funcionamento conveniente para todos os clientes.	E19. _____ de excelência têm horário de funcionamento conveniente a todos os clientes.	E19. Serviços de saúde de excelência têm horário de funcionamento conveniente a todos os clientes.
E20. Excelentes empresas de _____	E20. _____ de excelência	E20. Serviços de saúde de excelência

5 Resultados

_____ terão funcionários que darão atenção individualizada aos clientes.	possuem empregados que oferecem atenção individual aos clientes.	possuem funcionários que oferecem atenção individualizada aos clientes.
E21. Excelentes empresas de _____ vão querer o melhor para os clientes.	E21. _____ de excelência priorizam os interesses dos clientes.	E21. Serviços de saúde de excelência priorizam os interesses dos clientes.
E22. Excelentes empresas de _____ compreenderão as necessidades específicas de seus clientes.	E22. Empregados de _____ de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes.	E22. Funcionários de serviços de saúde de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes.
PARTE 2 – AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES	PARTE 2 – AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES	PARTE 2 – AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES
Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre sua opinião em relação ao(à) _____. Para cada afirmativa, por favor, demonstre o quanto você acredita que _____ possui a característica descrita pela afirmação. Novamente, circule o “7” se você concorda totalmente que _____ possui a característica descrita na afirmativa e circule o “1” se você discorda totalmente. Você pode circular um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade da sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas – só queremos saber qual número melhor representa sua opinião sobre _____.	Instruções: O conjunto de afirmações a seguir se refere a suas impressões sobre _____. Para cada afirmação, por favor, demonstre o quanto você considera que _____ tem a característica descrita pela afirmação. Novamente, ao circular a afirmação número 7, significa que você concorda totalmente que _____ tem aquela característica e, ao circular a 1, significa que você não concorda/discorda totalmente. Você pode circular qualquer um dos números intermediários que demonstre a intensidade da sua opinião. Não há respostas corretas ou incorretas – o nosso interesse está somente no número da alternativa que melhor representa a sua percepção a respeito de _____.	Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre sua opinião em relação ao(à) _____. Para cada afirmativa, por favor, demonstre o quanto você acredita que _____ possui a característica descrita pela afirmação. Novamente, circule o “7”, se você concorda totalmente que _____ possui a característica descrita na afirmativa e circule “1” se você discorda totalmente. Você pode circular um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade da sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas – só queremos saber qual número melhor representa sua opinião sobre _____.
P1. XYZ tem equipamentos modernos.	P1. XYZ tem equipamentos modernos.	P1. Este serviço de saúde tem equipamentos modernos.
P2. A estrutura física de XYZ de saúde é atraente.	P2. As instalações físicas de XYZ são visualmente atraentes.	P2. As instalações físicas deste serviço de saúde são visualmente atraentes.
P3. Os funcionários de XYZ se vestem bem e têm boa aparência.	P3. Os empregados de XYZ de saúde são bem apresentáveis e arrumados.	P3. Os funcionários deste serviço de saúde se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.
P4. Materiais associados com os serviços (panfletos ou prospectos) visualmente chamam a atenção em XYZ.	P4. Materiais associados ao serviço (como panfletos ou declarações) são visualmente atraentes em XYZ.	P4. Os materiais de divulgação, como panfletos ou fôlderes, chamam a atenção visualmente neste serviço de saúde.
P5. Quando XYZ estipula um prazo para realizar determinado serviço, ela cumpre.	P5. Quando XYZ se compromete a realizar um trabalho em determinada data, eles cumprem.	P5. Quando este serviço de saúde estipula um prazo para realizar determinado serviço, ele cumpre.
P6. Quando você tem dificuldades, XYZ é solícita e atenciosa.	P6. Quando você tem problemas, XYZ é solidária e tranquilizadora.	P6. Quando você tem um problema, este serviço de saúde se mostra interessado em resolvê-lo.
P7. XYZ faz o serviço correto na primeira vez.	P7. XYZ faz o serviço certo na primeira vez.	P7. Este serviço de saúde executa o serviço certo na primeira vez.
P8. XYZ executa os serviços quando prometeram que iriam fazê-lo.	P8. XYZ fornece os serviços no horário agendado.	P8. Este serviço de saúde realiza o serviço no prazo estabelecido.

5 Resultados

P9. XYZ mantém informações precisas.	P9. XYZ mantém registros precisamente.	P9. Este serviço de saúde mantém registros sem erros.
P10. Funcionários de XYZ dizem aos clientes quando o serviço será entregue.	P10. Os empregados XYZ dizem aos clientes quando o serviço será realizado.	P10. Os funcionários deste serviço de saúde dizem a você exatamente quando o serviço será realizado.
P11. Funcionários de XYZ entregam serviços rápidos a você.	P11. Os empregados de XYZ disponibilizam um serviço imediato a você.	P11. Os funcionários deste serviço de saúde oferecem a você um serviço imediato.
E12. Os funcionários de XYZ estão sempre dispostos a ajudá-lo.	E12. Os empregados de XYZ estão sempre dispostos a ajudar você.	P12. Os funcionários deste serviço de saúde estão sempre dispostos a ajudar você.
P13. Os funcionários de XYZ nunca estão muito ocupados para atender seus pedidos.	P13. Os empregados de XYZ nunca estão muito ocupados para atender suas solicitações.	P13. Os funcionários deste serviço de saúde nunca estão muito ocupados para atender suas solicitações.
P14. O comportamento dos funcionários de XYZ transmite confiança aos clientes.	P14. O comportamento dos empregados de XYZ transmite confiança aos clientes.	P14. O comportamento dos funcionários deste serviço de saúde transmite confiança aos clientes.
P15. Você se sente seguro em suas negociações com XYZ.	E15. Você se sente seguro em suas transações com XYZ.	P15. Você se sente seguro em suas negociações com este serviço de saúde.
E16. Funcionários de XYZ são educados com você.	E16. Os empregados de XYZ são muito educados com você.	P16. Os funcionários deste serviço de saúde são educados com você.
P17. Funcionários de XYZ sabem responder às suas perguntas.	P17. Os empregados em XYZ têm o conhecimento para responder às suas perguntas.	P17. Os funcionários deste serviço de saúde sabem responder às suas perguntas.
P18. XYZ dá atenção individualizada a você.	P18. XYZ oferece a você atenção individual.	P18. Este serviço de saúde oferece atenção individualizada a você.
P19. XYZ tem horário de funcionamento conveniente para todos os clientes.	P19. XYZ tem horário de funcionamento conveniente para todos os clientes.	P19. Este serviço de saúde tem horário de atendimento conveniente para todos os clientes.
P20. XYZ tem funcionários que dão atenção individualizada a você.	P20. XYZ possui empregados que oferecem atenção individual a você.	P20. Este serviço de saúde possui funcionários que oferecem atenção individualizada a você.
P21. XYZ quer o melhor para você.	P21. XYZ prioriza os interesses dos clientes.	P21. Este serviço de saúde prioriza os interesses dos clientes.
P22. Funcionários de XYZ compreendem suas necessidades específicas.	P22. Os empregados de XYZ compreendem suas necessidades específicas.	P22. Os funcionários deste serviço de saúde compreendem suas necessidades específicas.
PARTE 3 – IMPORTÂNCIA RELATIVA	PARTE 3 – IMPORTÂNCIA RELATIVA	PARTE 3 – IMPORTÂNCIA RELATIVA
Instruções: Abaixo estão listadas 5 características que pertencem a empresas _____ e os serviços que elas oferecem. Nós gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você, quando você avalia a qualidade de serviço de uma empresa _____. Por favor, distribua o total de 100 pontos entre as 5 características, conforme a importância que você atribui a cada uma delas – quanto mais importante for, mais pontos você deverá atribuir a ela. Por favor,	Instruções: Listadas abaixo estão cinco características relativas às empresas de _____ e os serviços que elas oferecem. Nós gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você, quando você avalia a qualidade dos serviços da empresa de _____. Por favor, distribua um total de 100 pontos entre as cinco características de acordo com a importância de cada característica para você – quanto mais importante uma característica for para você, mais pontos você deverá	Instruções: Abaixo estão listadas cinco características que pertencem a estabelecimentos de saúde e os serviços que oferecem. Gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você, quando avalia a qualidade dos serviços de um estabelecimento de saúde. Por favor, distribua o total de 100 pontos entre as cinco características conforme a importância que você atribui a cada uma delas – quanto mais importante for, mais pontos você deverá atribuir. Por favor, certifique-se de que os

5 Resultados

certifique-se de que os pontos que você distribuir entre as 5 características somem 100.	distribuir para ela. Por favor, assegure que os pontos que você aloca para as características somem um total de 100.	pontos que você distribuir entre as cinco características somem 100.
1. A aparência do espaço físico, equipamentos, funcionários e material de comunicação da empresa.	1. A aparência das instalações físicas da empresa de _____, equipamento, pessoal e materiais de comunicação.	1. A aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação do serviço de saúde.
2. A habilidade da empresa de cumprir o serviço prometido no prazo e termos combinados.	2. A habilidade da empresa de realizar o serviço acordado, confiável e precisamente.	2. A habilidade do serviço de saúde em cumprir o serviço prometido de maneira confiável e precisa.
3. A disponibilidade da empresa em auxiliar os clientes e oferecer serviços com prontidão.	3. A vontade da empresa de ajudar o consumidor e realizar um serviço prontamente.	3. A disponibilidade do serviço de saúde em auxiliar os clientes e oferecer serviços com prontidão.
4. O conhecimento e gentileza dos funcionários da empresa e suas habilidades de transmitir crédito e confiança.	4. O conhecimento e cortesia dos funcionários da empresa e a habilidade deles em transmitir confiança.	4. O conhecimento, a cortesia e a habilidade dos funcionários do serviço de saúde em transmitir confiança e credibilidade.
5. O cuidado e atenção individualizada que a empresa fornece aos seus clientes.	5. A atenção individualizada e cuidadosa que a empresa de _____ provê aos seus clientes.	5. O cuidado e atenção individualizada que o serviço de saúde fornece aos seus clientes.
✓ Cite 1 característica dentre as 5 acima listadas que é mais importante para você (por favor, coloque o número da característica). ✓ Qual característica é a segunda mais importante para você? ✓ Qual característica é a menos importante para você?	✓ Qual das características acima mencionadas é a mais importante para você? (Por favor, digite o número da característica.) ✓ Qual característica é a segunda mais importante para você? ✓ Qual característica é a menos importante para você?	✓ Qual das características acima mencionadas é a mais importante para você? (Por favor, coloque o número da característica.) ✓ Qual característica é a segunda mais importante para você? ✓ Qual característica é a menos importante para você?

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

5.1.2 Avaliação do Comitê de Especialistas

A **Versão Português Consenso 1** (VPC1), obtida na fase anterior, foi submetida aos especialistas para uma nova rodada de avaliação, com o objetivo de confirmar a validade de face e conteúdo da SERVQUAL, considerando as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

As mudanças sugeridas foram pontuais e se relacionaram a: 1. troca de palavras e expressões por sinônimos mais aplicáveis ao contexto hospitalar; 2. inclusão ou retirada de artigos pessoais; e 3. adição de palavras e expressões para melhorar a compreensão de sentenças.

Destacam-se três principais considerações desse momento, sendo a primeira referente à substituição do termo “serviço” por “instituição” nos itens E5/P5, E7/P7, E8/P8, E10/P10,

E11/P11, item 1 e item 2, já que a palavra “serviço” foi utilizada duas vezes, tanto para se referir à prestação da assistência e/ou processo de trabalho em saúde (serviço) quanto ao estabelecimento/organização/empresa (serviço de saúde). Assim, para não haver repetição, inseriu-se o termo “instituição” para o segundo significado e manteve-se “serviço(s)” com a definição de “atividades(s) desempenhada(s) pelos colaboradores da organização com vistas à prestação da assistência à saúde”.

Outra sugestão consistiu na alteração do termo “funcionários” por “colaboradores”, considerando que a segunda forma se trata de uma descrição mais contemporânea na gestão em saúde e aplicável a diferentes cenários hospitalares. Ademais, levando em conta a população-alvo da adaptação da SERVQUAL, os especialistas recomendaram substituir, nas instruções da seção de expectativas, a expressão “consumidor em um estabelecimento de saúde” por “profissional de enfermagem”, o que foi acatado pelas pesquisadoras.

Os destaques sinalizados no quadro 18 mostram as alterações efetuadas após a comparação entre a VPC1 e a VPC2, esta obtida ao final da segunda etapa de ATC, mediante análise dos especialistas e das pesquisadoras.

Quadro 18 – Comparação das alterações realizadas na Versão Português Consenso 1 (VCP1) e Versão Português Consenso 2 (VPC2) após avaliação do comitê de especialistas e análise das pesquisadoras

VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSO 1 (VPC1)	VERSÃO PORTUGUÊS CONSENSO 2 (VPC2)
PARTE 1 – AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS	PARTE 1 – AVALIAÇÃO DAS EXPECTATIVAS
Instruções: Como consumidor, por favor pense em um estabelecimento de saúde que prestaria um serviço de excelente qualidade. Pense sobre o tipo de estabelecimento na qual você ficaria satisfeito em realizar um negócio. Por favor, demonstre o quanto você acredita que este serviço deve possuir as características descritas em cada afirmativa. Se você acha que uma característica não é essencial para um estabelecimento de saúde de excelência, circule o número 1. Se você acha que a característica é absolutamente essencial para um estabelecimento de saúde de excelência, circule 7. Se sua percepção for menor, circule um dos números na parte central. Não existe resposta certa ou errada. Estamos apenas interessados no número que realmente reflete sua opinião sobre um estabelecimento de saúde que realiza um serviço de excelente qualidade.	Instruções: Baseado em suas experiências como profissional de enfermagem, por favor pense em uma instituição de saúde que presta um serviço de excelente qualidade. Pense sobre uma instituição na qual você ficaria satisfeito em ser atendido. Por favor, demonstre o quanto você acredita que esta instituição deve possuir as características descritas em cada afirmativa. Se você considera que uma característica não é essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule o número 1. Se você considera que a característica é absolutamente essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule 7. Se sua opinião for diferente, circule um dos números na parte central. Não existe resposta certa ou errada. Estamos apenas interessados no número que realmente reflete sua opinião sobre uma instituição de saúde que presta um serviço de excelente qualidade.
E1. Serviços de saúde de excelência tem equipamentos modernos.	E1. Instituições de saúde de excelência têm equipamentos modernos.
E2. As instalações físicas de serviços de saúde de	E2. Instalações físicas de instituições de saúde de

5 Resultados

excelência são visualmente atrativas.	excelência são visualmente atrativas.
E3. Funcionários de serviços de saúde de excelência se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.	E3. Colaboradores de instituições de saúde de excelência se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.
E4. Materiais de divulgação de serviços de saúde de excelência, como panfletos ou pôsteres, chamam a atenção visualmente.	E4. Materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, pôsteres ou encartes, são visualmente atrativos em instituições de saúde de excelência.
E5. Quando serviços de saúde de excelência estipulam um prazo para realizar determinado serviço, eles cumprem.	E5. Quando instituições de saúde de excelência estipulam um prazo para realizar determinado serviço, elas cumprem.
E6. Quando um cliente tem problema, serviços de saúde de excelência mostram interesse sincero em resolvê-lo.	E6. Quando um cliente tem um problema, instituições de saúde de excelência mostram interesse sincero em resolvê-lo.
E7. Serviços de saúde de excelência executam o serviço certo na primeira vez.	E7. Instituições de saúde de excelência executam o serviço corretamente na primeira vez.
E8. Serviços de saúde de excelência realizam o serviço no prazo estabelecido.	E8. Instituições de saúde de excelência realizam os serviços no prazo programado.
E9. Serviços de saúde de excelência mantêm registros sem erros.	E9. Instituições de saúde de excelência mantêm registros sem erros.
E10. Funcionários de serviços de saúde de excelência comunicam aos clientes quando o serviço será realizado.	E10. Colaboradores de instituições de saúde de excelência comunicam aos clientes quando os serviços serão realizados.
E11. Colaboradores de instituições de saúde de excelência fornecem serviços imediatos aos clientes.	E11. Funcionários de serviços de saúde de excelência fornecem um serviço imediato aos clientes.
E12. Funcionários de serviços de saúde de excelência estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	E12. Colaboradores de instituições de saúde de excelência estão sempre dispostos a ajudar os clientes.
E13. Funcionários de serviços de saúde de excelência nunca estão muito ocupados para atender às solicitações dos clientes.	E13. Colaboradores de instituições de saúde de excelência nunca estão ocupados para atender às solicitações dos clientes.
E14. O comportamento dos funcionários de serviços de saúde de excelência transmite confiança aos clientes.	E14. O comportamento dos colaboradores de instituições de saúde de excelência transmite confiança aos clientes.
E15. Clientes de serviços de saúde de excelência se sentem seguros em suas negociações.	E15. Clientes de instituições de saúde de excelência se sentem seguros com os serviços prestados.
E16. Funcionários de serviços de saúde de excelência são educados com os clientes.	E16. Colaboradores de instituições de saúde de excelência são sempre educados com os clientes.
E17. Funcionários de serviços de saúde de excelência sabem responder as perguntas dos clientes.	E17. Colaboradores de instituições de saúde de excelência têm conhecimento para responder às perguntas dos clientes.
E18. Serviços de saúde de excelência oferecem atenção individualizada aos clientes.	E18. Instituições de saúde de excelência oferecem atenção individualizada aos clientes.
E19. Serviços de saúde de excelência têm horário de	E19. Instituições de saúde de excelência têm horário de

5 Resultados

funcionamento conveniente a todos os clientes.	funcionamento conveniente a todos os clientes.
E20. Serviços de saúde de excelência possuem funcionários que oferecem atenção individualizada aos clientes.	E20. Instituições de saúde de excelência possuem colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.
E21. Serviços de saúde de excelência priorizam os interesses dos clientes.	E21. Instituições de saúde de excelência priorizam os interesses dos clientes.
E22. Funcionários de serviços de saúde de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes.	E22. Colaboradores de instituições de saúde de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes.
PARTE 2 – AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES	PARTE 2 – AVALIAÇÃO DAS PERCEPÇÕES
Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre sua opinião em relação ao(à) _____. Para cada afirmativa, por favor, demonstre o quanto você acredita que _____ possui a característica descrita pela afirmação. Novamente, circule o “7” se você concorda totalmente que _____ possui a característica descrita na afirmativa e circule “1” se você discorda totalmente. Você pode circular um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade da sua opinião. Não existem respostas certas ou erradas – só queremos saber qual número melhor representa sua opinião sobre _____.	Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre sua percepção em relação ao(à) XYZ. Para cada afirmativa, por favor, demonstre o quanto você acredita que esta instituição de saúde possui a característica descrita pela afirmação. Assinale “7” se você concorda totalmente que esta instituição possui a característica descrita na afirmativa, assinale “1” se você discorda totalmente, ou você pode assinalar um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade que você percebe que esta instituição possui tal característica. Não existem respostas certas ou erradas – só queremos saber qual número melhor representa sua opinião sobre esta instituição.
P1. Este serviço de saúde tem equipamentos modernos.	P1. Esta instituição de saúde tem equipamentos modernos.
P2. As instalações físicas deste serviço de saúde são visualmente atrativas.	P2. As instalações físicas desta instituição de saúde são visualmente atrativas.
P3. Os funcionários deste serviço de saúde se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.	P3. Os colaboradores desta instituição de saúde se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.
P4. Os materiais de divulgação, como panfletos ou pôsteres, chamam a atenção visualmente neste serviço de saúde.	P4. Os materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, pôsteres ou encartes, são visualmente atrativos nesta instituição de saúde.
P5. Quando este serviço de saúde estipula um prazo para realizar determinado serviço, ele cumpre.	P5. Quando esta instituição de saúde estipula um prazo para realizar determinado serviço, ela cumpre.
P6. Quando você tem um problema, este serviço de saúde se mostra interessado em resolvê-lo.	P6. Quando um cliente tem um problema, esta instituição de saúde mostra interesse sincero em resolvê-lo.
P7. Este serviço de saúde realiza o serviço certo na primeira vez.	P7. Esta instituição de saúde realiza o serviço corretamente na primeira vez.
P8. Este serviço de saúde realiza o serviço no prazo estabelecido.	P8. Esta instituição de saúde realiza os serviços no prazo programado.
P9. Este serviço de saúde mantém registros sem erros.	P9. Esta instituição de saúde mantém registros sem erros.
P10. Os funcionários deste serviço de saúde dizem a	P10. Os colaboradores desta instituição de saúde

5 Resultados

você exatamente quando o serviço será realizado.	comunicam ao cliente quando os serviços serão realizados.
P11. Os funcionários deste serviço de saúde oferecem a você um serviço imediato.	P11. Os colaboradores desta instituição de saúde fornecem serviços imediatos aos clientes.
P12. Os funcionários deste serviço de saúde estão sempre dispostos a te ajudar.	P12. Os colaboradores desta instituição de saúde estão sempre dispostos a ajudar os clientes.
P13. Os funcionários deste serviço de saúde nunca estão muito ocupados para atender as suas solicitações.	P13. Os colaboradores desta instituição nunca estão muito ocupados para atender as solicitações dos clientes.
P14. O comportamento dos funcionários deste serviço de saúde transmite confiança aos clientes.	P14. O comportamento dos colaboradores desta instituição de saúde transmite confiança aos clientes.
P15. Você se sente seguro em suas negociações com este serviço de saúde.	P15. Os clientes se sentem seguros com os serviços prestados por esta instituição de saúde.
P16. Os funcionários deste serviço de saúde são educados com você.	P16. Os colaboradores desta instituição de saúde são sempre educados com os clientes.
P17. Os funcionários deste serviço de saúde sabem responder as suas perguntas.	P17. Os colaboradores desta instituição de saúde têm conhecimento para responder às perguntas dos clientes.
P18. Este serviço de saúde oferece atenção individualizada a você.	P18. Esta instituição de saúde oferece atenção individualizada aos clientes.
P19. Este serviço de saúde tem horário de atendimento conveniente para todos os clientes.	P19. Esta instituição de saúde tem horário de funcionamento conveniente a todos os clientes.
P20. Este serviço de saúde possui funcionários que oferecem atenção individualizada a você.	P20. Esta instituição de saúde possui colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.
P21. Este serviço de saúde prioriza os interesses dos clientes.	P21. Esta instituição de saúde prioriza os interesses dos clientes.
P22. Os funcionários deste serviço de saúde compreendem as necessidades específicas dos clientes.	P22. Os colaboradores desta instituição de saúde compreendem as necessidades específicas dos clientes.
PARTE 3 – IMPORTÂNCIA RELATIVA	PARTE 3 – IMPORTÂNCIA RELATIVA
Instruções: Abaixo estão listadas cinco características que pertencem a estabelecimentos de saúde e os serviços que oferecem. Gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você, quando avalia a qualidade dos serviços de um estabelecimento de saúde. Por favor, distribua o total de 100 pontos entre as cinco características conforme a importância que você atribui a cada uma delas – quanto mais importante for, mais pontos você deverá atribuir. Por favor certifique-se de que os pontos que você distribuir entre as cinco características somem 100.	Instruções: Abaixo estão listadas cinco características que pertencem a instituições de saúde e os serviços que estas oferecem. Gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você quando avalia a qualidade dos serviços de uma instituição de saúde. Por favor, distribua o total de 100 pontos entre as cinco características conforme a importância que você atribui a cada uma delas – quanto mais importante for, mais pontos você deverá atribuir. Por favor, certifique-se de que os pontos que você distribuir entre as cinco características somem 100.
1. A aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação do serviço de saúde.	1. A aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação da instituição de saúde.
2. A habilidade do serviço de saúde em cumprir o	2. A habilidade da instituição de saúde em cumprir o

serviço prometido de maneira confiável e precisa.	serviço prometido de maneira confiável e precisa.
3. A disponibilidade do serviço de saúde em auxiliar os clientes e oferecer serviços com prontidão.	3. A disponibilidade da instituição de saúde em auxiliar os clientes e oferecer serviços com prontidão.
4. O conhecimento, a cortesia e a habilidade dos funcionários do serviço de saúde em transmitir confiança e credibilidade.	4. O conhecimento, a cortesia e a habilidade dos colaboradores da instituição de saúde em transmitir confiança e credibilidade.
5. O cuidado e atenção individualizada que o serviço de saúde fornece aos seus clientes.	5. O cuidado e atenção individualizada que a instituição de saúde oferece aos seus clientes.
✓ Qual das características acima mencionadas é a mais importante para você? (Por favor coloque o número da característica)	✓ Qual das características acima mencionadas é a mais importante para você? (Por favor, coloque o número da característica)
✓ Qual característica é a segunda mais importante para você?	✓ Qual característica é a segunda mais importante para você?
✓ Qual característica é a menos importante para você?	✓ Qual característica é a menos importante para você?

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

5.1.3 Retrotradução com Parecer dos Autores Originais

A VPC2 foi retrotraduzida para o idioma inglês por dois tradutores independentes que não participaram da primeira etapa de tradução. As pesquisadoras e os tradutores discutiram as duas versões, intituladas R1 e R2, em reunião específica para isso, a fim de solucionar as discordâncias e alcançar um consenso, que resultou na **Versão Inglês Final (VIF)**. No quadro 19, a comparação entre a Versão Original da SERVQUAL e a VIF.

Quadro 19 – Comparação entre a Versão Original da SERVQUAL e a Versão Inglês Final (VIF)

VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO INGLÊS FINAL (VIF)
PART 1	PART 1
Directions: Based on your experiences as a consumer of _____ services, please think about the kind of _____ company that would deliver excellent quality of service. Think about the kind of _____ company with which you would be pleased to do business. Please show the extent to which you think such a _____ company would possess the feature described by each statement. If you feel a feature is not at all essential for excellent _____ companies such as the one you have in mind, circle the number 1. If you feel a feature is absolutely essential for excellent _____ companies, circle 7. If your feelings are less strong, circle one of the numbers in the middle. There are no right or wrong answers –	Instructions: Based on your experiences as a healthcare professional, please think of a health institution providing an excellent quality service. Think about an institution in which you would be satisfied to be attended. Please demonstrate to what extent you believe that this institution should have the features described in each statement. If you consider that a feature is not essential to a healthcare institution of excellence, circle the number 1. If you consider that the feature is absolutely essential to a healthcare institution of excellence, circle 7. If your opinion is different, circle one of the numbers in the central range. There is no right or wrong answer. We are only interested in the number that truly reflects your opinion on a healthcare institution which provides an excellent quality service.

5 Resultados

all we are interested in is a number the truly reflects your feelings regarding companies that would deliver excellent quality of service.	
E1. Excellent _____ companies will have modern-looking equipment.	E1. Healthcare institutions of excellence have modern equipment.
E2. The physical facilities at excellent _____ companies will be visually appealing.	E2. The physical facilities of healthcare institutions of excellence are visually attractive.
E3. Employees at excellent _____ companies will be neat-appearing.	E3. The staff of healthcare institutions of excellence dress appropriately for their professional activities.
E4. Materials associated with the service (such as pamphlets or statements) will be visually appealing in an excellent _____ company.	E4. The promotional materials related to the services provided, such as pamphlets, brochures or booklets are visually attractive in healthcare institutions of excellence.
E5. When excellent _____ companies promise to do something by a certain time, they will do so.	E5. When healthcare institutions of excellence stipulate a deadline for completing a particular service, they meet it.
E6. When a customer has a problem, excellent _____ companies will show a sincere interest in solving it.	E6. When a customer has a problem, healthcare institutions of excellence show genuine interest in solving it.
E7. Excellent _____ companies will perform the service right the first time.	E7. Healthcare institutions of excellence perform the service correctly the first time.
E8. Excellent _____ companies will provide their services at the time they promise to do so.	E8. Healthcare institutions of excellence perform services by the scheduled deadline.
E9. Excellent _____ companies will insist on error-free records.	E9. Healthcare institutions of excellence maintain records without errors.
E10. Employees in excellent _____ companies will tell customers when services will be performed.	E10. The staff of healthcare institutions of excellence inform to customers when services will be performed.
E11. Employees in excellent _____ companies will give prompt service to customers.	E11. The staff of healthcare institutions of excellence provide prompt services to customers.
E12. Employees in excellent _____ companies always be willing to help customers.	E12. The staff of healthcare institutions of excellence are always willing to assist customers.
E13. Employees in excellent _____ companies will never be too busy to respond to customer' requests.	E13. The staff of healthcare institutions of excellence are never too busy to attend customer requests.
E14. The behavior of employees in excellent _____ companies will instill confidence in customers.	E14. The behavior of staff in healthcare institutions of excellence conveys confidence to customers.
E15. Customers of excellent _____ companies will feel safe in their transactions.	E15. Customers of healthcare institutions of excellence feel secure about the services provided.
E16. Employees in excellent _____ companies will be consistently courteous with customers.	E16. The staff of healthcare institutions of excellence are always polite to customers.
E17. Employees in excellent _____ companies will have the knowledge to answer customers' questions.	E17. The staff of healthcare institutions of excellence have the knowledge to answer customer questions.
E18. Excellent _____ companies will give customers individual attention.	E18. Healthcare institutions of excellence offer individualized attention to customers.
E19. Excellent _____ companies will have operating hours convenient to all their customers.	E19. Healthcare institutions of excellence have opening hours convenient to all customers.
E20. Excellent _____ companies will have employees who give customers personal attention.	E20. Healthcare institutions of excellence have staff who offer individualized attention to customers.

5 Resultados

E21. Excellent _____ companies will have the customers' best interests at heart.	E21. Healthcare institutions of excellence prioritize the interests of customers.
E22. The employees of excellent _____ companies will understand the specific need of their customers.	E22. The staff of healthcare institutions of excellence understand the specific needs of customers.
PART 2	PART 2
Directions: The following set of statements relate to your feelings about XYZ. For each statement, please show the extent to which you believe XYZ has the feature described by the statement. Once again, circling a 7 means that you strongly agree that XYZ has that feature, and circling a 1 means that you strongly disagree. You may circle any of the numbers in the middle that show how strong your feelings are. These are no right or wrong answers – all we are interested in is a number that best show your perceptions about XYZ.	Instructions: The following statements address your perception of XYZ. For each statement, please demonstrate to what extent you believe that this healthcare institution has the feature described by the statement. Choose "7" if fully you agree that this institution has the feature described in the statement, choose "1" if you strongly disagree, or you can choose one of the middle numbers to demonstrate to what extent you feel this institution has this feature. There are no right or wrong answers – we just want to know which number best represents your opinion of this institution.
P1. XYZ has modern-looking equipment.	P1. This healthcare institution has modern equipment.
P2. XYZ's physical facilities are visually appealing.	P2. The physical facilities of this healthcare institution are visually attractive.
P3. XYZ's employees are neat-appearing.	P3. The staff of this healthcare institution dress appropriately for their professional activities.
P4. Materials associated with the service (such as pamphlets or statements) are visually appealing at XYZ.	P4. The promotional materials related to the services provided, such as pamphlets, brochures or booklets are visually attractive in this healthcare institution.
P5. When XYZ promises to do something by a certain time, it does so.	P5. When this healthcare institution stipulates a deadline for completing a particular service, they meet it.
P6. When you have a problem, XYZ show a sincere interest in solving it.	P6. When a customer has a problem, this healthcare institution show genuine interest in solving it.
P7. XYZ performs the service right the first time.	P7. This healthcare institution performs the service correctly the first time.
P8. XYZ provides its services at the time it promises to do so.	P8. This healthcare institution performs services by the scheduled deadline.
P9. XYZ insists on error-free records.	P9. This healthcare institution maintains records without errors.
P10. Employees of XYZ tell you exactly when services will be performed.	P10. The staff of this healthcare institution inform to customers when services will be performed.
P11. Employees of XYZ give you prompt service.	P11. The staff of this healthcare institution provide prompt services to customers.
P12. Employees of XYZ are always willing to help you.	P12. The staff of this healthcare institution are always willing to assist customers.
P13. Employees of XYZ are never too busy to respond to your requests.	P13. The staff of this healthcare institution are never too busy to attend customer requests.
P14. The behavior of employees of XYZ instills confidence in customers.	P14. The behavior of staff in this healthcare institution conveys confidence to customers.
P15. You feel safe in your transactions with XYZ.	P15. Customers feel secure about the services provided by this healthcare institution.
P16. Employees of XYZ are consistently courteous with you.	P16. The staff of this healthcare institution are always polite to customers.
P17. Employees in XYZ have the knowledge to answer your questions.	P17. The staff of this healthcare institution have the knowledge to answer customer questions.
P18. XYZ gives you individual attention.	P18. This healthcare institution offers individualized

5 Resultados

	attention to customers.
P19. XYZ has operating hours convenient to all its customers.	P19. This healthcare institution has opening hours convenient to all customers.
P20. XYZ has employees who give you personal attention.	P20. This healthcare institution has staff who offer individualized attention to customers.
P21. XYZ has your best interests at heart.	P21. This healthcare institution prioritizes the interests of customers.
P22. Employees of XYZ understand your specific needs.	P22. The staff of this healthcare institution understand the specific needs of customers.
PART 3	PART 3
Directions: Listed below are five features pertaining to _____ companies and the services they offer. We would like to know how important each of these features is to you when you evaluate a _____ company's quality of service. Please allocate a total of 100 points among the five features according to how important each feature is to you – the more important a feature is to you, the more points you should allocate to it. Please ensure that the points you allocate to the five features add up to 100.	Instructions: Listed below are five features pertaining to healthcare institutions and the services they offer. We would like to know how important each of these features is to you when evaluating the quality of a healthcare institution. Please distribute the total of 100 points among the five features according to the importance you assign to each of them - the more important, the more points you should assign. Please make sure that the points you distribute among the five features add up to 100.
1. The appearance of the _____ company's physical facilities, equipment, personnel, and communication materials.	1. The appearance of the physical facilities, equipment, staff and communication materials of the healthcare institution.
2. The _____ company's ability to perform the promised service dependably and accurately.	2. The ability of the healthcare institution to perform the promised service reliably and accurately.
3. The _____ company's willingness to help customers and provide prompt service.	3. The availability of the healthcare institution to assist customers and provide services promptly.
4. The knowledge and courtesy of the _____ company's employees and their ability to convey trust and confidence.	4. The knowledge, courtesy and ability of the healthcare institution staff to convey reliability and credibility.
5. The caring, individualized attention the _____ company provides its customers.	5. The care and individualized attention that the healthcare institution offers its customers.
- Which one feature among the above five is most important for you? (please enter the feature's number)	- Which of the above mentioned features is the most important to you? (Please, enter the number of the characteristic)
- Which one feature among the above five is most important for you? (please enter the feature's number)	- Which feature is the second most important to you?
- Which feature is least important to you?	- Which feature is the least important to you?

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Posteriormente à discussão entre pesquisadoras e tradutores, a VIF foi enviada ao professor doutor A. Parasuraman, um dos responsáveis pela concepção da SERVQUAL, que emitiu parecer favorável, e não sugeriu nenhuma alteração (Anexo D). Os demais autores — Valarie Zeithaml e Leonard Berry — não responderam à mensagem, mas receberam a cópia do comunicado do professor Parasuraman; dessa forma, considera-se que eles ficaram cientes

da aprovação.

Depois da concordância do autor da SERVQUAL, a VIF foi traduzida para o português, gerando a **Versão Pré-Final** (VPF). Ressalta-se que não houve alteração dos itens retrotraduzidos após a avaliação dos autores da SERVQUAL, portanto a VPF manteve-se similar à VPC2.

5.1.4 Pré-teste

Com o objetivo de verificar a compreensão do instrumento pela população-alvo e verificar sua aplicabilidade, foi realizado o pré-teste com 36 profissionais de enfermagem de um hospital universitário público, que responderam à VPF e a questões referentes à avaliação semântica da escala.

Na tabela 1, são apresentados os dados sociodemográficos e ocupacionais dos 36 profissionais de enfermagem que participaram do pré-teste.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e ocupacional dos profissionais de enfermagem na etapa de pré-teste (n:36). Londrina-PR, 2016

VARIÁVEIS	n	%	MÉDIA (DP ¹)	INTERVALO
Idade (anos)			43,6 (8,17)	30 - 60
Sexo				
Feminino	29	86,6		
Masculino	7	19,4		
Categoria Profissional				
Enfermeiro	12	33,3		
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	24	66,7		
Titulação				
Sem titulação	18	50,0		
Especialização	14	38,9		
Mestrado	4	11,1		
Setor do hospital				
Unidade de internação adulto e pediátrica	21	58,3		
Pronto-Socorro	6	16,7		
Centro Cirúrgico e Central de Material	1	2,7		
Atendimento ²	6	16,7		
Administração/Direção	2	5,6		
Turno de trabalho				
Integral	6	16,7		
Manhã	17	47,2		
Tarde	6	16,7		
Noite	7	19,4		
Tempo de experiência profissional				
Menos de 1 ano	1	2,8		
1 a 5 anos	1	2,8		
5 a 10 anos	6	16,7		
10 a 20 anos	13	36,1		
Acima de 20 anos	15	41,7		
Tempo de atuação no hospital investigado				
Menos de 1 ano	4	11,1		
1 a 5 anos	4	11,1		
5 a 10 anos	11	30,6		
10 a 20 anos	7	19,4		
Acima de 20 anos	10	27,8		

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

¹ DP: desvio padrão

² Atendimento abrange os seguintes setores: hemocentro, hemodinâmica, radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, hemodiálise, quimioterapia.

Os entrevistados abordados no pré-teste eram adultos em idade produtiva, com média de 43,6 anos e desvio padrão de 8,17. A maioria era do sexo feminino (86,6%) e pertencia à categoria profissional de nível médio (66,7%). Houve prevalência de profissionais com

especialização (38,9%), que atuavam em unidades de internação adulto e pediátrica (58,3%), no turno da manhã (47,2%).

Em relação ao tempo de experiência profissional, grande parte dos profissionais (41,7%) atuava havia mais de 20 anos, e o tempo mais prevalente de atuação no hospital investigado foi de 5 a 10 anos (30,6%), seguido de acima de 20 anos (27,8%).

A escala SERVQUAL tem variação de resposta de 1 a 7. No pré-teste, os profissionais obtiveram o valor médio de 5,8 na seção de expectativa e 4,4 na percepção, apresentando um *gap* negativo de -1,4 (Tabela 2).

Tabela 2 – Valores médios dos valores da expectativa (E), percepção (P) e *gap* dos entrevistados na etapa de pré-teste (N:36). Londrina-PR, 2016

EXPECTATIVA (E)	PERCEPÇÃO (P)	GAP (P – E)
5,8	4,4	-1,4

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

Quanto à distribuição da importância relativa (Tabela 3), o maior valor (23,2) foi atribuído à dimensão “confiabilidade”, seguida de “garantia”, com 22,2. As dimensões “tangibilidade” e “empatia” foram as únicas que apresentaram o valor mínimo de 5. Em contrapartida, somente “confiabilidade” e “garantia” tiveram 50 como valor máximo.

Tabela 3 – Distribuição dos valores atribuídos pelos entrevistados em relação à importância relativa das cinco dimensões da SERVQUAL na etapa de pré-teste (N:36). Londrina-PR, 2016

DIMENSÕES DA SERVQUAL	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
TANGIBILIDADE	5	30	17,8	7,5
CONFIABILIDADE	10	50	23,2	9,2
RESPONSIVIDADE	10	40	17,5	6,6
GARANTIA	10	50	22,2	9,4
EMPATIA	5	40	19,3	8,1

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

Conforme demonstram os resultados na tabela 4, os entrevistados consideraram a “confiabilidade” e “garantia” os itens mais importantes na avaliação da qualidade de um

serviço hospitalar, tendo cada um obtido 27,8% de respostas, totalizando 55,6%. A segunda dimensão mais importante foi a “confiabilidade” (36,1%) e, na sequência, a “garantia”, com 33,3%. Já a “tangibilidade” recebeu a atribuição da dimensão menos importante na qualidade do atendimento hospitalar, atingido o percentual de 61,1%.

Tabela 4 – Distribuição das dimensões da SERVQUAL conforme a importância atribuída pelos entrevistados na etapa de pré-teste (N:36). Londrina-PR, 2016

DIMENSÕES DA SERVQUAL	DIMENSÃO MAIS IMPORTANTE		SEGUNDA DIMENSÃO MAIS IMPORTANTE		DIMENSÃO MENOS IMPORTANTE	
	N	%	N	%	N	%
TANGIBILIDADE	4	11,1	1	2,8	22	61,1
CONFIABILIDADE	10	27,8	13	36,1	1	2,8
RESPONSIVIDADE	6	16,7	4	11,1	5	13,9
GARANTIA	10	27,8	12	33,3	4	11,1
EMPATIA	6	16,7	6	16,7	4	11,1

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

No pré-teste, os entrevistados avaliaram a compreensão e adequação dos itens. Os resultados sobre a análise semântica da VPF da SERVQUAL pela população-alvo estão descritos na tabela 5.

Tabela 5 – Avaliação semântica da Versão Pré-Final (VF) da SERVQUAL na etapa de pré-teste, realizada pela população-alvo – profissionais de enfermagem (n:36). Londrina-PR, 2016

QUESTÕES DA AVALIAÇÃO SEMÂNTICA	CATEGORIAS DE AVALIAÇÃO	n	%
1. De modo geral, como você avalia a escala SERVQUAL?	Bom	30	83,3
	Regular	6	16,7
	Ruim	0	0
2. Como você considera a compreensão dos itens da escala?	Fácil	24	66,7
	Regular	9	25,0
	Difícil	3	8,3
3. Você teve dificuldade em responder a escala de resposta?	Sim	3	8,3
	Às vezes	17	47,2
	Não	16	44,4
4. Você considera os itens da escala importantes para avaliar a qualidade do serviço no hospital?	Sim	36	100,0
	Mais ou menos	0	0
	Não	0	0
5. Você mudaria algum item da escala?	Sim	2	5,6
	Não	34	94,4
6. Você acrescentaria algum item na escala?	Sim	3	8,3
	Não	33	91,7
7. Houve algum item que você não quis responder?	Sim	0	0
	Não	36	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

A avaliação geral da VPF foi positiva: 83,3% (n=20) dos entrevistados assinalaram a opção “bom” na questão 1. Em relação aos seis (16,7%) profissionais que avaliaram a escala como “regular” nesta questão, eles apresentaram as seguintes justificativas: 1. Dois deles relataram dificuldade em compreender o que é esperado na avaliação da expectativa e não conseguiram visualizar ou projetar um serviço de excelência para responder aos itens; 2. Quatro mencionaram a complexidade em avaliar um serviço hospitalar, o que levou a várias leituras das sentenças e, em alguns momentos, surgiram dúvidas sobre a melhor opção de resposta, pois o serviço prestado no hospital é multidimensional e depende de vários fatores para ser considerado de excelência.

Em relação à compreensão dos itens da escala (questão 2), as opções “regular” e “ruim” foram escolhidas por 25% e 8,3%, respectivamente. Os motivos para essa estimativa negativa foram similares aos apresentados na questão 1: avaliar o serviço hospitalar é complexo, e isto dificulta a escolha de um único número que represente sua percepção, tendo em vista que a qualidade é um construto subjetivo e relacionado a mais de uma variável. Um

entrevistado também teve dificuldade em distribuir os 100 pontos na seção de ‘Importância Relativa’.

Na questão 3, que aborda a dificuldade em responder à escala, houve um percentual significativo de respostas negativas (‘sim’ – 8,3% e ‘mais ou menos’ – 47,2%). O comentário de todos os entrevistados que mencionaram essa fragilidade foi novamente similar ao que foi apresentado nas duas questões anteriores: não é simples e rápido avaliar a qualidade do serviço hospitalar, e responder à SERVQUAL demanda análise e reflexão. Ademais, para 18 (50%) profissionais, o tempo de resposta relatado foi superior a 15 minutos, o que não era esperado por eles antes de iniciar o preenchimento do questionário, exigindo que o profissional se organizasse no seu processo de trabalho a fim de estar disponível para responder. Alguns entrevistados (n=8 - 22,2%) ainda mencionaram que a leitura dos itens da escala e a busca da melhor resposta fizeram com que refletissem sobre as vivências profissionais, o processo de trabalho e o desempenho da instituição como um todo.

Para os participantes do pré-teste, a redação da escala estava compreensível. Essa constatação é confirmada pelo fato de que 94,4% não mudariam a redação das sentenças, e 91,7% não acrescentariam nenhum item na escala. Além disso, todos os entrevistados consideraram que os itens da escala são importantes na avaliação da qualidade do serviço hospitalar (questão 4) e responderam à totalidade dos itens, não demonstrando recusa em responder a alguma sentença (questão 7).

Em relação à questão 5, que investiga a necessidade de mudanças na escala, houve duas considerações: 1. aumento do tamanho da letra de todo o questionário; 2. na seção de “Importância Relativa”, inserção de um novo item para avaliar os recursos humanos/pessoal, pois não é razoável que esse tipo de recurso esteja no mesmo item que materiais/equipamentos e estrutura física. Na questão 6, três entrevistados sugeriram a inclusão de dois novos itens: 1. número adequado de profissionais para prestar um serviço de qualidade (dimensionamento de enfermagem); 2. segurança e manutenção de equipamentos.

No final das questões sobre avaliação semântica, alguns entrevistados inseriram sugestões no espaço aberto. Em relação à formatação do instrumento, sugeriram que as colunas da parte I - Seção de Expectativas e parte II - Seção de Percepção, que continham a escala Likert com variação de 1 a 7, tivessem a mesma cor e que, preferencialmente, fossem brancas. No pré-teste, essas colunas alternavam-se com as cores branca e preta, o que pode ter impedido alguns entrevistados de assinalarem os números alocados nas colunas pretas — que eram 2, 4, 6 —, já que a visualização da marcação nessas colunas ficou mais difícil. Pode

estar relacionado a este fato o baixo índice de frequência de respostas apresentado nos itens 2 (3,5%), 4 (6,7%) e 6 (10,7%). Considerando a sugestão dos entrevistados em relação ao leiaute a escala, a VF da SERVQUAL foi configurada com as colunas da escala Likert, com variação de 1 a 7, na cor branca, mantendo o mesmo padrão de apresentação da versão original.

Como alguns entrevistados não compreenderam o que lhes era solicitado na parte das expectativas e tiveram dúvidas se era necessário associar o enunciado a uma instituição hospitalar conhecida, incluiu-se esta frase nas instruções: *“Você não precisa pensar em uma instituição específica, pois são características que você **espera** de um serviço de excelência”*.

Outra alteração após o pré-teste ocorreu na redação das instruções na parte I. Incluiu-se, no texto, uma menção sobre a complexidade em avaliar o serviço hospitalar, a saber: *“Avaliar o serviço de saúde não é simples, e a excelência no atendimento depende de vários fatores. Por isso, leia com calma e escolha as opções que mais se aproximam da sua avaliação”*. Essa inclusão pautou-se pelo parecer dos entrevistados sobre o quão complexo é analisar as variáveis que interferem no atendimento prestado no hospital e a dificuldade em escolher somente uma opção de resposta para cada item.

No final das sentenças sobre importância relativa, nas quais os entrevistados deveriam distribuir uma pontuação, incluiu-se o valor 100, para facilitar a compreensão de que os números alocados em cada sentença deveriam totalizar 100.

Após o pré-teste, não houve necessidade de alterações na redação dos itens da escala. Considera-se que as sugestões de inclusão de itens sobre dimensionamento de profissionais de enfermagem e recursos materiais (equipamentos) estão contempladas, de maneira geral, em outras sentenças, já que a SERVQUAL tem um foco ampliado sobre as dimensões da qualidade do serviço.

Destaca-se ainda que, na VF, a ordem dos itens da escala foi alterada, para que as cinco dimensões não ficassem agrupadas nem em sequência, com o objetivo de aumentar a precisão da mensuração do construto. Quanto à operacionalização da coleta de dados, os entrevistados reforçaram a necessidade de as pesquisadoras deixarem o questionário para ser respondido em momento oportuno e com tranquilidade, considerando a dinamicidade do processo de trabalho num hospital.

No quadro 20, constam as alterações realizadas na SERVQUAL após o pré-teste.

Quadro 20 - Resumo das alterações incorporadas à SERVQUAL após o pré-teste com 36 profissionais de enfermagem de um hospital universitário público

ANTES DO PRÉ-TESTE	APÓS O PRÉ-TESTE
As colunas que continham as respostas de cada item – escala Likert de 1 a 7 – intercalavam-se com as cores branca e preta.	Todas as colunas da escala Likert, com variação de 1 a 7, não receberam a aplicação de nenhum efeito de cor, permanecendo com a cor branca e mantendo o mesmo padrão de apresentação da versão original.
Nas instruções da seção de expectativa, não havia menção de que não era preciso relacionar os critérios de excelência esperados a uma instituição específica.	Inclusão da sentença nas instruções da seção de expectativa: “ <i>Você não precisa pensar em uma instituição específica, pois são características que você espera de um serviço de excelência</i> ”.
Nas instruções da seção de expectativa, não estava explícita a complexidade inerente à avaliação de um serviço de saúde.	Inseriu-se este texto nas instruções da seção de expectativa: “ <i>Avaliar o serviço de saúde não é simples, e a excelência no atendimento depende de vários fatores. Por isso, leia com calma e escolha as opções que mais se aproximam da sua avaliação</i> ”.
Antes de cada um dos cinco itens da Avaliação de Importância Relativa, havia um espaço para que o entrevistado escrevesse o valor atribuído, de 0 a 100.	Abaixo das sentenças sobre importância relativa, incluiu-se “100”, indicando o número total que deveria resultar dos valores de cada sentença.
Os itens de 1 a 22 da seção de Expectativa e Percepção foram apresentados em ordem crescente.	A ordem dos itens da escala da seção de Expectativa e Percepção foi alterada de maneira aleatória, para que as cinco dimensões não ficassem agrupadas nem na sequência.

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Após a incorporação das mudanças sugeridas pela população-alvo, o instrumento foi encaminhado para o comitê de especialistas, que foi composto pelos mesmos participantes das etapas anteriores, o qual validou por consenso a versão final da SERVQUAL.

Os resultados obtidos na etapa de ATC permitem afirmar que a VF adaptada da SERVQUAL apresentou equivalência semântica, idiomática, conceitual e cultural, cumprindo o processo de validade de face e conteúdo, assim como o de avaliação semântica, após o parecer do comitê de especialistas e da análise da população-alvo. Ressalta-se que não houve exclusão de nenhum dos itens da versão original durante este processo.

No quadro 21, a VF da SERVQUAL, depois de percorridas todas as etapas da ATC.

Quadro 21 – Versão final (VF) da SERVQUAL

ESCALA SERVQUAL (<i>Service Quality</i>)
PARTE I
<p>Instruções: Baseado em suas experiências como profissional de enfermagem, pense no que você espera de uma instituição de saúde para que ofereça um serviço de qualidade. Demonstre o quanto você acredita que esta instituição deve possuir as características descritas em cada afirmativa. Você não precisa pensar em uma instituição específica, pois são características que você espera de um serviço de excelência. Se você considera que uma característica não é essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule o número 1. Se você considera que a característica é absolutamente essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule 7. Se sua opinião for diferente, circule um dos números na parte central. Avaliar o serviço de saúde não é simples e a excelência no atendimento depende de vários fatores. Por isso, leia com calma e escolha as opções que mais se aproximam da sua avaliação. Não existe resposta certa ou errada. Estamos apenas interessados no número que realmente reflete sua opinião sobre uma instituição de saúde que presta um serviço de qualidade.</p>
E1. Instituições de saúde de excelência têm equipamentos modernos.
E5. Quando instituições de saúde de excelência estipulam um prazo para realizar determinado serviço, elas cumprem.
E10. Colaboradores de instituições de saúde de excelência comunicam aos clientes quando os serviços serão realizados.
E14. O comportamento dos colaboradores de instituições de saúde de excelência transmite confiança aos clientes.
E18. Instituições de saúde de excelência oferecem atenção individualizada aos clientes.
E15. Clientes de instituições de saúde de excelência se sentem seguros com os serviços prestados.
E2. Instalações físicas de instituições de saúde de excelência são visualmente atrativas.
E11. Colaboradores de instituições de saúde de excelência fornecem serviços imediatos aos clientes.
E6. Quando um cliente tem um problema, instituições de saúde de excelência mostram interesse sincero em resolvê-lo.
E19. Instituições de saúde de excelência têm horário de funcionamento conveniente a todos os clientes.
E12. Colaboradores de instituições de saúde de excelência estão sempre dispostos a ajudar os clientes.
E21. Instituições de saúde de excelência priorizam os interesses dos clientes.
E3. Colaboradores de instituições de saúde de excelência se vestem adequadamente para suas

atividades profissionais.

E7. Instituições de saúde de excelência executam o serviço corretamente na primeira vez.

E20. Instituições de saúde de excelência possuem colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.

E8. Instituições de saúde de excelência realizam os serviços no prazo programado.

E13. Colaboradores de instituições de saúde de excelência nunca estão muito ocupados para atender as solicitações dos clientes.

E16. Colaboradores de instituições de saúde de excelência são sempre educados com os clientes.

E9. Instituições de saúde de excelência mantêm registros sem erros.

E17. Colaboradores de instituições de saúde de excelência têm conhecimento para responder às perguntas dos clientes.

E4. Materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, pôlderes ou encartes, são visualmente atrativos em instituições de saúde de excelência.

E22. Colaboradores de instituições de saúde de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes.

PARTE II

Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre sua percepção em relação ao **Hospital Universitário de Londrina**. Para cada afirmativa, demonstre o quanto você acredita que esta instituição de saúde possui a característica descrita. Assinale “7” se você concorda totalmente que o **Hospital Universitário de Londrina** possui a característica descrita, assinale “1” se você discorda totalmente, ou você pode assinalar um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade que você percebe que o **Hospital Universitário de Londrina** possui tal característica. Não existem respostas certas ou erradas. Só queremos saber qual número melhor representa sua opinião sobre esta instituição.

P1. Esta instituição de saúde tem equipamentos modernos.

P5. Quando esta instituição de saúde estipula um prazo para realizar determinado serviço, ela cumpre.

P10. Os colaboradores desta instituição de saúde comunicam ao cliente quando os serviços serão realizados.

P14. O comportamento dos colaboradores desta instituição transmite confiança aos clientes.

P18. Esta instituição de saúde oferece atenção individualizada aos clientes.

P15. Os clientes se sentem seguros com os serviços prestados por esta instituição de saúde.

P2. As instalações físicas desta instituição de saúde são visualmente atrativas.

P11. Os colaboradores desta instituição de saúde fornecem serviços imediatos aos clientes.

P6. Quando um cliente tem um problema, esta instituição de saúde mostra interesse sincero em resolvê-lo.

P19. Esta instituição de saúde tem horário de funcionamento conveniente a todos os clientes.

P12. Os colaboradores desta instituição estão sempre dispostos a ajudar os clientes.

P21. Esta instituição de saúde prioriza os interesses dos clientes.

P3. Os colaboradores desta instituição se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.

P7. Esta instituição de saúde realiza o serviço corretamente na primeira vez.

P20. Esta instituição de saúde possui colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.

P8. Esta instituição de saúde realiza os serviços no prazo programado.

P13. Os colaboradores desta instituição nunca estão muito ocupados para atender as solicitações dos clientes.

P16. Os colaboradores desta instituição são sempre educados com os clientes.

P9. Esta instituição de saúde mantém registros sem erros.

P17. Os colaboradores desta instituição têm conhecimento para responder às perguntas dos clientes.

P4. Os materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, pôsteres ou encartes, são visualmente atrativos nesta instituição de saúde.

P22. Os colaboradores desta instituição de saúde compreendem as necessidades específicas dos clientes.

PARTE III

Instruções: Abaixo estão listadas cinco características que pertencem a instituições de saúde e os serviços que estas oferecem. Gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você quando avalia a qualidade dos serviços de uma instituição de saúde. Por favor, distribua o total de 100 pontos entre as cinco características conforme a importância que você atribui a cada uma delas – quanto mais importante for, mais pontos você deverá atribuir. Por favor, certifique-se de que os pontos que você distribuir entre as cinco características somem 100.

1. A aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação da instituição de saúde.
2. A habilidade da instituição de saúde em cumprir o serviço prometido de maneira confiável e precisa.
3. A disponibilidade da instituição de saúde em auxiliar os clientes e oferecer serviços com prontidão.
4. O conhecimento, a cortesia e a habilidade dos colaboradores da instituição de saúde em transmitir confiança e credibilidade.

5. O cuidado e atenção individualizada que a instituição de saúde oferece aos seus clientes.
- ✓ Qual das características acima mencionadas é a mais importante para você? (Por favor, coloque o número da característica)
 - ✓ Qual característica é a segunda mais importante para você?
 - ✓ Qual característica é a menos importante para você?

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

5.2 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA SERVQUAL ADAPTADA

Na etapa de verificação das propriedades psicométricas da SERVQUAL, foram seguidas as recomendações para a obtenção da equivalência de mensuração, indicadas por Reichenheim e Moraes (2007). Por conseguinte, os procedimentos desenvolvidos buscaram avaliar: validade dimensional e adequação de itens componentes por meio da Regressão Múltipla, Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC); confiabilidade da escala, verificando sua consistência interna; e validade de construto ou de critério, já em busca dos encaminhamentos finais com base nas análises anteriores — validade dimensional e confiabilidade.

5.2.1 Caracterização da Amostra

A VF da SERVQUAL foi aplicada a 270 profissionais de enfermagem que atuavam em um hospital universitário público, localizado no Paraná. A tabela 6 apresenta a distribuição dos entrevistados de acordo com o perfil sociodemográfico e ocupacional.

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o perfil sociodemográfico e ocupacional na etapa de validação da SERVQUAL (n=270). Londrina-PR, 2016

VARIÁVEIS	N (270)	%	MÉDIA (DP ¹)	INTERVALO
Idade				
			46 (±8,57)	22-66
Sexo				
Feminino	217	80,4		
Masculino	53	19,6		
Categoria profissional				
Enfermeiro	60	22,2		
Auxiliar / Técnico de Enfermagem	210	77,8		
Maior titulação				
Nenhuma	163	60,4		
Especialização/Residência	77	28,5		
Mestrado	21	7,8		
Doutorado	8	3,0		
Pós-doutorado	1	0,3		
Setor de trabalho				
Unidade de internação adulto ou pediátrico	163	60,4		
Pronto-socorro	39	14,4		
Centro cirúrgico/ Central de material	24	8,9		
Atendimento ¹	23	8,5		
Administração/ Direção	21	7,8		
Turno de trabalho				
Integral	40	18,1		
Diurno (Manhã ou Tarde)	118	43,7		
Noite	103	38,2		
Tempo de experiência (em anos)				
< 1	1	0,4		
1 a 5	18	6,7		
5 a 10	26	9,6		
10 a 20	80	29,6		
> 20	145	53,7		
Tempo de atuação no HU (em anos)				
< 1	24	8,9		
1 a 5	37	13,7		
5 a 10	51	18,9		
10 a 20	47	17,4		
> 20	111	41,1		

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

¹Atendimento abrange os seguintes setores: hemocentro, hemodinâmica, radiologia, ultrassonografia, eletrocardiograma, hemodiálise, quimioterapia.

A maioria dos entrevistados eram mulheres (80,4%) pertencentes à categoria profissional de nível médio (77,8%), sem nenhuma titulação (60,4%) e atuavam em unidade de internação adulto ou pediátrico (60,4%), no período diurno (43,7%). A amostra englobou profissionais experientes na área de enfermagem, com atuação na profissão (53,7%) e no hospital investigado (41,1%) por mais de 20 anos. A média de idade foi de 46 anos ($\pm 8,57$).

5.2.2 Análise dos Itens da Escala

A tabela 7 apresenta os dados descritivos com medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (mínimo, máximo e desvio padrão) de cada item da SERVQUAL da seção de expectativa (22 itens) e de percepção (22 itens).

Tabela 7 – Medidas de tendência central e variabilidade dos itens sobre expectativa (E) e percepção (P) da SERVQUAL referentes aos 270 profissionais de enfermagem entrevistados na etapa de validação. Londrina-PR, 2016

	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO		MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
E1	1,00	7,00	5,73	7,00	1,87	P1	1,00	7,00	4,77	5,00	1,86
E2	1,00	7,00	5,40	6,00	1,92	P2	1,00	7,00	3,16	3,00	1,79
E3	1,00	7,00	5,81	7,00	1,93	P3	1,00	7,00	4,33	5,00	2,04
E4	1,00	7,00	5,45	6,00	1,95	P4	1,00	7,00	4,67	5,00	1,87
E5	1,00	7,00	5,62	6,00	1,80	P5	1,00	7,00	3,82	4,00	1,80
E6	1,00	7,00	5,89	7,00	1,84	P6	1,00	7,00	4,83	5,00	1,71
E7	1,00	7,00	5,52	6,00	1,95	P7	1,00	7,00	4,49	5,00	1,73
E8	1,00	7,00	5,72	7,00	1,79	P8	1,00	7,00	3,91	4,00	1,82
E9	1,00	7,00	5,44	6,00	1,92	P9	1,00	7,00	4,15	4,00	1,69
E10	1,00	7,00	6,00	7,00	1,79	P10	1,00	7,00	4,66	5,00	1,79
E11	1,00	7,00	5,43	6,00	1,93	P11	1,00	7,00	4,00	4,00	1,80
E12	1,00	7,00	5,89	7,00	1,84	P12	1,00	7,00	4,97	5,00	1,70
E13	1,00	7,00	5,02	5,00	1,88	P13	1,00	7,00	3,46	3,00	1,89
E14	1,00	7,00	6,07	7,00	1,81	P14	1,00	7,00	4,93	5,00	1,64
E15	1,00	7,00	6,00	7,00	1,76	P15	1,00	7,00	5,13	5,00	1,61
E16	1,00	7,00	5,75	7,00	1,86	P16	1,00	7,00	4,34	4,00	1,64
E17	1,00	7,00	5,73	7,00	1,77	P17	1,00	7,00	4,92	5,00	1,63
E18	1,00	7,00	5,65	7,00	1,97	P18	1,00	7,00	4,30	4,00	1,91
E19	1,00	7,00	5,50	6,00	1,94	P19	1,00	7,00	5,05	6,00	1,97
E20	1,00	7,00	5,61	6,00	1,84	P20	1,00	7,00	4,43	5,00	1,95
E21	1,00	7,00	5,64	6,00	1,83	P21	1,00	7,00	4,70	5,00	1,75
E22	1,00	7,00	5,76	7,00	1,80	P22	1,00	7,00	4,86	5,00	1,56

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

Os itens sobre expectativa apresentaram valores médios superiores aos da seção de percepção, ou seja, os profissionais esperam mais do serviço hospitalar do que percebem sobre o atendimento que é prestado na instituição onde atuam. O item 14 obteve o maior escore médio de expectativa ($E_{14}=6,07$), que identifica o quanto os trabalhadores transmitem confiança aos clientes, e o menor índice veio da avaliação sobre a estrutura física ($E_2=5,40$). No parecer sobre o hospital em que trabalham, o item 15, que aborda a segurança dos serviços prestados, apresentou o maior valor ($P_{15} = 5,13$), e a sentença referente à estrutura física recebeu a menor pontuação ($P_2=3,16$).

A descrição dos valores dos *gaps* (Q) da qualidade, que consistem na diferença entre os escores de P (percepção) e E (expectativa), está demonstrada na tabela 8.

Tabela 8 – Medidas de tendência central e variabilidade dos *gaps** (Q) de cada item da SERVQUAL referente aos 270 profissionais de enfermagem na etapa de validação. Londrina-PR, 2016

	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
Q1	-6,00	6,00	-0,96	-1,00	2,16
Q2	-6,00	6,00	-2,24	-2,00	2,65
Q3	-6,00	6,00	-1,48	-1,00	2,72
Q4	-6,00	6,00	-0,78	-1,00	2,32
Q5	-6,00	6,00	-1,80	-2,00	2,57
Q6	-6,00	6,00	-1,06	-1,00	2,36
Q7	-6,00	6,00	-1,03	-1,00	2,31
Q8	-6,00	6,00	-1,81	-2,00	2,54
Q9	-6,00	6,00	-1,29	-1,00	2,28
Q10	-6,00	6,00	-1,33	-1,00	2,30
Q11	-6,00	6,00	-1,43	-2,00	2,48
Q12	-6,00	6,00	-0,91	-1,00	2,28
Q13	-6,00	6,00	-1,56	-1,00	2,36
Q14	-6,00	6,00	-1,14	-1,00	2,12
Q15	-6,00	6,00	-0,87	-1,00	2,22
Q16	-6,00	6,00	-1,41	-2,00	2,24
Q17	-6,00	6,00	-0,81	-1,00	2,02
Q18	-6,00	6,00	-1,35	-1,00	2,67
Q19	-6,00	6,00	-0,39	0,00	2,51
Q20	-6,00	6,00	-1,17	-1,00	2,48
Q21	-6,00	6,00	-0,94	-1,00	2,35
Q22	-6,00	6,00	-0,90	-1,00	2,12

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

*Os valores de Q representam os *gaps* de cada item da SERVQUAL, em que $Q = \text{Escore de Percepção (P)} - \text{Escore de Expectativa (E)}$.

Os *gaps*, também intitulados qualidade percebida, têm variação de -6 a +6 e em todos os itens apresentaram valores médios negativos, indicando que os participantes não têm percepção satisfatória da qualidade do serviço. A maior discrepância foi verificada na análise sobre estrutura física (Q2 = -2,24), e o índice que mais se aproximou de uma avaliação satisfatória foi o item 19, que se refere à adequação do horário de funcionamento da instituição (Q19 = -0,39).

Na tabela 9, são evidenciadas as frequências relativas (%) das 22 sentenças de expectativa (E) e percepção (P), de acordo com os valores da escala de Likert (1 a 7) atribuídos pelos profissionais.

Tabela 9 – Distribuição das frequências relativas dos itens sobre expectativa (E) e percepção (P) do atendimento hospitalar, segundo os valores da escala de respostas de 1 a 7* na etapa de validação da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016

	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
E1	7,8%	2,2%	3,3%	7,8%	9,6%	13,3%	55,9%	P1	9,3%	4,4%	10,0%	14,1%	23,3%	16,3%	22,6%
E2	7,8%	4,1%	5,9%	8,9%	13,3%	16,3%	43,7%	P2	26,3%	13,3%	17,4%	21,5%	9,3%	7,0%	5,2%
E3	9,6%	1,5%	1,9%	7,0%	5,2%	14,8%	60,0%	P3	14,4%	10,4%	7,4%	15,9%	17,4%	15,9%	18,5%
E4	9,3%	4,1%	1,9%	9,3%	12,6%	18,5%	44,4%	P4	8,9%	6,3%	10,7%	16,3%	18,5%	19,3%	20,0%
E5	5,9%	3,0%	5,2%	8,9%	12,2%	15,9%	48,9%	P5	15,9%	10,4%	12,6%	22,6%	20,7%	10,7%	7,0%
E6	7,4%	2,6%	2,2%	6,3%	6,3%	13,7%	61,5%	P6	5,2%	5,9%	10,0%	17,8%	22,6%	17,8%	20,7%
E7	9,3%	3,3%	3,7%	7,0%	10,0%	19,6%	47,0%	P7	7,0%	6,7%	14,4%	18,9%	22,6%	15,6%	14,8%
E8	6,3%	3,3%	3,0%	6,3%	13,3%	15,9%	51,9%	P8	13,0%	11,5%	17,4%	18,1%	18,1%	13,0%	8,9%
E9	7,8%	4,8%	3,7%	9,6%	11,5%	18,9%	43,7%	P9	8,5%	9,6%	15,2%	23,7%	20,0%	13,7%	9,3%
E10	7,0%	2,2%	2,2%	5,2%	3,7%	15,2%	64,4%	P10	5,9%	7,8%	12,2%	17,8%	21,9%	13,3%	21,1%
E11	7,4%	5,9%	3,3%	10,0%	10,4%	18,9%	44,1%	P11	11,1%	11,5%	16,7%	20,4%	18,9%	10,7%	10,7%
E12	7,4%	2,6%	3,0%	3,7%	8,5%	14,1%	60,7%	P12	5,2%	3,7%	10,4%	16,7%	22,2%	17,4%	24,4%
E13	7,4%	5,9%	7,0%	14,4%	16,3%	19,6%	29,3%	P13	21,1%	14,1%	17,0%	17,4%	14,1%	8,1%	8,1%
E14	7,4%	1,5%	3,7%	2,2%	5,6%	8,5%	71,1%	P14	5,2%	4,4%	7,8%	16,7%	25,6%	21,1%	19,3%
E15	6,7%	1,9%	1,9%	5,9%	6,7%	11,9%	65,2%	P15	3,3%	4,8%	7,8%	14,1%	22,6%	24,1%	23,3%
E16	7,0%	3,7%	1,9%	8,1%	8,9%	14,4%	55,9%	P16	4,8%	10,0%	14,8%	24,4%	21,5%	11,9%	12,6%
E17	6,3%	2,6%	3,0%	8,5%	10,0%	19,3%	50,4%	P17	5,2%	4,1%	8,9%	15,9%	25,2%	23,0%	17,8%
E18	10,0%	1,9%	2,6%	6,7%	12,2%	11,1%	55,6%	P18	12,6%	7,4%	12,6%	17,8%	20,0%	14,1%	15,6%
E19	9,3%	3,3%	2,6%	8,5%	11,1%	19,6%	45,6%	P19	8,9%	5,6%	7,4%	13,7%	11,9%	19,6%	33,0%
E20	7,4%	3,0%	2,6%	10,0%	10,4%	18,9%	47,8%	P20	10,7%	10,4%	10,4%	14,1%	20,4%	15,9%	18,1%
E21	7,0%	3,0%	3,0%	9,3%	11,1%	17,0%	49,6%	P21	8,1%	4,4%	9,3%	20,0%	20,0%	22,2%	15,9%
E22	6,3%	3,0%	3,7%	7,0%	9,6%	16,7%	53,7%	P22	3,7%	4,4%	8,5%	22,6%	24,4%	18,9%	17,4%

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

* A escala de 1 a 7 representa desde a total discordância (1) até a total concordância (7) com o item.

Conforme apresentado na tabela 9, as maiores expectativas em relação à qualidade do serviço de saúde pertencem à sentença 14: “O comportamento dos colaboradores de instituições de saúde de excelência transmite confiança aos clientes” (71,7%), sentença 15:

“Clientes de instituições de saúde de excelência se sentem seguros com os serviços prestados” (65,2%) e sentença 10: “Colaboradores de instituições de saúde de excelência comunicam aos clientes quando os serviços serão realizados” (64,4%).

Quanto à avaliação do hospital onde os profissionais de enfermagem atuam, os índices mais elevados se concentraram na sentença 19: “Esta instituição de saúde tem horário de funcionamento conveniente a todos os clientes” (33,0%), sentença 12: “Os colaboradores desta instituição estão sempre dispostos a ajudar os clientes” (24,4%) e sentença 15: “Os clientes se sentem seguros com os serviços prestados por esta instituição de saúde” (23,3%).

Os percentuais inferiores em relação ao que os entrevistados esperam de um serviço de saúde de excelência recaíram sobre o item 5: “Quando instituições de saúde de excelência estipulam um prazo para realizar determinado serviço, elas cumprem” (5,9%), item 8: “Instituições de saúde de excelência realizam os serviços no prazo programado” (6,3%), item 17: “Colaboradores de instituições de saúde de excelência têm conhecimento para responder às perguntas dos clientes” (6,3%) e item 22: “Colaboradores de instituições de saúde de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes” (6,3%).

Os aspectos do hospital considerados influenciadores da qualidade do serviço que apresentaram os índices mais baixos estavam presentes no item 15: “Os clientes se sentem seguros com os serviços prestados por esta instituição de saúde” (3,3%), item 22: “Os colaboradores desta instituição de saúde compreendem as necessidades específicas dos clientes” (3,7%) e item 16: “Os colaboradores desta instituição são sempre educados com os clientes” (4,8%).

Depois de responderem aos itens sobre expectativas e percepções a respeito do atendimento hospitalar, os profissionais de enfermagem atribuíram pontos, que deveriam totalizar 100, a cinco sentenças, as quais eram equivalentes às dimensões da qualidade de um serviço: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, garantia e segurança. Os resultados sobre essas respostas estão descritos na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos valores* atribuídos pelos profissionais de enfermagem às cinco dimensões da SERVQUAL na etapa de validação (n:270). Londrina-PR, 2016

DIMENSÕES DA QUALIDADE	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
TANGIBILIDADE	0	80	16,03	15	7,61
CONFIABILIDADE	5	60	23,03	20	9,54
RESPONSIVIDADE	0	50	18,54	20	6,96
GARANTIA	5	60	23,07	20	8,76
EMPATIA	0	50	19,32	20	7,42

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

*Os entrevistados foram orientados a atribuir o valor de 0 a 100 a cada sentença.

Conforme é visualizado na tabela 10, a pontuação mais baixa foi atribuída à tangibilidade (média = 16,03 e mediana = 15), tendo a variabilidade de 7,61, com a maior amplitude de respostas (mínimo = 0 e máximo = 80). As demais dimensões – confiabilidade, responsividade, garantia e empatia – demonstraram proximidade nas medidas de tendência central, com variação da média de 18,54 (responsividade) a 23,07 (garantia), e mediana de 20 nas quatro sentenças. Destaca-se que a amplitude de respostas dessas quatro dimensões foi menor do que a da tangibilidade, indicando 50 para responsividade e empatia, e 55 para confiabilidade e garantia.

Os achados sobre a importância relativa das dimensões da qualidade do serviço de saúde na visão dos trabalhadores de enfermagem estão demonstrados no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição das dimensões da SERVQUAL em frequências relativas (%) conforme a importância atribuída pelos profissionais de enfermagem na etapa de validação (N:270). Londrina-PR, 2016

Fonte: Elaborado pela autora (2016).

Pelo gráfico 1, percebe-se que, na perspectiva dos entrevistados, a dimensão mais importante é a confiabilidade (41,1%), seguida da garantia (30,0%). Em segundo lugar, os profissionais indicaram garantia (27,4%), confiabilidade (26,3%) e responsividade (21,9%). Caso se analisem em conjunto as duas primeiras dimensões em ordem crescente de relevância, tem-se confiabilidade e garantia. A dimensão menos importante foi tangibilidade (61,5%), com diferença de 45,2% para a segunda menos importante (empatia = 16,3%).

5.2.3 Análise da Dimensionalidade ou Validade de Construto

Por considerar que a população-alvo da presente pesquisa – profissionais de enfermagem – e o contexto de aplicação do instrumento – hospital – diferem das características da versão original da escala (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991), foram aplicadas as técnicas estatísticas recomendadas na construção/desenvolvimento

de escalas: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC), explicitadas a seguir.

Como a SERVQUAL tem a particularidade de conter duas subescalas, sendo uma para mensurar as expectativas e outra para identificar a percepção dos clientes em relação ao serviço avaliado, as quais originam uma terceira mensuração, que consiste no índice de satisfação do serviço avaliado ou *gap* ($Q = \text{diferença entre percepção e expectativa}$), o procedimento estatístico residiu na aplicação da AFE e AFC para cada uma das três medidas: Expectativa, Percepção e *Gap*. Essa técnica está em consonância com o que foi aplicado pelos autores da versão original da SERVQUAL, na sua concepção e refinamento (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988, 1991).

Neste sentido, destaca-se o cuidado na estratégia de ajuste das análises, que, para ter aplicabilidade no contexto da saúde, levou em conta as adequações procedidas nas três análises. Por exemplo, se houvesse recomendação de exclusão do item E1 da seção de Expectativas, seria avaliado se o item P1 também poderia ser excluído da seção de Percepção, sem maiores prejuízos. A perspectiva é que, ao final do processo de validação, os itens estivessem em pares – Expectativa e Percepção –, para ser possível calcular o *gap* daquilo que foi avaliado (percepção) em relação ao que se espera (expectativa) de uma determinada característica ou dimensão do serviço hospitalar.

Ademais, no momento anterior às análises fatoriais, procedeu-se a uma regressão múltipla para identificar como as respostas dos itens da avaliação da importância relativa, que são equivalentes às cinco dimensões da SERVQUAL, se comportavam em relação aos 22 itens da seção de Expectativa.

5.2.3.1 Preliminares da análise fatorial: regressão múltipla

Antes de ajustar os modelos da AFE e refiná-los com a AFC, aplicou-se a técnica multivariada de regressão múltipla. As cinco variáveis oriundas das sentenças que mensuraram a importância relativa dos fatores/dimensões da SERVQUAL, a partir da pontuação atribuída pelos entrevistados, foram consideradas as variáveis dependentes, e os itens relacionados à Expectativa, conforme a distribuição nas cinco dimensões, foram os preditores (constante).

A opção em realizar a regressão múltipla fundamentou-se no objetivo de ampliar a verificação psicométrica da escala e fortalecer os achados das técnicas estatísticas posteriores

(AFE, AFC e análise de confiabilidade). Desta forma, partiu-se da hipótese de que haveria uma correlação positiva entre as sentenças de importância relativa e os itens de expectativa. Por exemplo, no modelo de regressão entre a variável IMP1 (Sentença 1 de Importância Relativa) e os itens E1, E2, E3 e E4, esperava-se que houvesse uma relação linear, e assim sucessivamente com as demais sentenças (IMP2, IMP3, IMP4, IMP5) e itens de expectativas da SERVQUAL. A sumarização dos cinco modelos de regressão está apresentada na tabela 11.

Tabela 11 – Sumarização dos cinco modelos de regressão linear aplicados nas sentenças de importância relativa contra os itens da seção de expectativas da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016, 2017

MODELO	R	R ²	R ² AJUSTADO	ERRO PADRÃO DA ESTIMATIVA
1	,139^{a,b}	0,019	0,005	7,59347
a. Variável Dependente: IMP1 b. Preditores: (Constante), E4_T, E1_T, E2_T, E3_T				
2	,095^{a,b}	0,009	-0,010	9,58356
a. Variável Dependente: IMP2 b. Preditores: (Constante), E9_C, E5_C, E7_C, E6_C, E8_C				
3	,081^{a,b}	0,007	-0,008	6,98555
a. Variável Dependente: IMP3 b. Preditores: (Constante), E13_R, E10_R, E11_R, E12_R				
4	,042^{a,b}	0,002	-0,013	8,81882
a. Variável Dependente: IMP4 b. Preditores: (Constante), E17_G, E14_G, E15_G, E16_G				
5	,119^{a,b}	0,014	-0,004	7,43965
a. Variável Dependente: IMP5 b. Preditores: (Constante), E22_E, E18_E, E19_E, E20_E, E21_E22				

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Conforme se constata na tabela 11, os cinco modelos não apresentaram R² ajustado satisfatório e significativo [p-valor(F) < 0,05], com valores muito próximos a 0, indicando que, no conjunto, os itens da SERVQUAL que avaliaram a expectativa de um serviço de saúde de excelência não ajudaram a explicar a variabilidade do construto – tangibilidade, confiabilidade, responsividade, garantia e segurança –, explicitados, respectivamente, nos cinco itens de avaliação da importância relativa. Esse achado preliminar não vai ao encontro da estrutura fatorial teoricamente esperada pela SERVQUAL, que pressupõe a existência de cinco fatores ou dimensões, e indica a existência de um modelo unifatorial. Na sequência, será

apresentada a validade de construto, por meio da AFE e AFC, em que foram testadas a existência de fatores latentes e as correlações entre os itens e esses fatores, para explicar o construto “qualidade de serviços hospitalares”.

5.2.3.2 Validação dos dados

Antes de executar a AFE e AFC, foram avaliados os *missings*, *outliers* e consistência dos 270 casos observados. Não foram encontradas observações em relação aos valores ausentes. Em termos de consistência, principalmente para avaliação do engajamento dos entrevistados, verificou-se a variabilidade dos itens da SERVQUAL e foram constatadas 32 observações sem variabilidade na avaliação de Expectativa e 7 observações sem variabilidade na análise de Percepção, em que os entrevistados assinalaram somente 1 ou 7.

Ressalta-se que, durante a coleta de dados, a pesquisadora verificou atentamente os casos em que não havia variação das respostas e foi ao encontro desses entrevistados para validar tais achados. Não houve mudanças após essa verificação, já que todos os profissionais declararam que as respostas sem diversificação representavam a opinião deles. Diante disso, optou-se por excluir apenas as observações que não apresentavam variabilidade no instrumento de Expectativa e Percepção, simultaneamente. Nesse caso, foram excluídas 6 observações, perfazendo $n=264$.

Os *outliers* foram avaliados no contexto multivariado, ou seja, no momento em que os modelos AFC eram realizados. A distância de Mahalanobis indicou quantidade substancial de observações com valores atípicos/discrepantes, no entanto, com vista a não reduzir substancialmente a amostra e correr o risco de superajustamento ou perda de generalidade dos resultados, excluíram-se 5% dos maiores pontos influentes. Com isso, mais 14 observações foram eliminadas e deu-se seguimento às análises com $n=250$.

Com a amostra completa ($n=270$), exacerbou-se a falta de normalidade multivariada, porém, com a redução da quantidade de observações para 250 – 6 delas foram excluídas pela invariabilidade das respostas e 14 por se tratarem de *outliers* –, a falta de normalidade multivariada reduziu-se substancialmente.

5.2.3.3 Análise fatorial exploratória: Expectativa

Para os itens da seção de expectativa, foram executados os procedimentos para AFE, considerando as recomendações constantes na literatura (ARANHA; ZAMBALDI, 2008; BEZERRA, 2007; FÁVERO et al., 2009; FERREIRA, 2011; HAIR et al., 2009; LATTIN; CARROLL; GREEN, 2011; MINGOTI, 2005; REIS, 2001).

No primeiro momento, encontrou-se um modelo unifatorial, com ajuste global excelente. No entanto, dois itens – E1 e E13 – apresentaram cargas fatoriais baixas ($=0,40$). Executando novamente os procedimentos com a exclusão de E1 e E13, o ajuste continuou excelente, comprovado pela adequabilidade dos índices de ajuste: i) correlações individuais superiores a 0,30 e significativas; ii) teste de esfericidade de Bartlett altamente significativo ($\chi^2=5.726$; $p\text{-valor}<0,000$); iii) medidas de adequação da amostra (MSA) superiores a 0,90; iv) cargas fatoriais superiores a 0,60; v) porcentagem da variância total explicada por um único fator, selecionado pelo critério do autovalor > 1 , igual a 69%; e v) medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,972.

5.2.3.4 Análise fatorial exploratória: Percepção

O ajuste do modelo de Percepção se mostrou menos coeso do que a estrutura de Expectativa, tendo em vista que os dados apresentaram maior variabilidade e menor correlação. No primeiro momento, executando os mesmos procedimentos da análise anterior e conforme as recomendações na literatura (ARANHA; ZAMBALDI, 2008; BEZERRA, 2007; FÁVERO et al., 2009; FERREIRA, 2011; HAIR et al., 2009; LATTIN; CARROLL; GREEN, 2011; MINGOTI, 2005; REIS, 2001), encontrou-se uma estrutura de três fatores, no entanto, optou-se por excluir cinco itens: quatro (P1, P2, P9 e P19) pela baixa carga fatorial ($<0,30$), e um (P13) por ter ficado isolado em um único fator.

Executando novamente os procedimentos após a exclusão dos cinco itens, obteve-se uma estrutura com dois fatores de excelente ajuste, comprovado pela adequabilidade dos índices de ajuste: i) correlações individuais superiores a 0,30 e significativas; ii) teste de esfericidade de Bartlett altamente significativo ($\chi^2=2.537$; $p\text{-valor}<0,000$); iii) medidas de adequação da amostra (MSA) superiores a 0,90; iv) cargas fatoriais superiores a 0,50; v) porcentagem da variância total explicada por um único fator no valor de 46% e por outro fator no valor de 4,6% (após o modelo ser rotacionado), selecionados pelo critério do autovalor > 1 ; e v) medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,932.

Neste modelo, até que se poderia cogitar em outros ajustes, tal como exclusão de alguns itens com carga fatorial baixa, no entanto, como a adequação na Percepção também deve considerar o modelo da Expectativa e *Gap*, optou-se por finalizar a AFE das três medidas para posteriormente executar esse refinamento.

5.2.3.5 Análise fatorial exploratória: *Gap*

No caso do *Gap*, que consiste na diferença entre os escores da Percepção (P) e Expectativa (E), a estimação do primeiro modelo levou à solução de dois fatores, porém com itens com carga fatorial muito baixos ($<0,40$). Excluindo os itens Q1 e Q19, obteve-se um modelo unifatorial de excelente ajuste, comprovado pela adequabilidade dos índices de ajuste: i) correlações individuais superiores a 0,30 e significativas; ii) teste de esfericidade de Bartlett altamente significativo ($\chi^2=4.060$; $p\text{-valor}<0,000$); iii) medidas de adequação da amostra (MSA) superiores a 0,90; iv) cargas fatoriais superiores a 0,60; v) porcentagem da variância total explicada por um único fator, selecionado pelo critério do autovalor > 1 , igual a 59%; e v) medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0,963.

5.2.3.6 Análise fatorial exploratória: refinamento

Levando em consideração os ajustes realizados nas medidas Expectativa, Percepção e *Gap*, optou-se por aplicar um modelo com número de fator fixo igual a 1, também pelo método de Máxima Verossimilhança (ML), com exclusão dos itens 1, 2, 9, 13 e 19, como indicada na AFE das três medidas – Expectativa, Percepção e *Gap*.

Na sequência, são evidenciados os índices de ajustes das três medidas para o refinamento da AFE, considerando os seguintes indicadores: teste de KMO e Bartlett, valores das comunalidades dos 17 itens, diagrama de declividade, porcentagem de variância total explicada por fator e valores das cargas fatoriais de cada item.

Pode-se ver, na tabela 12, que os valores de KMO e do teste de esfericidade de Bartlett das três medidas foram apropriados para o ajuste do modelo unifatorial com 17 itens, apresentando a distribuição: Expectativa – KMO = 0,97 e teste de Bartlett significativo, com $p<0,001$; Percepção – KMO = 0,94 e teste de Bartlett significativo, com $p<0,001$; *Gap* – KMO = 0,96 e teste de Bartlett significativo, com $p<0,001$.

Tabela 12 – Medida Kaiser Meyer-Olkin (KMO) e teste de esfericidade de Bartlett da Expectativa, Percepção e *Gap* após refinamento da SERVQUAL com 17 itens. Londrina-PR, 2016-2017

EXPECTATIVA			
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem			0,97
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado		5010,31
	gl		136
	Sig.		0,000
PERCEPÇÃO			
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem			0,94
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado		2395,13
	gl		136
	Sig.		0,000
GAP			
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem			0,96
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado		3406,198
	gl		136
	Sig.		0,000

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Os valores das comunalidades, que consistem na variância comum dentro de cada variável ou item, são mostrados na tabela 13 para Expectativa, Percepção e *Gap*.

Tabela 13 – Valores das comunalidades para os itens de Expectativa, Percepção e *Gap* da SERVQUAL após o refinamento da Análise Fatorial Exploratória. Londrina-PR, 2016-2017

EXPECTATIVA	Comunalidade Extração	PERCEPÇÃO	Comunalidade Extração	GAP	Comunalidade Extração
E3	0,80	P3	0,32	Q3	0,56
E4	0,53	P4	0,34	Q4	0,46
E5	0,63	P5	0,32	Q5	0,44
E6	0,86	P6	0,51	Q6	0,69
E7	0,61	P7	0,53	Q7	0,58
E8	0,78	P8	0,41	Q8	0,60
E10	0,78	P10	0,48	Q10	0,57
E11	0,65	P11	0,49	Q11	0,62
E12	0,84	P12	0,61	Q12	0,73
E14	0,80	P14	0,58	Q14	0,67
E15	0,76	P15	0,50	Q15	0,62
E16	0,76	P16	0,48	Q16	0,68
E17	0,77	P17	0,44	Q17	0,64
E18	0,50	P18	0,45	Q18	0,48
E20	0,69	P20	0,46	Q20	0,60
E21	0,71	P21	0,52	Q21	0,60
E22	0,83	P22	0,56	Q22	0,72

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Os valores apresentados na coluna intitulada “Extração”, da tabela 13, representam a variância comum de cada variável após a extração dos fatores, ou seja, a variabilidade dos escores de cada item, que é compartilhada com outras variáveis ou medidas. Por exemplo, pode-se constatar que 86% da variância associada ao item 6 da seção de Expectativa é uma variância comum ou compartilhada. As sentenças da Percepção evidenciaram os menores índices de comunalidades, com variação de 0,32 a 0,61. Já nos outros dois modelos, a amplitude, sobretudo os valores mínimos, foi distinta, com expectativa variando de 0,53 a 0,86, e o *gap*, de 0,44 a 0,72. Como nesta etapa a análise é exploratória, optou-se por não retirar os itens pelo critério de baixo valor de comunalidade ($<0,40$) e verificar o comportamento dos três modelos na AFC.

Na tabela 14 são apresentados os autovalores associados com cada componente linear (fator) e a porcentagem da variância explicada.

5 Resultados

Tabela 14 – Variância total explicada de acordo com a distribuição da quantidade fatores para Expectativa, Percepção e Gap da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017

EXPECTATIVA							PERCEPÇÃO						
Fator	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Fator	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cum.	Total	% de variância	% cum.		Total	% de variância	% cum.	Total	% de variância	% cum.
1	12,57	73,97	73,97	12,31	72,38	72,38	1	8,50	49,99	49,99	7,98	46,92	46,92
2	0,61	3,61	77,58				2	1,12	6,58	56,56			
3	0,57	3,36	80,94				3	0,94	5,53	62,09			
4	0,45	2,62	83,56				4	0,91	5,35	67,44			
5	0,37	2,20	85,76				5	0,73	4,26	71,70			
6	0,37	2,15	87,92				6	0,62	3,66	75,36			
7	0,37	2,15	90,06				7	0,59	3,48	78,84			
8	0,30	1,78	91,84				8	0,53	3,10	81,94			
9	0,21	1,23	93,07				9	0,50	2,91	84,85			
10	0,20	1,20	94,27				10	0,45	2,65	87,51			
11	0,19	1,12	95,39				11	0,44	2,57	90,07			
12	0,17	0,98	96,38				12	0,34	1,97	92,04			
13	0,16	0,91	97,29				13	0,32	1,87	93,92			
14	0,13	0,76	98,05				14	0,31	1,79	95,71			
15	0,13	0,74	98,79				15	0,26	1,53	97,24			
16	0,12	0,67	99,47				16	0,26	1,51	98,75			
17	0,09	0,53	100,00				17	0,21	1,25	100,00			

GAP						
Fator	Autovalores iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cum.	Total	% de variância	% cum.
1	10,65	62,65	62,65	10,26	60,36	60,36
2	0,78	4,57	67,21			
3	0,71	4,16	71,38			
4	0,67	3,92	75,30			
5	0,54	3,18	78,48			
6	0,49	2,90	81,38			
7	0,43	2,50	83,88			
8	0,37	2,19	86,07			
9	0,36	2,09	88,16			
10	0,33	1,93	90,09			
11	0,32	1,87	91,96			
12	0,29	1,68	93,64			
13	0,25	1,49	95,13			
14	0,23	1,36	96,48			
15	0,23	1,32	97,80			
16	0,19	1,14	98,95			
17	0,18	1,06	100,00			

Método de Extração: Máxima Verossimilhança

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Considerando o critério de autovalor > 1 para extração de fatores, verifica-se na tabela 14 que as três medidas indicam somente um componente linear. Em relação ao percentual de variância do fator 1, identifica-se a seguinte distribuição: Expectativa – 72,38%, Percepção – 46,92%, Gap – 60,36%, confirmando a indicação de que somente um fator explica mais da metade da variância dos itens, com exceção da Percepção, que teve percentual pouco abaixo de 50%.

Outra análise realizada para identificação das dimensões ou fatores latentes da escala foi o diagrama de declividade, que representa graficamente a relação entre o autovalor e a quantidade de fatores para Expectativa (Gráfico 2), Percepção (Gráfico 3) e Gap (Gráfico 4).

Gráfico 2 – Diagrama de declividade com a relação entre autovalor e número de fatores dos 17 itens de **Expectativa** da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Gráfico 3 – Diagrama de declividade com a relação entre autovalor e número de fatores dos 17 itens de **Percepção** da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Gráfico 4 – Diagrama de declividade com a relação entre autovalor e número de fatores dos 17 itens do **Gap** da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Os três diagramas de declividade (gráficos 2, 3, 4) mostram, respectivamente, que o fator 2 equivale ao ponto de inflexão na curva. Essa demonstração gráfica confirma a extração

de somente um fator para Expectativa, Percepção e *Gap*, tendo em vista o alcance de um platô estável a partir do segundo fator nos três gráficos.

A tabela 15 exibe os valores das cargas fatoriais para cada item da seção de Expectativa e Percepção e também do *Gap*.

Tabela 15 – Matriz da carga dos fatores para cada variável de Expectativa, Percepção e *Gap* da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017

EXPECTATIVA		PERCEPÇÃO		GAP	
Variáveis	Fator 1	Variáveis	Fator 1	Variáveis	Fator 1
E3	0,90	P3	0,56	Q3	0,75
E4	0,73	P4	0,58	Q4	0,68
E5	0,80	P5	0,56	Q5	0,67
E6	0,93	P6	0,72	Q6	0,83
E7	0,78	P7	0,73	Q7	0,76
E8	0,89	P8	0,64	Q8	0,77
E10	0,89	P10	0,69	Q10	0,76
E11	0,80	P11	0,70	Q11	0,79
E12	0,92	P12	0,78	Q12	0,85
E14	0,90	P14	0,76	Q14	0,82
E15	0,87	P15	0,70	Q15	0,79
E16	0,87	P16	0,69	Q16	0,83
E17	0,88	P17	0,66	Q17	0,80
E18	0,71	P18	0,67	Q18	0,69
E20	0,83	P20	0,68	Q20	0,78
E21	0,84	P21	0,72	Q21	0,78
E22	0,91	P22	0,75	Q22	0,85

Fonte: Elaborada

pela autora (2017).

Percebe-se, na tabela 15, que os significativos valores de carga fatorial das 17 variáveis das três medidas reiteram a permanência delas no fator 1, com todas as cargas maiores que 0,40. A variação das cargas foi: Expectativa – 0,71 (E18) a 0,93 (E6); Percepção – 0,56 (P3 e P5) a 0,78 (P12); *Gap* – 0,67 (Q5) a 0,85 (Q12 e Q22). Destaca-se que 91% das cargas fatoriais em Expectativa e *Gap* apresentaram valores acima de 0,70.

Os modelos unifatoriais para Expectativa, Percepção e *Gap* apresentaram ótimos ajustes, exceto no caso da Percepção, que poderia receber melhorias. Entretanto optou-se por fazer maiores adequações na etapa posterior, com a AFC, pois os itens da seção de Percepção traduzem a avaliação de um serviço específico, e como o propósito científico compreende a

aplicabilidade da escala em diferentes contextos hospitalares, os ajustes não foram tão rigorosos, buscando-se, assim, a avaliação do instrumento com um todo e sua possível generalização.

A partir da constatação do modelo unifatorial, procedeu-se à análise da confiabilidade da escala por meio do cálculo do alfa de Cronbach para Expectativa, Percepção e *Gap*, como apresentado na tabela 16.

Tabela 16 – Valores de alfa de Cronbach para as medidas de Expectativa, Percepção e *Gap* da SERVQUAL. Londrina-PR, 2016-2017

ALFA DE CRONBACH	Nº DE ITENS
Expectativa	
0,98	17
Percepção	
0,94	17
<i>Gap</i>	
0,96	17

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

Os coeficientes de alfa das três medidas com 17 itens foram satisfatórios, apresentando Expectativa = 0,98, Percepção = 0,94 e *Gap* = 0,96, como se vê na tabela 16, demonstrando que a escala é confiável.

Na tabela 17, são apresentados os respectivos valores da correlação item-total corrigido e do alfa de Cronbach dos 17 itens da seção de Expectativa, Percepção e *Gap*, considerando a exclusão de cada item.

5 Resultados

Tabela 17 – Valores da média, da variância, da correlação item-total corrigido e do alfa de Cronbach dos 17 itens da seção de Expectativa (E), Percepção (P) e *Gap* (Q) da SERVQUAL, considerando a exclusão de cada item. Londrina-PR, 2016-2017

	CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL CORRIGIDO	ALFA DE CRONBACH SE O ITEM FOR EXCLUÍDO		CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL CORRIGIDO	ALFA DE CRONBACH SE O ITEM FOR EXCLUÍDO		CORRELAÇÃO ITEM-TOTAL CORRIGIDO	ALFA DE CRONBACH SE O ITEM FOR EXCLUÍDO
E3	0,88	0,98	P3	0,54	0,94	Q3	0,73	0,96
E4	0,72	0,98	P4	0,56	0,93	Q4	0,66	0,96
E5	0,78	0,98	P5	0,56	0,93	Q5	0,66	0,96
E6	0,91	0,98	P6	0,68	0,93	Q6	0,81	0,96
E7	0,78	0,98	P7	0,70	0,93	Q7	0,75	0,96
E8	0,88	0,98	P8	0,64	0,93	Q8	0,77	0,96
E10	0,88	0,98	P10	0,68	0,93	Q10	0,75	0,96
E11	0,80	0,98	P11	0,68	0,93	Q11	0,78	0,96
E12	0,91	0,98	P12	0,74	0,93	Q12	0,83	0,96
E14	0,88	0,98	P14	0,73	0,93	Q14	0,81	0,96
E15	0,86	0,98	P15	0,67	0,93	Q15	0,77	0,96
E16	0,86	0,98	P16	0,66	0,93	Q16	0,81	0,96
E17	0,87	0,98	P17	0,64	0,93	Q17	0,78	0,96
E18	0,70	0,98	P18	0,65	0,93	Q18	0,67	0,96
E20	0,83	0,98	P20	0,66	0,93	Q20	0,76	0,96
E21	0,83	0,98	P21	0,69	0,93	Q21	0,76	0,96
E22	0,90	0,98	P22	0,72	0,93	Q22	0,83	0,96

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

A correlação item-total corrigido evidencia o quanto o item está correlacionado com a pontuação total da escala e por isso representa um importante indicador de discriminação ou validade do item. Valores acima de 0,30 indicam a relevância do item para a escala (FYELD, 2013). Como se pode observar na tabela 17, todos os coeficientes de correlação item-total corrigido foram acima de 0,30, com a seguinte variabilidade: Expectativa de 0,70 a 0,91, Percepção de 0,54 a 0,74 e *Gap* de 0,66 a 0,83, o que reforça a validade dos 17 itens na escala.

No que se refere à coluna da tabela 17 com os valores de alfa, a análise se pauta pela possível alteração no valor de alfa se o item for retirado; assim a eliminação do item é indicada se o valor de alfa global da escala aumentar (FYELD, 2013). Os valores de alfa referentes à retirada de cada item ou *gap* da SERVQUAL (tabela 17) indicam a confiabilidade da escala com a permanência dos 17 itens, tendo em vista que, nas três medidas (Expectativa, Percepção ou *Gap*), os valores dessa segunda coluna não são superiores aos valores de alfa global, que foram apresentados na tabela 16, com Expectativa = 0,98, Percepção = 0,94 e *Gap* = 0,96.

5.2.3.7 Análise fatorial confirmatória (AFC)

Para ajuste dos modelos da AFC, foram utilizadas as estratégias elencadas em Marôco (2014) e as orientações providas pela literatura (ARBUCKLE, 2014; BROWN, 2006; BYRNE, 2010; HAIR et al., 2009; KLINE, 2011). Inicialmente utilizamos o método ML para ajuste dos modelos, no entanto, mesmo com a exclusão de 5% da amostra de observações influentes (*outliers*), não foi possível aceitar a hipótese de normalidade multivariada. Como o exame de excesso de curtose apontou valores muito grandes (>100), optou-se por realizar os modelos pelo método *Augmented* Dickey-Fuller (ADF), ou teste Dickey-Fuller aumentado, que não requer hipótese de normalidade. Apesar disso, os resultados foram similares, tanto pelo método ML como pelo método ADF, já que os itens que um método elegeu para exclusão também tiveram a mesma indicação pelo outro método. Ao final, os modelos foram ajustados com as mesmas quantidades de variáveis por ambos os métodos, ML e ADF, e as diferenças entre eles foram a existência de algumas correlações entre os itens. Em todo caso, optou-se por apresentar os resultados pelo método ADF, considerando a falta de normalidade nos dados.

Os modelos foram, primeiramente, ajustados pela AFE, sem nenhuma adequação, e verificou-se a qualidade de ajustamento global do modelo fatorial de acordo com os índices e respectivos valores de referência descritos em Marôco (2014), a saber:

Quadro 22 – Índices de qualidade de ajustamento de modelo de equações estruturais com a respectiva descrição e valores de referência utilizados na pesquisa

ÍNDICES	DESCRIÇÃO	VALORES DE REFERÊNCIA
$P[\chi^2 > 0.05]$	Estatística qui-quadrado (χ^2)	> 0.05 = ajustamento bom
χ^2/df	Qui-quadrado dividido pelo grau de liberdade	Entre 2 e 5 = valores adequados
CFI	Índice de Ajuste Comparativo/ Comparative Fit Index	$> 0,90$ = ajustamento bom
GFI	Índice de Qualidade de Ajuste/ Goodness of Fit Index	$> 0,90$ = ajustamento bom
PCFI	Parsimony CFI / Índice de Qualidade de Ajuste de Parcimônia de CFI	$> 0,60$ = ajustamento bom
PGFI	Parsimony GFI / Índice de Qualidade de Ajuste de Parcimônia de GFI	$> 0,60$ = ajustamento bom
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation / Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação	$> 0,10$ = ajustamento bom
$P[rmsea \leq 0.05]$	Valor p da Root Mean Square Error of Approximation/ Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação	$\geq 0,05$
MECVI	Expected Cross-Validation Index	Quanto menor o valor, melhor. Deve-se analisar dois modelos simultaneamente, sendo que o modelo mais indicado é o que apresentar o menor índice.

Fonte: Marôco (2014)

Traduzido pela autora (2016).

No segundo momento, no caso de ajuste não aceitável, foram examinados: i) os pesos fatoriais de cada um dos itens, pela possibilidade de exclusão de itens pouco relacionados com os fatores (peso fatorial $< 0,50$); ii) os índices de modificação (superiores a 4) entre as correlações dos itens, pela possibilidade de contemplar essas correlações no modelo; e iii) os resíduos padronizados ($> 2,0$) para verificação de itens que, de forma geral, poderiam estar causando problemas.

Para finalizar o ajuste do modelo AFC, avaliou-se a qualidade do ajustamento local pelos pesos fatoriais ($> 0,60$) e pela fiabilidade individual dos itens através da fiabilidade compósita ($FC > 0,70$) e da variância média extraída ($VME > 0,50$) para cada fator. Em todo o processo, os índices de comparação/informação dos modelos (AIC, BIC e MECVI) foram examinados para escolha dos modelos mais parcimoniosos. Ao final, esperou-se encontrar índices menores para os modelos ajustados do que para os modelos originais baseados na AFE.

Na sequência será descrito o processo desenvolvido entre o modelo original e o modelo final de cada uma das medidas – Expectativa, Percepção e *Gap*. Nas figuras dos próximos subitens serão apresentados os pesos fatoriais padronizados, as correlações/coeficiente de determinação e as principais estatísticas de ajustamento global dos modelos finais. A elipse maior representa o fator latente ou dimensão, e os valores mais próximos da elipse indicam as communalidades. Os retângulos equivalem a cada variável observável (itens da escala) e são acompanhados de números que equivalem aos pesos fatoriais. O prefixo *e* na frente dos códigos em cada um dos itens, dentro das elipses menores, indica erro (variável não observada), e as setas curvilíneas evidenciam as correlações previstas.

5.2.3.7.1 *Análise fatorial confirmatória: Expectativa*

O modelo original oriundo da AFE não apresentou um ajustamento adequado, principalmente pelos valores inaceitáveis de RMSE [$rmse=0,087$; $p(rmse\leq 0,05) < 0,000$], CFI (0,681), PCFI (0,596) e GFI (0,879). Avaliando os índices de ajustes, verificou-se baixa carga fatorial ($<0,60$) dos itens E5 e E18 e optou-se por excluí-los. Ressalta-se que, no modelo de Expectativa, a correlação entre os itens foi muito alta, o que levou a aumentar a exigência quanto à permanência ou exclusão dos itens. Ademais, a decisão em retirar E5 e E18 foi avaliada com base na baixa carga fatorial que esses itens apresentaram na Percepção e *Gap*. Excluiu-se também o item E17 não pelo motivo de baixa carga fatorial na Expectativa, mas em razão que esse item apresentou no modelo de Percepção e *Gap* carga fatorial baixa.

Dessa forma, procedendo a essas três exclusões (E5, E17, E18) e considerando as correlações evidenciadas na Figura 3, conseguiu-se ajustar um modelo aceitável: $\chi^2/df = 1,326$; CFI = 0,928; PCFI = 0,703; GFI = 0,901; PGFI = 0,592; RMSEA = 0,036 e $P[rmsea < 0,05] = 0,882$. Os valores dos pesos fatoriais neste modelo superaram o valor de 0,80, mostrando forte validade fatorial. A fiabilidade compósita do fator foi excelente (FC = 0,983), e a variância média extraída alta (VME = 0,806), ratificando a validade convergente.

Figura 3 – Análise Fatorial Confirmatória (AFC) da subescala Expectativa

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

5.2.3.7.2 Análise fatorial confirmatória: Percepção

O modelo originado na AFE de Percepção não apresentou um bom ajuste, no entanto, executando as mesmas exclusões feitas na Expectativa (P5, P17, P18) e considerando as correlações expostas na Figura 4, encontrou-se um modelo de ajuste aceitável: $\chi^2/df = 1,521$; CFI = 0,901; PCFI = 0,693; GFI = 0,917; PGFI = 0,611; RMSEA = 0,046 e $P[\text{rmsea} < 0,05] = 0,641$. Um único valor de peso fatorial nesse modelo (item P4) apresentou carga inferior a 0,70, o que mostra a forte validade fatorial do construto. Tanto a fiabilidade compósita quanto a variância média extraída foram excelentes (FC = 0,959; VME = 0,629), de forma a comprovar a validade convergente do modelo.

Figura 4 – Análise Fatorial Confirmatória (AFC) da subescala Percepção

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

5.2.3.7.3 Análise fatorial confirmatória: Gap

O modelo do *Gap* que não contempla nenhuma correlação entre os itens apresentou ajuste inadequado. Dessa forma, levando em conta algumas correlações, como pode ser evidenciado na Figura 5, e excluindo os mesmos itens cogitados na Expectativa e Percepção (Q5, Q17, Q18), temos um modelo aceitável: $\chi^2/df = 1,107$; CFI = 0,962; PCFI = 0,730; GFI = 0,923; PGFI = 0,607; RMSEA = 0,021 e $P[\text{rmsea} < 0,05] = 0,987$. Todos os pesos fatorais foram superiores a 0,70, indicando forte validade convergente. A fiabilidade compósita (FC = 0,967) do fator foi excelente, e a variância média extraída (VME = 0,679) superior ao ponto de corte de 0,50 (alta validade convergente). Destaca-se ainda que, neste modelo, o valor de χ^2 não foi significativo, o que não é tão comum de acontecer na AFC, mas reforça o bom ajustamento do modelo.

Figura 5 - Análise Fatorial Confirmatória (AFC) do *Gap*

Fonte: Elaborada pela autora (2017).

A existência de várias correlações entre os itens tanto da Expectativa quanto da Percepção e do *Gap* pode estar sugerindo lacunas na conceitualização da medida das variáveis manifestas e/ou a existência de outros fatores comuns não contabilizados no modelo. Como os pesos fatoriais são, na maioria, acima de 0,70, considerados altos e evidenciando forte relação, e algumas simulações com modelos intermediários – dois, três e cinco fatores – não apresentaram validade discriminante, o indício mais provável é que não há fatores não considerados que expliquem o comportamento dos itens. Desta forma, o modelo final pode estar indicando a existência de erros de formulação ou de interpretação dos itens, já que é explicado por uma única dimensão de qualidade dos serviços hospitalares.

A versão final da SERVQUAL adaptada e validada para profissionais de enfermagem encontra-se no Apêndice F.

6 *Discussão*

6 DISCUSSÃO

O enfoque desta pesquisa foi realizar a adaptação e avaliação das propriedades psicométricas da SERVQUAL para profissionais de enfermagem atuantes em serviços hospitalares. Essa escala foi concebida por pesquisadores da área de marketing nos Estados Unidos como um instrumento genérico para a mensuração da qualidade do serviço. Fundamenta-se na teoria da múltipla discrepância, em que a qualidade compreende a diferença ou *gap* entre percepções e expectativas, medida por meio de uma escala Likert com variação de 1 a 7. Sua aplicação permite identificar áreas ou setores em que o *gap*, que pode indicar as principais barreiras para o alcance da qualidade do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988, 1991).

Mais de dez anos após o desenvolvimento da SERVQUAL, um estudo de revisão sistemática realizado no Reino Unido identificou potenciais métodos de pesquisa para avaliar a visão dos usuários sobre serviços de saúde (RYAN et al., 2001). Dentre as técnicas quantitativas, destacou-se a SERVQUAL como um instrumento potencialmente útil, recebendo a indicação de se realizarem estudos sobre sua aplicação em diferentes populações e cenários.

A disseminação da SERVQUAL é constatada ao se investigar em bases de dados nacionais e internacionais. Na PubMed, utilizando somente a palavra-chave SERVQUAL, que não é uma nomenclatura indexada no *Medical Subject Headings* (MESH), encontram-se 161 artigos referentes ao período de 1991 a 2017. No portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando o descritor SERVQUAL, que também não está inserido nos Descritores em Ciências da Saúde (DESC), temos 211 resultados entre 1990 e 2017. Partindo para uma busca mais ampliada no Google Acadêmico, temos 72.400 resultados a partir de 1988, quando a escala foi criada. Esse panorama de publicações sobre a SERVQUAL reforça sua abrangência e vasta utilização no meio científico e gerencial.

A escala tem recebido muita atenção na literatura da área da saúde, com replicação em diferentes cenários (AMERUOUN et al., 2017; MEHRALIAN; BABAPOUR, 2016; PEIRAVIAN, 2016), tendo como público-alvo sobretudo os clientes externos: pacientes e acompanhantes (AL-BORI; SHEIKH DAMANHOURI, 2013; AL-MOMANI, 2016; AMAN; ABBAS, 2016; BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010; BRASIL, 1994; BUTT; RUN, 2010; CALIXTO-OLALDE et al., 2011; CRUZ, 2010; DUFFY; KETCHANDO, 1998; FRAIHI; LATIF, 2016; FURLAN, 2011; HERCOS; BEREZOVSKY, 2006; LEAL, 2012; MANULIK; ROSIŃCZUK; KARNIEJ, 2016; MERUOUN et al., 2017; MISHRA; SINGH; WOOD, 1991;

MORAES, 2012; NADI et al., 2016; OGUNNOWO; OLUFUNLAYO; SULE, 2015; OLIAEE; JABBARI; EHSANPOUR, 2016; PENA et al., 2013; PURCAREA et al., 2013; QIN; PRYBUTOK; PRYBUTOK, 2016; REIDENBACH; SANDIFER-SMALWOOD, 1990; REZAEI et al., 2016; SCARDINA, 1994; SILVA, 2012; WHITE; SLABBER; SCHREUDER, 2001; ZAREI et al., 2012).

A aplicação da SERVQUAL para clientes internos de instituições de saúde – colaboradores e estudantes, indicada pelos autores originais (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1993), ainda representa uma dimensão reduzida (CHASTON, 1994; FEIROLI et al., 2013; HUANG; LI, 2010; LEE; YOM, 2007; MUKHOPADHYAY, 2016; O’CONNOR; TRINH; SHEWCHUK, 2000; YAZDI-FEYZABADI et al., 2015).

Babakus e Mangold (1992), ao realizar a primeira adaptação da SERVQUAL para pacientes atendidos em hospitais, sinalizaram para a importância de a escala ser utilizada para mensurar a visão dos gestores e trabalhadores sobre a qualidade dos serviços, realizando, para isso, algumas adaptações na redação. Boboccea et al. (2016) reforçam a necessidade em desenvolver investigações aprofundadas sobre o desempenho da organização na visão de médicos, e aqui ampliamos para profissionais de saúde, incluídos os de enfermagem, tendo em vista a quantidade considerável de estudos já feitos com consumidores/pacientes.

No processo metodológico da presente investigação, levando em conta a diversidade de referenciais metodológicos e após uma revisão criteriosa na literatura, optou-se por fundamentar a sistematização do método em cinco referenciais – Borsa, Damásio e Bandeira (2012), Beaton et al. (2000, 2007), Ferrer et al. (1996), WHO (2017), os quais embasaram as quatro etapas que foram desenvolvidas: 1. Tradução do idioma original para o idioma-alvo; 2. Comitê de especialistas; 3. Retrotradução ou tradução reversa; 4. Pré-teste com avaliação semântica da população-alvo e validação do comitê de especialistas.

Na fase inicial da ATC, foi benéfico utilizar dois tradutores independentes, pois contribuiu com maior diversidade e amplitude na equivalência das sentenças. Nesta perspectiva, corroborou as indicações de Beaton et al. (2000), que justificam a importância de diferenciar o perfil dos tradutores, o que ocorreu na presente pesquisa, pelo fato de que a tradução do profissional que desconhece os princípios teóricos do instrumento produzirá uma redação com pouca influência do objetivo acadêmico e mais próxima da linguagem da população-alvo. Já o tradutor que atua na área específica da pesquisa terá maior correspondência científica e metodológica.

O comitê de especialistas participou em três momentos, e sua performance foi decisiva para o desenvolvimento da adaptação. Inicialmente eles avaliaram as duas traduções (T1 e T2) e, com os tradutores e pesquisadoras, colaboraram para a síntese delas. Esse olhar externo e com *expertise* trouxe qualidade e consistência, possibilitando, já na fase preliminar, o enfoque de adequar a SERVQUAL para aplicação no contexto hospitalar e uso por profissionais de enfermagem.

Na sequência, desencadeou-se uma segunda rodada de avaliação com os especialistas, com o objetivo de comparar a SERVQUAL original com a VCP1. Nessa etapa, o foco foi a validade de face e conteúdo, cujo objetivo é verificar a relevância e abrangência do conteúdo do instrumento, assim como o nível em que o instrumento mede todos os aspectos de determinado fenômeno e se não possui itens que não façam parte deste universo (BAKAS, 2008; KESZEI, NOVAK, STREINER; 2010). Assim a análise dos especialistas foi direcionada para a pergunta: A SERVQUAL é abrangente e sensível ao que se propõe a medir? (PITTMAN; BAKAS, 2010).

No terceiro momento, os especialistas foram acionados na fase final de adaptação para avaliar as alterações realizadas no instrumento após o pré-teste. As pesquisadoras optaram por esse procedimento para que a versão final fosse validada por um grupo de avaliadores com experiência na temática e na metodologia, fornecendo mais um indicador de qualidade do processo de AT.

Destaca-se a conformidade da análise dos especialistas ser realizada após as traduções da SERVQUAL. Diferente de Beaton et al. (2000, 2007) e Reichenheim e Moraes (2007), que indicam que na sequência da etapa de traduções sejam feitas as retrotraduções, Ferrer et al. (1996) e WHO (2017) recomendam uma inversão com o parecer dos especialistas após as traduções. O motivo para essa recomendação consiste na possibilidade de detectar erros ou inconsistências na compreensão dos itens traduzidos, os quais poderiam ser negligenciados nas fases subsequentes após a retrotradução. Ademais, o objetivo da retrotradução em verificar a equivalência em relação à versão original fica garantido.

Outra potencialidade na sequência de etapas da referida adaptação da SERVQUAL foi a redução de materiais de análise para apreciação pelos especialistas quando comparado com o processo orientado por Beaton et al. (2000, 2007) e Reichenheim e Moraes (2007), em que, na última etapa, os avaliadores recebem um montante considerável de documentos. Isto porque, neste estudo, os formulários foram enviados gradativamente, de acordo com a fase proposta. Sendo assim, na etapa 1, os especialistas receberam somente as duas traduções (T1 e T2) e a

SERVQUAL original, para verificar a versão mais equivalente em relação à escala original. No segundo momento, o formulário, com o objetivo de realizar a validade de face e conteúdo, continha a versão original e a versão síntese da tradução. Nesta perspectiva, os especialistas foram acionados gradualmente com a documentação necessária, para que assim fossem direcionados e criteriosos na avaliação, o que demonstrou ser um procedimento eficaz na presente pesquisa.

Em relação à composição do painel de especialistas ou *experts*, ressalta-se a presença de uma enfermeira representando a população-alvo, o que tem sido apontado na literatura como benefício para que o processo de adaptação transcultural seja mais dinâmico e eficaz, no sentido de melhorar a equivalência conceitual e cultural em fases preliminares e diminuir itens incompreensíveis ou irrelevantes durante o pré-teste (FERREIRA et al., 2014).

Em termos de abrangência na adaptação da redação, uma modificação que alterou uma quantidade considerável de itens foi quanto ao termo “empregado(s)” para “funcionário(s)” na síntese das traduções e, posteriormente, na validação de face e conteúdo, para “colaboradores”. Os juízes justificaram essa adequação em razão da conotação de obediência, execução de tarefas e controle centralizado do chefe que a palavra “empregado” transmite. Já para a versão final, optou-se por colaboradores, pois, na gestão contemporânea, os trabalhadores contribuem significativamente para o alcance dos objetivos organizacionais (VECINA-NETO; MALIK, 2016). Destaca-se novamente a pertinência da participação do comitê de especialistas nas fases iniciais do processo de AT, com a presença de um representante da população-alvo, que, logo após as traduções, já indicou o ajuste do termo “empregado(s)” e posteriormente de “funcionários”, o que reforça a equivalência criteriosa dos itens.

O contato e avaliação dos autores originais da SERVQUAL, representados pelo Prof. Dr. Parasuraman, foi profícuo em todo o processo, desde a aprovação para a realização da adaptação até a análise da versão retrotraduzida. Essa aproximação possibilitou troca de experiências, inclusive para futuras investigações. Além disso, esse *feedback* do criador do instrumento trouxe a indicação de que os itens retrotraduzidos mantiveram o mesmo significado conceitual que a versão original, qualificando o método de AT (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA; 2012; OSÓRIO; CRIPPA; LOUREIRO, 2006).

No pré-teste, destacam-se algumas questões relevantes. A utilização de um formulário para avaliação semântica permitiu a sistematização da coleta e a garantia de informações completas, conforme é apontado na literatura (FERREIRA et al., 2014). As pesquisadoras

direcionaram os entrevistados para que, depois de preencherem o instrumento traduzido e adaptado, respondessem a questões gerais e específicas sobre compreensão, importância e aceitação de cada item, considerando que, assim, os participantes teriam mais conhecimento para identificar incoerências e propor sugestões na redação. Essa projeção foi confirmada pela alta taxa (100%) de resposta da avaliação semântica e pelo retorno verbal dos entrevistados no momento da entrega dos instrumentos as pesquisadoras.

A contribuição da população-alvo em responder aos itens da escala, e não somente em avaliar sua compreensão, residiu ainda na verificação *in loco* da viabilidade dos procedimentos e estratégias planejados do ponto de vista operacional, conforme mencionado por Reichenheim e Moraes (2007). Para a SERVQUAL adaptada, averiguou-se que o tempo para o preenchimento foi, em média, de 15 minutos e que, pelas particularidades do processo de trabalho, o instrumento deveria ser entregue aos profissionais de enfermagem para ser recolhido posteriormente, pois, dessa forma, os respondentes escolheriam o melhor momento para a leitura das sentenças, o que exigiu atenção e capacidade de análise para as respostas.

Outra importante constatação durante o pré-teste foi a menção dos participantes à dificuldade em escolher uma única resposta e em pensar sobre a qualidade do serviço, indicando a complexidade desta avaliação. Muitos entrevistados referiram que responder ao questionário propiciou-lhes uma reflexão sobre sua prática, o processo de trabalho em saúde e o desempenho do serviço como um todo. Alguns participantes relataram dificuldade em prever os atributos de excelência de um serviço hospitalar, o que também é citado por Baki et al. (2009).

Sobre a complexidade da avaliação da qualidade, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988) já indicavam, em suas primeiras publicações, que a SERVQUAL se fundamentava na *qualidade funcional* do serviço, que implica a subjetividade das respostas dos clientes ao que lhes é apresentado, e representa um dos mais importantes determinantes para a fidelização do cliente. Esse pressuposto é antagônico ao conceito de *qualidade técnica*, relacionado à cura e que se baseia na mensuração precisa de eventos e procedimentos. As duas vertentes de análise – *qualidade funcional* e *técnica* – são importantes e necessárias na gestão de serviços de saúde, mas convém destacar que a própria estrutura da SERVQUAL pressupõe que seus itens envolvam questões subjetivas, o que, de certa forma, vem ao encontro do que os entrevistados no pré-teste mencionaram sobre a reflexão propiciada a partir da leitura do questionário e o impasse na escolha das respostas.

Cabe ainda relacionar as opiniões dos entrevistados no pré-teste com a dificuldade no cenário científico e prático para conceituação da qualidade de serviços em virtude da subjetividade e de sua importante diferenciação da qualidade de produtos, tendo em vista que, na categoria de serviços, os aspectos tangíveis, que certamente são mais facilmente observáveis, restringem-se a equipamentos, instalações e profissionais (AMERYOUN et al, 2017). No entanto, dada a importância desta avaliação, pesquisadores de países e áreas distintas propuseram métodos avaliativos, entre os quais se encontra o modelo teórico utilizado nesta pesquisa, desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que indicam que a qualidade pode ser mensurada pela diferença entre expectativas e desempenho do serviço.

Após o pré-teste, promoveu-se uma alteração com fins metodológicos para aperfeiçoar a mensuração do objeto de estudo: mudou-se a ordem dos itens da SERVQUAL, para que as cinco dimensões não ficassem agrupadas e na sequência. Desta forma, a versão final da SERVQUAL apresentou os 22 itens da seção de Expectativa e de Percepção alocados de forma aleatória, com o objetivo de manter a imparcialidade da mensuração do construto. Essa ação se fundamentou no princípio da imparcialidade da teoria psicométrica, que preconiza que os itens de uma escala não podem induzir respostas e produzir efeito subliminar (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

Na avaliação da importância relativa dos fatores que interferem na qualidade, a dimensão mais importante para os entrevistados foi a confiabilidade, seguida da garantia. Ressalta-se que essas duas dimensões convergem para um pressuposto em comum: a confiança que o serviço inspira no cliente, seja por meio do conhecimento e cortesia dos trabalhadores, seja pelo procedimento realizado com precisão e no prazo programado.

Corroborando a opinião dos entrevistados sobre a dimensão mais importante da qualidade do serviço, uma pesquisa que aplicou a SERVQUAL adaptada para pacientes internados, ambulatoriais e atendidos na emergência constatou que a confiança foi dominante na influência da satisfação dos clientes externos (REIDENBACH; SANDIFER-SMALWOOD, 1990). Na África, uma investigação com 200 pacientes de um hospital odontológico universitário, em que se utilizou a SERVQUAL e a análise fatorial de componentes principais, demonstrou que 59% da variância do nível de qualidade do serviço foi atribuída às dimensões de confiabilidade e segurança (WHITE; SLABBER; SCHREUDER, 2001).

Pacientes iranianos identificaram três dimensões do serviço intituladas como “Confiabilidade/Responsividade”, “Empatia” e “Tangibilidade”, sendo que a primeira explicou 69% da variância da escala (ZAREI et al., 2012). Na perspectiva de clientes internos de organizações hospitalares, há também evidências de que confiabilidade e segurança são os aspectos prioritários (O’CONNOR; TRINH; SHEWCHUK, 2000).

Quanto à dimensão menos importante para os membros da equipe de enfermagem, prevaleceu a tangibilidade. Na Romênia, aplicou-se a SERVQUAL original para mensurar a qualidade do serviço em suas unidades de saúde pública e encontrou-se um *gap* expressivo na dimensão de tangibilidade (PURCAREA et al., 2013). Em Hong Kong, os pacientes também indicaram a tangibilidade como a dimensão de menor importância (LAM, 1997). Para clientes internos, como médicos, gestores, profissionais assistenciais, incluindo a enfermagem e estudantes de medicina e enfermagem, entre os cinco atributos da qualidade, a tangibilidade ocupou a quinta posição em todos os grupos abordados (O’CONNOR; TRINH; SHEWCHUK, 2000), corroborando os achados deste estudo.

Diferente das evidências da presente investigação, que teve como participantes profissionais de enfermagem, O’Connor, Trinh e Shewchuk (2000) constataram que médicos superestimavam os aspectos tangíveis dos serviços de saúde, mesmo considerando as demais dimensões. Essa diferença de percepção entre as duas categorias profissionais (enfermagem e medicina) pode estar associada ao processo de trabalho da enfermagem no contexto hospitalar, que desenvolve suas atividades ininterruptamente e possui um vínculo próximo com aqueles que recebem o atendimento, fazendo com que esses profissionais julguem os aspectos relacionais e intangíveis como prioridade da qualidade.

Além da diferença entre a equipe de enfermagem e os médicos, constata-se também um desequilíbrio na percepção de profissionais de saúde e pacientes a respeito dos fatores que influenciam na excelência do atendimento, o que pode levar a investimentos em áreas não prioritárias aos clientes externos, que compreendem a população-alvo da assistência oferecida, ou seja, a razão da existência da instituição de saúde (FRIELE; REITSMA; DE JONG, 2015; JUNG et al., 2002). Discrepâncias das expectativas sobre o desempenho do serviço entre usuários externos e profissionais de saúde tendem a causar desconforto e frustração na comunicação entre os envolvidos (GALLAGHER; WATERMAN; EBERS, 2003).

Uma investigação na Holanda identificou diferenças consideráveis entre a visão do público externo e a dos médicos a respeito de como são tratadas as reclamações do

atendimento, com uma perspectiva mais negativa por parte dos clientes externos. Isso prenuncia uma condição não favorável de expectativas opostas para o encaminhamento desse processo (FRIELE; REITSMA; DE JONG, 2015). Extrapolando esse indício, presume-se que a falta de alinhamento entre as duas partes envolvidas na prestação do serviço compromete o alcance de resultados satisfatórios, incluindo a prevenção de erros e eventos adversos, que podem levar a situações irreversíveis. Desta forma, identificar as perspectivas dos fornecedores do atendimento, conforme a proposta do instrumento adaptado e validado no presente estudo, tem papel fundamental na gestão da qualidade, com vistas a compreender as motivações e intenções desses profissionais e se estão em consonância com as diretrizes da qualidade e segurança e com as necessidades dos pacientes (EMBERTON, 2010; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

Almejando melhores desempenhos e aprimoramento do atendimento, Huang e Li (2010), que aplicaram em Taiwan a versão chinesa modificada da SERVQUAL em pesquisas na área hospitalar, destacam a necessidade de constantemente analisar a gestão de recursos humanos nas instituições, dedicando um esforço significativo para o efetivo processo de contratação e desenvolvimento de pessoas na organização, com estratégias de reconhecimento e compensação. Assim, recomenda-se que medidas de apoio aos colaboradores sejam prioritárias em relação aos investimentos em recursos tangíveis, por meio de capacitações e condições de trabalho satisfatórias, o que possibilitará que aqueles que prestam o atendimento compreendam melhor as necessidades e expectativas de quem está sendo atendido (BUTT; RUN, 2010; MANULIK; ROSÍNCZUK; KARNIEJ, 2016).

Hui, Chen e Yan (2016) reforçam que a satisfação dos trabalhadores tem significativa repercussão na satisfação dos pacientes e, conseqüentemente, na percepção da qualidade do cuidado. Ela deve, portanto, ser uma das metas prioritárias na política institucional de recursos humanos, por se saber que equipes sobrecarregadas e com baixa compensação apresentam comportamentos não esperados e dificuldades no seguimento de protocolos (AKTER; UPAL; HANI, 2008; OMACHONU; EINSPRUCH, 2010). Na área da enfermagem, Araujo (2016) alerta para a permanência da desvalorização dos profissionais, que, contraditoriamente, são cobrados para se dedicar ao cuidado de outras pessoas, sem se sentirem reconhecidos e amparados.

Na busca por estratégias gerenciais que reduzam os efeitos negativos de variáveis organizacionais na produtividade dos profissionais e que aumentem a qualidade de vida no trabalho, começou a se disseminar, a partir de 1980, o conceito de hospitais magnéticos

(*Magnet Hospitals*), reconhecidos por serem bons locais para trabalhar, apresentando resultados satisfatórios tanto para os colaboradores, com alta taxa de retenção, como para os pacientes, com menores taxas de mortalidade. Destaca-se nesse processo de reconhecimento institucional os significativos investimentos em clientes internos, tanto no que diz respeito à qualificação técnica como aos aspectos interpessoais, além da promoção de ambientes favoráveis, o que certamente interfere positivamente no desempenho profissional e colabora na melhoria contínua do atendimento e na inovação organizacional (MCHUGH; KELLY; SMITH, 2013; ROBERTS; CRONIN, 2017; TAI; BAME, 2017).

A partir do exposto, indica-se a utilização da SERVQUAL para profissionais de enfermagem no cenário hospitalar brasileiro em concomitância com instrumentos que mensurem a satisfação profissional. Essa recomendação está em consonância com as ideias de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991), que ressaltaram a importância de complementar a avaliação da qualidade por meio da SERVQUAL com outras mensurações, pois se trata de uma temática multivariada revestida de profundidade. De fato, reforça-se que a escala SERVQUAL pode consistir no passo inicial referente à identificação de respostas ou, minimamente, pistas, para a prática de melhorias significativas na prestação do serviço na área hospitalar, processo que exige dinamicidade e reavaliações sistemáticas.

Em relação à população-alvo para a qual a SERVQUAL foi adaptada e submetida à avaliação psicométrica, reconhece-se o papel decisivo dos profissionais de enfermagem para o funcionamento eficaz dos complexos serviços das organizações hospitalares (BOHMER, 2010; MCHUGH; KELLY; SMITH, 2013). Araujo (2016) complementa que inovações e mudanças nos processos de trabalho das organizações de saúde precisam considerar, *a priori*, a atuação da enfermagem, tendo em vista que são esses profissionais que fazem com que a qualidade se concretize no cotidiano do cuidado. Por isso as necessidades dos clientes internos, sobretudo da equipe de enfermagem, e não somente as necessidades dos clientes externos (pacientes) devem ser o foco da missão institucional e da gestão em saúde (OMACHONU; EINSRUCH, 2010).

Por outro lado, considerando a característica da atividade profissional, a literatura evidencia que a equipe de enfermagem se encaixa no quadro funcional que apresenta os maiores riscos de desencadear eventos adversos em razão dos procedimentos invasivos e da prolongada permanência junto aos pacientes (NUNES; BARROS; AZEVEDO, 2014). Essa suscetibilidade a resultados não esperados pode ser também acompanhada por uma

capacidade de observação e percepção diferenciadas, tendo em vista que a enfermagem lida diretamente com o consumidor do serviço e com outros profissionais de saúde e de áreas diversas, por isso é capaz de reconhecer potencialidades e fragilidades de fatores que interferem no atendimento.

O modelo teórico testado no presente estudo por meio da AFE e AFC convergiu, desde as análises preliminares, para o mesmo resultado. No primeiro momento, quando foi realizada a regressão entre os itens da seção de expectativa e as cinco sentenças de importância relativa, que eram equivalentes a cada dimensão da SERVQUAL, não se evidenciou correlação entre as variáveis, divergindo da composição da escala original com cinco dimensões.

Posteriormente, na AFE, foi necessária a exclusão dos itens 1, 2, 9, 13 e 19, finalizando essa etapa com 17 itens, que foram explicados por um único fator latente. Os índices de ajustes dos modelos Expectativa, Percepção e *Gap* – a saber: teste de KMO e Bartlett, valores das comunalidades, gráficos de escapa ou diagrama de declividade, porcentagem de variância total explicada por fator e valores das cargas fatoriais de cada item –, comprovaram o ajuste adequado da estrutura unifatorial. Os valores de alfa de Cronbach da escala com 17 itens confirmaram sua confiabilidade para Expectativa, Percepção e *Gap*.

Ressalta-se que o item 13 na seção de Expectativa e de Percepção, na AFE, formou um fator isolado dos demais itens, levando à sua exclusão. Nota-se que era a única sentença redigida com conotação negativa – *Os colaboradores de instituições de saúde de excelência ou desta instituição **nunca** estão muito ocupados para atender as solicitações dos clientes* –, o que provavelmente explica ter se apresentado isoladamente, sinalizando divergência com a mensuração global do construto. No refinamento da SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991), que foi a versão utilizada na presente adaptação, os autores apontaram a alteração de seis sentenças negativas, pois eram itens problemáticos e confundiam os respondentes. Lam (1997) também mencionou que os entrevistados avaliaram que os itens negativos da SERVQUAL não eram compreensíveis.

Na AFC, as variáveis continuaram apresentando alta correlação e, para se ter um bom ajuste, foi necessário excluir mais três itens: 5, 17 e 18. Os três modelos – Expectativa, Percepção e *Gap* – indicaram a unidimensionalidade, finalizando esta etapa com uma escala de 14 itens. Ratificando tal resultado, investigações com a SERVQUAL, na sequência da sua concepção, no início da década de 1990, demonstraram sua validade e confiabilidade, no entanto o modelo original com cinco dimensões não foi confirmado (BABAKUS; MANGOLD, 1992; CARMAN, 1990; FINN; LAMB, 1991).

Shewchuk, O'Connor e White (1991) avaliaram a validade de construto da SERVQUAL aplicando-a em pacientes internados e ambulatoriais de hospitais americanos. Os autores indicaram que os itens de percepção se organizam em mais de um fator, entretanto essa conformação não ocorreu na seção de expectativa. Deste modo, como nos modelos testados nesta investigação, para o ajuste do modelo de percepção, variáveis foram excluídas, finalizando com 13 itens e 4 fatores, tendo em vista que as dimensões Confiabilidade e Segurança se apresentaram fortemente correlacionadas. Mesmo assim a escala permaneceu com baixa fiabilidade, pois os fatores englobaram poucos itens. Além disso, valores inferiores de confiabilidade dos itens podem ter demonstrado fragilidades na concepção do construto, e cargas fatoriais significativas de alguns itens em mais de um fator demonstraram a rejeição de modelo multifatorial.

A estrutura da SERVQUAL encontrada por Mishra, Singh e Wood (1991) não mostrou consonância com o pressuposto original da escala, rejeitando a indicação de cinco dimensões. A exceção do modelo de Mishra, Singh e Wood (1991) quando comparado aos achados da presente pesquisa foi em relação à dimensão “tangibilidade”, cujos itens estavam bem definidos e compuseram um fator separado.

Depois de nove anos da criação da SERVQUAL, foram publicadas evidências de uma investigação em Hong Kong que verificou a confiabilidade e validade da SERVQUAL para pacientes hospitalares. Os achados foram similares aos modelos da estrutura fatorial do presente estudo, evidenciando, após a rotação oblíqua, que as cargas fatoriais não sugeriram as cinco dimensões da escala original, e que os 22 itens foram explicados por um único fator (LAM, 1997).

Baki et al. (2009) mencionaram a existência de uma fraca discriminação entre as dimensões da SERVQUAL. Butt e Run (2010) também não encontraram, por análise fatorial, o modelo de cinco dimensões proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), em razão da alta correlação entre os fatores.

Os próprios autores da escala reconheceram a existência de sobreposição das dimensões da SERVQUAL, mesmo acreditando que se trata de definições distintas. Assumindo a inter-relação entre as dimensões, indicaram a rotação oblíqua para a análise fatorial dos itens (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1994), que foi implementada no presente estudo. Por aquela ocasião, os autores chegaram a apontar áreas promissoras de pesquisas sobre a natureza e as causas dessas inter-relações, identificando, inclusive, se há dimensões que antecedem outras (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Elucidações para a estrutura fatorial distinta da versão original estão citadas na literatura. O contexto sociocultural e econômico distinto em relação à versão original pode implicar definições diferentes de qualidade do serviço. Outro indicativo está relacionado à não aplicabilidade das dimensões da SERVQUAL no setor de saúde, uma vez que a concepção primeira / originária / inicial da escala foi direcionada para o setor industrial e comercial. Em termos de operacionalização, sugere-se que a aplicação da seção de expectativa não seja concomitante à avaliação da percepção. Limitações na generalização da amostra, como prevalência de entrevistados jovens, também podem influenciar no modelo explicativo da escala (BUTT; RUN, 2010; LAM, 1997; MEHRALIAN; BABAPOUR, 2016; MISHRA; SINGH; WOOD, 1991; SHEWCHUK, O'CONNOR, WHITE, 1991).

Em relação ao número de itens de uma escala, há indicativos metodológicos de que a avaliação de um fenômeno deve acomodar a menor quantidade possível de variáveis para que mensuração seja mais fidedigna (MARÔCO, 2014). Essa indicação vai ao encontro da percepção de pacientes entrevistados que mencionaram o número de itens da SERVQUAL como fragilidade, pois seu preenchimento se tornou prologado (SCARDINA, 1994). Frente a isso, autores reduziram o número de itens da escala: Shewchuk, O'Connor e White (1991) apresentaram-na com 13 itens; Mishra, Singh e Wood (1991), com 18; Babakus e Mangold (1992), com 15; Butt e Run (2010), com 12; e Calixto-Olalde et al. (2011), com 17. Nesta investigação, além da indicação metodológica e operacional citada anteriormente, houve uma explicação coerente dos modelos para a permanência de 14 itens, fundamentada na regressão múltipla, AFE e AFC.

A modificação da escala Likert da SERVQUAL para cinco níveis também é evidenciada na literatura, tendo em vista o incremento da taxa de resposta e qualidade da avaliação (FRAIHI; LATIF, 2016; LAM, 1997; OGUNNOWO; OLUFUNLAYO; SULE, 2015). Para esta pesquisa, optou-se por realizar a adaptação seguindo o padrão do instrumento original, com sete níveis de resposta, já que se trata da primeira aproximação no Brasil sobre a análise psicométrica da SERVQUAL para profissionais de enfermagem.

Há sinais de refinamentos na análise estatística da SERVQUAL, com a proposição de diferentes abordagens, como a sugerida por pesquisadores iranianos (AMERYOUN et al., 2017), que aplicaram um método matemático utilizando *Data Envelopment Analysis* (DEA). Os autores consideram que essa análise é mais sensível e confiável, pois permite identificar o impacto de cada dimensão nas expectativas dos pacientes e não somente apresentar o *ranking* das dimensões em ordem classificatória. Assim este método se mostra relevante para decisões

gerenciais e operacionais focadas na qualidade do serviço, pois direciona para áreas que apresentam maior repercussão, que, conseqüentemente, trarão maiores resultados.

Não foram encontradas evidências na literatura sobre a validação e avaliação das propriedades psicométricas da SERVQUAL para profissionais de enfermagem em outros países. Concordamos com as ideias de Boboceca et al. (2016), quando afirmam que a vasta aplicação e robustez da SERVQUAL em distintos países para a avaliação da qualidade do serviço não garante que as dimensões da escala serão explicitadas em todos os tipos de serviços, por isso a necessidade de adaptações e conseqüente avaliação psicométrica para que seja válida e confiável no contexto em que se pretende aplicar.

A fragilidade na definição do construto qualidade que se pretende avaliar inviabiliza a adequabilidade do instrumento de mensuração. Nesta lógica, Bowling et al. (2012), ao realizarem uma revisão na literatura com 211 publicações sobre métricas que abordavam expectativas de pacientes em relação aos serviços de saúde, identificaram uma lacuna considerável na definição dessa temática, apesar de ser amplamente reconhecida a importância dessa avaliação. Ademais, grande parte das questões dos instrumentos não foram testadas do ponto de vista semântico, conceitual e psicométrico, não havendo também indicação clara de fundamentação em um modelo teórico. Por essas constatações, os autores iniciaram seu projeto produzindo uma conceituação clara de “expectativa” com a participação da população-alvo, para, subseqüentemente, desenvolver um instrumento válido e confiável por meio de aplicação em pacientes e análises estatísticas consistentes.

Considerando que as pesquisas com a SERVQUAL se concentraram principalmente na opinião do consumidor em relação à qualidade do serviço, especialistas explicitaram uma abordagem com base na perspectiva dos clientes internos, fundamentada em seis aspectos: 1. Envolvimento contínuo de todos as camadas e trabalhadores da organização; 2. Apoio e direcionamento do líder para a promoção da qualidade nos processos; 3. Definição e divulgação de padrões de condutas; 4. Capacitação periódica da equipe, sobretudo sobre a habilidade em compreender as necessidades dos pacientes; 5. Monitoramento contínuo do desempenho do serviço por meio de ferramentas; 6. Recompensa ao trabalho e foco na satisfação profissional (BOBOCEA et al., 2016; KENNEDY; CASELLI; BERRY, 2011).

No que se refere à aplicabilidade da SERVQUAL adaptada, tendo em vista que as variáveis estavam altamente correlacionadas nos três modelos analisados – Expectativa, Percepção e *Gap* –, presume-se que, para os profissionais de enfermagem entrevistados, a qualidade do serviço hospitalar não é considerada com base em distintos domínios, mas como

um único construto em que todas os itens interagem fortemente entre si e são importantes. Desta forma, acredita-se que não cumprir qualquer único indicador ou item pode levar a uma percepção global negativa da qualidade do serviço.

A literatura indica que uma lacuna significativa entre expectativas e percepções em uma determinada área pode ter um efeito adverso sobre outros aspectos não identificados inicialmente, frustrando os que investem em sua melhoria. Portanto a gestão a longo prazo deve centrar-se na avaliação global dos fatores influenciadores da qualidade (MANULIK; ROSÍNCZUK; KARNIEJ, 2016).

Em relação à contribuição da SERVQUAL, concorda-se com Reidenbach e Sandifer-Smalwood (1990), que mencionavam há quase trinta anos que, do ponto de vista gerencial, os itens individuais da SERVQUAL podem ser utilizados pelos gestores como um *checklist* para a proposição de capacitações aos clientes internos e de melhorias prioritárias nos processos.

Destaca-se a relevância em disponibilizar a SERVQUAL adaptada e validada para administração no cenário hospitalar brasileiro, já que tem sido reconhecida como um instrumento relevante no panorama nacional e internacional quanto à sua aplicabilidade e obtenção de resultados satisfatórios, com o enfoque neste estudo de identificar as expectativas e percepções do desempenho do serviço na visão dos profissionais de enfermagem.

Nesta perspectiva, Vecina-Neto e Malik (2016) ressaltam que o mais importante não é definir qualidade em saúde, mas focar na aplicação prática deste conceito, buscando um consenso para que todos os envolvidos no atendimento compreendam o que se espera da qualidade em um determinado contexto organizacional. Ademais, é preciso compreender que os significados pessoais sobre qualidade, por vezes equivocados, são transferidos para a prática profissional. Em vista disso, há um entendimento sobre a importância do desenvolvimento de uma cultura da qualidade, em que comportamentos, posturas e políticas institucionais são direcionados para transformar e manter a qualidade como um valor (PALADINI, 2012).

Assumindo a complexidade e expansão dos serviços de saúde, Lee et al. (2000) ressaltam que a avaliação da qualidade é um componente crucial do planejamento institucional e fornece subsídios para a tomada de decisão de órgãos governamentais, provedores, consumidores e demais interessados. Falhas na qualidade influenciam na fidelização de clientes e na sobrevivência da organização em um cenário cada vez mais competitivo (RAMSARMA-FOWDAR, 2008). Por conseguinte, Pai e Chary (2013) sinalizam

para a expansão de investigações científicas com a finalidade de identificar fatores que influenciam na qualidade e suas variações em diferentes contextos hospitalares.

Uma evidência relevante do estudo de O'Connor, Trinh e Shewchuk (2000) foi a frágil compreensão dos estudantes sobre o que os pacientes esperam de um serviço de qualidade, indicando a necessidade de investimentos desta temática na formação profissional de nível técnico e superior na área da saúde. Diante dessa preocupação com a preparação de futuros profissionais de saúde para práticas seguras, a Organização Mundial da Saúde lançou um guia para a implementação curricular do conteúdo “segurança do paciente” em universidades e cursos de formação profissional, por meio de estratégias que privilegiem a transdisciplinaridade, multiprofissionalismo, metodologias ativas e ensino por competências. Dentre os conteúdos indicados pelo guia, destacam-se o desenvolvimento de equipe eficazes, compreensão da complexidade do cuidado ao paciente e importância dos fatores humanos na segurança do paciente. (MARRA; SETTE, 2016).

Reforça-se, desse modo, a pertinência da formação na temática da qualidade em saúde e do diagnóstico sobre as percepções dos estudantes com a utilização de instrumentos como a SERVQUAL, tendo em vista que, em um curto espaço de tempo, os alunos, antes ocupando uma posição transitória, tornam-se clientes internos permanentes das instituições de saúde e contribuem para a cultura organizacional.

Como limitação do estudo, constata-se a unidimensionalidade da SERVQUAL adaptada, que, do ponto de vista prático, inviabiliza o diagnóstico gerencial das potencialidades e fragilidades do serviço hospitalar com base em domínios, os quais englobariam variáveis em comum. A caracterização da amostra, que se apresentou com a prevalência de mulheres, com formação de nível médio e experientes na área de enfermagem e no hospital investigado, pode ter contribuído para o modelo unifatorial. Além disso, o local de atuação dos profissionais, um hospital universitário e público, pode influenciar na percepção da qualidade do serviço, em virtude das características e cultura desse tipo de organização.

À vista disso, como perspectivas futuras, tem-se a indicação da utilização da SERVQUAL adaptada em novos estudos com a finalidade de se avaliar, de maneira mais aprofundada, sua validade de construto, utilizando critérios externos distintos. Espera-se ainda que o instrumento seja adotado como uma ferramenta para guiar a abordagem assistencial e gerencial focada na qualidade.

Por fim, corroborando Cunha (2016) e Kezseia, Novaka e Streiner (2010), a validade e confiabilidade da SERVQUAL para uso por profissionais de enfermagem que atuam em serviço hospitalar é resultado da interação entre o instrumento, a população-alvo e as circunstâncias de avaliação. Portanto os achados da presente pesquisa, que indicam a oferta de um instrumento confiável e validado, devem ser considerados nos limites do contexto em que o instrumento foi aplicado.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

Considerando os objetivos da pesquisa e os resultados evidenciados, pode-se concluir que:

- A escala SERVQUAL, desenvolvida originalmente no idioma inglês, foi adaptada culturalmente para uma amostra de profissionais de enfermagem de nível técnico e superior atuantes em um serviço hospitalar.
- Seguiram-se as indicações metodológicas quanto ao processo de ATC presentes na literatura nacional e internacional, que embasaram as etapas: 1. tradução com síntese pela avaliação de especialistas, tradutores e pesquisadoras; 2. comitê de especialistas para validação de face e conteúdo; 3. retrotradução com parecer dos autores originais; 4. pré-teste com população-alvo.
- Confirmou-se a validade de face e conteúdo pela avaliação de sete especialistas, e as modificações foram acatadas quando houve, pelo menos, 80% de concordância.
- A escala manteve equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, conforme a versão original do instrumento, com base na análise da população-alvo e dos especialistas.
- A pesquisa de campo, desenvolvida em um hospital universitário público, teve o intuito de analisar as propriedades métricas de validade e confiabilidade da escala adaptada. A amostra foi composta por 270 profissionais de enfermagem.
- A análise de dimensionalidade da escala foi executada por meio de regressão múltipla, AFE e AFC, que indicou a presença de um fator, divergindo do modelo original da escala, que contém cinco dimensões: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, garantia e empatia.
- Os valores adequados de consistência interna e de correlação de item-total corrigido comprovaram a confiabilidade da escala adaptada.

Em suma, a versão final da escala adaptada da SERVQUAL, que contém 14 itens distribuídos em uma única dimensão, consiste em um instrumento válido e confiável para identificar expectativas e percepções do desempenho do serviço hospitalar na perspectiva de profissionais de enfermagem.

No panorama em que se enaltecem práticas seguras e qualificadas para a sobrevivência das organizações de saúde e para satisfazer as necessidades de clientes internos e externos, a oferta da SERVQUAL se caracteriza como uma importante medida avaliativa e gerencial para confrontar o ideal com o real referente ao desempenho do atendimento hospitalar no ponto de vista da equipe de enfermagem, que constituem o quadro mais representativo de trabalhadores na organização. Um diagnóstico assim subsidiará a liderança na condução de propostas de intervenção e/ou manutenção focadas na excelência do atendimento, que, ao ser implementadas pela categoria profissional com maior abrangência na instituição hospitalar, trarão resultados diferenciados ao atendimento e à cultura organizacional.

Além disso, a proposta da SERVQUAL vem ao encontro do referencial de avaliação da qualidade no que se refere à importância de envolver os diferentes atores neste processo, sejam eles trabalhadores, administradores, pacientes ou acompanhantes. Nesta perspectiva, é viável a aplicação da escala para comparar as percepções de profissionais de enfermagem que ocupam diferentes posições na estrutura organizacional, nas funções assistenciais ou gerenciais.

Referências

REFERÊNCIAS

- AKTER, M. S.; UPAL, M.; HANI, U. Service quality perception and satisfaction: a study over sub-urban public hospitals in Bangladesh. **Journal of Services Research**, Rockville, v. 8, p. 125-146, 2008. Número Especial.
- AL FRAIHI, K. J.; LATIF, S. A. Evaluation of outpatient service quality in Eastern Saudi Arabia. Patient's expectations and perceptions. **Saudi Medical Journal**, Riyadh, v. 37, n. 4, p. 420-428, 2016.
- AL-BORIE, H. M.; SHEIKH DAMANHOURI, A. M. Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 26, n. 1, p. 20-30, 2013.
- AL-MOMANI, M. M. Gap analysis between perceptions and expectations of medical-surgical patients in a public hospital in Saudi Arabia. **Medical Principles Practice**, Basel, v. 25, n. 1, p. 79-84, 2016.
- ALONSO, J.; ANTÓ, J. M.; MORENO, K. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminar validity. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 80, n. 6, p. 704-708, 1990.
- ALONSO, J.; PRIETO, L.; ANTÓ, J. M. La versión española del SF-36 health survey (Cuestionario de Salud SF-36): in instrumento para la medida de los resultados clínicos. **Medicina Clínica (Barcelona)**, v. 104, n. 20, p. 771-776, 1995.
- ALONSO, J.; PRIETO, L.; ANTÓ, J. M. The Spanish version of the Nottingham health profile: a review of adaptation and instrument characteristics. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 3, n. 6, p. 385-393, 1994.
- AMAN, B.; ABBAS, F. Patient's perceptions about the service quality of public hospitals located at District Kohat. **Journal of the Pakistan Medical Association**, Karachi, v. 66, n. 1, p. 72-75, 2016.
- AMERYOUN, A. et al. Factor selection for service quality evaluation: a hospital case study. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 30, n. 1, p. 58-66, 2017. Doi: 10.1108/IJHCQA-05-2016-0070.
- ARANHA, F.; ZAMBALDI, F. **Análise fatorial em administração**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- ARAUJO, C. A. S. O profissional da enfermagem e a criação de valores na saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 3-4, 2016.
- ARBUCKLE, J. L. **IBM® SPSS® Amos™ 23 user's guide: computer software and manual**. New York: IBM, 2014.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar. **Manual de orientação aos hospitais participantes do CQH**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

- BABAKUS, E.; BOLLER, G. W. An empirical assessment of the SERVQUAL scale, **Journal of Business Research**, Missouri, v. 24, n. 3, p. 254-263, 1991.
- BABAKUS, E.; MANGOLD, G. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. **Health Services Research**, Chicago, v. 26, n. 6, p. 777-786, 1992.
- BAKAS, T. **Instrumentation and measurement**. Indiana University School of Nursing Doctoral Program. Course module ed. Indianápolis, 2008.
- BAKI, B. An application of integrating SERVQUAL and Kano's model into QFD for logistics services: a case study from Turkey, **Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics**, Bingley, v. 21, n. 1, p. 106-126, 2009.
- BEATON, D. E. et al. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons; Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2017.
- BEATON, D. E. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Hagerstown, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BEATON, D. E. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. American Academy of Orthopaedic Surgeons; Institute for Work & Health, 2002.
- BEZERRA, F. A. Análise fatorial. In: CORRAR, L.; E. PAULO, E. J. M. DIAS FILHO, J. M. (Ed.). **Análise multivariada: para cursos de administração, ciências contábeis e economia**. São Paulo: Atlas, 2007.
- BOBOCEA, L. et al. The management of health care service quality: a physician perspective. **Journal of Medicine and Life**, Bucharest, v. 9, n. 2, P.149-152, 2016.
- BOHMER, R. Managing the new primary care: the new skills that will be Needed. **Health Affairs (Millwood)**, v. 29, n. 5, p.1010-1014, 2010.
- BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, p. 1055-1069, 2011. Suplemento 1.
- BORGES, J. B. C.; CARVALHO, S. M. R.; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca no sistema único de Saúde SUS. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, p.172-182, 2010.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.
- BOWLING, A. et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. **Health Technology Assessment (Winchester, England)**, v. 16, n. 30, 2012.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99051/pdf/Bookshelf_NBK99051.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL, V. S. **Dimensões da qualidade percebida em serviços de saúde diferenciados.** In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 18., 1994, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 1994. p.143-166.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura:** uma reflexão teórica aplicada à prática. Brasília: ANVISA, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013,** que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.** Institui o programa nacional de segurança do paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 abr. 2013c.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research.** New York: Guilford Press, 2006.

BURMESTER, H. **Manual de gestão hospitalar.** Rio de Janeiro: FGV, 2012.

BUTT, M. M.; RUN, E. C. Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 23, n. 7, p. 658-673, 2010.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with AMOS:** basic concepts, application, and programming. 2nd ed. New York: Routledge; Taylor & Francis Group, 2010.

CALIXTO-OLALDE, M. G. et al. Escala SERVQUAL: validación en población mexicana. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 526-533, 2011.

CARAVANTES, G. R.; PANNO, C. C.; KLOECKNER, M. C. **Administração:** teorias e processo. São Paulo: Pearson, 2005.

CARMAN, J. M. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions, **Journal of Retailing**, New York, v. 66, n. 1, p. 33- 44, 1990.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: PASQUALI, L.

Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 506-520.

CHASTON, I. A. Comparative study of internal customer management practices within service sector firms and the national health service. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 19, n. 2, p. 299-308, 1994.

COHEN, R.J.; SWERDLIK, M.E.; STURMAN, E. D. **Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas.** 8. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

COLLARES, C.F.; GREC, W. L. P; MACHADO, J. L. M. Psicometria na garantia de qualidade da educação médica: conceitos e aplicações. **Science in Health**, São Paulo, v. 3, n. 1 p. 33-49, 2012.

COOK, D. A.; BECKMAN, T. J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. **American Journal of Medicine**, New York, v. 119, n. 2, p. 116.e7-16, 2006.

COUTO, R. D.; PEDROSA, T. M. G. Qualidade total aplicada a hospitais. In: _____. **Hospital: acreditação e gestão em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 1-16.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento.** 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

CRUZ, W. B. S. **Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado.** 118f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CRUZ, W. B. S.; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p.147-153, 2010.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

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

DEON, K. C. et al. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABKIDS® Atopic Dermatitis Module (ADM). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 450-457, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a20.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2017.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, Washington, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. **Quality Review Bulletin**, Chicago, v. 18. n. 11, p. 356-360, 1992.

- DUFFY, JO A. M.; KETCHAND, A. A. Examining the role of service quality in overall service satisfaction source. **Journal of Managerial Issues**, Pittsburg, v. 10, n. 2, p. 240-255, 1998.
- DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.
- ELOSUA, P. et al. Practical ways to apply the ITC precondition, and development guidelines in adapting tests. Spanish adaptation of “Bateria de Provas de Raciocinio”. In: EUROPEAN CONGRESS OF METHODOLOGY, V., 2012, **Anais...** SANTIAGO DE COMPOSTELA: Spain: Faculty of Psychology, University of Santiago de Compostela, 2012.
- DEMING, W.E. **Quality, productivity, and competitive position**. Cambridge: Center for Advanced Engineering Study, Massachusetts, Institute of Technology, 1982.
- DIAS, O. V. et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta paulista enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 225-231, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2017.
- ELOSUA, P. Tests publicados en España: usos, costumbres y asignaturas pendientes. **Papeles del Psicólogo**, Madrid, v. 33, n. 1, p. 12-21, 2012.
- ELOSUA, P.; E ILIESCU, D. Tests in Europe. Where we are and where we should to go? **International Journal of Testing**, New York, v. 12, n. 2, p. 157-175, 2012.
- EMBERTON, M. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia: physician and patient preferences and satisfaction. **International Journal Clinical Practice**, Oxford, 64, n. 10, p. 1425-1435, 2010.
- EUROPEAN GROUP FOR QUALITY OF LIFE ASSESSMENT AND HEALTH MEASUREMENT. **European Guide to the Nottingham Health Profile**. Surrey: Brookwood Medical Publications, 1993.
- EVERS, A. et al. Testing practices in the 21st century: developments and European psychologists’s opinions. **European Psychologist**, Kirkland, v. 17, n. 4, p. 300-319, 2012.
- FÁVERO, L. P. L. et al. **Análise de dados**: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability and sensitivity. **Quality of life**: the assessment, analysis and Interpretation of patient reported outcomes. 2nd ed. Chichester, England: John Wiley & Sons, 2007. cap 4.
- FEGADOLLI, C. et al. Adaptação do módulo genérico DISABIKIDS[®] para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 95-105, 2010.

- FELDMAN, L.; GATTO, M.; CUNHA, I. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 213-219, 2005.
- FERNANDES, M. V. L. **Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação**. 2005. 110f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- FERREIRA, D. F. **Estatística multivariada**. 2. ed. Lavras: UFLA, 2011.
- FERREIRA, L. et al. Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 13, n. 3, p. 457-461, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n3/v13n3a18.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2017.
- FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's respiratory questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, Copenhagen, v. 9, n. 6, p.1160-1166, 1996.
- FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010.
- FINN, D. W.; LAMB JR, C. W. An evaluation of the SERVQUAL scale in a Retailing Setting. **Advances in Consumer Research**, Chicago, v. 18 n. 1, p. 483-490, 1991.
- FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2010.
- FRIELE, R. D.; REITSMA, P. M.; DE JONG, J. D. Complaint handling in healthcare: expectation gaps between physicians and the public; results of a survey study. **BMC Research Notes**, London, v. 8, p. 529, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4591727/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- FURLAN, C. E. F. B. **Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes**. 2011. 112 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.
- GALLAGHER, T. H. et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. **JAMA Journal American Medical Association**, Chicago, v, 89, n. 8, p. 1001-1077, 2003.
- GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Medical Research Methodology**, London, v.10, n.13, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2831007/>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- GRONROOS, C. **Strategic management and marketing in the service sector**. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration, 1982.
- GUDMUNDSSON, E. Guidelines for translating and adapting psychological instruments. **Nordic Psychology**, Reykjavik, v. 61, n. 2, p. 29-45, 2009.

- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 46, n.12, p. 1417-1432, 1993.
- HAIR JR, J. F. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- HAMBLETON, R. K. Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. In: MUÑIZ, J. (Ed.). **Psicometría**. Madrid: Universitas, p. 207-238, 1996.
- HAMBLETON, R. K. Guidelines for adapting educational and psychological tests: a progress report. **European Journal of Psychological Assessment**, Bern, v. 10, n. 3, p. 229-244, 1994.
- HAMBLETON, R. K. Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: HAMBLETON, R. K.; MREND, P. F, SPIEBERGER, C. D. **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005, p. 3-38.
- HAMBLETON, R. K.; PATSULA, L. Adapting tests for use in multiple languages and cultures. **Social Indicators Research**, Dordrecht, v. 45, n.19, p 153-171, 1998.
- HAMBLETON, R. K.; Y ZENISKY, A. L. Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. In: MATSUMOTO, D.; VAN DE VIJVERF, J. R. (Ed.). **Cross-cultural research methods in psychology**. 6th ed. New York: Cambridge University Press, 2011. p. 46-70.
- HARRINGTON, D. **Confirmatory factor analysis**. New York: Oxford University Press, 2009.
- HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 213-219, 2006.
- HERDMAN, M.; FOX- RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL Instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998.
- HOLMAN, R. H.; M. SOLOMON. M. (Ed.) **Advances in consumer research**, Provo, UT: Association for Consumer Research, 1991. v. 18.
- HUANG, Y. Y.; LI, S. J. Understanding quality perception gaps among executives, frontline employees, and patients: the outpatient services in Taiwan hospitals. **Quality Management in Health Care**, Frederick, v. 19, n. 2, p. 173-84, 2010.
- HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- HUNT, S. M, et al. Cross-cultural adaptation of health measures. **Health Policy**, Amsterdam, v. 19, n. 1, p. 33-44, 1991.

- INTERNATIONAL TEST COMMISSION. International Test Commission guidelines for translating and adapting tests, 2010. Disponível em: <<http://www.intestcom.org>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total: à maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- JIANG, H. et al. Nurse satisfaction and burnout in Shanghai neurology wards. **Rehabilitation Nursing**, Philadelphia, v. 41n. 2, p. 120-127, 2016.
- JUNG, H. P. et al. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. **Quality & Safety Health Care**, London, v. 11, n. 4, p. 315-319, 2002.
- JURAN, J.M., **A qualidade desde o projeto: a qualidade desde o projeto**. 4. ed. São Paulo: Pioneira, 2009.
- KENNEDY, D. M.; CASELLI, R. J.; BERRY, L. L. A roadmap for improving healthcare service quality. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 56, n. 6, p. 385-402, 2011.
- KESZEL, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 68, n. 4, p. 319-323, 2010.
- KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, Bethesda, v. 65, n. 1, p. 2276-2284, 2008.
- KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3rd. ed. New York: Guilford Press, 2010.
- KLOTTER, P.; KELLER, K. L. **Administração de marketing**. 17. ed. São Paulo: Pearson, 2012.
- LAN, S. K. SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong, **Total Quality Management**, London, v. 8, n. 4, p. 145-152, 1997.
- LATTIN, J.; CARROLL, J. D.; GREEN, P. E. **Análise de dados multivariados**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- LEAL, A. A. **Proposta de um modelo para avaliação da qualidade no setor de saúde suplementar com a integração do QFD e do SERVQUAL**. 2012. 93f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.
- LEHTINEN, J. R. LEHTINEN, U. **Service quality: a study of quality dimensions**, unpublished working paper. Helsinki: Service Management Institute, 1982.
- LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, New York, v. 47, p. 9-20, 1983.

- LOVELOCK, C. H. Towards a classification of services. In: BERRY, L. L.; SHOSTACK, G. L.; UPAH G. D. (Ed.). **Emerging perspectives on services marketing**. Chicago: American Marketing Association, 1980. p. 72-76.
- MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing**: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman, 2008.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e acreditação. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pt. 4, cap. 27, p. 353-357.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania).
- MANULIK S, ROSIŃCZUK J, KARNIEJ P. Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. **Patient Preference and Adherence**, Aukland, v.10, p.1435-1442, 2016. Disponível em: ><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977087/pdf/ppa-10-1435.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- MANZO, B. F. BRITO, M. J. M.; CORREA, A. R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, 2012.
- MANZO, B. F. et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4490/6007>>. Acesso em: 10 fev 2017.
- MANZO, B.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 46-51, 2013.
- MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais**: fundamentos teóricos, software e aplicações. 2. ed. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2014.
- MARRA V. N.; SETTE, M. L. (Coord.) **Guia curricular de segurança do paciente da organização mundial da saúde**: edição multidisciplinar. Rio de Janeiro: Autografia, 2016.
- MCHUGH, M. D. et al. Lower mortality in magnet hospitals. **Medical Care**, Hagerstown, v. 51, n. 5, p. 382-388, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3568449/pdf/nihms-412598.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016, pt. 1, cap.3, p. 32-49.

- MEHRALIAN, G.; BABAPOUR, J.; PEIRAVIAN, F. Distributor-retailer interface in pharmaceutical supply chain: service quality measurement scale. **Iranian Journal of Pharmaceutical Research**, Tehran, 15, n. 4, p. 973-982, 2016.
- MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- MISHRA, D. P.; SINGH, J.; WOOD, W. An empirical investigation of two competing models of patient satisfaction, **Journal of Ambulatory Care Marketing**, Binghamton, v. 4, n. 2, p. 17-36, 1991.
- MONTEIRO, E A. **Validação do questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal em uma amostra de cuidadores brasileiros**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.
- MORAES, D. R. **Avaliação da Qualidade dos serviços hospitalares com a adaptação do Modelo SERVQUAL em dois hospitais de Bauru/SP**. 2012. 135 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Engenharia, Bauru, 2012.
- MUKHOPADHYAY, D. K. Students' perception of quality of medical education in a medical college in west Bengal, India. **Indian Journal Public Health**, Calcuttá, v. 60, n. 1, p. 4-9, 2016.
- MUÑIZ, J.; ELOSUA, P.; HAMBLETON, R.K. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. **Psicothema**, Oviedo, v. 25, n. 2, p. 151-157, 2013.
- MUÑIZ, J.; Y HAMBLETON, R. K. Directrices para la traducción y adaptación de tests. **Papeles del Psicólogo**, Madrid, v. 66, p. 63-70, 1996.
- NADI, A. Patients' expectations and perceptions of service quality in the selected hospitals. **Medical Archives (Sarajevo)**, v. 70, n. 2, p.135-139, 2016.
- NASCIMENTO, D.D.G. et al. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. FioCruz: Mato Grosso do Sul, 2013.
- NETEMEYER, R.; BEARDON, W.; SHARMA, S. **Scaling procedures: issues and applications**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.
- NUNES, F. D. O. et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **Revista Pesquisa Cuidado Fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 841-47, 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3007/pdf_1297>. Acesso em: 03 abr. 2017.
- O'CONNOR, S. J., TRINH, H. Q.; SHEWCHUK, R. M. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. **Health Care Management Review**, Hagerstown, v. 25, n. 2, p. 7-23, 2000.
- O'CONNOR, S. J.; SHEWCHUK, R. M.; CARNEY, L. W. The great gap. Physicians' perceptions of patient service quality expectations fall short of reality. **Journal of Health Care Marketing**, Chicago, v. 14, n. 2, p. 32-39, 1994.

- OGUNNOWO, B. E.; OLUFUNLAYO, T. F.; SULE, S. S. Client perception of service quality at the outpatient clinics of a general hospital in Lagos, Nigéria, **The Pan African Medical Journal**, Kampala, v. 22, n. 1, p. 68, 2015. Disponível em: <<https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/132756/>>. Acesso em: 19 fev. 2017.
- OLIAEE, Z.; JABBARI, A.; EHSANPOUR, S. An investigation on the quality of midwifery services from the viewpoint of the clients in Isfahan through SERVQUAL model. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**. Mumbai, v. 21, n. 3, p. 291-296, 2016.
- OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 122-129, 2014.
- OLIVER, R. Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings. **Journal of Retailing**, New York, v. 57, n. 3, p. 25-48, 1981.
- OLSHAVSKY, R. W. Perceived quality in consumer decision making: na integrad theoretical perspective. In: _____. JACOBY, J.; OSLON, J. (Ed.). **Perceived quality: how consumers view stores and merchandise**. Lexington, Massachusetts: Lexngton Books, 1985. p. 3-29.
- OMACHONU, V.; EINSRUCH, N. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. **The Innovation Journal: Public Sector Innovation Journal**, v. 15, n.1, p.1-20, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestação para o desenvolvimento nacional de saúde**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1981.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004.
- OSÓRIO, F. L.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n.2, p. 73-83, 2005.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492- 499, 2008.
- PAI, Y. P.; CHARY, S.T. Dimensions of hospital service quality: a critical review: Perspective of patients from global studies', **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v.26, n. 4, p. 308-340, 2013.
- PALADINI, E. P. **Gestão da qualidade: teoria e prática**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- PALLANT, J. **SPSS survival manual**. Buckingham: Open University Press, 2007.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A Conceptual model of service: quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 49, p. 41-50, 1985.

- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 58, n. 1, p. 111-124, 1994.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of Retailing**, New York, v. 67, n. 4, p. 420-450, 1991.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: A Multi-item scale measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p. 12-37, 1988.
- PASQUALI, L. **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM, 2005.
- PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PASQUALI, L. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/ IBAPP, 1999.
- PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- PASQUALI, L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, p. 99-107, 2007. Número Especial.
- PEDROSA, T. M. G.; COUTO, R. C. Cenários e perspectivas do setor saúde: o Brasil e o mundo. In: _____. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p.1-16.
- PELLEGRINO, F. C.; PACHECO, E. L.; VAZZOLER, M. L. Caracterización de los trastornos neurológicos en los perros: 1652 casos -marzo 2008- junio 2010. Parte I. **Revista Argentina Neurología Veterinarias**, Buenos Aires, v. 2, n. 1. p. 78-96, 2011.
- PENA, M. M. et al. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, 2013.
- PEREIRA, A.V.L. **Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internamento de um hospital público em Campina Grande – PB**. 2013. 79f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- PERNEGER, T. V.; LEPLÈGE, A.; ETTER, J. F. Cross-cultural adaptation of a psychometric instrument: two methods compared. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 52, n. 11, p. 1037-1046, 1999.
- PILATTI, A.; GODOY, J. C.; BRUSSINO, S. A. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de expectativas hacia el alcohol para adolescentes (CEA-A). **Acta Colombiana de Psicología**, Bogotá, v.15, n. 2, p.11-20, 2012.
- PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação: um debate necessário. **Revista de Ensino de Ciência e Tecnologia**, Curitiba, v. 3, p. 81-91, 2010.

- PITTMAN, J.; BAKAS, T. Measurement and instrument design. **Journal of Wound Ostomy Continence Nursing**, St. Louis, v. 37, n. 6, p. 603-607, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre, Artmed, 2011.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Essentials of nursing research**: Appraising evidence for nursing practice. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. **Redefining health care**: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- PRIETO, L. et al. Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: evidence of limited value of item weights. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 49, n. 1, p. 31-38, 1996.
- PRIMI, R. Psicometria: fundamentos matemáticos da teoria clássica dos testes. **Avaliação Psicológica**, Curitiba, v.11, n.2, p. 297-307, 2012.
- PURCAREA, V; GHEORGHE, I; PETRESCU, C. The assessment of perceived service quality of public health care services in Romania Using the SERVQUAL Scale. **Procedia Economic and Finance**, Bucharest, v. 6, p. 573-585, 2013.
- QIN, H.; PRYBUTOK, V.; PRYBUTOK, G. Quantitative comparison of measurements of urgent care service quality, **Health Marketing Quarterly**, New York, v. 33, n. 1, p. 59-77, 2016. DOI: 10.1080/07359683.2016.1131581
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.
- REIDENBACH, R; SANDIFER-SMALWOOD, B. Exploring perceptions of hospital operations by a modified Servqual approach. **Journal of Health Care Marketing**, Chicago, v. 10, p. 47-55, 1990.
- REIS, E. **Estatística multivariada aplicada**. 2. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2001.
- REZAEI, S. Measurement of quality of educational hospital services by the SERVQUAL model: the Iranian patients' perspective. **Electron Physician**, Mashhad, v. 25, n. 8, n. 3, p. 2101-2106, 2016.
- ROBERTS, H.; CRONIN, S. N. A descriptive study of nursing Peer-Review programs in US Magnet® Hospitals. **Journal of Nursing Administration**. Hagerstown, v. 47, n. 4, p. 226-231, 2017.
- RODRIGUES, M. V. et al. Acreditação em organizações em saúde. In: _____. **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2011. cap. 3. p. 77-111.
- RUNCIMAN, W. et al. Towards an International classification for patient safety: key concepts and terms. **International Journal Quality Health Care**, Oxford, v. 21, n. 1, p.18-26, 2009.

- SAMPAIO, S. L. **A Cultura organizacional na gestão da qualidade**. Monografia. Universidade Unimed, Belo Horizonte, 2011.
- SASSER, W. E.; OLSEN, R. P.; DARYL WYCKOFF, D. D. **Management of service operations**: text and cases. Boston: Allyn & Bacon, 1978.
- SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.
- SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, 2014.
- SILVA, R. M. **Avaliação da qualidade do serviço no atendimento no centro de reabilitação pela perspectiva do acompanhante do paciente, como instrumento de gestão para obter vantagem competitiva**. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração) - Universidade Paulista - Unip, 2012.
- SILVA, S. C. Qualidade nos serviços de saúde e a segurança do ambiente. In: HARADA, M. J. C. S. (Org.). **Gestão em enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011, p. 305-314.
- SIRECI, S. G. et al. Evaluating guidelines for test adaptations: A methodological analysis of translation quality. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, Winston-Salem, v. 37, n. 5, p. 557-567, 2006.
- STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales. A practical guide to their development and use**. 4th. ed. New York: Oxford University Press, 2008.
- TABACHNICK, B. G.; FIDELL, L. S. **Using multivariate statistics**. 5th. ed. Boston: Pearson Education, Inc., 2007
- TABACHNICK, B.; FIDELL, L. **Using multivariate analysis**. Needham Heights: Allyn & Bacon, 2007.
- TAI, T. W.; BAME, S. L. Organizational and community factors associated with Magnet Status of U.S. Hospitals. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 62, n. 1, p. 62-76, 2017.
- TANZER, N. K. Developing tests for use in multiple languages and cultures: a plea for simultaneous development. In: HAMBLETON, R. K. P. F. MERENDA, P. F.;
- SPIELBERGER, C. D. (Ed.). **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 235-264.
- TERWEE, C.B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v.60, n.1, p.34-42, 2007.
- TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F.; MELLEIRO, M. M. Avaliação de serviços, qualidade e segurança do paciente no setor de saúde. In: KURCGANT, P. (Org.).

Gerenciamento em enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016. cap. 6, p. 59-73.

URBINA, S. **Fundamentos de testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VALIM, M.D.; MARZIALE, M. H. P. Adaptação cultural do “questionnaires for knowledge and compliance with standard precautions” para o português brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p.28-36, 2013.

VAN DE VIJVER, F.; HAMBLETON, R. K. Translating tests: some practical guidelines. **European Psychologist**, Kirkland, v. 1, n. 2, p. 89-99, 1996.

VECINA NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016.

VIACAVA, F. (Coord). **Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento**. Relatório final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/SGDP-RELATORIO_FINAL%20_com_sumario_atualizadorev%202014.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. Economia e saúde. In: IBÁÑEZ, N; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

VITURI, D. W. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Gestão da qualidade total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 945-952, 2015.

WENNERBERG, J.E. **Tracking medicine: a researcher's quest to understand health care**. New York: Oxford University Press, 2010.

WHITE, J. G.; SLABBER, J.; SCHREUDER, A. Patient management: measuring patients' expectations and perceptions of service quality in a dental training hospital. **SADJ: Journal of the South African Dental Association**, Houghton, v. 56 n. 4, p. 203-208, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance**. Geneva: Who Graphics, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Process of Translation and Adaptation of Instruments**. Geneva: Who, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/>. Acesso em: 10 abr. 2017.

WYND, C.; SCHMIDT, B.; SCHAEFER, M. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal Nursing Research**, Beverly Hills v. 25, n. 5, p. 508-518, 2003.

YAZDI-FEYZABADI, V. Quality assessment of clinical education services in teaching hospitals located in Kerman, Iran **Electronic Physician**, Mashhad, v. 7, n. 7, p. 1427-1434, 2015.

ZAREI, A. Service quality of private hospitals: the Iranian patients' perspective **BMC Health Services Research**, London, v. 12, n. 1, p. 31, 2012. DOI: 10.1186/1472-6963-12-31.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. **Calidad total em la gestion de servicios**. Madrid: Diaz de Santos, 1993.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. **Delivering service Quality: balancing customers perceptions and expectations**. New York: The Free Press, 1990.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada **Adaptação transcultural e validação da SERVQUAL para profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares** que tem como objetivo realizar a adaptação transcultural e a avaliação psicométrica da referida escala para ser aplicada em profissionais de enfermagem. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - SP, e tem como pesquisadores responsáveis a aluna Larissa Gutierrez de Carvalho Silva e a professora orientadora Dr.^a Carmen Silvia Gabriel.

Caso aceite, você será convidado (a) a avaliar o instrumento em três momentos: 1. Avaliação das duas traduções (T1 e T2) para a obtenção da síntese das traduções (T12); 2. Análise da equivalência semântica, cultural, idiomática e conceitual de cada item da escala, considerando a escala original; 3. Análise da versão final após a realização do pré-teste, que será realizada em uma amostra intencional de profissionais de enfermagem.

Não lhe será cobrado nada, assim como não haverá remuneração financeira pela sua participação no estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo seu anonimato. Sua participação é voluntária e, portanto, poderá recusar-se a participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Caso sinta algum desconforto em avaliar o instrumento no período estipulado e haja a necessidade de mais tempo, você terá total liberdade em conversar diretamente com os responsáveis pela pesquisa por meio de contato telefônico, pessoalmente ou via e-mail, os quais estão informados ao final deste documento. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Quanto aos benefícios, a sua contribuição com esta pesquisa, mediante a avaliação da escala traduzida, ajudará a validar o primeiro instrumento em português para a avaliação das expectativas e percepções da qualidade na ótica de profissionais de saúde. Os resultados desta pesquisa serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos.

Quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem fornecido qualquer informação que possa identificá-lo. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Desde já agradeço pela atenção e participação e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Eu _____ (nome por extenso), RG nº _____, tendo recebido as informações acima, e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar deste estudo, confirmando ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. O Compromisso de me proporcionar informações atualizadas durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura

Em caso de dúvida, você poderá procurar:

Larissa Gutierrez de Carvalho Silva
Avenida Robert Koch, 60, Londrina - PR
(43) 3371 2249 / (43) 8402 3737
E-mail: larissagutierrez@yahoo.com.br

Carmen Silvia Gabriel
Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto- SP
(16) 3602 3471
E-mail: cgabriel@eerp.usp.br

Se precisar de esclarecimentos em relação aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, telefone (16) 3315.3386 ou por e-mail: cep@eerp.usp.br.

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE B

AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DA SERVQUAL PELA POPULAÇÃO-ALVO NA ETAPA DE PRÉ-TESTE

1	De modo geral, como você avalia a escala SERVQUAL?	(1) BOM	(2) REGULAR	(3) RUIM
		Caso tenho respondido “regular” ou “ruim”, explique o(s) motivo(s). <hr/> <hr/> <hr/>		
2	Como você considera a compreensão dos itens da escala?	(1) FÁCIL	(2) REGULAR	(3) DIFÍCIL
		Caso tenho respondido “regular” ou “difícil”, explique o(s) motivo(s). <hr/> <hr/> <hr/>		
3	Você teve dificuldade em responder a escala de resposta?	(1) SIM	(2) ÀS VEZES	(3) NÃO
		Caso tenho respondido “às vezes” ou “não”, explique o(s) motivo(s). <hr/> <hr/> <hr/>		
4	Você considera os itens da escala importantes para avaliar a qualidade do serviço no hospital?	(1) SIM	(2) MAIS OU MENOS	(3) NÃO
		Caso tenho respondido “mais ou menos” ou “não”, explique o(s) motivo(s). <hr/> <hr/> <hr/>		
5	Você mudaria algum item da escala?	(1) SIM	(2) NÃO	
		Se sim, como você escreveria o(s) item (ns)? <hr/> <hr/> <hr/>		
6	Você acrescentaria algum item na escala?	(1) SIM	(2) NÃO	
		Se “sim”, escreva o(s) item (ns) que você acrescentaria na escala. <hr/> <hr/> <hr/>		
7	Houve algum item que você não quis responder?	(1) SIM	(2) NÃO	
		Caso tenho respondido “sim”, explique o(s) motivo(s). <hr/> <hr/> <hr/>		
Você pode utilizar esse espaço para escrever qualquer tipo de incompreensão do instrumento que você identificou e para sugerir alterações. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – PRÉ-TESTE

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **Adaptação transcultural e validação da SERVQUAL para profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares** que tem como objetivo realizar a adaptação transcultural e a avaliação psicométrica da referida escala para ser aplicada em profissionais de enfermagem brasileiros. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - SP, e tem como pesquisadores responsáveis a doutoranda Larissa Gutierrez de Carvalho Silva e a professora orientadora Dr.^a Carmen Silvia Gabriel.

Caso aceite participar, você deverá preencher o instrumento sobre as expectativas e percepções sobre a qualidade do serviço no hospital. Será necessário também que você avalie a estrutura e compreensão de cada item.

Você não terá custos e não haverá remuneração financeira pela sua participação no estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo seu anonimato. Sua participação é voluntária e, portanto, poderá recusar-se a participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Se você se sentir prejudicado(a) ou desconfortável por qualquer motivo em preencher o instrumento, você poderá solicitar sua retirada imediata da pesquisa, não havendo necessidade de justificativa e sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional a sua pessoa. Você também tem o direito de comunicar qualquer desconforto ou prejuízo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, nos meios de comunicação que estão informados ao final deste documento, que tomará as medidas cabíveis. Fica também garantida indenização monetária em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O preenchimento do instrumento leva, em média, 15 a 20 minutos, que será feito em seu local de trabalho. A pesquisadora entregará pessoalmente o formulário e aguardará seu preenchimento. Caso seja necessário, ela poderá retornar em outra data, para buscar o formulário preenchido. Quanto aos benefícios, a sua contribuição com esta pesquisa, mediante a avaliação da escala traduzida, ajudará a validar a SERVQUAL no Brasil para a avaliação das expectativas e percepções da qualidade na ótica de profissionais de enfermagem.

Os resultados desta pesquisa serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos. Quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem fornecido qualquer informação que possa identificá-lo.

Desde já agradecemos pela atenção e participação e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Eu _____ (nome por extenso), RG nº _____, tendo recebido as informações acima, e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar deste estudo, confirmando ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;
4. O Compromisso de me proporcionar informações atualizadas durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura

Em caso de dúvidas, você poderá procurar:

Larissa Gutierrez de Carvalho Silva
Avenida Robert Koch, 60, Londrina - PR
(43) 3371 2249
E-mail: larissagutierrez@yahoo.com.br

Carmen Silvia Gabriel
Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto- SP
(16) 3602 3471
E-mail: cgabriel@ceerp.usp.br

Esta pesquisa foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP (CEP-EERP)**, que tem a finalidade de avaliar os projetos a serem executados e proteger os participantes das pesquisas, visto que esta é uma orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP-EERP, localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sala 38, Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, e-mail: cep@ceerp.usp.br, telefone: (16) 3315 9197, com horário de funcionamento de segunda à sexta, das 8h às 17h.

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE D

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INFORMAÇÕES DA COLETA

Número (ID):				
Entrevistador:				
Data do primeiro contato: ____/____/____	Entrevistado: 1 ☐ Sim 2 ☐ Não Motivo: _____			
Data do segundo contato: ____/____/____	Entrevistado: 1 ☐ Sim 2 ☐ Não Motivo: _____			
Data do terceiro contato: ____/____/____	Entrevistado: 1 ☐ Sim 2 ☐ Não Motivo: _____			
Digitado: 1º () 2º ()				

INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO(A)

Data de nascimento: ____/____/____	DN
Sexo 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino	SEXO
Categoria profissional 1 ☐ Enfermeiro 2 ☐ Técnico de Enfermagem 3 ☐ Auxiliar de Enfermagem	PROF
Maior titulação 1 ☐ Nenhuma titulação 2 ☐ Especialização/Residência 3 ☐ Mestrado 4 ☐ Doutorado 5 ☐ Pós-doutorado	TITUL
Setor de trabalho 1 ☐ Unidade de internação adulto 2 ☐ Pronto Socorro 3 ☐ Materno-infantil 4 ☐ Centro Cirúrgico/ Central de Material 5 ☐ Unidade de Terapia Intensiva 6 ☐ Atendimento (Ambulatório/ Exames/ Hemocentro/Hemodinâmica/Quimioterapia) 7 ☐ Centro de Queimados 8 ☐ Administração/Direção 9 ☐ Outro: _____	SETOR
Turno de trabalho 1 ☐ Integral 2 ☐ Manhã 3 ☐ Tarde 4 ☐ Noite	TURNO
Tempo de experiência profissional 1 ☐ Menos de 1 ano 2 ☐ 1 a 5 anos 3 ☐ 5 a 10 anos 4 ☐ 10 a 20 anos 5 ☐ Acima de 20 anos	TEMPEXP
Tempo de atuação no Hospital Universitário de Londrina 1 ☐ Menos de 1 ano 2 ☐ 1 a 5 anos 3 ☐ 5 a 10 anos 4 ☐ 10 a 20 anos 5 ☐ Acima de 20 anos	TEMPHU

Escala SERVQUAL - Parte I

Instruções: Baseado em suas experiências como profissional de enfermagem, pense no que você **espera** de uma instituição de saúde para que ofereça um serviço de qualidade. Demonstre o quanto você acredita que esta instituição deve possuir as características descritas em cada afirmativa. Você não precisa pensar em uma instituição específica, pois são características que você **espera** de um serviço de excelência. Se você considera que uma característica não é essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule o número 1. Se você considera que a característica é absolutamente essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule 7. Se sua opinião for diferente, circule um dos números na parte central. Avaliar o serviço de saúde não é simples e a excelência no atendimento depende de vários fatores. Por isso, leia com calma e escolha as opções que mais se aproximam da sua avaliação. Não existe resposta certa ou errada. Estamos apenas interessados no número que realmente reflete sua opinião sobre uma instituição de saúde que presta um serviço de qualidade.

E1. Instituições de saúde de excelência têm equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7
E5. Quando instituições de saúde de excelência estipulam um prazo para realizar determinado serviço, elas cumprem.	1	2	3	4	5	6	7
E10. Colaboradores de instituições de saúde de excelência comunicam aos clientes quando os serviços serão realizados.	1	2	3	4	5	6	7
E14. O comportamento dos colaboradores de instituições de saúde de excelência transmite confiança aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E18. Instituições de saúde de excelência oferecem atenção individualizada aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E15. Clientes de instituições de saúde de excelência se sentem seguros com os serviços prestados.	1	2	3	4	5	6	7
E2. Instalações físicas de instituições de saúde de excelência são visualmente atrativas.	1	2	3	4	5	6	7
E11. Colaboradores de instituições de saúde de excelência fornecem serviços imediatos aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E6. Quando um cliente tem um problema, instituições de saúde de excelência mostram interesse sincero em resolvê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
E19. Instituições de saúde de excelência têm horário de funcionamento conveniente a todos os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E12. Colaboradores de instituições de saúde de excelência estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E21. Instituições de saúde de excelência priorizam os interesses dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E3. Colaboradores de instituições de saúde de excelência se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
E7. Instituições de saúde de excelência executam o serviço corretamente na primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7
E20. Instituições de saúde de excelência possuem colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E8. Instituições de saúde de excelência realizam os serviços no prazo programado.	1	2	3	4	5	6	7
E13. Colaboradores de instituições de saúde de excelência nunca estão muito ocupados para atender as solicitações dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E16. Colaboradores de instituições de saúde de excelência são sempre educados com os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E9. Instituições de saúde de excelência mantêm registros sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
E17. Colaboradores de instituições de saúde de excelência têm conhecimento para responder as perguntas dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
E4. Materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, folderes ou encartes, são visualmente atrativos em instituições de saúde de excelência.	1	2	3	4	5	6	7
E22. Colaboradores de instituições de saúde de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7

Escala SERVQUAL - Parte II

Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre sua percepção em relação ao **Hospital Universitário de Londrina**. Para cada afirmativa, demonstre o quanto você acredita que esta instituição de saúde possui a característica descrita. Assinale “7” se você concorda totalmente que o **Hospital Universitário de Londrina** possui a característica descrita, assinale “1” se você discorda totalmente, ou você pode assinalar um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade que você percebe que o **Hospital Universitário de Londrina** possui tal característica. Não existem respostas certas ou erradas. Só queremos saber qual número melhor representa sua opinião sobre esta instituição.

P1. Esta instituição de saúde tem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5	6	7
P5. Quando esta instituição de saúde estipula um prazo para realizar determinado serviço, ela cumpre.	1	2	3	4	5	6	7
P10. Os colaboradores desta instituição de saúde comunicam ao cliente quando os serviços serão realizados.	1	2	3	4	5	6	7
P14. O comportamento dos colaboradores desta instituição transmite confiança aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P18. Esta instituição de saúde oferece atenção individualizada aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P15. Os clientes se sentem seguros com os serviços prestados por esta instituição de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
P2. As instalações físicas desta instituição de saúde são visualmente atrativas.	1	2	3	4	5	6	7
P11. Os colaboradores desta instituição de saúde fornecem serviços imediatos aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P6. Quando um cliente tem um problema, esta instituição de saúde mostra interesse sincero em resolvê-lo.	1	2	3	4	5	6	7
P19. Esta instituição de saúde tem horário de funcionamento conveniente a todos os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P12. Os colaboradores desta instituição estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P21. Esta instituição de saúde prioriza os interesses dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P3. Os colaboradores desta instituição se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.	1	2	3	4	5	6	7
P7. Esta instituição de saúde realiza o serviço corretamente na primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7
P20. Esta instituição de saúde possui colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P8. Esta instituição de saúde realiza os serviços no prazo programado.	1	2	3	4	5	6	7
P13. Os colaboradores desta instituição nunca estão muito ocupados para atender as solicitações dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P16. Os colaboradores desta instituição são sempre educados com os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P9. Esta instituição de saúde mantém registros sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
P17. Os colaboradores desta instituição têm conhecimento para responder as perguntas dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
P4. Os materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, folderes ou encartes, são visualmente atrativos nesta instituição de saúde.	1	2	3	4	5	6	7
P22. Os colaboradores desta instituição de saúde compreendem as necessidades específicas dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7

Escala SERVQUAL - Parte III

Instruções: Abaixo estão listadas cinco características que pertencem a instituições de saúde e os serviços que estas oferecem. Gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você quando avalia a qualidade dos serviços de uma instituição de saúde. Por favor, distribua o total de 100 pontos entre as cinco características conforme a importância que você atribui a cada uma delas. Quanto mais importante for a característica, mais pontos você deverá atribuir. Por favor, certifique-se de que os pontos que você distribuir entre as cinco características somem 100.

1	A aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação da instituição de saúde.	
2	A habilidade da instituição de saúde em cumprir o serviço prometido de maneira confiável e precisa.	
3	A disponibilidade da instituição de saúde em auxiliar os clientes e oferecer serviços com prontidão.	
4	O conhecimento, a cortesia e a habilidade dos colaboradores da instituição de saúde em transmitir confiança e credibilidade.	
5	O cuidado e atenção individualizada que a instituição de saúde oferece aos seus clientes.	
Total de pontos distribuídos		100
✓	Qual das características acima mencionadas é a mais importante para você? (Coloque o número de somente UMA característica)	
✓	Qual característica é a segunda mais importante para você? (Coloque o número de somente UMA característica)	
✓	Qual característica é a menos importante para você? (Coloque o número de somente UMA característica)	

**Muito obrigado pelo tempo e disponibilidade para
responder este questionário! 😊**

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – VALIDAÇÃO

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada **Adaptação transcultural e validação da SERVQUAL para profissionais de enfermagem que atuam em serviços hospitalares** que tem como objetivo realizar a adaptação transcultural e a avaliação psicométrica da referida escala para ser aplicada em profissionais de enfermagem brasileiros. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - SP, e tem como pesquisadores responsáveis a doutoranda Larissa Gutierrez de Carvalho Silva e a professora orientadora Dr.^a Carmen Silvia Gabriel.

Caso aceite participar, você deverá preencher o questionário que possui três partes: na primeira deverão ser respondidas as informações sócio-demográficas e ocupacionais. Na segunda parte, haverá uma escala, denominada SERVQUAL, que possui 22 itens referentes às suas expectativas e 22 itens sobre as percepções do desempenho da instituição hospitalar em que você atua. Na terceira parte, você deverá distribuir 100 pontos em cinco características sobre o serviço hospitalar.

Você não terá custos e não haverá remuneração financeira pela sua participação no estudo. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, garantindo seu anonimato. Sua participação é voluntária e, portanto, poderá recusar-se a participar e retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Se você se sentir prejudicado(a) ou desconfortável por qualquer motivo em preencher o instrumento, você poderá solicitar sua retirada imediata da pesquisa, não havendo necessidade de justificativa e sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional a sua pessoa. Você também tem o direito de comunicar qualquer desconforto ou prejuízo ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, nos meios de comunicação que estão informados ao final deste documento, que tomará as medidas cabíveis. Fica também garantida indenização monetária em casos de danos, comprovadamente decorrentes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O preenchimento do instrumento leva, em média, 15 a 20 minutos, que será feito em seu local de trabalho. A pesquisadora entregará pessoalmente o formulário e aguardará seu preenchimento. Caso seja necessário, ela poderá retornar em outra data, para buscar o formulário preenchido. Quanto aos benefícios, a sua contribuição com esta pesquisa, mediante a avaliação da escala traduzida, ajudará a validar a SERVQUAL no Brasil para a avaliação das expectativas e percepções da qualidade na ótica de profissionais de enfermagem.

Os resultados desta pesquisa serão publicados e divulgados em revistas e eventos científicos. Quando o trabalho for apresentado não será usado o seu nome e nem fornecido qualquer informação que possa identificá-lo.

Desde já agradecemos pela atenção e participação e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Eu _____ (nome por extenso), RG nº _____, tendo recebido as informações acima, e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar deste estudo, confirmando ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;

2. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem que isso traga prejuízo;

3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada a minha privacidade;

4. O Compromisso de me proporcionar informações atualizadas durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando;

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura

Em caso de dúvidas, você poderá procurar:

Larissa Gutierrez de Carvalho Silva
Avenida Robert Koch, 60, Londrina - PR
(43) 3371 2249
E-mail: larissagutierrez@yahoo.com.br

Carmen Silvia Gabriel
Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto- SP
(16) 3602 3471
E-mail: cgabriel@eerp.usp.br

Esta pesquisa foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP (CEP-EERP)**, que tem a finalidade de avaliar os projetos a serem executados e proteger os participantes das pesquisas, visto que esta é uma orientação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP-EERP, localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sala 38, Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, e-mail: cep@eerp.usp.br, telefone: (16) 3315 9197, com horário de funcionamento de segunda à sexta, das 8h às 17h.

*Termo de Consentimento Livre Esclarecido apresentado, atendendo, conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

APÊNDICE F

VERSÃO FINAL DA SERVQUAL ADAPTADA PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

SERVQUAL	
PARTE I	
<p>Instruções: Baseado em suas experiências como profissional de enfermagem, pense no que você espera de uma instituição de saúde para que ofereça um serviço de qualidade. Demonstre o quanto você acredita que esta instituição deve possuir as características descritas em cada afirmativa. Você não precisa pensar em uma instituição específica, pois são características que você espera de um serviço de excelência. Se você considera que uma característica não é essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule o número 1. Se você considera que a característica é absolutamente essencial para uma instituição de saúde de excelência, circule 7. Se sua opinião for diferente, circule um dos números na parte central. Avaliar o serviço de saúde não é simples e a excelência no atendimento depende de vários fatores. Por isso, leia com calma e escolha as opções que mais se aproximam da sua avaliação. Não existe resposta certa ou errada. Estamos apenas interessados no número que realmente reflete sua opinião sobre uma instituição de saúde que presta um serviço de qualidade.</p>	
E1. Colaboradores de instituições de saúde de excelência se vestem adequadamente para suas atividades profissionais.	1 2 3 4 5 6 7
E2. Materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, pôlderes ou encartes, são visualmente atrativos em instituições de saúde de excelência.	1 2 3 4 5 6 7
E3. Quando um cliente tem um problema, instituições de saúde de excelência mostram interesse sincero em resolvê-lo.	1 2 3 4 5 6 7
E4. Instituições de saúde de excelência executam o serviço corretamente na primeira vez.	1 2 3 4 5 6 7
E5. Instituições de saúde de excelência realizam os serviços no prazo programado.	1 2 3 4 5 6 7
E6. Colaboradores de instituições de saúde de excelência comunicam aos clientes quando os serviços serão realizados.	1 2 3 4 5 6 7
E7. Colaboradores de instituições de saúde de excelência fornecem serviços imediatos aos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
E8. Colaboradores de instituições de saúde de excelência estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	1 2 3 4 5 6 7
E9. O comportamento dos colaboradores de instituições de saúde de excelência transmite confiança aos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
E10. Clientes de instituições de saúde de excelência se sentem seguros com os serviços prestados.	1 2 3 4 5 6 7
E11. Colaboradores de instituições de saúde de excelência são sempre educados com os clientes.	1 2 3 4 5 6 7
E12. Instituições de saúde de excelência possuem colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
E13. Instituições de saúde de excelência priorizam os interesses dos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
E14. Colaboradores de instituições de saúde de excelência compreendem as necessidades específicas dos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
PARTE II	
<p>Instruções: As afirmativas a seguir tratam sobre sua percepção em relação ao Hospital Universitário de Londrina. Para cada afirmativa, demonstre o quanto você acredita que esta instituição de saúde possui a característica descrita. Assinale “7” se você concorda totalmente que o Hospital Universitário de Londrina possui a característica descrita, assinale “1” se você discorda totalmente, ou você pode assinalar um dos números do meio para demonstrar qual a intensidade que você percebe que o Hospital Universitário de Londrina possui tal característica. Não existem respostas certas ou erradas. Só queremos saber qual número melhor representa sua opinião sobre esta instituição.</p>	
P1. Os colaboradores desta instituição se vestem adequadamente para suas atividades profissionais	1 2 3 4 5 6 7
P2. Os materiais de divulgação relacionados aos serviços prestados, como panfletos, pôlderes ou	1 2 3 4 5 6 7

encartes, são visualmente atrativos nesta instituição de saúde.	
P3. Quando um cliente tem um problema, esta instituição de saúde mostra interesse sincero em resolvê-lo.	1 2 3 4 5 6 7
P4. Esta instituição de saúde realiza o serviço corretamente na primeira vez.	1 2 3 4 5 6 7
P5. Esta instituição de saúde realiza os serviços no prazo programado.	1 2 3 4 5 6 7
P6. Os colaboradores desta instituição de saúde comunicam ao cliente quando os serviços serão realizados.	1 2 3 4 5 6 7
P7. Os colaboradores desta instituição de saúde fornecem serviços imediatos aos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
P8. Os colaboradores desta instituição estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	1 2 3 4 5 6 7
P9. O comportamento dos colaboradores desta instituição transmite confiança aos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
P10. Os clientes se sentem seguros com os serviços prestados por esta instituição de saúde.	1 2 3 4 5 6 7
P11. Os colaboradores desta instituição são sempre educados com os clientes.	1 2 3 4 5 6 7
P12. Esta instituição de saúde possui colaboradores que oferecem atenção individualizada aos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
P13. Esta instituição de saúde prioriza os interesses dos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
P14. Os colaboradores desta instituição de saúde compreendem as necessidades específicas dos clientes.	1 2 3 4 5 6 7
PARTE III	
<p>Instruções: Abaixo estão listadas cinco características que pertencem a instituições de saúde e os serviços que estas oferecem. Gostaríamos de saber quão importante cada uma dessas características é para você quando avalia a qualidade dos serviços de uma instituição de saúde. Por favor, distribua o total de 100 pontos entre as cinco características conforme a importância que você atribui a cada uma delas – quanto mais importante for, mais pontos você deverá atribuir. Por favor, certifique-se de que os pontos que você distribuir entre as cinco características somem 100.</p>	
<p>1. A aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação da instituição de saúde. _____ pontos</p>	
<p>2. A habilidade da instituição de saúde em cumprir o serviço prometido de maneira confiável e precisa. _____ pontos</p>	
<p>3. A disponibilidade da instituição de saúde em auxiliar os clientes e oferecer serviços com prontidão. _____ pontos</p>	
<p>4. O conhecimento, a cortesia e a habilidade dos colaboradores da instituição de saúde em transmitir confiança e credibilidade. _____ pontos</p>	
<p>5. O cuidado e atenção individualizada que a instituição de saúde oferece aos seus clientes. _____ pontos</p>	
<p>✓ Qual das características acima mencionadas é a mais importante para você? (Por favor, coloque o número da característica) _____</p>	
<p>✓ Qual característica é a segunda mais importante para você? _____</p>	
<p>✓ Qual característica é a menos importante para você? _____</p>

Anexos

ANEXO A

APROVAÇÃO PARA A TRADUÇÃO DOS AUTORES DA SERVQUAL

Assunto: Re: Translation SERVQUAL for portuguese - Brazil
De: Berry, Leonard (lberry@mays.tamu.edu)
Para: larissagutierrez@yahoo.com.br;
Cc: valariez@unc.edu; parsu@miami.edu; BerryLe@tamu.edu;
Data: Sábado, 13 de Dezembro de 2014 14:27

Larissa,

On behalf of my coauthors, we are happy to authorize you to translate SERVQUAL and adapt it to fit your needs. We ask only that you cite the original source of the scale in publications and presentations. We wish you well in your research.

Len Berry

Sent from my iPad

On Dec 10, 2014, at 9:13 PM, "Larissa Gutierrez" <larissagutierrez@yahoo.com.br> wrote:

Dear Mrs. Zeithamal, Mr. Parasuraman and Mr. Berry,

My name is Larissa Gutierrez de Carvalho Silva, I am a nurse and I am pursuing Ph.D. at Ribeirão Preto, in the School of Nursing, at Sao Paulo University, Brazil. I am being guided by Professor Ph.D. Carmen Silvia Gabriel.

My research is related to quality assessment in health services in Brazil and we would like to do the translation and cultural adaptation of the Service Quality (SERVQUAL) to Portuguese.

The SERVQUAL has already been used by other researchers in Brazil to assess the expectations and perceptions of patients and family, however there is no evidence of its application to health professionals in this country.

Whereas the scale is easy to use, reliable and valid to identify the expectations and perceptions of health care performance, we would like to request a written permission of SERVQUAL original authors to translate it into Portuguese and cultural adaptation for health professionals working in hospitals in Brazil.

I would be very happy to get the authorization to translate and conduct this research.

I am available for further clarification.

Regards

Larissa G. de Carvalho Silva
Professor, Department of Nursing at the State University of Londrina, Paraná, Brazil.
(43) 8402 3737

ANEXO B

VERSÃO ORIGINAL DA SERVQUAL

SERVQUAL	
PART 1	
<p>Directions: Based on your experiences as a consumer of _____ services, please think about the kind of _____ company that would deliver excellent quality of service. Think about the kind of _____ company with which you would be pleased to do business. Please show the extent to which you think such a _____ company would possess the feature described by each statement. If you feel a feature is not at all essential for excellent _____ companies such as the one you have in mind, circle the number 1. If you feel a feature is absolutely essential for excellent _____ companies, circle 7. If your feelings are less strong, circle one of the numbers in the middle. There are no right or wrong answers – all we are interested in is a number the truly reflects your feelings regarding companies that would deliver excellent quality of service.</p>	
E1. Excellent _____ companies will have modern-looking equipment.	1 2 3 4 5 6 7
E2. The physical facilities at excellent _____ companies will be visually appealing.	1 2 3 4 5 6 7
E3. Employees at excellent _____ companies will be neat-appearing.	1 2 3 4 5 6 7
E4. Materials associated with the service (such as pamphlets or statements) will be visually appealing in an excellent _____ company.	1 2 3 4 5 6 7
E5. When excellent _____ companies promise to do something by a certain time, they will do so.	1 2 3 4 5 6 7
E6. When a customer has a problem, excellent _____ companies will show a sincere interest in solving it.	1 2 3 4 5 6 7
E7. Excellent _____ companies will perform the service right the first time.	1 2 3 4 5 6 7
E8. Excellent _____ companies will provide their services at the time they promise to do so.	1 2 3 4 5 6 7
E9. Excellent _____ companies will insist on error-free records.	1 2 3 4 5 6 7
E10. Employees in excellent _____ companies will tell customers when services will be performed.	1 2 3 4 5 6 7
E11. Employees in excellent _____ companies will give prompt service to customers.	1 2 3 4 5 6 7
E12. Employees in excellent _____ companies always be willing to help customers.	1 2 3 4 5 6 7
E13. Employees in excellent _____ companies will never be too busy to respond to customer' requests.	1 2 3 4 5 6 7
E14. The behavior of employees in excellent _____ companies will instill confidence in customers.	1 2 3 4 5 6 7
E15. Customers of excellent _____ companies will feel safe in their transactions.	1 2 3 4 5 6 7
E16. Employees in excellent _____ companies will be consistently courteous with customers.	1 2 3 4 5 6 7
E17. Employees in excellent _____ companies will have the knowledge to answer customers' questions.	1 2 3 4 5 6 7
E18. Excellent _____ companies will give customers individual attention.	1 2 3 4 5 6 7
E19. Excellent _____ companies will have operating hours convenient to all their customers.	1 2 3 4 5 6 7
E20. Excellent _____ companies will have employees who give customers personal attention.	1 2 3 4 5 6 7
E21. Excellent _____ companies will have the customers' best interests at heart.	1 2 3 4 5 6 7
E22. The employees of excellent _____ companies will understand the specific need of their customers.	1 2 3 4 5 6 7
PART 2	
<p>Directions: The following set of statements relate to your feelings about XYZ. For each statement, please show the extent to which you believe XYZ has the feature described by the statement. Once again, circling a 7 means that you strongly agree that XYZ has that feature, and circling a 1 means that you strongly disagree. You may circle any of the numbers in the middle that show how strong your feelings are. These are no right or wrong answers – all we are interested in is a number that best show your perceptions about XYZ.</p>	
P1. XYZ has modern-looking equipment.	1 2 3 4 5 6 7
P2. XYZ's physical facilities are visually appealing.	1 2 3 4 5 6 7
P3. XYZ's employees are neat-appearing.	1 2 3 4 5 6 7
P4. Materials associated with the service (such as pamphlets or statements) are visually appealing at XYZ.	1 2 3 4 5 6 7
P5. When XYZ promises to do something by a certain time, it does so.	1 2 3 4 5 6 7
P6. When you have a problem, XYZ show a sincere interest in solving it.	1 2 3 4 5 6 7

P7. XYZ performs the service right the first time.	1 2 3 4 5 6 7
P8. XYZ provides its services at the time it promises to do so.	1 2 3 4 5 6 7
P9. XYZ insists on error-free records.	1 2 3 4 5 6 7
P10. Employees of XYZ tell you exactly when services will be performed.	1 2 3 4 5 6 7
P11. Employees of XYZ give you prompt service.	1 2 3 4 5 6 7
P12. Employees of XYZ are always willing to help you.	1 2 3 4 5 6 7
P13. Employees of XYZ are never too busy to respond to your requests.	1 2 3 4 5 6 7
P14. The behavior of employees of XYZ instills confidence in customers.	1 2 3 4 5 6 7
P15. You feel safe in your transactions with XYZ.	1 2 3 4 5 6 7
P16. Employees of XYZ are consistently courteous with you.	1 2 3 4 5 6 7
P17. Employees in XYZ have the knowledge to answer your questions.	1 2 3 4 5 6 7
P18. XYZ gives you individual attention.	1 2 3 4 5 6 7
P19. XYZ has operating hours convenient to all its customers.	1 2 3 4 5 6 7
P20. XYZ has employees who give you personal attention.	1 2 3 4 5 6 7
P21. XYZ has your best interests at heart.	1 2 3 4 5 6 7
P22. Employees of XYZ understand your specific needs.	1 2 3 4 5 6 7
PART 3	
<p>Directions: Listed below are five features pertaining to _____ companies and the services they offer. We would like to know how important each of these features is to you when you evaluate a _____ company's quality of service. Please allocate a total of 100 points among the five features according to how important each feature is to you – the more important a feature is to you, the more points you should allocate to it. Please ensure that the points you allocate to the five features add up to 100.</p>	
1. The appearance of the _____ company's physical facilities, equipment, personnel, and communication materials.	_____ points
2. The _____ company's ability to perform the promised service dependably and accurately.	_____ points
3. The _____ company's willingness to help customers and provide prompt service.	_____ points
4. The knowledge and courtesy of the _____ company's employees and their ability to convey trust and confidence.	_____ points
5. The caring, individualized attention the _____ company provides its customers.	_____ points
- Which one feature among the above five is most important for you? (please enter the feature's number)	_____
- Which one feature among the above five is most important for you? (please enter the feature's number)	_____
- Which feature is least important to you?	_____

ANEXO C

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 057/2015

Ribeirão Preto, 5 de maio de 2015.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 5 de maio de 2015.

Protocolo CAAE: 42788615.4.0000.5393

Projeto: Qualidade em saúde: adaptação transcultural e validação da Service Quality (SERVQUAL) para profissionais de saúde no Brasil.

Pesquisadores: Carmen Silvia Gabriel
Larissa Gutierrez da Silva

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Carmen Silvia Gabriel
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ANEXO D

APROVAÇÃO DA VERSÃO RETROTRADUZIDA PELOS AUTORES DA SERVQUAL

Assunto: Re: Validation SERVQUAL for portuguese - Brazil

De: Parasuraman, A (aparasur@bus.miami.edu)

Para: larissagutierrez@yahoo.com.br; lberry@mays.tamu.edu; valariez@unc.edu; parsu@miami.edu; BerryLe@tamu.edu;

Cc: cgabriel@eerp.usp.br;

Data: Sábado, 10 de Setembro de 2016 0:28

Dear Professor Gutierrez,

Please disregard my email below. I was able to open the file on my iPhone...sorry about that!

I have reviewed the back-translated survey questionnaire. It is consistent with the original SERVQUAL and I don't see any problems.

Good luck with your research.

Regards,

A. Parsu Parasuraman