

JULIANA BASSALOBRE CARVALHO BORGES

***AVALIAÇÃO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL
– ESCALA MIF – E DA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE
SERVIÇO – ESCALA SERVQUAL- EM CIRURGIA
CARDÍACA***

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bases Gerais da Cirurgia, da Faculdade de Medicina de Botucatu/ UNESP, para obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Adj. Marcos Augusto de Moraes Silva

Botucatu
2006

A **Deus**, que não me deixou desistir, o alicerce de minha vida...

Aos meus pais, **Sebastião Marcos e Elisabete**, grandes responsáveis pela minha integridade em todos os aspectos como pessoa, acreditaram e me ajudaram a concretizar este ideal mesmo quando tudo parecia só obstáculos...

“pais fascinantes são aqueles que não julgam e sempre permanecem ao nosso lado, apoiando e direcionando nossas atitudes”

A minha irmã, **Márcia**, que em todos os momentos sempre me incentivou e nunca mediu esforços para me ajudar, pessoa com coração puro e sentimentos sinceros...

A minha sogra, **Carmen**, que sempre me ajudou e apoiou como uma mãe ... a quem dedico amor de filha.

A minha filha, **Beatriz**, com você aprendi que o amor de mãe não tem fim, seu sorriso sempre me deu forças para continuar.

Ao grande amor de minha vida, **Paulo**, me ensinou que o mundo é muito maior do que o lugar em que vivemos...obrigada por estar ao meu lado, compreendendo minhas ausências e meus objetivos, sempre compartilhando dos meus ideais.

Manifesto gratidão a todas as pessoas cuja colaboração, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho, de forma particular:

“As pessoas entram em nossa vida por acaso, mas não é por acaso que elas permanecem”.
(autor desconhecido)

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Marcos Augusto de Moraes Silva**, responsável pela disciplina de cirurgia cardíaca da FMB / UNESP, a quem dedico grande admiração pelos ensinamentos desde o início de minha carreira profissional, me inspirou na arte da pesquisa e docência com sua postura ética e otimista. Obrigada pela confiança que sempre depositou em meus trabalhos.

Ao **Prof. Dr. Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho**, da Universidade de Marília, pela análise estatística, além de pai, um mestre com os números.

Aos **professores e coordenadores do curso de Pós-Graduação em Bases Gerais da Cirurgia** da FMB / UNESP, pelos ensinamentos e contribuições, me deram oportunidade para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos **médicos, enfermeiros e residentes da equipe de Cirurgia Cardíaca** da FMB / UNESP, pela gentileza e colaboração.

Aos funcionários do **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu**, em especial aos **funcionários da enfermagem Cardio – Tórax e do Departamento de Cirurgia**, pela assessoria e colaboração.

Aos **funcionários e diretores da Santa Casa de Marília**, em especial à **enfermeira Ana Maria e aos funcionários da ala D**, pela atenção e cordialidade em todos os momentos.

Aos **funcionários e médicos da equipe de Cirurgia Cardíaca de Marília**, em especial ao **Dr. Penna**, pela confiança e oportunidade no desenvolvimento deste trabalho aos pacientes de cirurgia cardíaca na Santa Casa de Marília.

À **bibliotecária Selma Maria de Jesus**, pela elaboração da ficha catalográfica.

Às colegas do Serviço de Reabilitação do HC - FMB / UNESP, **Mônica, Letícia, Tuca, Vera, Sandra, Eneida, Kuke, Juliana, Malú e Sandrinha**, profissionais que tive a felicidade de conhecer, sempre me incentivaram e fazem parte de minha história.

À fisioterapeuta **Dr^a Mônica de Oliveira Orsi Gameiro**, pelo apoio constante desde o dia em que a conheci, sempre ajudou solucionar minhas dúvidas, é uma das responsáveis por onde consegui chegar...

Aos amigos do setor de pós-graduação e do departamento de cirurgia da FMB, em especial **Regina, Nathanael, Lílian, Simone, Vânia e Janete**, pela disponibilidade e atenção durante todos os momentos.

À minha querida amiga, **Daniele L. Mengue Alves e sua família, Frank e Emanuel**, por serem amigos verdadeiros, sempre estaremos por perto...

Aos amigos, **Vera e Reinaldo**, pela amizade e atenção em todos os momentos.

Aos **colegas do curso de fisioterapia da Unesp de Marília**, em especial **Lígia e Flávia**, pelo incentivo e por lutarem pela profissão com ética e amor.

Aos **amigos** que conheci durante estes últimos anos, que de diversas maneiras, contribuíram, acreditaram e apoiaram com críticas e sugestões.

A todos os meus familiares, **avós, tios e primos**, por me apoiarem e estarem sempre presente na minha vida.

Aos **pacientes**, pela confiança e por serem a razão de meus estudos.

Aos meus **alunos do curso de fisioterapia**, por compreenderem minhas falhas neste difícil momento e me darem estímulos para continuar. Ensinarão-me que não importa o tamanho dos nossos obstáculos, mas o tamanho da motivação que temos para superá-los.

“Os sonhos trazem saúde para a emoção, equipam o frágil para ser autor da sua história, renovam as forças do ansioso, animam os deprimidos, transformam os inseguros em seres humanos de raro valor. Os sonhos fazem os tímidos terem golpes de ousadia e os derrotados serem construtores de oportunidades ”.

Augusto Cury

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

MIF = Medida de Independência Funcional

SERVQUAL = Serviço de Qualidade

OMS = Organização Mundial de Saúde

AVDs = Atividades de Vida Diária

AIDS = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

GAP = lacuna ou discrepância

SUS = Sistema Único de Saúde

CEC = Circulação Extra Corpórea

TME = Toracotomia médio-external

AS = sem ajuda

NA = necessita de ajuda

DC = dependência completa

PF% = perda funcional em porcentagens

SERVQUAL – Card = escala SERVQUAL adaptada para cirurgia cardíaca

FAMEMA = Faculdade de Medicina de Marília

RM = Revascularização do miocárdio

CV = Cirurgia valvar

S = significante

NS = não significante

Pré = pré – operatório

6º PO = sexto dia após a cirurgia cardíaca

E = Expectativa

P = Percepção

E = Somatória

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Escala MIF – Medida de Independência Funcional	46
Quadro 2 – Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF	47
Quadro 3 – Escala ServQual Card	50

FIGURAS

Figura 1 – Frequência dos 82 pacientes, segundo os dias de internação	57
---	----

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Características gerais dos pacientes e do procedimento cirúrgico, em 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa casa de Misericórdia de Marília	55
Tabela 2 – Faixa etária dos 82 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa casa de Misericórdia de Marília	56
Tabela 3 – Idade dos 82 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa casa de Misericórdia de Marília	56
Tabela 4 – Idade dos 10 pacientes do subgrupo de reoperação, submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa casa de Misericórdia de Marília	56
Tabela 5 – Dias de internação dos 82 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa casa de Misericórdia de Marília	56
Tabela 6 - Estudo da associação entre o gênero com: primeira cirurgia ou reoperação, CEC, tipo de cirurgia e faixa etária	58
Tabela 7 – Medidas de posição, dispersão, mínimo e máximo, resultados dos testes de comparação e conclusão, entre os momentos Pré-operatório e 6º PO, relativos ao escore MIF total e às categorias Cuidados Pessoais, Controle de Esfíncter, Mobilidade/Transferência, Locomoção, Comunicação e Cognição Social	60
Tabela 8 – Frequências dos níveis de funcionalidade – Escala MIF, no pré-operatório e 6º PO, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva – SUS	61
Tabela 9 – Perda funcional (PF%) por item e categorias – escala MIF, 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva – SUS	63
Tabela 10 – Estudo da relação do escore MIF total e das categorias segundo o subgrupo gênero, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília - pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS), no pré-operatório e no PO	64

Tabela 11 – Estudo da relação do escore MIF total e das categorias segundo subgrupo CEC, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília - pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS), no pré-operatório e no PO	65
Tabela 12 – Estudo da relação do escore MIF total e das categorias segundo o subgrupo faixa etária, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília - pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS), no pré-operatório e no PO	66
Tabela 13– Desempenho dos itens e dimensões, por meio de médias e desvios-padrão, dos escores Expectativa (E), Percepção (P), Gap = [P – E], estatística t e valor p, referentes a aplicação da escala SERVQUAL-Card junto aos 82 pacientes em estudo.	68
Tabela 14– Desempenho dos itens referentes às Expectativas (E) em função do escore médio ascendente dos 82 pacientes em estudo	70
Tabela 15– Desempenho dos itens referentes às Percepções (P) em função do escore médio ascendente dos 82 pacientes em estudo.	71
Tabela 16– Desempenho dos itens referentes às “Gaps” (lacunas = E – P) em função do escore médio ascendente dos 82 pacientes em estudo	72
Tabela 17– Caracterização dos 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília, segundo os indicadores da qualidade de serviço, obtidos por meio da escala SERVQUAL-Card	73
Tabela 18– Caracterização dos 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva, no período de junho a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília, segundo a importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço.	73
Tabela 19– Estudo da relação do escore SERVQUALCard Total e das categorias segundo o subgrupo gênero, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS).	74
Tabela 20– Estudo da relação do escore SERVQUALCard total e das categorias segundo o subgrupo CEC, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS).	75
Tabela 21– Estudo da relação do escore SERVQUALCard total e das categorias segundo o subgrupo Faixa etária, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS).	76

RESUMO

Os serviços de saúde acompanhando o desenvolvimento econômico e alta competitividade direcionam atenção à qualidade com que os serviços estão sendo realizados. A avaliação de um serviço de saúde está ligada à percepção do paciente na medida em que suas expectativas foram atendidas na efetividade e na qualidade das intervenções. O objetivo deste estudo consistiu em avaliar a funcionalidade e a qualidade de serviço em pacientes de cirurgia cardíaca no período pré-operatório e pós-operatório recente 6ºPO. Buscou-se ainda relacionar o nível de funcionalidade e de qualidade do serviço com: gênero, faixa etária e uso de circulação extra-corpórea (CEC). Foram estudados 82 pacientes, submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, operados por toracotomia médio esternal, de ambos os gêneros, com idade entre 31 e 83 anos. Os pacientes entraram no estudo consecutivamente, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, a partir de março a setembro de 2006. Os pacientes foram divididos em subgrupos de acordo com: gênero, faixa etária, tipo de cirurgia, primeira cirurgia cardíaca ou reoperação e uso de CEC. O nível de funcionalidade foi avaliado pela escala MIF e a qualidade dos serviços prestados pela escala SERVQUAL-Card, escala modificada da SERVQUAL. A funcionalidade foi prejudicada após a cirurgia cardíaca até o 6º PO. Os níveis mais elevados de perda funcional ocorreram na categoria de locomoção, concentrando-se na atividade de subir escadas. No pré-operatório os pacientes mais jovens apresentaram níveis mais elevados de funcionalidade. Os níveis diminuíram com o aumento da idade dos pacientes e a menor funcionalidade foi na faixa etária de 70 a 85 anos. Tanto no aspecto motor como no cognitivo a utilização de CEC não esteve relacionada com o grau de perda funcional no pós-operatório recente. A qualidade dos serviços percebida pelo paciente foi satisfatória. O paciente demonstrou expectativa alta ao serviço médico-hospitalar em seu aspecto relacional. A dimensão segurança foi prioritária, não sendo relevantes os aspectos estruturais de tangibilidade e confiabilidade. Os pacientes femininos demonstraram maior percepção ao serviço na dimensão de empatia e os jovens na dimensão de confiabilidade. As avaliações

realizadas proporcionaram uma visão ampla na dinâmica do cuidado do paciente em cirurgia cardíaca, conhecendo os resultados da intervenção no paciente em sua funcionalidade e na qualidade de serviços em que recebeu

PALAVRAS-CHAVE: Escala MIF, escala SERVQUAL, funcionalidade, qualidade de serviço e cirurgia cardíaca.

ABSTRACT

The health services, following the economical development and the high competition, focus its attention on the quality of services. The evaluation of a health service is related to the patient perception as his expectations are met in the quality and effectiveness of the interventions. This paper was aimed at evaluating the service functionality and quality in cardiac surgery patients during the preoperative and recent postoperative periods (6° PO). It was also aimed at relating the service level of functionality and quality with the following: gender, age, and use of extra-corporal circulation (ECC). Eight two patients (men and women), subjected to elective cardiac surgery, were studied; they were operated by means of sternal medium thoracotomy and their ages ranged from 31 to 83 years. The patients were entered the study consecutively, according to the criteria of inclusion and exclusion, from March to September, 2006. The patients were divided into sub-groups in accordance with gender, age, type of surgery, first cardiac surgery or re-operation and use of ECC. The functionality level was assessed by using the MIF scale and the quality of the services was measured by the SERVQUAL scale-Card, modified SERVQUAL scale. The functionality was harmed after the cardiac surgery until the 6° PO. The most elevated levels of functional losses occurred in the locomotion category, concentrating on the activity of climbing stairs. During the preoperative period, the youngest patients presented more elevated levels of functionality. The levels were decreased according to the increase in the patients' ages and the smallest functionality was found in the ages of 70 to 85 years. Both in the motor aspect and in the cognitive aspect, the use of ECC was not related to the degree of functional loss during the recent postoperative period. The quality of the services watched by the patients was considered satisfactory. The patients demonstrated high expectation in relation to the medical-hospital service. The security was a priority and the structural aspects of tangibility and reliability were not relevant. The female patients demonstrated a higher perception of the service regarding the empathy and the youngest regarding the reliability. The carried out assessments provided a broad view on the care dynamics of the cardiac surgical patient and also on the results of the intervention in the patients in its functionality and quality of the received services.

Key-words: MIF scale; SERVQUAL scale; functionality; service quality; cardiac surgery.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Enfoques contemporâneos dos serviços de saúde.....	16
1.2	Qualidade do serviço em saúde.....	18
1.3	O paciente de cirurgia cardíaca.....	24
1.4	Medida de independência funcional - Escala MIF.....	30
1.5	Qualidade de serviços – Escala SERVQUAL.....	34
1.6	Justificativa.....	37
2	OBJETIVOS.....	39
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	41
3.1	Tipo de Estudo.....	42
3.2	Cálculo da amostra.....	42
3.3	Casuística.....	42
3.4	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	43
3.5	Procedimentos Metodológicos.....	43
3.5.1	Funcionalidade.....	44
3.5.2	Qualidade de serviço.....	49
3.6	Avaliação das propriedades de medida e análise estatística.....	52
3.7	Considerações éticas.....	52
4	RESULTADOS.....	53
4.1	Características dos pacientes.....	55
4.1.1	Análise das associações entre gênero e os subgrupos: faixa etária, primeira cirurgia cardíaca ou reoperação, tipo de cirurgia, uso de CEC e escolaridade.....	57
4.2	Medidas obtidas com a aplicação da escala MIF.....	59
4.2.1	Evolução do nível de funcionalidade segundo a escala MIF, no pré-operatório e no 6º PO.....	59
4.2.2	Relação entre funcionalidade e os subgrupos no pré-operatório e 6º PO.....	64
4.3	Medidas obtidas com a aplicação da escala SERVQUAL-Card.....	67
4.3.1	Relação entre a escala SERVQUAL-Card e os subgrupos.....	74
5	DISCUSSÃO.....	77

5.1	Considerações sobre a amostra e associação entre os subgrupos.....	78
5.2	Considerações sobre a funcionalidade.....	79
5.3	Considerações sobre a qualidade de serviços.....	83
6	CONCLUSÕES.....	87
7	REFERÊNCIAS.....	90
	Apêndices.....	98
	A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
	B – Protocolo fisioterapêutico.....	101
	C – Estudo da fidedignidade e validade das escalas.....	105
	D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	118

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. ENFOQUES CONTEMPORÂNEOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O século XXI vem se caracterizando pela velocidade da evolução tecnológica e pela competitividade que repercute em todos os campos do conhecimento. A saúde acompanha essas transformações, trabalha com novos conceitos de organização de serviço e novas formas de divisão de trabalho (SIQUEIRA, 1997).

O debate sobre a reforma do setor de saúde encontra suporte nas avaliações de seus serviços e procedimentos. Cada vez mais, discute-se a qualidade desses serviços e em que medida ele atende aos interesses da população (MALHOTRA, 2006).

A avaliação de um serviço de saúde está ligada ao consenso de produto social e por isso implica a existência do consumidor. O foco no cliente é um conceito estratégico voltado para a conquista e a retenção de clientes. O conhecimento das necessidades atuais e futuras dos clientes é o ponto de partida na busca da excelência do desempenho de uma organização. A gestão da qualidade de serviços se converteu em uma estratégia prioritária, e cada vez, são mais os que tratam de defini-la. A premissa básica da gestão da qualidade, é que o sucesso de uma organização decorre da qualidade que ela oferece a seus clientes (SILVEIRA, 2004).

Nessa abordagem, o ponto relevante é a perspectiva do paciente, analisa-se: a forma como ele avalia, a percepção da atenção que recebe e se direcionam a satisfazer suas necessidades e expectativas (RODRIGUEZ-CUÉLLAR et al., 2004). A satisfação do paciente definida pela percepção das suas necessidades e expectativas vem tornando-se um indicador primário de evolução e comparação de qualidade dos sistemas de atendimento à saúde (CONNER; NELSON, 1999; MALHOTRA, 2006;).

Porém, o problema da participação do paciente reside, ainda, no tipo de comunicação que se faz entre o profissional e o paciente. A obrigatoriedade de

informar detalhadamente aos pacientes sobre seu estado e a doença é um avanço, mas essa comunicação se faz de uma forma unidirecional. A comunicação necessária é aquela que estabelece uma relação empática e participativa, na qual, o paciente tem possibilidade de expressar, decidir na escolha de alguns atributos presentes no atendimento. O paciente não é só consumidor é co-participante das ações de saúde e como tal a qualidade nos serviços é a qualidade percebida por ele (CAPRARA; FRANCO,1999; NOQUEIRA, 2004; LEMME, 2005).

Historicamente a opinião do paciente sempre foi desprezada, mas depois que a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1983, reiterou a avaliação do paciente ao atendimento que recebe como um excelente indicador de qualidade, vêm-se avolumando estudos nesse sentido. Acredita-se que quanto mais consciente de seus direitos for a população, essa tendência ganhará forças (LEMME, 2005).

A autonomia da pessoa doente já é um fato assegurado por legislação. No estado de São Paulo a lei n° 10241 de 17 de março de 1999, aponta os direitos do paciente direito à educação para a saúde, dignidade, liberdade de escolha, direito a autodeterminação (BRASIL, 1999; LEMME, 2005).

Para Schraiber (1997) não é só autonomia de exercício de direito, mas além, uma emancipação do paciente exercer a liberdade não só do dialogar, obter informação, mas do aproximar-se, compartilhar e interagir no processo de cuidado em que está inserido.

Nesse sentido, Teixeira (1997) defendeu que “os encontros assistenciais” não apenas determinem a necessidade do que fazer, mas acolham a participação e expressão do paciente na satisfação dos procedimentos de saúde.

Siqueira (1997) apontou a importância da avaliação e reflexão multidisciplinares no contexto relacional que o paciente se encontra.

Inúmeros estudos têm sido realizados com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, do ponto de vista do paciente procurando conhecer seus anseios. A compreensão das necessidades e expectativas do paciente pode

melhorar os processos de cuidados clínicos e os processos de referência dos sistemas de saúde.

Entender, interpretar e cuidar desse paciente é o desafio da assistência de saúde, que constitui, hoje, no cenário competitivo e de transformações rápidas da sociedade uma tendência em busca de caminhos para se atingir qualidade, efetividade e equidade em seus serviços.(SCHRAIBER, 1997; SIQUEIRA, 1997).

1.2. QUALIDADE DO SERVIÇO EM SAÚDE

É relevante compreender que no âmbito da produção existem operações de serviço e operação de manufatura (indústria). Os serviços são experiências vivenciadas pelo cliente, enquanto os produtos são coisas a serem consumidas.

Devido a essa natureza, os serviços possuem peculiaridades descritas por Gianesi; Corrêa (1994) como: são intangíveis, não podem ser armazenados ou reproduzidos, produção, consumo e uso são feitos ao mesmo tempo, necessitam medidas adequadas a cada situação. Essas características dimensionam a avaliação dos resultados e da qualidade dos serviços prestados e, muitas vezes, a avaliação é dificultada pela intangibilidade, impossibilitando a padronização dos serviços.

Teixeira (1997) salientou, quando o contexto é um serviço, o que está em jogo são as necessidades a serem satisfeitas, e elas não se restringem aos aspectos quantitativos do consumo, mas aos aspectos qualitativos, atingindo até o conteúdo interno dos atos técnicos.

A qualidade de serviços no cuidado à saúde, abrange a medida do que se espera receber, levando em conta o julgamento entre a expectativa e a percepção do serviço efetivamente recebido. O resultado dessa comparação gera a satisfação ou insatisfação, de confirmação ou negação das expectativas, determinando medida de qualidade pelo serviço. A maior insatisfação se produz no paciente que possui uma expectativa exigente e recebe uma má assistência. A qualidade do serviço é identificada pela satisfação, que o serviço recebido causou

no paciente e essa satisfação decorre do atendimento de suas expectativas e necessidades (RODRIGUEZ-CUÉLLAR et al.,2004).

Assim, a medida da qualidade de um serviço está ligada à qualidade percebida pelo serviço realizado. Há evidências crescentes que sugerem a qualidade percebida como a única, mais importante variável, influenciando a percepção de valor do consumidor (MALHOTRA, 2006). Os clientes estabelecem suas expectativas de valor e agem em função delas, por isso a qualidade do serviço é subjetiva e depende de cada indivíduo (BABAKUS; MANGOLD, 1992).

Slack et al. (1997) apontaram as relações entre expectativa e percepção dos clientes ao serviço recebido:

- expectativas < percepção : qualidade percebida é boa
- expectativas = percepção : qualidade percebida é aceitável
- expectativas > percepção : qualidade percebida é pobre.

A qualidade da assistência em seu constructo da “satisfação” tem em sua fase inicial o levantamento das expectativas dos pacientes em suas necessidades e desejos (DONABEDIAN, 1981; MALHOTRA, 2006).

Por expectativa, entende-se a esperança fundada em supostos direitos, probabilidades ou promessas e mudam ao longo da vida de um indivíduo. É de difícil compreensão, o desafio recai sobre a delimitação de um complexo número de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos, de juízo de valor. Existem fatores que influenciam fortemente as expectativas em relação aos serviços oferecidos como: as necessidades, experiências anteriores, oferta dos concorrentes e o conhecimento da tecnologia e do ambiente (GIANESI e CORRÊA, 1994; RODRIGUEZ-CUÉLLAR, et al. 2004; LEMME, 2005).

Donabedian (1981) salientou que a medida de satisfação do paciente ao proporcionar informes para se alcançar seus valores e suas expectativas direciona a investigação e planejamento em direção à qualidade dos serviços. A satisfação do cliente passa a ser vista como um resultado legítimo e desejado não apenas como uma forma de obter confiança, mas como um atributo de qualidade, determinante e direcionado; indicador de resultado da efetividade clínica e

organizacional. Assim, o conhecimento da satisfação permite conhecer e incorporar o ponto de vista do paciente no processo assistencial, permitindo modificá-lo para alcançar a realização das expectativas do paciente.

Ao referir-se à qualidade dos serviços, Donabedian (1988) salientou que a qualidade abrange dois domínios: técnico e interpessoal. O técnico refere-se à aplicação da ciência e tecnologia da saúde à administração de um problema pessoal de saúde. O interpessoal refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais. Ao domínio interpessoal são somadas ainda as amenidades, formadas pelas propriedades do ambiente onde o cuidado é proporcionado (como uma sala agradável de espera) gerando atributos como conforto, presteza e cortesia.

Para o autor, o paciente possui pouca compreensão da ciência e tecnologia, embora aprecie sua importância, especialmente em situações de clara ameaça à saúde e ao bem-estar. Em geral, o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde. A qualidade interpessoal não apresenta dificuldades, o paciente avalia nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais. A avaliação do domínio interpessoal pode influenciar os resultados do domínio técnico para o paciente e vice-versa. Para se alcançar o comprometimento dos melhores benefícios para o paciente, um domínio não é eficaz sem o outro.

Segundo o autor, qualidade é um atributo dos aspectos técnicos e interpessoal do cuidado de saúde, manifestado no intrincado contexto de serviço ao paciente.

É importante entender o conceito de “qualidade”, no atual cenário da saúde. A OMS definiu qualidade como altos recursos, mínimos riscos para o paciente, alto grau de satisfação por parte do paciente e impacto final na saúde.

Nogueira (1995) afirmou que a “qualidade é o outro”. O cliente é que sabe o que é melhor para ele.

Estudos na área da saúde em Rhode Island (1999) afirmaram que o conceito de qualidade tem muitas dimensões e algumas, mesmo sendo difíceis de serem mensuradas, são relevantes para se alcançar à definição de qualidade nos

serviços de saúde. Salientaram que a expressão do paciente e de todos envolvidos no processo de saúde é definição e medida de qualidade.

Donabedian (1980) afirmou que qualidade é um julgamento sobre um ato de assistência e o grau de qualidade é a medida que a assistência prestada é capaz de alcançar o equilíbrio mais favorável entre riscos e benefícios.

Assim, avaliar a qualidade significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios ou indicadores previamente definidos. Entende-se por indicadores “medidas” quantitativas resultantes de relações estabelecidas entre duas ou mais medidas de desempenho realizadas no decorrer de um processo. Os indicadores têm por objetivo dimensionar o comportamento do processo, inclusive de seus resultados, permitindo compará-los com valores previamente definidos com referência a um processo de avaliação. A construção desses padrões para avaliação de qualidade em saúde é fundamental em métodos baseados em revisões de literatura, opinião de especialistas, formulação de consensos, ensaios clínicos randomizados. Esses padrões são construídos de duas maneiras: normativos quando desenvolvidos com base em evidências científicas e empíricas quando obtidos na prática dos serviços (DONABEDIAN, 1988; LEMME, 2005).

Ao ampliar a abrangência do conceito de qualidade Donabedian (1990) desenvolveu os sete atributos da qualidade na saúde que formam o constructo medido, a partir da opinião dos pacientes sobre a assistência que recebem:

1. Eficácia: o melhor a ser feito nas condições mais favoráveis, capacidade de o cuidado contribuir para a melhoria das condições de saúde.
2. Efetividade: o melhor possível nas condições existentes, o quanto que melhoras possíveis são de fato obtidas.
3. Eficiência: o melhor resultado a um menor custo, capacidade de obter a maior melhoria possível das condições de saúde ao menor custo.
4. Otimização: melhor relação custo/benefício.
5. Aceitabilidade: adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família. Incorpora os elementos já mencionados anteriormente de acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto à existência ou não de diversas

alternativas de seguimento para que o mesmo faça sua escolha levando em conta critérios pessoais, como condições sociais, psicológicas e possibilidade de arcar com os custos das opções propostas.

6. Legitimidade: de que forma os cuidados propostos são aceitos pela comunidade. O que indivíduos e seus médicos consideram como o melhor, pode e freqüentemente diferem do que é melhor para todos. Essa diferença reside no financiamento social da assistência médica, conformidade com preferências sociais.

7. Equidade: princípio pelo qual se julga o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados à saúde e de seus benefícios entre os membros de uma população. Procura equacionar um cuidado aceitável no plano individual e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e seus efeitos sobre saúde. É um compromisso moral.

De modo geral, segundo o autor, esses aspectos formam o constructo mensurado a partir da opinião dos usuários sobre a assistência que recebem.

Para se avaliar a qualidade dos serviços em saúde, Donabedian (1980, 1981) descreveu estratégias direcionadas aos três componentes básicos que compõem os serviços: estrutura, processo e resultado. A estrutura entendida como o ambiente, os objetivos da instituição, serviço ou programa, suas características operacionais, recursos materiais e humanos. Os processos como indicadores que enfocam a natureza e a dinâmica das atividades realizadas pelos profissionais na assistência ao cliente. Resultados como indicadores de mudança no estado de saúde.

Comentando essa proposta, o autor salientou que uma boa estrutura embora seja um aspecto fundamental na produção de serviços nem sempre resulta em desempenho de qualidade nos serviços prestados.

No enfoque do processo, orientou que as atividades realizadas devem seguir critérios e padrões considerados adequados devidamente validados por ensaios clínicos controlados. E na abordagem da avaliação desse processo destacou duas perguntas fundamentais. Por que foram realizados certos procedimentos quando não deveriam ter sido, e por que outros não foram realizados quando eram necessários?

Comentando o enfoque dos resultados entendido como mudança no estado de saúde atribuída aos cuidados recebidos no tratamento, as medidas clássicas são: morte, morbidade, incapacidade, seqüela, desconforto e insatisfação. O autor salientou que a natureza dos resultados é complexa e depende de um conjunto de fatores que envolvem desde a qualidade da assistência, os fatores de risco e gravidade e uma serie de interações que vão desde natureza genética, ambiental, comportamental e cultural até o acaso. Por isso as inferências sobre a qualidade a partir do enfoque do resultado devem considerar o aspecto probabilístico do caso em estudo. Observou ainda que a avaliação de resultados é estimuladora por determinar o produto final, mas é na avaliação de processo que se busca a melhoria de serviços.

Donabedian (1980) ressaltou a importância de se considerar na avaliação da qualidade a dinâmica e funcionalidade na relação entre estrutura, processo, resultado. Marin (1999) em estudos com idosos, do ponto de vista de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, orientou-se no quadro conceitual proposto por Donabedian: estrutura, processo, resultado. Salientou a importância da avaliação nesse enfoque interativo comparando a realidade dos cuidados recebidos com os critérios aceitáveis, nas atividades ligadas à organização da estrutura, ao pessoal que presta cuidados e dos resultados dos cuidados prestados.

É relevante observar que, normalmente, a avaliação da qualidade dos serviços focaliza os aspectos relacionados aos processos de produção de serviços sem uma preocupação maior com a qualidade em que são realizados. Atenção menor é concedida à qualidade dos serviços internos que são as atividades de serviços prestados dentro da organização e constituem o conjunto dos serviços prestados. Os vários departamentos de um hospital formam uma rede de serviços internos que é essencial para o desempenho da organização como um todo. O reconhecimento e o grau de sucesso dos relacionamentos e dos serviços no interior dessa rede facilitam a integração das diversas funções para atingir os objetivos de qualidade (ELEUTÉRIO; SOUZA, 2002). Assim, avaliar a qualidade dos serviços não é só atributo de um produto ou serviço mas a medida de um relacionamento entre todos os envolvidos no processo : visão dos prestadores de serviços, visão dos usuários, prioridades consideradas pela

sociedade em geral. O equilíbrio entre esses elementos determina a qualidade do serviço e norteia as decisões dos gestores de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Na avaliação da qualidade nos serviços de saúde os indicadores e critérios a serem utilizados necessitam estudos e amplas discussões, pois a própria natureza desses serviços e suas relações dificultam a delimitação de critérios para sua avaliação (DONABEDIAN, 1980; GIANESI; CORREA, 1994; LEMME, 2005).

Ross (1995) apud Rhode Island (1999) observou a natureza complexa da avaliação da qualidade nos serviços de saúde e comentou que esses serviços possuem uma dinâmica própria na interação da produção e do consumo. Os serviços de saúde não são ações neles mesmos, mas interpretações dessas ações, por isso mudam de pessoa para pessoa; na relação produção e consumo são inseparáveis, pois os serviços são consumidos enquanto produzidos pelo próprio consumidor que participa do ato do serviço.

Por mais subjetivas que sejam as percepções de um serviço, há um esforço geral em conhecer as expectativas dos clientes de maneira a prestar um serviço que supere tais expectativas. Conseqüentemente, identificar técnicas que aumentem a percepção de qualidade de serviços, pode desenvolver generalizações aplicáveis às outras áreas (BABAKUS; MANGOLD, 1992).

Nesse sentido, pesquisadores direcionam seus estudos, decompondo o processo assistencial da saúde para identificar quem seus usuários, conhecê-los e atendê-los. O conjunto de indicadores de qualidade obtido é utilizado no plano de melhoria e planejamento estratégico nas organizações de saúde em busca da excelência pelos serviços (LEMME, 2005).

1.3. O PACIENTE DE CIRURGIA CARDÍACA

Em questões de saúde, o paciente é a razão da prática médica e todos os esforços devem ser feitos para atendê-lo, mas sua perspectiva é subestimada pelos profissionais, administradores, formuladores de políticas de saúde ao debaterem

estratégias para melhorar o seu atendimento. A pergunta que se coloca é: quais são realmente as necessidades e expectativas dos pacientes?

As expectativas e necessidades dos pacientes têm dimensões múltiplas e podem ser alteradas por experiências pessoais, presentes e passadas; pela vulnerabilidade que a doença acarreta; e por informações adquiridas por meio de profissionais de saúde, familiares, amigos e pela mídia. Outros fatores como idade, sexo, raça, distribuição e forma de prestação de serviços também podem determinar alterações nas necessidades e expectativas dos pacientes (SILVEIRA, 2004).

Entender o paciente que sofre a cirurgia cardíaca é entender que esse paciente se encontra num momento especial do processo reflexivo de muitas descobertas acerca de si e incertezas perante a doença. O paciente de uma cardiopatia vivencia o momento especial de estar entre a vida e a morte, entre a saúde e a doença, momento determinante de sua trajetória existencial (SOUZA, 2004).

O tratamento da doença cardíaca representa uma realidade imposta de modo súbito que desestrutura o paciente. Ele sente-se atingido em sua auto-estima, tem medo do seu estado de saúde e fica à mercê de profissionais que nem sempre lhe transmitem segurança e empatia. Quando a cirurgia cardíaca é indicada, desencadeia no paciente contradições. O coração é um órgão que representa, no simbolismo cultural, o centro da vida e das emoções e a intervenção nesse órgão provoca intenso desgaste emocional (SILVA, 2000; SANTOS, ARAÚJO, 2003).

A cirurgia cardíaca representa um marco na vida do paciente e tem efeito transformador, gerando novas percepções sobre a vida futura e seu pertencer a esse mundo (SOUZA, 2004). Além disso, a percepção do paciente quanto ao ato cirúrgico oscila da esperança de uma intervenção mágica que o livrará do risco de um infarto, ao medo da morte durante e após a cirurgia e o receio de sofrer danos irreparáveis (SILVA, 2000).

Identificar como o paciente enfrenta e lida com a situação de submeter-se a uma cirurgia cardíaca é importante para os profissionais. As reações do paciente frente a essa intervenção variam conforme a subjetividade de cada um no processo de entendimento do adoecimento e da história pessoal construída na interação com o meio (SILVA, 2000).

É relevante refletir nas considerações de Merighi (2000) quando avaliou os dois aspectos, nos quais a doença pode ser vista: em sua natureza estrutural; e em

sua natureza material ou de conteúdo. A natureza estrutural da doença representa o que ela é realmente em qualquer lugar do mundo. A natureza material ou de conteúdo refere-se ao meio no qual ela se expressa, diferindo de um lugar para outro, pois está ligada à história de cada um. Assim a doença é um fato do corpo que não se pode visualizar isoladamente.

Ribeiro ; Rengel (1992) em estudos observaram que a doença cardíaca significa um desequilíbrio biopsíquico, pois surge tanto no nível psíquico como no orgânico. Durante o período de tratamento o paciente pode tornar-se introvertido, pensativo, numa atitude de expectativa perante a vida e de conhecimento de si próprio.

O paciente pode adotar uma postura passiva diante da doença, em resposta a uma situação que ele não controla. Essa situação pode mobilizá-lo com tal intensidade que o impede de lidar com a excitação de seu psiquismo gerando angústia (SILVA, 2000; SANTOS e ARAÚJO, 2003).

Na angústia, a percepção de impotência frente a uma situação incontrolável é apresentada por White Roberts apud BRAGA; CRUZ, 2003 nas dimensões de perda do controle fisiológico, perda do controle cognitivo, perda do controle ambiental, perda do controle decisional (perda para tomar decisões).

Nas dimensões desse modelo, está inserida a idéia da perda de poder, ou seja, o paciente abalado pela sua situação de saúde pode perder a habilidade ou capacidade real ou potencial para alcançar objetivos, pode perder o significado pessoal de atingi-los e perder a capacidade para desempenhar papéis (BRAGA; CRUZ, 2003).

Sant'Anna (2000) observou que a transformação de um indivíduo a paciente num hospital, significa a vivência de uma série de separações e sofrimentos. A ruptura com seu cotidiano desencadeia o sentimento de "deixar de existir" pelo constante desfazer de suas certezas e identidade. Na condição de paciente ele deixa de ter direitos até sobre seu próprio corpo.

Além disso, no hospital, o paciente passa a participar de um grupo social específico de pessoas internadas, onde predomina a acentuada dependência à equipe de saúde, limitação do espaço físico, restrito ao quarto ou leito, mudanças nos hábitos, até no vestir-se e submissão a horários determinados pelo profissional de saúde (SILVA, 1996). Nesse ambiente de anulação e carência, na observação de

Sant'Anna (2000), o paciente transforma a equipe de profissionais no foco de conforto e segurança que lhe proporciona um elo com a vida ou o foco de suas expectativas.

Santos et al. (2003) observaram que os sentimentos mais comuns, em pacientes antes da cirurgia cardíaca é a ansiedade e o medo. A ansiedade pode influenciar a resposta do paciente frente ao tratamento cirúrgico e acarretar efeitos negativos sobre a recuperação, ainda causar depressão, recuperação precária e exacerbação da dor.

Vargas et al. (2006) em seus estudos consideraram que os pacientes de cirurgia cardíaca apresentaram sentimentos de apreensão como: medo, preocupação, ansiedade, receio, cisma, nervosismo. E também sentimentos positivos e de esperança quando se relacionavam com outros pacientes e profissionais.

Souza (2004), em estudos avaliando os sentimentos e percepções de pacientes de cirurgia cardíaca no pré-operatório, constatou que o sentimento mais expressivo foi o medo. Os pacientes, principalmente, sentiam medo da cirurgia, de ser cortado, de violação do corpo e da possibilidade da morte. Dentre esses medos, o mais significativo foi o medo da possibilidade de morte, enfrentado no amparo da fé e da religiosidade.

O sentimento de angústia foi constatado, quando os pacientes se deparavam com a própria imagem, afetada pela cirurgia cardíaca, na integridade do corpo. A pesquisadora explicou esse fato, considerando que a angústia tem sentido, quando entendemos que a principal forma do ser humano pensar a respeito de si mesmo, é a imagem que ele faz de seu próprio corpo. Se o corpo é o mediador das relações com o mundo e os outros, precisa primeiramente reconhecer-se como único, possuidor de muitos significados e estilos próprios.

Souza (2004) salientou ainda que o medo era tão intenso que alguns pacientes pensavam em fuga do hospital. Porém, essa idéia ia se dissipando com a consciência de que só havia a solução da cirurgia, em busca da cura e da possibilidade de vida. O paciente suportava, assim, o temor, a agressão física, moral e psicológica, o sofrimento, a incerteza. Ao paciente era necessário transpor os próprios limites do corpo.

Outro aspecto considerado pela autora foi o sentimento de esperança manifestado no desejo de experimentar um futuro diferente com novas possibilidades, sem a doença. Saliou que ainda se encontravam as fantasias em relação ao coração numa dimensão de renascer e de ressuscitar.

Finalmente, a autora observou que a expectativa do renascer, vida nova está presente nos pacientes de cirurgia cardíaca e representa uma expectativa de vida plena em todas as atividades (SOUZA, 2004).

De modo geral, o paciente de cirurgia cardíaca apresenta necessidades e angústias, também presentes, em pacientes hospitalizados com problemas sérios de saúde. Nesse sentido, Eagleton et al. (1997) verificou que o paciente tem necessidade de ser visto dentro de um contexto de família, para ser reconhecido como tendo uma vida e identidade fora das condições de paciente.

Alguns pacientes não expressam suas necessidades e expectativas por desconhecimento, medo de se exporem, intimidação pela autoridade, falta ou desconhecimento de canais de comunicação colocados a sua disposição (SILVERIA, 2004). Outras vezes, os pacientes não expressam seus sentimentos claramente e sim estão subentendidos nas entrelinhas de suas expressões verbais e nos seus gestos (SOUZA, 2004).

Willians (1998) também observou que os pacientes estão sempre preocupados em não causar problemas, em não serem considerados difíceis e conseqüentemente são relutantes em apontar sentimentos negativos a respeito dos profissionais porque dependem deles.

Estudos realizados demonstraram que o atendimento às necessidades e expectativas dos pacientes relaciona-se com um alto grau de satisfação dos pacientes, afetam a relação médico-paciente, influenciando também resultados clínicos (WILLIAM et al., 1995; BRYAN-BROWN, 1996).

Nesse sentido, Ferraz (1990) e Rigolin (2001), também se posicionaram ao defenderem as expectativas do paciente em alcançar a realização efetiva de suas diferentes atividades, significando a capacidade funcional na realização das atividades de vida diária.

As expectativas dos pacientes, também sofrem influência de experiências passadas, vividas ou enquanto cuidavam de outras pessoas. Essas expectativas

influenciam na aceitabilidade ao cuidado e na expectativa a seus resultados (BENSON et al., 1996)

Outro fator considerado por Craft (1991) como influenciador das expectativas e satisfação dos pacientes é o nível profissional. Pacientes com nível profissional especializado revelam alta expectativa em relação ao cuidado personalizado, flexibilização das visitas. Pacientes com nível profissional semi-especializado ou não especializado têm alta expectativa em relação à informação da rotina na unidade, educação para saúde e ambiente confortável.

Assim, a satisfação do paciente está intimamente ligada ao conjunto dos resultados do atendimento de suas expectativas nos vários serviços durante a sua internação. A oportunidade, em situações nas quais, o paciente expressa suas emoções, facilita o enfrentamento da experiência de sofrimento e angústia. Os estudos sugerem que quanto melhor a comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde haverá um impacto significativo na satisfação e nos resultados clínicos. Nesse enfoque, as expectativas dos pacientes, não se referem à parte técnica e sim, à humana, em seu aspecto interpessoal, estando relacionada à simpatia, paciência, respeito e atenção. O atributo do serviço passa a ter valor nas percepções que o paciente tem sobre ele e essas percepções é que afetam o comportamento do paciente e se traduz em tranqüilidade, confiança, segurança e aceitação ao tratamento (HOWARD JAHN, 1977; DONABEDIAN, 1988).

Kurki et al (1992) em estudo qualitativo da avaliação dos serviços de saúde concluíram que os pacientes dão importância à interação paciente-profissional numa relação de amabilidade, segurança, senso de humor e também dão importância à expectativa de oportunidade de discussão e acesso à informação.

É de difícil compreensão apreender e avaliar as expectativas do paciente, o desafio recai sobre o complexo número de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos de juízo de valor, mas o importante é dar ao paciente oportunidade de se expressar e assim conhecê-lo e aprimorar seu atendimento.

Malhotra (2006) salientou que conhecer as informações que se pode obter dos clientes e captar as verdadeiras palavras e emoções desses consumidores significa ter um potencial de conteúdo para se lançar novos e inovadores serviços.

Senra (2006) ao referir-se ao paciente de cirurgia cardíaca, observou a necessidade de se derrubar os mitos. Diferentes estudos demonstraram que o

paciente operado do coração ganha qualidade de vida ao mudarem certos hábitos, aumentando o bem estar e a auto-estima.

Para esse conhecimento, entende-se a necessidade da comunicação que percebe a sutileza do momento vivido pelo paciente de cirurgia cardíaca e atende suas necessidades humanas. A comunicação adequada estimula mudanças de atitude e comportamento no paciente, facilitando o alcance dos objetivos da assistência (NOGUEIRA, 2004).

Por isso, compreender o paciente de cirurgia cardíaca significa refletir o momento que ele vive, interagir em direção à reconstrução não só do conhecimento, mas de um ambiente de saúde digno e humano.

1.4. MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL: ESCALA MIF

As expectativas do paciente no processo de tratamento vão além de suas percepções a esse momento específico, Ferraz (1990) e Rigolin (2001) salientaram que as expectativas do paciente se direcionam em alcançar uma recuperação que signifique a realização efetiva de suas diferentes atividades diárias. A recuperação da capacidade funcional significa a expectativa na qualidade de vida que o paciente deseja alcançar após o período de tratamento (SANSONE et al., 2002; GIAQUINTO et al., 2001).

A perda da capacidade ou habilidade funcional pode ser definida como qualquer restrição ou perda da capacidade de execução das atividades ou tarefas diárias consideradas normais ao cotidiano humano. É caracterizada pela deficiência no desempenho de uma atividade ou conduta, podendo ser temporário ou permanente, reversível ou irreversível e progressivo ou não (FERRAZ, 1990). Nos conceitos inter-relacionados de deficiência e incapacidade, se traduz deficiência como a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; e incapacidade como restrição resultante de uma deficiência para executar atividades de forma considerada normal às funções humanas (OMS, 1995 apud RIGOLIN, 2001). A cirurgia cardíaca pode estabelecer uma deficiência como consequência imediata ao ato cirúrgico, podendo ser facilmente superada, por outro

lado, pode também, por influência do ambiente estabelecer uma incapacidade pela dificuldade em realizar tarefas (CHRISTIANSEN et al., 1998; MYLES et al., 2001).

A qualidade de vida relacionada às atividades de vida diárias (AVDs) direcionou o interesse em quantificar as alterações das capacidades ligadas às funções humanas relacionadas às AVDs (CHRISTIANSEN et al., 1998). São usadas muitas formas de quantificação da condição funcional por meio de escalas que medem a independência funcional de indivíduos em condições clínicas especiais favorecendo, maior compreensão de suas dificuldades (LAWTON et al., 1971; CHRISTIANSEN et al., 1998).

Essa avaliação apresenta como propósito principal a objetividade do plano de tratamento, tendo em vista, as dificuldades funcionais do paciente e ao mesmo tempo, os resultados da avaliação podem ser considerados indicadores da qualidade da intervenção já realizada. A avaliação da capacidade funcional é realizada com ajuda das escalas designadas com objetivo de avaliar a habilidade do paciente em desempenhar tarefas de cuidado pessoal descrevendo ou documentando as habilidades atuais ou também monitorando mudanças no estado funcional do paciente. Escalas que podem incluir a abordagem de componentes de cuidado pessoal são usadas para fornecer informações importantes sobre a eficácia dos programas de reabilitação. Dentre as escalas mais utilizadas estão : o Índice de Bartel (CHRISTIANSEN et al., 1998) e a Medida de Independência Funcional – MIF (Funcional Measurement-FIM- Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation, version 5.1, 1997).

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi um instrumento desenvolvido para adultos, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. O trabalho original foi expandido pelo Departamento de Medicina de Reabilitação da Universidade do Estado de Nova York- Buffalo, considerado parte do “Sistema de Dados Uniformes para Reabilitação Médica” amplamente aplicado nos Estados Unidos e em outro países (LAINS, 1991; OTTENBACHER et al., 1996).

Essa escala foi validada para o português por um grupo de pesquisadores médicos-fisiatras da Divisão de Medicina de Reabilitação do HC da FMUSP, em artigo publicado por Riberto et al. (2001) na revista *Acta Fisiátrica*, volume 8, número 1, abril 2001. Nesse trabalho demonstraram a alta reprodutibilidade da versão brasileira, não identificando problemas de equivalência cultural.

A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade versus sua necessidade por assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação. Se a ajuda é necessária, a escala quantifica essa necessidade. A necessidade por assistência (carga de cuidado) se traduz pelo tempo ou energia gasta por outra pessoa para atender a necessidade de manter qualidade de vida. A escala MIF é organizada em 2 dimensões subdivididas em categorias com um total de 18 itens, definidos para avaliar a independência do indivíduo em realizar satisfatoriamente e efetivamente atividades básicas. Estas atividades incluem o mínimo de habilidade para as categorias de auto cuidado, controle do esfíncter, transferência e locomoção (dimensão motora), comunicação e cognitivo social (dimensão cognitiva). Nesse instrumento, o escore inclui 7 pontos representando o nível de completa independência e o 1(um), completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias (Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation, version 5.1, 1997; Berg-Emons et al., 2001; Hobart et al., 2001).

Discutindo a validação e confiança da escala MIF, Ottenbacher et al. (1996) usaram o procedimento de meta-análise em onze estudos, concluíram que a escala MIF demonstrou confiança e validade em ampla variedade de pacientes. Nesse sentido, outros pesquisadores ampliaram e apontaram adaptações para o uso da escala.

Ravaud et al. (1999) realizaram estudos referente à validação de constructo da escala e Linacre (2000) em seus estudos concluiu que os níveis da escala FIM como categorias ordinais são precisos e definidos.

Sato et al. (2006) usaram a escala MIF, como referência em estudos de comparação de confiança e validade com outra escala.

Grimby et al. (1996) usaram uma adaptação da escala MIF para jovens com seqüela neurológica, sugerindo sua adaptação dependendo do tipo de seqüela encontrada. Também com pacientes neurológicos, Küçükdeveci et al. (2001) demonstraram a validade e eficácia da escala MIF adaptada para uso na Turquia.

Pollak et al. (1996) e Granger et al. (1998) realizaram estudos com a escala MIF e também sugeriram adaptações no instrumento para avaliação funcional em pacientes neurológicos e em idosos.

Rigolin (2001) também utilizou a mesma escala para avaliação clínico-funcional de idosos hospitalizados, concluindo que o instrumento foi adequado e revelou o nível de comprometimento dos pacientes. Lieberman (2004) usou a escala MIF para avaliar a reabilitação em pacientes idosos de cirurgia de fratura de quadril.

MacNeill et al. (1997) e Nagano (2002) utilizaram a escala MIF com idosos e destacaram como sendo o instrumento mais apropriado e a dimensão motora foi adequada para avaliação da atividade de vida diária, assim como estudos de Mueck et al (1992) e Leung et al (1996) para amputados.

O'Dell et al. (1991) e Fucile (1992) utilizaram a escala MIF como um instrumento avaliador de funcionalidade em pacientes com AIDS e câncer, respectivamente. Concluíram que essa avaliação é fundamental para desenvolver reabilitação específica e apontaram a validação do instrumento ao satisfazer as expectativas de cada grupo. Severino et al. (2006) apontaram que a escala MIF foi apropriada para avaliar risco de queda em pacientes de clínica de reabilitação. Dromerik et al. (2003) observou que a escala MIF foi mais sensível, quando comparada com outra escala, avaliou as mudanças na incapacidade em pacientes com derrame cerebral.

Em cirurgia cardíaca poucos estudos foram realizados com a escala MIF, Sansone et al. (2002) avaliaram pacientes incluídos em programas de reabilitação cardíaca. Segundo os autores, seus estudos mostraram a validade do instrumento. Kong et al. (1996) avaliaram a funcionalidade em pacientes de reabilitação, após cirurgia do coração e concluíram que houve melhora da funcionalidade, após a reabilitação.

Limperopoulos et al. (2001) realizaram estudos em crianças pequenas que sofreram cirurgia cardíaca aplicando a escala MIF adaptada (WeeFIM) e avaliaram a limitação funcional dessas crianças. Consideraram a validade e fidedignidade desse instrumento adaptado às crianças.

Borges (2004) realizou estudos com a escala MIF adaptada, em pacientes de cirurgia cardíaca durante período de hospitalização. Concluiu que os resultados foram relevantes para pontuar as perdas motoras dos pacientes e traçar plano de reabilitação.

Assim, o uso da avaliação funcional aponta como relevante na rotina da prática clínica e em pesquisas para se traduzir o efeito da doença e das intervenções (Kong et al, 1996; RIGOLIN, 2001; SANSONE et al.,2002).

1.5. QUALIDADE DE SERVIÇOS: ESCALA SERVQUAL

A medição da qualidade de serviços, utilizando metodologias tradicionalmente voltadas para a qualidade de bens, passa por diversas dificuldades inerentes às características da operação de serviços: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade. Por esse motivo, pesquisadores têm trabalhado para desenvolver teorias dedicadas a serviços, que contornem essas dificuldades (GIANESI; CORRÊA, 1994).

Na literatura, o modelo mais citado é o “Modelo das Deficiências” realizado por Parasuraman; Zeithaml; Berry, (1985, 1988) no qual, os autores detectam as fontes dos problemas na qualidade dos serviços. Definiram a qualidade do serviço como uma função da discrepância entre as expectativas dos consumidores, sobre o serviço efetivamente prestado. Nesse modelo, apontaram lacunas ou “Gaps” no processo de produção e venda do produto.

A partir desses estudos, no enfoque da comparação do serviço percebido com o serviço esperado, Parasuraman; Zeithaml; Berry, (1985, 1988) desenvolveram um instrumento para medir a percepção do consumidor da qualidade de serviço denominada escala SERVQUAL. Primeiramente, a escala foi organizada num conjunto de dez dimensões - tangíveis, confiabilidade, presteza, competência, cortesia, credibilidade, segurança, acessibilidade, comunicação e conhecimento – que foram reduzidas a cinco dimensões, consistentemente apontadas em estudos como sendo fundamentais para determinar a qualidade dos serviços:

- Confiabilidade – a capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável, e com precisão;
- Tangibilidade – a aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
- Sensibilidade – a disposição para ajudar o cliente e proporcionar com presteza um serviço;
- Segurança – o conhecimento e a cortesia de empregados e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade; e
- Empatia – a atenção e o carinho individualizados proporcionados aos clientes.

Tomando como referência essas 5 dimensões do instrumento SERVQUAL, os autores, desenvolveram um questionário elaborado em duas seções; uma correspondente às expectativas, com 22 afirmativas que procuram delinear as expectativas gerais do cliente em relação ao serviço a ser investigado e outra seção busca medir o julgamento do usuário sobre o serviço prestado. Cada afirmativa em cada seção é seguida de uma escala, onde o cliente assinala seu grau de concordância ou discordância acerca da afirmação feita. A escala vai desde “discordo totalmente”, associada ao número 1, até “concordo totalmente”, associada ao número 7, não havendo referência aos outros números da escala.

Para sua validação foi realizado um estudo exploratório aplicado a escala em alguns setores de serviços como: banco, cartões de crédito, serviços de reparo e manutenção e serviços de telefonia de longa distância. Esses estudos ajudaram o entendimento de como os consumidores avaliam a qualidade em serviços: comparando o que esperam com o que experimentam (PARASURAMAN et al. 1990; 1991).

Os autores apontaram que o instrumento é aplicável a uma ampla variedade de serviços, mas ressaltaram a necessidade de adaptações e ajustamentos para o entendimento de contextos específicos.

Ao longo das diversas aplicações da escala, os autores detectaram que a confiabilidade – capacidade de realizar o serviço prometido, de forma confiável e precisa – é a dimensão considerada mais importante pelos usuários, enquanto o tangíveis se constitui no menos importante (PARASURAMAN et al., 1990).

A utilização da escala SERVQUAL vem ocorrendo tanto no campo prático das empreendedoras de serviços como no campo acadêmico em pesquisas de diferentes áreas.

Eleutério; Souza (2002) realizaram estudos com a escala SERVQUAL em empresa de informática e os resultados ofereceram subsídios para o planejamento de melhoria nos serviços.

Bachmann (2002) direcionou seu estudo na avaliação da qualidade de serviços em Biblioteca de Universidade e concluiu que o instrumento LibQual, uma adaptação da escala SERVQUAL à realidade da instituição, demonstrou índices de

consistência interna satisfatórias e pôde ser considerado como um instrumento confiável para avaliar as dimensões da qualidade percebida nesse contexto.

Cardoso (2004) realizou estudos na área da Educação e salientou que o registro das expectativas foi relevante, pois acrescentou informações na análise da percepção final, detectando os pontos críticos que necessitavam ser melhorados.

Babakus; Mangold (1992) usaram a escala SERVQUAL adaptada e observaram que os resultados foram satisfatórios na avaliação do gap entre a expectativa do serviço a receber e a percepção do serviço recebido e que os resultados demonstraram medidas unidimensionais de expectativas e percepção. Salientaram a necessidade de trabalhos futuros no constructo de níveis de dimensionalidade e abstração. Realização de trabalhos que considerem não só o aspecto da qualidade funcional, avaliado pela escala SERVQUAL, mas também o aspecto técnico, pois o sucesso das organizações de saúde dependem do monitoramento de subsídios mais amplos. Além disso, os autores propuseram o uso da escala para avaliação de um outro gap entre a visão do provedor e a visão do consumidor. Finalmente consideraram que uma das maiores contribuições da ServQual aos cuidados de saúde, numa visão de produção, foi a sensibilidade para identificar sintomas e proporcionar elementos para exame de problemas subjacentes que possam estar dificultando a produção de serviços de qualidade.

Cho et al. (2004) em estudos na Coréia do Sul, avaliaram a qualidade de serviços em atendimento em Hospital, com a escala SERVQUAL, destacaram a necessidade de estudos que possam delinear, como a relação funcional entre a dimensão de qualidade de serviços e satisfação do paciente pode ultrapassar diferentes tipos de cuidados necessários à diferentes pacientes.

Curry; Sinclair (2002) avaliaram a qualidade de três diferentes serviços de fisioterapia usando a escala SERVQUAL, concluíram que as dimensões de confiança e empatia foram as mais realçadas e confirmaram sua utilidade e relevância para determinar as prioridades dos clientes e o comportamento dos serviços.

No Brasil, alguns pesquisadores usaram a escala SERVQUAL na área da saúde. Brasil (1994) avaliou serviços hospitalares sob a ótica do cliente e identificou, no contexto avaliado, dimensões específicas de qualidade como: atendimento pessoal, hotelaria, responsabilidades, instalações e consideração.

Ressaltou que o destaque especial foi dado à importância fundamental do fator humano.

Hercos (2006) avaliou a qualidade do serviço no atendimento ambulatorial oftalmológico, validou a escala SERVQUAL e salientou a importância de seu uso, em outras áreas da saúde. Dias (2001) avaliou a qualidade de serviço em consultórios médicos.

A escala SERVQUAL continua sendo aplicada em diferentes setores, com resultados positivos, mantendo o campo da discussão na pesquisa, em aberto (BABAKUS; MANGOLD, 1992; BRASIL, 1994; CHO et al., 2006; HERCOS, 2006).

1.6. JUSTIFICATIVA

Os sistemas de saúde, em suas Instituições, inseridos no contexto de economia e competitividade, buscam modelos de gestão que privilegiem práticas de valor ao cliente e otimizem o seu próprio desempenho. Dessa forma, os hospitais têm aperfeiçoado seus métodos de avaliação de desempenho junto ao cliente, a fim de corrigir as desconformidades dos serviços, com vista, a torná-los mais eficazes e eficientes. Sabe-se, que as necessidades e expectativas dos clientes mudam e que cada cliente possui um entendimento sobre o que seja qualidade em serviços de saúde. Esse é o grande desafio a busca do padrão de qualidade, no qual o consumidor é um cliente que em situação de saúde é o paciente.

Conhecer o paciente em sua universalidade, individualidade e contexto de saúde é a proposta da assistência de saúde que busca a satisfação desse paciente e qualidade nos processos de cuidados clínicos.

A preocupação com a satisfação do paciente traz uma proposta de avanço no enfoque multidimensional da avaliação de qualidade, e o consenso de qualidade é usado para direcionar os esforços de todos, no sentido de atender ao paciente.

O paciente de cirurgia cardíaca em suas particularidades físicas, emocionais e psíquicas é um agente relevante na ação do cuidado à saúde, recebendo, interagindo e determinando a direção dessas ações.

Considerando o exposto e a ausência de estudos centrados no paciente de cirurgia cardíaca, em relação à qualidade de serviço que recebe no hospital e ao resultado da cirurgia enquanto capacidade de realizar atividades do cotidiano, justifica-se o desenvolvimento deste trabalho.

Assim, o estudo se propõe avaliar, do ponto de vista do paciente de cirurgia cardíaca, sua capacidade de realizar as atividades diárias e conhecer sua satisfação pelo serviço que recebeu durante tratamento hospitalar, numa expectativa de participar do processo que busca a qualidade dos cuidados de saúde em resolutividade, efetividade e equidade.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Avaliar a funcionalidade e a qualidade de serviço em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, no pré e pós-operatório recente (6ºPO).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar as expectativas e percepções dos pacientes em relação aos serviços prestados

2. Identificar a perda funcional dos pacientes após a cirurgia cardíaca

3. Relacionar o nível de funcionalidade e de qualidade de serviço na percepção dos pacientes com:

- gênero
- faixa etária
- uso de circulação extra-corpórea (CEC)

CASUÍSTICA E MÉTODOS

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado estudo descritivo e observacional com indivíduos de ambos os gêneros, que se submeteram à cirurgia cardíaca eletiva no serviço único de saúde (SUS), internados na ala D, enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Marília, Hospital Privado e conveniado com o SUS, no período de março a setembro de 2006.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. (GIL, 1987; HERCOS, 2006)

A pesquisa é observacional pelo fato de se desejar observar e demonstrar, a utilidade das escalas MIF, para a medida da funcionalidade e da escala SERVQUAL, como indicativo da qualidade do serviço em cirurgia cardíaca, sem a interferência do pesquisador no sentido de modificar qualquer aspecto dos pacientes.

3.2 CÁLCULO DA AMOSTRA

O tamanho amostral mínimo foi estimado em $n=72$ pacientes, levando-se em conta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$), um erro tipo II inicial de 20% ($\beta=0,20$), um "effect size" $d = 0,40$ para uma correlação paramétrica (do tipo Pearson), mantendo uma potência de 79,5% de probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando esta é falsa (HULLEY et al. 2005).

3.3 CASUÍSTICA

Foram estudados 82 pacientes, submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, operados por toracotomia médio esternal (TME), de ambos os gêneros, com idade entre 31 e 83 anos. O nível de instrução concentrou-se no ensino fundamental.

Os pacientes entraram no estudo consecutivamente, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, a partir de março a setembro de 2006.

Os pacientes foram divididos em subgrupos de acordo com: gênero, faixa etária, tipo de cirurgia, primeira cirurgia cardíaca ou reoperação e uso de CEC.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, faixa etária entre 20 e 85 anos, com diagnóstico de coronariopatia ou valvopatia, submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, com ou sem o uso de CEC, operados por TME que consentiram sua participação por meio de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice - A).

Foram excluídos pacientes submetidos a cirurgias de emergências, incapazes de responder ao questionário e os que após a cirurgia evoluíram para ventilação mecânica superior a 24 horas e ou óbito.

3.5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para realizar o estudo proposto e atingir os objetivos determinados foi desenvolvido um processo de pesquisa que considerou o ponto de vista do paciente de cirurgia cardíaca na dimensão da qualidade percebida por ele ao serviço que recebeu durante a hospitalização e na dimensão de sua capacidade funcional após a cirurgia cardíaca.

Esta abordagem segue orientação de Donabedian et al (1990), que preconiza para avaliação da qualidade de serviço um enfoque interativo, considerando não só o resultado, como o processo em que o serviço foi realizado.

Dessa forma duas variáveis foram analisadas:

- 1 - Funcionalidade = resultados da intervenção e seu impacto à capacidade do paciente realizar suas atividades diárias
- 2 - Qualidade de Serviços = expectativa e percepção da qualidade de serviços recebidos durante o período de hospitalização

Considerou-se que as expectativas do paciente de cirurgia cardíaca estão relacionadas tanto à qualidade dos serviços prestados quanto ao resultado e prognóstico da intervenção que recebeu.

Os resultados foram avaliados na interpretação dos dados adquiridos na avaliação da medida de funcionalidade pela escala MIF e na avaliação da qualidade do serviço pela escala SERVQUAL. Ambas as escalas são atributos quantitativos com respostas estruturadas de avaliação com valor científico para estudos quantitativos (TURATO, 2003).

Para a aplicação das escalas houve um período prévio de conhecimento, instrução e treinamento por cursos, revisão de literatura, reuniões com o orientador da pesquisa e realização de um projeto piloto.

Os pacientes foram submetidos à avaliação em dois momentos: pré-operatório e 6º pós-operatório (6º PO).

No pré-operatório o paciente respondeu um protocolo de pesquisa inicial constando dados pessoais, patologia e aplicação das escalas MIF e SERVQUAL (Apêndice - B).

No 6ºPO os pacientes foram submetidos novamente às escalas e dando continuidade ao protocolo de pesquisa adotado no pré, foram classificados segundo o: tipo de cirurgia, utilização ou não de CEC, primeira cirurgia cardíaca ou reoperação e acompanhamento fisioterapêutico.

O presente estudo teve como critério não interferir na rotina do hospital, não foram realizadas intervenções terapêuticas, somente perguntas em forma de escala.

As variáveis primárias avaliadas foram funcionalidade e qualidade de serviço.

3.5.1 Funcionalidade

Para avaliação da funcionalidade foi selecionada a escala MIF devido a sua ampla abrangência, apresenta grande aceitação na literatura internacional e suas propriedades de medida são validadas em diferentes países. Além de apresentar fácil execução e compreensão, avalia o componente motor e cognitivo sendo relevante em diversos quadros clínicos (RIBERTO, et al., 2001).

A escala MIF tem por objetivo mensurar o que a pessoa realmente faz, independente do diagnóstico, gerando escores válidos de incapacidade, não de

deficiência (GRANGER et al.,1993; OTTEBACHER et al., 1996; BÉTHOUX et al., 1999; HOBART et al., 2001; RIBERTO et al.,2001; NAGANO et al., 2002; DROMERICH et al., 2003)

As descrições e procedimentos a seguir foram estipulados segundo:

- versão original do manual em inglês "*Guide For the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation- version 5.1*", 1997
- versão traduzida e validada no Brasil por Riberto et al., publicada na revista *Acta Fisiátrica*, v8, n1, p. 45-52, abril, 2001.

No Quadro 1 está representada a escala MIF, ela é organizada em 2 dimensões, motora e cognitiva, subdivididas em categorias com um total de 18 itens, definidos para avaliar a independência do indivíduo em realizar satisfatoriamente e efetivamente atividades básicas.

Estas atividades incluem o mínimo de habilidade para as categorias de cuidados pessoais, controle esfinteriano, transferência e locomoção (dimensão motora), comunicação e cognitivo social (dimensão cognitiva).

Quadro 1 – Escala MIF - Medida de Independência Funcional

CATEGORIAS	Escore						
	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS							
1. Alimentação							
2. Auto cuidado							
3. Banhar-se							
4. Vestir tronco superior							
5. Vestir tronco inferior							
6. Higiene íntima							
CONTROLE ESFINCTERIANO							
7. Controle vesical							
8. Controle intestinal							
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS							
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas							
10. Banheiro							
11. Banho chuveiro / banheira							
LOCOMOÇÃO							
12. Andar / cadeira de rodas							
13. Escadas							
COMUNICAÇÃO							
14. Compreensão							
15. Expressão							
COGNITIVO SOCIAL							
16. Interação social							
17. Resolver problemas							
18. Memória							
ESCORE TOTAL							

A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade independente versus sua necessidade por assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação. Se a ajuda é necessária, a escala quantifica essa necessidade. A necessidade por assistência (carga de cuidado) se traduz pelo tempo ou energia gasta por outra pessoa para atender a necessidade de manter qualidade de vida.

Neste instrumento, o escore inclui: 7 pontos representando o nível de completa independência e 1 ponto, a completa dependência. O escore total na

escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro 2 , com escore mínimo de 18 e máximo de 126.

É importante ressaltar que o escore total da MIF é de 126 pontos, porém é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda (S.A.) – escores 7 e 6, necessitando de ajuda (N.A.) – escores 5, 4, e 3 e dependência completa (D.C.) – escores 2 e 1 (Quadro 2).

Quadro 2 – Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF

NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7 (S.A.)	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável
6 (S.A.)	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente
5 (N.A.)	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário
4 (N.A.)	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa)
3 (N.A.)	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)
2 (D.C.)	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1 (D.C.)	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

Procedimentos utilizados na aplicação da escala MIF:

1. Antes da aplicação da escala foi realizada a confirmação de sua fidedignidade e validade (Apêndice D).
2. A entrevista no pré-operatório foi realizada no dia anterior da cirurgia cardíaca.
3. A entrevista no pós-operatório recente foi realizada no sexto dia após a cirurgia cardíaca (6º PO).
4. A pontuação que melhor descreveu o nível de funcionalidade do paciente para cada item foi registrada como escore no protocolo.
5. Essa pontuação refletia o comportamento naquele momento, não o que o paciente poderia fazer ou o que teria realizado somente uma vez.
6. Todos os itens foram preenchidos, pois a escala não prevê nenhum item com a menção: “não aplicável”. Quando o paciente relatava não conseguir realizar a atividade solicitada foi considerado nível 1, de total assistência.
7. A avaliação obedeceu as atividades requeridas em cada item separadamente, mesmo que as atividades de diferentes itens fossem relacionadas.
8. A classificação no nível dependente ou independente foi relacionada com as atividades que o paciente tinha que efetuar.
9. Se para ser testado a escala, houvesse risco para saúde do paciente, ou necessidade de dois ajudantes para realizar as atividades descritas, seria marcado nível 1 de total assistência, porém não ocorreu neste estudo.

Perda Funcional porcentual dos pacientes (PF%)

Após obtidos os escores pela escala MIF foi calculada a PF% (perda funcional em porcentagem) dos indivíduos, por meio do escore MIF total e das categorias cuidados pessoais, mobilidade/transferência, locomoção, comunicação e cognitivo social, segundo fórmula definida por Borges (2004):

$$PF\% = \frac{(\text{escore funcional momento final} - \text{escore funcional momento inicial})}{(\text{escore funcional inicial})} \times 100 (\%) ,$$

3.5.2 Qualidade de Serviço

Para avaliação da qualidade do serviço percebida pelo paciente, utilizou-se como instrumento básico a escala SERVQUAL original.

Após um estudo exploratório do instrumento original e pesquisa na literatura chegou-se a um consenso de adaptação da escala, conforme características específicas do ambiente de pesquisa. Seguiu-se orientação dos autores da escala SERVQUAL que preconizam adaptação do instrumento e orientação de Hercos (2006) na escala adaptada e validada em seus estudos, para avaliação da qualidade de serviços em atendimento ambulatorial oftalmológico, sob a ótica do paciente.

Foi realizado modificações no vocabulário, tornando-o específico ao ambiente de estudo e acrescentou-se uma afirmativa, para avaliação da qualidade do serviço, no atendimento em cirurgia cardíaca, segundo modelo adaptado explicado por Hercos (2006).

O instrumento final, escala adaptada para a cirurgia cardíaca (SERVQUAL-Card), constituiu de 23 questões, avaliadas numa escala Likert de 7 pontos. Na qual o número 1 corresponde à afirmativa “discordo totalmente” e o número 7 corresponde à afirmativa “concordo totalmente”, na estrutura das 5 dimensões da escala original – tangibilidade, itens do 1 ao 4; confiabilidade, itens de 5 a 9; atendimento, itens de 10 a 13; segurança, itens de 14 a 17; empatia, itens de 18 a 22; com acréscimo do item 23, qualidade do serviço, para determinar a importância de cada uma das cinco dimensões de qualidade para o paciente (Quadro 3).

Quadro 3 – Escala SERVQUAL-Card: adaptada para cirurgia cardíaca

Itens / Dimensões	1	2	3	4	5	6	7
TANGIBILIDADE							
1. O Hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.							
2. As instalações físicas do Hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.							
3. A equipe ¹ do Hospital deve ter aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.							
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.							
CONFIABILIDADE							
5. O Hospital deve realizar suas atividades na hora ário marcada.							
6. O Hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente							
7. O Hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.							
8 O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido.							
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.							
ATENDIMENTO							
10. No Hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.							
11. No Hospital a equipe deve atender prontamente seus pacientes.							
12. No Hospital a equipe deve procurar ajudar seus pacientes .							
13. No Hospital a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.							
SEGURANÇA							
14. No Hospital o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.							
15. Pacientes do Hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços.							
16. No Hospital a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes.							
17. No Hospital a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes.							
EMPATIA							
18. No Hospital a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente.							
19. O Hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes.							
20. O Hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes.							
21. O Hospital deve priorizar os interesses do paciente.							
22. No Hospital a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes.							
23. QUALIDADE DO SERVIÇO: No Hospital a qualidade geral do atendimento em cirurgia cardíaca deve ser satisfatória							

¹ Equipe = médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos

Procedimento para aplicação da escala SERVQUAL-Card

1. Antes da aplicação da escala foi realizada a confirmação de sua fidedignidade e validade (Apêndice C).
2. No pré-operatório, aplicou-se a primeira parte do questionário da escala SERVQUAL-Card para avaliação das expectativas em relação ao atendimento que gostariam de receber durante hospitalização.
3. No 6º PO foi solicitado aos pacientes que registrassem suas percepções sobre o atendimento recebido durante o período de hospitalização.
4. Ainda no 6º PO foi aplicado um questionário de alocação de pontos para determinar a importância de cada uma das cinco dimensões de qualidade para o paciente. O paciente dividiu 100 pontos entre as cinco dimensões, demonstrando sua importância relativa.
5. Todos os itens da escala foram preenchidos, pois a escala não aceita nenhum item não aplicável.

Cálculo do escore de satisfação do paciente

O resultado foi obtido da somatória das notas do desempenho percebido (recebido) menos as notas do desempenho ideal (expectativas), denominada Gap.

As notas do desempenho percebido inferiores às das expectativas significarão um resultado negativo, o que é sinal de que a qualidade percebida estará abaixo do esperado; ao contrário, indicarão que a qualidade percebida estará acima do esperado; e a nota zero será sinal de que a qualidade percebida é satisfatória (SLACK, 1997).

Para o cálculo do Escore de Satisfação (Gap_{ji}), utilizou-se a fórmula definida por Parasuraman et al. (1994):

$$Gap_{ji} = \frac{\sum_{i=1}^{n_j} P_i - E_i}{n_j}$$

onde:

P_i = percepção avaliada na questão i

E_i = situação ideal avaliada na questão

n_j = número de questões pertencentes ao indicador j

3.6 AVALIAÇÃO DAS PROPRIEDADES DE MEDIDA E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Devido à natureza das variáveis, o resumo dos dados foi por meio de tabelas, gráficos, frequências absolutas e percentuais e quando compatível por meio de medidas de tendência central (moda e mediana, valor mínimo e valor máximo) e medidas de variabilidade (desvio-padrão e intervalo inter-quartilico) (ARMITAGE; BERRY, 1997).

As informações recebidas foram tabuladas e analisadas, utilizando-se os testes: t pareado, Friedman, Wilcoxon, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, para verificar a influência dos fatores de interesse, respectivamente na funcionalidade do paciente e na qualidade do serviço prestado (ARMITAGE; BERRY, 1997)

Em todos os testes adotou-se um nível de significância de 5% de probabilidade para a rejeição da hipótese de nulidade.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMEMA, instituição a qual está subordinada as pesquisas desenvolvidas no Hospital onde foi implementado este estudo, protocolo Processo n.º 056/05 (Apêndice D).

O desenho do estudo foi detalhadamente explicado aos entrevistados, os quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, como uma das condições de inclusão na amostra como também foram esclarecidos da possibilidade de deixar de participar do estudo a qualquer momento sem qualquer objeção por parte da pesquisadora (Apêndice A).

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Os resultados apresentados estão subdivididos em:

- Características dos pacientes
- Medidas obtidas com a aplicação da escala MIF
- Medidas obtidas com a aplicação da escala SERVQUAL-Card

4.1. CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES

As características gerais dos pacientes e do procedimento cirúrgico estão resumidas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes e do procedimento cirúrgico, em 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Categoria	Frequência	%
Gênero		
Feminino	43	52,4
Masculino	39	47,6
Faixa Etária (anos)		
20 a 49	15	18,3
50 a 69	43	52,4
70 a 85	24	29,3
Tipo de cirurgia ¹		
RM	55	67,0
CV	27	33,0
Cirurgia Cardíaca		
Primeira	72	87,8
Reoperação	10	12,2
CEC		
SIM	13	15,9
NÃO	69	84,1
Tipo de incisão		
TME ²	82	100,0
Fisioterapia		
SIM	82	100,0

1- Tipo de cirurgia: CV = cirurgia valvar ; RM = revascularização do miocárdio

2- Tipo de incisão: TME = toracotomia médio-esternal

A tabela 1 mostra maior frequência dos pacientes do gênero feminino, realização de revascularização do miocárdio, primeira cirurgia cardíaca e não utilização de CEC. Todos os pacientes sofreram TME e realizaram fisioterapia.

Foram excluídos da amostra quatro pacientes, dois por óbito e dois por complicações necessitando de ventilação mecânica prolongada.

A população estudada, segundo a idade, foi dividida em três faixas etárias: 20 a 49 anos, 50 a 69 anos e 70 a 85 anos. A variação geral da idade foi entre 31 e 83 anos e a maior concentração de pacientes entre 50 e 69 anos, sendo considerada idade média de 60,4 anos com dp=13,2 anos (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2– Faixa etária dos 82 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Faixa etária (anos)	Frequência	%	Min	Q1	Max	Q3	Md	IIQ	Média	dp
31 a 49	15	18,3	31,0	25,0	49,0	49,0	39,0	14,0	40,5	6,7
50 a 69	43	43,9	51,0	52,0	69,0	64,0	58,0	12,0	58,6	5,8
70 a 84	24	37,8	72,0	73,0	83,0	79,0	75,0	6,0	75,8	3,3

Tabela 3– Idade dos 82 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Categoria	n	Min	Q1	Max	Q3	Md	IIQ	Média	dp
Idade	82	31,0	52,0	83,0	73,0	59,5	21,0	60,4	13,2

No subgrupo de reoperação encontramos 10 pacientes, a idade mínima de 32,0, a máxima 79,0 e a média de 60,9 anos, com 50% dos pacientes entre 55,3 e 70,0 anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Idade dos 10 pacientes do subgrupo de reoperação, submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Reoperação	n	Min	Q1	Max	Q3	Md	IIQ	Média	dp
Idade (anos)	10	32,0	55,3	79,0	70,0	63,5	15,0	60,9	13,8

Os dias de internação foram considerados a partir do primeiro dia após a cirurgia cardíaca até o dia da alta hospitalar. Verificou-se um tempo médio de internação de 6,5 dias e desvio padrão de 1,1 dias, no entanto a moda foi 6, mostrando que a maior frequência dos pacientes, 78,0%, recebeu alta no 6.º pós-operatório (Tabela 5 e Figura 1).

Tabela 5 – Dias de internação dos 82 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília

Categoria	Min	Max	Md	Moda	Média	dp
Dias de internação	6	10	6,5	6	6,5	1,1

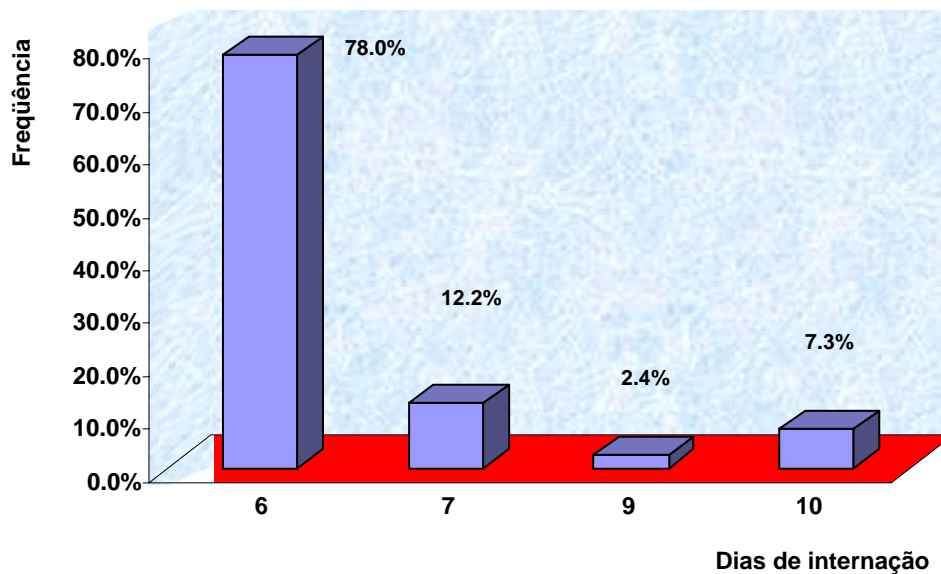


Figura 1 - Frequência dos 82 pacientes, segundo os dias de internação

4.1.1 Análise das associações entre gênero e os subgrupos: faixa etária, escolaridade, tipo de cirurgia, primeira cirurgia cardíaca ou reoperação e uso de CEC.

Na Tabela 6 encontra-se o estudo da associação entre o gênero com: faixa etária, escolaridade, tipo de cirurgia, primeira cirurgia cardíaca e uso de CEC.

A análise mostrou que não existe relação significativa entre o gênero com cirurgia cardíaca, CEC, primeira operação e reoperação, no entanto nesta amostra detectou-se resultado significativo no tipo de cirurgia e faixa etária.

Tabela 6 – Estudo da associação entre gênero com: primeira cirurgia ou reoperação, CEC, tipo de cirurgia e faixa etária.

GÊNERO	SUBGRUPO			Total	χ^2 (TEF ³) (gl)	Valor p	Resultado
	CIRURGIA CARDÍACA						
	Primeira	Reoperação					
FEMININO	40	3		43	2.299 (gl=1)	0.181	NS ⁴
	93.0%	7.0%		100.0%			
MASCULINO	32	7		39			
	82.1%	17.9%		100.0%			
TOTAL	72	10		82			
	87.8%	12.2%		100.0%			
	CEC						
	SIM	NÃO					
FEMININO	35	8		43	0.513 (gl=1)	0.474	NS
	81.4%	18.6%		100.0%			
MASCULINO	34	5		39			
	87.2%	12.8%		100.0%			
TOTAL	69	13		82			
	84.1%	15.9%		100.0%			
	TIPO DE CIRURGIA ¹						
	RM	CV					
FEMININO	20	23		43	7.555 (gl=1)	0.009	S ⁵
	46.5%	53.5%		100.0%			
MASCULINO	7	32		39			
	17.9%	82.1%		100.0%			
TOTAL	27	55		82			
	32.9%	67.1%		100.0%			
	FAIXA ETÁRIA (anos)						
	20 a 49	50 a 69	70 a 85				
FEMININO	12	22	9	43	6.74 (gl=2)	0.003	S
	27.9%	51.2%	20.9%	100.0%			
MASCULINO	3	21	15	39			
	7.7%	53.8%	38.5%	100.0%			
TOTAL	15	43	24	82			
	18.3%	52.4%	29.3%	100.0%			
	ESCOLARIDADE						
	Superior	Médio	Fundamental				
FEMININO	0	6	37	43	col(1+2) x col(3): 0,620	0.430	NS
	.0%	14.0%	86.0%	100.0%			
MASCULINO	1	8	30	39			
	2.6%	20.5%	76.9%	100.0%			
TOTAL	1	14	67	82			
	1.2%	17.1%	81.7%	100.0%			

1- Tipo de cirurgia: CV = cirurgia valvar ; RM = revascularização do miocárdio;

2- Qui-quadrado; 3- TEF = Teste exato de Fisher;

4- NS = Não-significante; 5- S = significante

4.2 MEDIDAS OBTIDAS COM A APLICAÇÃO DA ESCALA MIF

4.2.1 Evolução do nível de funcionalidade, segundo a escala MIF, no pré-operatório e no 6ºPO

Os resultados obtidos na aplicação da escala MIF, em forma de tabelas e grupos que classificam os níveis de funcionalidade, na hospitalização de pacientes de cirurgia cardíaca eletiva, estão descritos nas Tabelas 7 a 13. Dessa forma, pode-se fazer uma relação entre a independência e a dependência, quanto ao comprometimento funcional, conforme os escores obtidos.

Na Tabela 7 estão resumidas as medidas de posição, dispersão, mínimo e máximo, resultados dos testes de comparação e conclusão, entre os momentos Pré-operatório e 6º PO, relativos ao escore MIF total e às categorias Cuidados Pessoais, Controle de Esfíncter, Mobilidade / Transferência, Locomoção, Comunicação e Cognitivo Social.

Na Tabela 8, estão apresentados de forma detalhada as freqüências dos achados e toda a visualização dos resultados da escala MIF, ou seja, das categorias, seus itens, dos níveis de pontuação da funcionalidade (escores variando numa escala de 1 a 7) e da freqüência nos casos estudados. Na análise dos achados deve-se estar atentos quanto ao nível de pontuação, que quanto menor esse nível, maior o nível de dependência.

Tabela 7 – Medidas de posição, dispersão, mínimo e máximo, resultados dos testes de comparação e conclusão, entre os momentos Pré-operatório e 6º PO, relativos ao escore MIF total e às categorias Cuidados Pessoais, Controle de Esfíncter, Mobilidade / Transferência, Locomoção, Comunicação e Cognição Social.

CATEGORIA	PRÉ						6PO						Teste Wilcoxon	P	Conclusão
	Md ¹	IIQ	1.ºQ ²	3.ºQ ³	Min ⁴	Máx ⁵	Md	IIQ	1.ºQ	3.ºQ	Min	Máx			
Cuidados Pessoais	42.0	3.0	39.0	42.0	24.0	42.0	38.0	2.0	37.0	39.0	29.0	42.0	6.34	< 0.01	Pré > 6PO
Controle de Esfíncter	14.0	0.0	14.0	14.0	11.0	14.0	13.0	2.0	12.0	14.0	11.0	14.0	5.82	> 0.05	Pré = 6PO
Mobilidade/ Transferência	21.0	3.0	18.0	21.0	9.0	21.0	18.0	0.0	18.0	18.0	13.0	21.0	6.40	< 0.01	Pré > 6PO
Locomoção	13.0	2.0	12.0	14.0	2.0	14.0	7.0	1.0	6.0	7.0	5.0	13.0	7.77	< 0.01	Pré > 6PO
Comunicação	12.0	2.0	12.0	14.0	8.0	14.0	12.0	2.0	12.0	14.0	8.0	14.0	1.2	0.22	Pré=6PO
Cognitivo Social	17.5	5.0	14.0	19.0	10.0	21.0	17.0	5.0	14.0	19.0	10.0	21.0	1.0	0.32	Pré=6PO
MIFTOTAL	118.5	16.0	108.0	124.0	79.0	126.0	106.0	10.0	100.0	110.0	82.0	118.0	7.11	< 0.01	Pré > 6PO

¹Md=mediana; ^{2,3}Q=Quartil; ⁴Min=valor mínimo; ⁵Max=valor máximo

Com relação a escala MIF, foi observada diferença estatisticamente significante da funcionalidade em todas categorias e entre os momentos estudados, sendo menor no 6º PO, exceto no controle esfinteriano, comunicação e cognitivo social (Tabela 7).

Tabela 8 – Frequências dos níveis de funcionalidade – Escala MIF, no pré-operatório e 6ºPO, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva – SUS.

CATEGORIAS	f ¹ %	FREQUÊNCIAS													
		PRÉ-OPERATÓRIO							6º PO						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS															
1. Alimentação	f %						5 6.1	77 93.9						6 7.3	76 92.7
2. Auto cuidado	f %				1 1.2		14 17.1	67 81.7					4 4.9	48 58.5	30 36.6
3. Banhar-se	f %			1 1.2	2 2.4	4 4.9	25 30.5	50 61.0				2 2.4	9 11.0	66 80.5	5 6.1
4. Vestir tronco superior	f %			1 1.2	2 2.4	2 2.4	27 32.9	50 61.0				3 3.7	8 9.8	66 80.5	5 6.1
5. Vestir tronco inferior	f %			1 1.2	2 2.4	2 2.4	27 32.9	50 61.0				3 3.7	7 8.5	64 78.0	8 9.8
6. Higiene íntima	f %					2 2.4	11 13.4	69 84.2					5 6.1	36 43.9	41 50.0
CONTROLE ESFÍNCTER															
7. Controle vesical	f %					15 18.3	8 4.9	59 76.8					15 18.3	8 4.9	59 72.0
8. Controle intestinal	f %						10 12.2	72 87.8						47 57.3	35 42.7
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIA															
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas	f %			2 2.4	1 1.2	1 1.2	23 28.0	55 67.1					8 9.8	66 80.4	8 9.8
10. Banheiro	f %			2 2.4	1 1.2	1 1.2	29 35.4	49 59.8					12 14.6	66 80.5	4 4.9
11. Banho chuveiro / banheira	f %			2 2.4		1 1.2	30 36.6	49 59.8	1				15 18.3	62 75.6	4 4.9

1 f = frequência absoluta

Tabela 8 – (Continuação)

CATEGORIAS	f ¹ %	FREQUÊNCIAS													
		PRÉ-OPERATÓRIO							6º PO						
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
LOCOMOÇÃO															
12. Andar / cadeira de rodas	f %	2 2.4				2 2.4	33 40.2	45 54.9	1 1.2			3 3.7	26 31.7	51 62.2	1 1.2
13. Escadas	f %	4 4.9			3 3.7	8 9.8	36 43.9	31 37.8	77 93.9					2 2.4	3 3.7
COMUNICAÇÃO															
14. Compreensão	f %				4 4.9	8 9.8	41 50.0	29 35.4				4 4.9	9 7.3	45 54.9	24 29.3
15. Expressão	f %	1 1.2			4 4.9	4 4.9	38 46.3	35 42.7				4 4.9	6 7.3	41 50.0	31 37.8
COGNIÇÃO SOCIAL															
16. Interação social	f %					2 2.4	28 34.1	52 63.4					2 2.4	28 34.1	52 63.4
17. Resolver problemas	f %		5 6.1	22 26.8	6 7.3	9 11.0	25 30.5	15 18.3		5 6.1	22 26.8	6 7.3	10 12.2	24 29.3	15 18.3
18. Memória	f %			5 6.1	1 1.2	29 35.4	35 42.7	12 14.6			5 6.1	1 1.2	30 36.6	34 41.5	12 14.6

* As cores acima estão explicadas na legenda abaixo devido o equivalente em funcionalidade

SEM AJUDA (S.A.)	7	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.
	6	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente.
NECESSITA DE AJUDA (N.A.)	5	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão, comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda, é somente para preparo da tarefa quando necessário.
	4	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa – DEPENDÊNCIA DE ATÉ 25%).
	3	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar (realiza 50% do esforço necessário na tarefa – DEPENDÊNCIA DE ATÉ 50%).
DEPENDÊNCIA COMPLETA (D.C.)	2	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total (as tarefas requerem outra pessoa para fornecer máxima assistência – DEPENDÊNCIA DE ATÉ 75%).
	1	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa (DEPENDÊNCIA DE ATÉ 100%).

Pode-se observar na Tabela 9 que a PF% mais elevada ocorreu na categoria locomoção, com 50,0%, em seguida mobilidade/transferência com 14,29% e cuidados pessoais com 7,14%. Nenhuma perda foi verificada nas categorias controle de esfíncter, comunicação e cognitivo social.

Tabela 9 – Perda Funcional (PF%) por item e categorias – Escala MIF, 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva – SUS

CATEGORIAS	PF% (mediana)
CUIDADOS PESSOAIS	-7.14
1. Alimentação	0.0
2. Auto cuidado	-14.29
3. Banhar-se	-14.29
4. Vestir tronco superior	-14.29
5. Vestir tronco inferior	-14.29
6. Higiene íntima	0.0
CONTROLE ESFÍNCTER	0.0
7. Controle vesical	0.0
8. Controle intestinal	0.0
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIA	-14.29
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas	-14.29
10. Banheiro	-14.29
11. Banho chuveiro / banheira	-14.29
LOCOMOÇÃO	-50.0
12. Andar / cadeira de rodas	-14.29
13. Escadas	-83.33
COMUNICAÇÃO	0.0
14. Compreensão	0.0
15. Expressão	0.0
COGNITIVO SOCIAL	0.0
16. Interação social	0.0
17. Resolver problemas	0.0
18. Memória	0.0
MIF TOTAL	-10.23

4.2.2 Relação entre funcionalidade e os subgrupos no Pré-operatório e 6º PO

As relações dos escores da funcionalidade, por categorias: cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade/transferência, locomoção, comunicação, cognitivo social e o escore da escala MIF – MIFTOTAL, com os subgrupos: gênero, CEC e faixa etária, nos momentos do PRÉ e do 6ºPO, estão apresentadas nas Tabelas de 10 a 12.

Obteve-se em relação ao subgrupo gênero (Tabela 10), diferença significativa somente para a categoria controle esfinteriano, tanto no pré como no 6ºPO. Para as demais categorias e para a escala MIFTOTAL não foram observadas diferenças significativas nesta amostra.

Tabela 10 – Estudo da relação do escore MIF total e das categorias segundo o gênero, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS), no pré-operatório e 6º PO.

Gênero	n	Categorias	PRÉ			6PO		
			Média dos postos	p Teste Mann - Whitney	RESULTADO	Média dos postos	p Teste Mann - Whitney	RESULTADO
Feminino	43	CP	41.50	1.000	NS	42.26	0.757	NS
Masculino	39		41.50			40.67		
Total	82							
Feminino	43	CE	34.65	0.000	S	34.52	0.003	S
Masculino	39		49.05			49.19		
Total	82							
Feminino	43	MT	39.57	0.378	NS	43.00	0.456	NS
Masculino	39		43.63			39.85		
Total	82							
Feminino	43	LO	40.28	0.611	NS	41.83	0.883	NS
Masculino	39		42.85			41.14		
Total	82							
Feminino	43	COM	42.44	0.685	NS	43.37	0.415	NS
Masculino	39		40.46			39.44		
Total	82							
Feminino	43	CS	38.40	0.209	NS	38.57	0.236	NS
Masculino	39		44.92			44.73		
Total	82							
Feminino	43	MIFTOTAL	40.23	0.612	NS	40.85	0.795	NS
Masculino	39		42.90			42.22		
Total	82							

1 Categorias: CP=Cuidados Pessoais; CE=controle esfinteriano; MT = Mobilidade / Transferência; LO=Locomoção; CS=Cognitivo Social; MIFTO=Escore MIF total; PRE= Pré-operatório;

A tabela 11 mostra que não houve relação significativa do uso de CEC com nenhuma das categorias de funcionalidade.

Tabela 11 – Estudo da relação do escore MIF total e das categorias segundo o subgrupo CEC, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS), no 6ºPO.

CEC	n	Categorias ¹	Média dos postos	p Teste Mann - Whitney	Resultado
SIM	69	CP	40.03	0.141	NS
NÃO	13		49.31		
Total	82				
SIM	69	CE	42.80	0.230	NS
NÃO	13		34.62		
Total	82				
SIM	69	MT	40.23	0.167	NS
NÃO	13		48.23		
Total	82				
SIM	69	LO	40.18	0.191	NS
NÃO	13		48.50		
Total	82				
SIM	69	COM	40.88	0.556	NS
NÃO	13		44.77		
Total	82				
SIM	69	CS	40.05	0.198	NS
NÃO	13		49.19		
Total	82				
SIM	69	MIFTOTAL	39.52	0.083	NS
NÃO	13		52.00		
Total	82				

¹ Categorias: CP=Cuidados Pessoais; CE=controle esfinteriano; MT = Mobilidade / Transferência; LO=Locomoção; CS=Cognitivo Social; MIFTO=Escore MIF total; PRE= Pré-operatório;

Obteve-se em relação ao subgrupo faixa etária (Tabela 12), diferenças significativas entre o pré-operatório e o 6ºPO para todas as categorias, com exceção da categoria controle esfinteriano.

Tabela 12 – Estudo da relação do escore MIF total e das categorias segundo o subgrupo Faixa etária, dos 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS), no pré-operatório e 6º PO.

Faixa etária (anos)	n	Categorias ¹	PRÉ			6º PO		
			Média dos postos	p Teste Kruskal-Wallis	RESULTADO	Média dos postos	p Teste Kruskal-Wallis	RESULTADO
20 a49 (1)	13	CP	46.08	0.206	NS	55.04	0.012	S
50 a 69 (2)	45		43.20			1 = 2 > 3		
70 a 85 (3)	24		35.83					
Total	82							
20 a49	13	CE	44.42	0.645	NS	45.08	0.374	NS
50 a 69	45		41.29					
70 a 85	24		40.31					
Total	82							
20 a49 (1)	13	MT	47.19	0.139	NS	47.50	0.013	S
50 a 69 (2)	45		43.13			1 = 2 > 3		
70 a 85 (3)	24		35.35					
Total	82							
20 a49	13	LO	46.35	0.206	NS	49.27	0.012	NS
50 a 69	45		43.11			1=2 > 3		
70 a 85	24		35.85					
Total	82							
20 a49 (1)	13	COM	46.62	0.134	NS	53.46	0.008	S
50 a 69 (2)	45		43.41			1 = 2 > 3		
70 a 85 (3)	24		35.15					
Total	82							
20 a49 (1)	13	CS	56.04	0.025	S	56.12	0.022	S
50 a 69 (2)	45		40.30			1 = 2 > 3		
70 a 85 (3)	24		35.88					
Total	82							
20 a49 (1)	13	MIFTOTAL	51.92	0.120	NS	58.23	0.006	S
50 a 69 (2)	45		41.89			1 = 2 > 3		
70 a 85 (3)	24		35.13					
Total	82							

¹ Categorias: CP=Cuidados Pessoais; CE=controle esfinteriano; MT = Mobilidade / Transferência; LO=Locomoção; CS=Cognitivo Social; MIFTO=Escore MIF total; PRE= Pré-operatório;

4.3 MEDIDAS OBTIDAS COM A APLICAÇÃO DA ESCALA SERVQUAL-Card

Os resultados obtidos a partir da escala SERVQUAL-Card estão resumidos nas Tabelas de 13 a 16.

Na Tabela 13, estão apresentados de forma detalhada as médias dos dados e toda a visualização dos resultados da escala SERVQUAL-Card, ou seja, das dimensões, seus itens, da escala geral e da questão 23 – Qualidade do serviço expresso pelo paciente, todas as respostas sendo médias dos escores atribuídos em cada item pelos respondentes.

O escore médio dos itens no momento inicial, quando se mede a Expectativa (E) de qualidade ou a Percepção (P) de qualidade, tem média 4, variando de 1 a 7, com valor mínimo 1 (pior) e máximo 7 (melhor).

Para a medida da qualidade do serviço, traduzida pelo “Gap” de cada item, e depois pelo GapTotal, varia de - 6 (seis negativos) ($\text{Gap} = P - E = 1 - 7 = - 6$) até 6 (seis positivo) ($\text{Gap} = 7 - 1 = 6$), com média zero.

Para análise dos resultados da qualidade percebida utilizou-se os seguintes critérios (SLACK et al., 1997):

1. Expectativas < Percepção = qualidade percebida é boa, com um máximo de 6;
2. Expectativas = Percepção = qualidade percebida é aceitável; valor zero ou próximo de zero;
3. Expectativa > Percepção = qualidade percebida é pobre, com um mínimo de -6 (seis negativos)

Tabela 13– Desempenho dos itens e dimensões, por meio de médias e desvios-padrão, dos escores Expectativa (E), Percepção (P), Gap = [P – E], estatística t e valor p, referentes a aplicação da escala SERVQUAL-Car junto aos 82 pacientes em estudo.

Itens / Dimensões	E	dp	P	dp	Gap	dp	t
TANGIBILIDADE							
1. O Hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.	5.87	0.60	6.15	0.42	0.28	0.48	-5.31*
2. As instalações físicas do Hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	5.73	0.50	5.95	0.63	0.22	0.63	-3.16*
3. A equipe ¹ do Hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	5.80	0.76	6.11	0.50	0.30	0.58	-4.75*
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	6.30	0.86	5.84	0.58	-0.46	0.91	4.64*
MÉDIA	5.93		6.01		0.09		
CONFIABILIDADE							
5. O Hospital deve realizar suas atividades na hora ário marcada.	6.50	0.89	6.10	0.64	-0.40	0.94	3.87*
6. O Hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente	6.02	0.67	6.27	0.47	0.24	0.58	-3.82*
7. O Hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	5.76	0.68	6.01	0.62	0.26	0.78	-2.96*
8 O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido.	6.29	0.87	6.01	0.56	-0.28	0.86	2.94*
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	6.45	0.67	6.51	0.59	0.06	0.45	-1.22 ^{NS}
MÉDIA	6.20		6.18		- 0.02		
ATENDIMENTO							
10. No Hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.	6.10	0.94	6.00	0.47	-0.10	0.90	0.99 ^{NS}
11. No Hospital a equipe deve atender prontamente seus pacientes.	5.78	0.82	6.04	0.55	0.26	0.78	-2.96*
12. No Hospital a equipe deve procurar ajudar seus pacientes	5.79	0.90	6.07	0.56	0.28	0.81	-3.15*
13. No Hospital a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.	5.00	0.67	5.55	0.79	0.55	0.74	-6.72*
MÉDIA	5.67		5.91		0.25		
SEGURANÇA							
14. No Hospital o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.	6.39	1.13	6.76	0.56	0.37	0.76	-4.35*
15. Pacientes do Hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços.	6.56	1.09	6.89	0.32	0.33	0.85	-3.52*
16. No Hospital a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes.	6.66	0.77	6.84	0.37	0.18	0.57	-2.91*
17. No Hospital a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes.	6.16	0.66	6.79	0.46	0.63	0.73	-7.88*
MÉDIA	6.44		6.82		0.38		
EMPATIA							
18. No Hospital a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente.	5.02	0.65	5.43	0.67	0.40	0.73	-4.96*
19. O Hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes.	5.34	0.79	5.57	0.77	0.23	0.67	-3.12*
20. O Hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes.	5.84	0.87	5.93	0.60	0.09	0.74	-1.04 ^{NS}
21. O Hospital deve priorizar os interesses do paciente.	5.33	0.65	5.56	0.80	0.23	0.63	-3.31*
22. No Hospital a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes.	5.74	0.61	5.90	0.54	0.16	0.43	-3.34*
MÉDIA	5.45		5.68		0.22		
23. QUALIDADE DO SERVIÇO: No Hospital a qualidade geral do atendimento em cirurgia cardíaca deve ser satisfatória	6.85	0.39	6.99	0.11	0.13	0.41	-2.97*
ESCALA SERVQUALCard					0.18	0.54	
CONTRASTE: SERVQUAL-Car X SERVIÇO-QUALIDADE GERAL (ITEM 23)							
SERVQUAL-Car	Média: 0.18		dp: 0.54				-1.18 ^{NS}
X SERVIÇO-QUALIDADE GERAL (Item23)	Média: 0.13		dp: 0.41				

¹ Equipe = médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos

* Para esses itens p < 0,05; NS = para esses itens p > 0,05

Na tabela 13 verificou-se altos níveis médios para as expectativas, variando entre 5,0 e 6,66 para os itens. Como também observado nas dimensões, com variação entre 5,47 e 6,44.

Em relação à percepção, observou-se também altos níveis, variando de 5,43 a 6,89 para os itens e nas dimensões de 5,68 a 6,82 (Tabela13).

Em relação aos Gaps, a variação negativa mostrada na tabela 13, significa que o nível de expectativa foi superior à percepção. Isto ocorreu nos itens 4,5,9 e 10. Nos demais itens os valores foram positivos, ou seja, o nível de percepção foi superior à expectativa dos pacientes.

O resultado do teste t foi não significativo na relação entre a percepção e a expectativa para os itens 9,10 e 20, o que indica valores similares e um Gap próximo de zero. Para os demais itens o resultado foi significativo, ou seja, há diferença entre serviço percebido e esperado.

Ainda na tabela 13 verificamos a relação entre a escala total e a qualidade medida pelo item 23 com resultado não significativo, ou seja, as medidas são similares.

Nas Tabelas 14, 15 e 16, estão resumidos os itens, em ordem crescente de valores achados, respectivamente para expectativa (E), percepção (P) e Gap, divididos em faixas de valores: 25% inferiores, 50% intermediários e 25% superiores, visando à análise dos valores extremos.

Tabela 14– Desempenho dos itens referentes às Expectativas (E) em função do escore médio ascendente dos 82 pacientes em estudo

ITEM	E	
13. No Hospital a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.	5.00	Escore Inferiores 25%
18. No Hospital a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente.	5.02	
21. O Hospital deve priorizar os interesses do paciente.	5.33	
19. O Hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes.	5.34	
2. As instalações físicas do Hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	5.73	
22. No Hospital a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes.	5.74	
7. O Hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	5.76	Escore Intermediários 50%
11. No Hospital a equipe deve atender prontamente seus pacientes.	5.78	
12. No Hospital a equipe deve procurar ajudar seus pacientes.	5.79	
3. A equipe ¹ do Hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	5.80	
20. O Hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes.	5.84	
1. O Hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.	5.87	
6. O Hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente	6.02	
10. No Hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.	6.10	
17. No Hospital a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes.	6.16	
8. O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido.	6.29	
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	6.30	Escore Superiores 25%
14. No Hospital o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.	6.39	
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	6.45	
5. O Hospital deve realizar suas atividades na hora ário marcada.	6.50	
15. Pacientes do Hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços.	6.56	
16. No Hospital a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes.	6.66	

Na tabela 14, em relação aos escores inferiores, o que apresentou menor valor foi o item 13. Dos escores superiores, o que apresentou maior valor foi o item 16.

Tabela 15– Desempenho dos itens referentes às Percepções (P) em função do escore médio ascendente dos 82 pacientes em estudo.

ITEM	P	
18. No Hospital a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente.	5.43	Escores Inferiores 25%
13. No Hospital a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.	5.55	
21. O Hospital deve priorizar os interesses do paciente.	5.56	
19. O Hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes.	5.57	
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	5.84	
22. No Hospital a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes.	5.90	
20. O Hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes.	5.93	Escores intermediários 50%
2. As instalações físicas do Hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	5.95	
10. No Hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.	6.00	
7. O Hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	6.01	
8 O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido.	6.01	
11. No Hospital a equipe deve atender prontamente seus pacientes.	6.04	
12. No Hospital a equipe deve procurar ajudar seus pacientes .	6.07	
5. O Hospital deve realizar suas atividades na hora ário marcada.	6.10	
3. A equipe ¹ do Hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	6.11	
1. O Hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.	6.15	
6. O Hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente	6.27	Escores Superiores 25%
9. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	6.51	
14. No Hospital o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.	6.76	
17. No Hospital a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes.	6.79	
16. No Hospital a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes.	6.84	
15. Pacientes do Hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços.	6.89	

Na tabela 15, em relação aos escores inferiores, o que apresentou menor valor foi o item 18. Dos escores superiores, o que apresentou maior valor foi o item 15.

Na Tabela 17 estão apresentados os resumos dos achados relativos aos Gaps das dimensões: tangibilidade, confiança, atendimento, segurança e empatia, obtidos diretamente pela aplicação da escala SERVQUAL-Card.

Tabela 17– Caracterização dos 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva, no período de março a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília, segundo os indicadores da qualidade de serviço, obtidos por meio da escala SERVQUAL-Car

Indicador da qualidade de serviço / Dimensão	Média	dp
Gap relativo ao indicador Segurança	0.38	0.62
Gap relativo ao indicador Atendimento	0.25	0.68
Gap relativo ao indicador Empatia	0.22	0.50
Gap relativo ao indicador Tangibilidade	0.09	0.50
Gap relativo ao indicador Confiabilidade	-0.02	0.63
Resultado da comparação entre os indicadores segundo a importância: Teste de Friedman: $p < 0,05$ Comentários: C < T < A = E < S		
Gap relativo a escala SERVQUAL-Car.	0.18	0.54
Gap relativo ao indicador Serviço-Qualidade Geral (Item 23)	0.13	0.41

Na tabela 17, a dimensão segurança foi considerada de maior importância, seguida pela empatia, atendimento, tangibilidade e confiabilidade. Sendo que não mostraram diferenças de níveis as de atendimento e empatia.

Na tabela 18 estão apresentados os resumos dos achados relativos a alocação de pontos das dimensões: tangibilidade, confiança, atendimento, segurança e empatia, num escore total cuja soma equivale a 100 pontos.

Tabela 18– Caracterização dos 82 pacientes que realizaram cirurgia cardíaca eletiva, no período de junho a setembro de 2006, no serviço de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia de Marília, segundo a importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço.

Dimensão da qualidade de serviço	Média	dp
Confiabilidade	29.88	4.97
Segurança	26.83	4.55
Atendimento	18.72	4.83
Empatia	12.93	4.30
Tangibilidade	12.01	4.00
Resultado da comparação entre os indicadores segundo a importância: Teste de Friedman: $p < 0,05$ Comentários: T = E < A < S < C		

Na tabela 18 a dimensão confiabilidade foi considerada de maior importância seguida de segurança, atendimento, empatia e tangibilidade. Não se observou diferença significativa entre empatia e tangibilidade.

4.3.1 Relação entre a escala SERVQUAL-Card e os subgrupos

As relações dos escores da qualidade de serviço pelas dimensões: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia e o escore da escala TOTAL, com os subgrupos: gênero, CEC e faixa etária, estão apresentadas nas Tabelas de 19 a 22.

Obteve-se em relação ao subgrupo gênero (Tabela 19), diferença significativa somente para a dimensão empatia. As mulheres têm maior percepção em empatia do que os homens. Para as demais dimensões não foram observadas diferenças significativas nesta amostra.

Tabela 19– Estudo da relação do escore SERVQUALCard Total e das categorias segundo o subgrupo gênero, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS).

Gênero	n	Sub-escala / Escala ¹	Média dos postos	p Teste Mann - Whitney	RESULTADO
Feminino	43	GAPTAN	45.01	0.148	NS
Masculino	39		37.63		
Total	82				
Feminino	43	GAPCON	44.81	0.169	NS
Masculino	39		37.85		
Total	82				
Feminino	43	GAPATE	45.43	0.108	NS
Masculino	39		37.17		
Total	82				
Feminino	43	GAPSEG	44.16	0.261	NS
Masculino	39		38.56		
Total	82				
Feminino	43	GAPEMP	46.28	0.048	S
Masculino	39		36.23		
Total	82				
Feminino	43	GAPTOTAL	46.36	0.052	NS
Masculino	39		36.14		
Total	82				

¹ Dimensão: GAPTAN=Tangibilidade; GAPCON=Confiabilidade; GAPATE=atendimento; GAPSEG=segurança; GAPEMP=empatia

Não se observou, em relação ao uso de CEC diferença significativa em nenhuma das dimensões (Tabela 11).

Tabela 20– Estudo da relação do escore SERVQUAL-Card total e das categorias segundo o subgrupo CEC, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS).

CEC	n	Sub-escala / Escala	Média dos postos	p Teste Mann - Whitney	RESULTADO
SIM	69	GAPTAN	39.87	0.141	NS
NÃO	13		50.15		
Total	82				
SIM	69	GAPCON	39.96	0.162	NS
NÃO	13		49.65		
Total	82				
SIM	69	GAPATE	40.82	0.541	NS
NÃO	13		45.12		
Total	82				
SIM	69	GAPSEG	41.10	0.712	NS
NÃO	13		43.62		
Total	82				
SIM	69	GAPEMP	40.14	0.219	NS
NÃO	13		48.69		
Total	82				
SIM	69	GAPTOTAL	40.43	0.347	NS
NÃO	13		47.19		
Total	82				

1 Dimensão: GAPTAN=Tangebilidade; GAPCON=Confiabilidade; GAPATE=atendimento; GAPSEG=segurança; GAPEMP=empatia

Na tabela 21 comparando a faixa etária com a escala SERVQUAL-Card, não se observou relação significativa em todas as dimensões, exceto na confiabilidade. Ou seja, a faixa etária de 20 a 49 anos mostrou maior percepção em confiabilidade, seguida da faixa de 70 a 85 e por último a faixa de 50 a 69 anos.

Tabela 21– Estudo da relação do escore SERVQUAL-Card total e das categorias segundo o subgrupo Faixa etária, de 82 casos estudados em 2006 na Santa Casa de Misericórdia de Marília – pacientes de cirurgia cardíaca eletiva (SUS).

Faixa etária (anos)	n	Sub-escala / Escala	Média dos postos	p Teste Kruskal-Wallis	RESULTADO
20 a 49 (1)	15	GAPTAN	47.97	0.459	NS
50 a 69 (2)	40		39.26		
70 a 85 (3)	27		41.22		
Total	82				
20 a 49 (1)	15	GAPCON	52.93	0.020	S
50 a 69 (2)	40		34.81		
70 a 85 (3)	27		45.06		
Total	82				
				1 > 2 > 3	
20 a 49 (1)	15	GAPATE	41.20	0.975	NS
50 a 69 (2)	40		42.08		
70 a 85 (3)	27		40.81		
Total	82				
20 a 49 (1)	15	GAPSEG	40.50	0.368	NS
50 a 69 (2)	40		44.89		
70 a 85 (3)	27		37.04		
Total	82				
20 a 49 (1)	15	GAPEMP	46.50	0.494	NS
50 a 69 (2)	40		42.08		
70 a 85 (3)	27		37.87		
Total	82				
20 a 49 (1)	15	GAPTOTAL	44.97	0.819	NS
50 a 69 (2)	40		40.49		
70 a 85 (3)	27		41.07		
Total	82		47.97		

1 Dimensão: GAPTAN=Tangebilidade; GAPCON=Confiabilidade; GAPATE=atendimento; GAPSEG=segurança; GAPEMP=empatia

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMOSTRA E ASSOCIAÇÕES ENTRE OS SUBGRUPOS

Além das respostas das escalas, foi possível observar as percepções dos pacientes, relativas à própria entrevista e à situação de saúde que enfrentavam .

Verificou-se que os pacientes foram colaborativos e mostraram satisfação pela oportunidade que tinham de se expressarem. No período pré-operatório estavam ansiosos, no pós-operatório apresentavam dúvidas em relação a nova situação e expectativa para se adaptarem à vida cotidiana.

Essas observações, empiricamente, apresentam semelhança aos resultados de Braga e Cruz (2003) ao concluírem que os pacientes de cirurgia cardíaca no pós-operatório apresentavam impotência frente a situação que viviam, e de Souza (2004) que notou medo e ansiedade nos pacientes no pré-operatório.

Observou-se predominância de pacientes do gênero feminino (52,4%), faixa etária de 50 a 69 anos (52,4%), coronariopatas (67%) e que realizaram cirurgia cardíaca sem CEC (84,1%). Todos os pacientes foram submetidos à TME e realizaram fisioterapia respiratória.

A variação geral da idade foi entre 31 e 83 anos, sendo idade média de 60,4 anos, estando acima da idade média em estudos de pós-operatório de cirurgia cardíaca citados por Braga; Cruz (2003) com 57,2 anos e por Borges (2004) com 58,3 anos.

Quando se considerou o subgrupo de primeira cirurgia ou reoperação, observou-se que 87,8% realizaram primeira cirurgia e 12,2% realizaram reoperação.

Os dias de internação do pós-operatório variaram de 6 a 10 dias, demonstrando que o mais comum foi o paciente receber alta no 6º PO com uma frequência de 78,0%.

Neste estudo, o nível de escolaridade concentrou-se no ensino fundamental (81,7%) e apenas um paciente no nível superior. Evidenciando o perfil dos usuários do SUS mais concentrados na faixa de baixa escolaridade.

Ao comparar os subgrupos entre si foi observada relação significativa entre gênero com tipo de cirurgia e faixa etária, sendo a maior frequência em revascularização do miocárdio no gênero feminino em relação ao masculino. Na faixa etária observou-se maior incidência entre 50 e 69 anos em relação as demais.

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A FUNCIONALIDADE

A funcionalidade foi avaliada pela escala MIF nas dimensões motora e cognitiva, abordagem justificada por ser a capacidade funcional relevante na recuperação da cirurgia cardíaca (KONG, 1996; MAC NEIL; et al., 1997; SANSONE; et al., 2002).

Este estudo demonstrou que a intervenção cirúrgica levou à alterações na capacidade funcional, concordando com Myles et al. (2001) que relataram a associação da cirurgia cardíaca a determinados prejuízos na funcionalidade e habilidades do paciente. Por isso, em concordância a outros pesquisadores (FERRAZ, 1990; CICONELLI, 1997 e CHRISTIANSEN et al., 1998) ganha importância à necessidade de se avaliar adequadamente o impacto de diferentes intervenções na vida dos pacientes.

Sabe-se que a tecnologia é capaz de avaliar a intervenção terapêutica por meio de diferentes parâmetros clínicos e laboratoriais, mas poucos estudos avaliam o impacto das intervenções na vida diária do paciente.

Neste estudo, os escores das categorias: cuidados pessoais, controle de esfíncter, mobilidade / transferência, locomoção, comunicação, cognitivo social e o escore MIF TOTAL, quando comparados os momentos pré e 6º PO demonstraram uma diminuição significativa da funcionalidade, exceto na comunicação e cognitivo social.

A soma total dos escores de todas as categorias poderia chegar num máximo de 126, tendo em cada item a pontuação máxima no nível 7 – independência completa. Em relação ao escore total do pré-operatório, comparado ao 6º PO, encontrou-se uma queda de 12,5 pontos, ou seja, perda funcional de 10,23 %. Esta diminuição da capacidade funcional em concordância com Christiansen et al. (1998) não chega a ser uma deficiência ou incapacidade, mas um comprometimento que em

alguns casos pode se tornar uma limitação funcional estabelecida (GIAQUINTO et al., 2001).

Na categoria cuidados pessoais, tanto no pré-operatório como no 6º PO, o nível de funcionalidade e equivalente em funcionalidade, os pacientes não apresentaram escores baixos. A moda foi escore 7, tanto no pré-operatório, em 77 pacientes (93,9%), como no 6º PO com 76 (92,7%) - classificadas segundo os níveis de funcionalidade, variando de 1 a 7. Esses dados demonstram que a maior frequência dos pacientes nessa categoria foi equivalente em funcionalidade S.A., ou seja, independência completa e modificada. Nenhum indivíduo apresentou dependência, porém necessidade de supervisão ocorreu em todos os itens, exceto em alimentação.

Na categoria cuidados pessoais, o item alimentação apresentou o maior escore após a cirurgia, e os itens de menor escore foram vestir tronco superior e vestir tronco inferior demonstrando a sensibilidade da escala em detectar o real problema do paciente (DROMERICK et al., 2003).

Para a categoria controle esfinteriano, no pré-operatório, quanto a dependência, podemos observar também a ausência de indivíduos com dependência completa; perda urinária diária. Quinze indivíduos foram pontuados no nível cinco, similarmente ao número do 6º PO, ou seja, apresentaram perda urinária até uma vez ao mês.

Na categoria mobilidade / transferência a maior frequência foi no equivalente de funcionalidade sem ajuda, observando um acréscimo na independência modificada em relação a completa após a cirurgia em todos os itens dessa categoria. Concordando com valores de Borges (2004), a perda funcional foi de 14,29%, sendo o mesmo valor em todos os itens.

Na categoria locomoção, a maior frequência no pré, foi no equivalente de funcionalidade sem ajuda, porém no 6ºPO em 93,9% observou-se dependência completa, escore 1. Nesta categoria ocorreu a maior perda funcional em relação ao pré, 50%, concordando com Borges (2004) e pontuando o impacto de cirurgia cardíaca no paciente demonstrado pela escala MIF (DROMERICK et al., 2003).

Nesta categoria os pacientes apresentaram menor funcionalidade no item escadas, escore mediano de 7 enquanto no pré foi 13, onde 77 pacientes tiveram pontuação 1 - nível dependente, concordando com resultados de Borges (2004).

Esses resultados demonstraram que mesmo os pacientes tendo realizado tratamento fisioterapêutico, este foi na parte respiratória e não na motora. O tratamento foi direcionado somente para parte respiratória, mostrando que a reabilitação cardíaca na fase I – hospitalar – não é realizada em todos os aspectos, a importância ainda é ao aspecto respiratório e com isso a preparação funcional fica para segundo plano.

No 6ºPO, todos relataram desconhecer a possibilidade de subir ou descer escadas e não aceitaram realizar a atividade sem autorização médica. Essa situação foi semelhante à encontrada por Borges (2004) quando utilizou a escala MIF em cardiopatas de outro hospital. Na literatura encontramos bem documentadas as fases de reabilitação cardíaca, descrevendo na fase I que do 5º ao 7º pós-operatório o paciente deve ser capaz de subir e descer escadas, mais ou menos 8-10 degraus (THONSON et al., 1994; SMELTZER ; BARE,1998). Por isso, há necessidade de conscientização para aplicação da reabilitação cardíaca em todos os aspectos, incluindo realização de um plano educacional e orientação para alta hospitalar. Essas considerações foram defendidas por Thonson et al. (1994) ao apontarem que o paciente ao receber alta hospitalar, deve estar confiante em sua capacidade de enfrentar a situação doméstica.

Portanto, há necessidade de conscientização para aplicação da reabilitação cardíaca em todos os aspectos, incluindo realização de um plano educacional e orientação para alta hospitalar. A defesa da orientação dos pacientes de cirurgia cardíaca pode ser inferida das conclusões de Siqueira (1997) e Nogueira (2004) quando ressaltaram uma comunicação que percebe a sutileza das necessidades e expectativas do paciente, orientando-o e estimulando-o para mudanças de atitude e comportamento.

Há consenso na literatura que as expectativas e necessidades do paciente cardiopata dirigem-se a uma recuperação de todas as suas atividades e qualidade de vida (KONG, 1996; FERRAZ, 1990; SANSONE et al., 2002).

Quando se observa as categorias de comunicação e cognitivo social não ocorreu perda funcional. No pré-operatório cinco pacientes apresentaram deficiência na dimensão cognitiva no item resolver problemas; o mesmo número de pacientes

apresentou essa alteração também no 6º PO, relatando que outra pessoa da família era o responsável pelos compromissos familiares.

Em relação a perda funcional geral da escala, quatro pacientes estavam de repouso por orientação médica e atingiram os menores escores totais, com valores mínimos em todas categorias. Eles necessitavam de total assistência pela condição de repouso e apresentaram no 6ºPO ganho funcional, atingindo nível de supervisão.

Por esses resultados pode-se inferir que o instrumento MIF representou a real capacidade funcional dos pacientes a que estavam submetidos nas diferentes circunstâncias, pois pontuou a capacidade individual no momento da aplicação, concordando com Ottenbacher et al. (1996) e Berg-Emons et al. (2001) quando defenderam a objetividade e confiança dessa escala.

Ao relacionar a funcionalidade com os subgrupos: gênero, faixa etária e uso de CEC, observou-se em relação ao gênero, no pré e 6ºPO, relação significativa somente na categoria controle de esfíncter, onde as mulheres apresentaram menor incidência de controle vesical, o qual não piorou com a intervenção cirúrgica, os índices demonstrados representaram outros problemas que as pacientes já possuíam. Nos demais subgrupos as comparações foram não significantes.

Em relação à utilização de CEC, não se observou resultado significativo nesta amostra. A CEC não interferiu na funcionalidade mesmos sendo, os valores totais menores, nos indivíduos que utilizaram CEC.

Neste estudo quando se relaciona a funcionalidade com a faixa etária, no pré-operatório, o resultado é significativo para categoria de cognitivo social, ou seja, os mais jovens apresentaram melhor escore do que os mais velhos. No 6º PO, o resultado é significativo para faixa etária na categoria de cuidados pessoais, mobilidade/transferência, locomoção, comunicação, cognitivo social e na escala total. Ou seja, os mais jovens apresentaram melhor funcionalidade do que os mais velhos.

Fica claro que o paciente idoso necessita especial atenção e a avaliação funcional representa uma abordagem relevante na prática geriátrica que visa a qualificada inserção do idoso na sociedade, concordando com Pollak et al. (1996), MacNeill et al. (1997) e Rigolin (2001).

Por este estudo, o nível de funcionalidade no 6º PO, em alguns pacientes, pode-se considerar como reflexo do medo em realizar as atividades por falta de esclarecimento e orientação, a respeito da situação de saúde.

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO

Neste estudo a qualidade dos serviços prestados aos pacientes de cirurgia cardíaca foi avaliada pela escala SERVQUAL-Card, escala adaptada da original SERVQUAL.

No resultado geral, verificou-se que o escore 0,18, próximo de zero, demonstrou que houve um equilíbrio entre a expectativa do paciente ao serviço que iria receber, pontuada no pré-operatório, e a percepção do serviço que recebeu durante a hospitalização. Segundo Slack et al. (1997), na igualdade entre expectativa e percepção o serviço é considerado de qualidade adequada.

Observou-se que as expectativas médias da qualidade do serviço, variou entre 5,02 e 6,66 e a percepção do serviço recebido, foi de 5,43 a 6,89; demonstrando níveis altos numa escala de sete pontos e quando comparados estão próximos, demonstrando uma discrepância ou Gaps próximos de zero. Para Malhotra (2006) esses resultados significam necessidade de planejamentos de serviços inovadores que ultrapassem a expectativa do paciente.

A medida da qualidade do serviço específico de cirurgia cardíaca, medido pela questão 23 da escala, demonstrou concordância e comprovação da medida da qualidade do serviço pela escala SERVQUAL-Card, resultados também encontrados por Hercos (2006).

Na análise das dimensões observou-se que a dimensão prioritária foi a de segurança (0,38), seguido de atendimento (0,25), empatia (0,22), tangibilidade (0,09) e confiabilidade (-0,02), não havendo diferença significativa entre atendimento e empatia. Com esses resultados, pode-se inferir que o paciente de cirurgia cardíaca centraliza sua satisfação ao aspecto de segurança que recebe no hospital. Por outro lado, os aspectos estruturais, tangibilidade e confiabilidade não foram relevantes para esses pacientes, concordando com Dias (2001).

Quando se observou os resultados da comparação entre as expectativas e percepções para cada um dos itens da escala, verifica-se que para os itens 9, 10 e

20, os resultados são não-significantes e expressam uma qualidade de serviço aceitável, significando espaço para melhoria em informação e atenção ao paciente.

Para os demais itens as diferenças encontradas foram significativas. Nos itens 4, 5 e 8, obteve-se diferenças negativas, o que mostra expectativa da qualidade do serviço maior que a percepção do serviço recebido, ou seja, a qualidade percebida não satisfaz a expectativa do paciente em compreensão dos documentos recebidos e em pontualidade na realização do serviço. Os pacientes são de nível escolar médio/baixo e esperam ter entendimento dos relatórios e avisos do hospital. Portanto é um indicador para a melhoria do serviço oferecido. Para os outros itens obtiveram-se diferenças positivas, indicando qualidade percebida no serviço prestado.

Na análise das expectativas observando-se os extremos superiores (25%) e inferiores (25%), os escores superiores foram de 6,30 a 6,66 e os inferiores variaram de 5,00 a 5,74. O significado do indicador mais alto (item 16) referiu-se a relação interpessoal significando alta expectativa do paciente na relação com a equipe profissional em cordialidade e simpatia. O significado do indicador mais baixo (item 13) referiu-se a disponibilidade da equipe de profissionais em atender aos pedidos do paciente, significando uma clientela não exigente a essa particularidade. Relacionando e comparando esses dois extremos observou-se que o paciente de cirurgia cardíaca, em suas expectativas demonstrou uma expectativa alta no que espera receber da equipe de profissionais em simpatia e cordialidade, mas essa relação não é necessariamente de disponibilidade a tudo que ele deseja.

Essa evidência concordou com Kurki et al. (1992) e Sant'Anna (2000) ao defenderem que o paciente no hospital, organiza a relação social com a equipe de profissionais, transformando-a em seu foco de conforto e segurança. Eagleton et al. (1997) observou que o paciente tem necessidade de ser visto dentro de um contexto de família para ser reconhecido como uma identidade fora das condições de paciente.

É relevante observar que a expectativa com o aspecto relacional não chega a ser aquela de exigência baseada em “caprichos”, concordando com Willians (1998) ao relatar que os pacientes não querem causar problemas nem serem considerados difíceis.

Quanto às percepções do serviço recebido, análise dos valores extremos superiores (25%) revelam os escores variando de 6,27 a 6,89 e os escores dos

extremos inferiores (25%) variaram de 5,43 a 5,90. O significado do indicador mais alto (item 15) revelou que o serviço é seguro, significando que o paciente percebeu segurança no serviço da instituição. O significado do indicador mais baixo (item 18), referiu-se a atenção individualizada ao paciente, significando que o paciente não percebeu a atenção aos cuidados individuais que deseja receber. Relacionando esses dois indicadores, observou-se que o paciente de cirurgia cardíaca teve uma percepção alta na segurança ao utilizar o serviço no hospital e uma percepção baixa na atenção individual da equipe de trabalho.

A análise do desempenho dos atributos referentes a $Gap = P - E$, em função dos valores extremos, revelam que os escores superiores (25%) variaram de 0,30 a 0,63 e nos escores inferiores (25%) de - 0,46 a 0,09. O significado do indicador para a Gap mais alta (item 17) referiu-se ao conhecimento adequado para esclarecer as dúvidas do paciente e o indicador da menor Gap (item 4) ao aspecto material-visual do atendimento. Isto significou que a maior Gap mostrou uma expectativa alta para esclarecimentos que não está sendo satisfeita. A menor Gap demonstrou que a expectativa nesse item é superior ao serviço recebido.

A relação dessas Gaps indicou que o paciente de cirurgia cardíaca tem uma expectativa alta ao esclarecimento de suas dúvidas, indo ao encontro dos resultados da medida de funcionalidade quando se observou que os pacientes tiveram maior perda funcional na categoria de locomoção que poderia ser amenizada no esclarecimento de sua situação de saúde, concordando com Nogueira (2004) ao salientar que a comunicação adequada estimula mudanças de atitude e comportamento no paciente, facilitando um alcance dos objetivos da assistência.

Ficou evidente que as expectativas dos pacientes direcionaram-se no desejo de receber informações adequadas e necessárias para alcançarem a realização efetiva de suas atividades concordando com as observações de Ferraz (1990), Kang (1996) e Rigolin (2001). Concordando também com Craft (1991) quando observou que os pacientes com baixo nível de escolaridade têm alta expectativa em relação à informação e educação para a saúde.

Ao relacionar a qualidade de serviço com os subgrupos: gênero, faixa etária e uso de CEC, observou-se em relação ao gênero, relação significativa somente na dimensão empatia, onde as mulheres apresentaram maior percepção. Nos demais subgrupos as comparações foram não significantes.

Em relação à utilização de CEC, não se observou resultado significativo nesta amostra. A CEC não interferiu nas percepções.

Em relação à faixa etária, observou-se que os pacientes de 20 a 49 anos têm maior percepção em confiabilidade, enquanto os de 50 a 69 anos apresentaram a menor percepção. Nas demais dimensões a diferença foi não significativa.

A análise e interpretação dos resultados na avaliação da funcionalidade e qualidade de serviços revelaram-se como uma avaliação abrangente de resultados que se completaram, concordando com Donabedian (1984) quando defendeu que a qualidade de serviço e a satisfação do paciente estão envolvidas num contexto de processo e resultados de cuidados à saúde.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitem considerar:

6.1. Segundo a aplicação da escala MIF:

- Após a cirurgia cardíaca, até o sexto dia de pós-operatório, os pacientes apresentam prejuízo na capacidade funcional demonstrada pela escala MIF.
- A maior perda funcional ocorre na categoria de locomoção, sendo a mais relevante na atividade de subir escadas.
- Tanto no pré-operatório como no 6ºPO, as mulheres apresentam menores valores de controle esfinteriano em relação aos homens.
- No pré-operatório os pacientes mais jovens apresentam níveis mais elevados de funcionalidade. Os níveis diminuem com o aumento da idade dos pacientes e a menor funcionalidade é na faixa etária de 70 a 85 anos.
- Tanto no aspecto motor como cognitivo a utilização de CEC não está relacionada com o grau de perda funcional no pós-operatório recente.

6.2. Segundo a aplicação da escala SERVQUAL-Card:

- A qualidade dos serviços percebidos pelos pacientes demonstrada pela escala SERVQUAL-Card é satisfatória, correspondendo a serviços de qualidade adequada.
- Na relação da expectativa e serviço recebido, o paciente de cirurgia cardíaca tem uma expectativa alta quanto ao serviço médico-hospitalar.
- O paciente de cirurgia cardíaca dá importância à dimensão de segurança no atendimento hospitalar, não sendo relevantes os aspectos estruturais de tangibilidade e confiabilidade.
- O paciente de cirurgia cardíaca, demonstra uma expectativa alta no que espera receber da equipe de profissionais em simpatia, cordialidade e orientação quanto ao seu estado de saúde.
- As mulheres apresentam maior percepção da qualidade do serviço na dimensão da empatia.

- No pré-operatório os pacientes mais jovens apresentam maior percepção da qualidade do serviço na dimensão confiabilidade. Esta percepção é menor na faixa de 50 a 69 anos.
- A utilização de CEC não está relacionada com a percepção dos pacientes quanto a qualidade do serviço após a cirurgia cardíaca.

REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

ARMITAGE, P. ; BERRY, G. **Estadística para la investigación biomédica**. 3ª. Ed. Madrid: Harcourt Brace, 1997.

BABAKUS, E.; MANGOLD, W.G. Adapting the ServQual scale to hospital services: na empirical investigation, **Health Services Research**. 26:6, febr. 1992.

BACHMANN, G.M. **O uso da análise fatorial na determinação das dimensões da qualidade percebida em uma Biblioteca Universitária**. Curitiba, 2002 Dissertação (mestrado) Universidade Federal do Paraná – Pós Graduação em Métodos Numéricos em Engenharia.

BENSON H.; FRIEDMAN R. Harnessing the power of the placebo effect and renaming it “remembered wellness”. **Annu Rev Med** 1996; 47:193-9.

BERG-EMONS, H. J. et al. Everyday physical activity in adolescents and young adults with meningomyelocele as measured with a novel activity monitor. **Journal of Pediatrics**, v.138, n.6, p.880-888, Dec., 2001.

BÉTHOUX, F.; CALMELS, P.; GAUTHERON, V. Changer in the quality of life of hemiplegic stroke patients with time. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, v.78, n.1, Jan/Fev., 1999.

BORGES, J.B.R. **Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade em cirurgia cardíaca**. Botucatu, S. P. 2004.Dissertação (mestrado) Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2004.

BRAGA C. G.; CRUZ M. L. A. D. A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Esc Enferm USP**, S.P. 2003; 37(1): 26-35.

BRASIL 1999. São Paulo. Lei nº 10.241. **Disposição sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado e das outras providências**.

Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh>>. Acessado em 20 de outubro de 2006.

BRASIL, V.S. **Análise da qualidade percebida em serviços hospitalares diferenciados**. Porto Alegre: 1994. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestrado em Administração.

BRYAN-BROWN C. W. Outcomes, endpoints, and expectations. **Am J Crit Care** 1996;5:87-9.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A relação paciente médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, S.P. 15(3): 647-654, 1999.

CARDOSO, F. A. R.: **Análise da Qualidade no Setor de Serviços Segundo o Método de Avaliação ServQual**. Curitiba, Paraná. 2004.

CHOW.H. et al. The impact of visit frequency on the relationship between service quality and outpatient satisfaction: a south corean study. **Health services Research**. 39:1 feb. 2004.

CHRISTIANSEN, C. H., SCHWARTZ, R. K., BARNES, K. J. Cuidados Pessoais: Avaliação e Controle. In: DELISA, J. A. **Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas**. São Paulo: Manole, 1998, p.109-31.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de avaliação de qualidade de vida** "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)", São Paulo, 1997. Tese (doutorado) – Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

CONNER, J. M.; NELSON, E. C. Neonatal intensive care satisfaction measured from a parent's perspective. **Pediatrics**, v. 103, n. 1, p. 336-349, 1999.

CRAFT, M. Patients expectations and satisfaction. **Nurs. Times**, v.87, n. 14, p. 51, 1991.

CURRY,A.; SINCLAIR, E. Assessing the quality of physiotherapy services using ServQual. **J. Health Care** . sep. 2002, v.15,197-205.

DIAS, F.H. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde (consultórios médicos). **Pesquisa Quantitativa M.K.T**. In: V Semead, 2001. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/5semead/Mkt.htm>

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? **Am J. Public Health**, v. 71, n. 4, p.409-412, 1981.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approach to its assessment. Ann Arbor, Michigan: **Health Administration Press I**, 1980.

DONABEDIAN, A. **Los Espacios de La salud: aspectos fundamentales de la organizacion de la atención**. México: Commonwealth fund Book, 1988.do

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of quality. **Archives of pathology and Laboratory Medicine** 1990; 114: 1115-1118

DROMERICK, A. W.; EDWARDS, D.F.; DIRINGER,W. M. Sensitivity to changes in disability after stroke: a comparison of four scales useful in clinical trials. **Rehabil Ros. Dev**. 2003, jan. fev. 40(1): 1-8.

EAGLETON, B. B.; GOLDMAN, L. The quality connection satisfaction of patients and their families. **Crit. Care Nurse**, v.17, n.6, p. 76-80, 1997.

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

FERRAZ, M. B. **Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional** "Stanford Health Assessment Questionnaire", São Paulo, 1990. Tese (doutorado)- Escola Paulista de Medicina, USP.

FUCILE, J. Functional rehabilitation in cancer care. **Sem. Onc. Nurs.**, v.8, n.3, p.186-9, Aug., 1992.

GIANESI, I. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1994, 233p.

GIAQUINTO, S. et al. Importance and evaluation of comorbidity in rehabilitation. **Disabil Rehabil**. 2001 May 10; 23(7):296-9.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GRANGER, C. V.; DEUTSCH, A.; LINN, R. T. Rasch analysis of the functional Independence Measure (FIM) Mastery Teste. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v.79, n.1, p.52-7, Jan., 1998.

GRANGER, C.V.; HAMILTON, B.B. – The uniform data system for medical rehabilitation report of first admissions for 1991. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, v.72, p.33-8, 1993.

GRIMBY, G. et al. Structure of combination of functional independence measure and instrumental. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v.77, n.11, p.1109-14, 1996. (Abstract)

HERCOS, B.V.S. **Avaliação da qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúd**. 2006 Tese (Mestrado Profissionalizante) – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006.

HOBART, J. C. et al. Which disability scale for neurologic rehabilitation? **American Academy of Neurology**, v.57, n. 4, Aug., 2001.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto alegre: ARTMED, 2003

KONG, K.H.; KEVORKIAN, C.G.; ROSSI, C.D. Funcional outcomes of patients on a rehabilitation unit after open heart surgery. **Cardiopulm Rehabil**. 1996, nov. dec; 16(6): 413-8.

KÜÇÜKDEVECI, A. A. et al. Adaptation of the functional Independence Measure for use in Turkey. **Clin. Rehabil.**, v.15, n.3, p.311-9, Jun., 2001. (Abstract)

- KURKI, P. A.; LAITILA, A. H. Good nursing practice as perceived by clients: a starting point for the development of professional nursing. **J. Adv. Nurs.**, v.17, n10, p. 1195-99, 1992.
- LAÍNS, J. **Guia para o Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica** (SUDRM), tradução autorizada pelo uniform data set for medical rehabilitation, State University of New York at Buffalo, Coimbra, 1991.
- LAWTON, M.P. The functional assessment of elderly people. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v.14, p.465-81, 1971.
- LEMME, A. C. **Ouvindo e encantando o Paciente**. Rio de Janeiro: Quality Mark, 2005.
- LEUNG, E. C.; RUSH, P. J.; DEULIN, M. Predicting prosthetic rehabilitation outcome in lower limb amputee patients with the functional independence measure. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 77, n.6, p.605-8, 1996. (Abstract)
- LIEBERMAN, D. Rehabilitation following Hip fracture surgery: a comparative study of females and males. **Dissabil. Rehabil.** 2004; jan. 21; 26 (2): 85-90.
- LIMPEROPOULOS C., et al. Functional limitation in young children with congenital heart defects after cardiac surgery. **Pediatrics**. nov. 3, 2001.
- LINACRE J.M. FIM levels as ordinal categories. **J Outcome Meas.** 2006; 4(2):616-33.
- MacNEILL, S. E. et al. Home alone: the role of cognition in return to independent living. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v.78, n.7, p.755-8, July, 1997.
- MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**, 4.ed. Porto Alegre : Bookman, 2006. 720p.
- MARIN, M. J. S. **Preparando o idoso para alta hospitalar**. 1999. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- MERIGHI, M.A.B. Cuidado: enfermagem e fenomenologia. In:CASTRO, D.S.P. et al. **Existência e saúde**. São Bernardo do Campo: UMESP, 2002.
- MYLES, P. S. et al. Relation between quality of recovery in hospital and quality of life at 3 months after Cardiac surgery. **Anesth.**, v.95, n.4, p.862-5, 2001.
- NAGANO, K. Appropriate outcome measures for evaluating change in activities of living of Elderly residents. **Nippon Koshu Eisei Zasshi.**, v. 42, n.2, p.76-87, 2002. (Abstract)
- NOGUEIRA, N. Em que medida a comunicação afeta a percepção da qualidade nos serviços de saúde? *Comunicação e Saúde*: v.1, n.1, dezembro, 2004. Disponível em: < <http://www.comunicasaude.com.br/rev1artigonelsonnogueira.htm>.

- NOQUEIRA, R. P. Metáforas da qualidade. **Saúde déb.** n. 47, p.36-40, 1995.
- O'DELL, M. W. et al. Disability in persons Hospitalized with AIDS. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, v.70, n.2, p. 91-5, 1991. (Abstract)
- OTTENBACHER, K. J. et al. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. **Arch. Phys. Méd. Rehabil.**, v.77, n.12, p.1226-32, Dec., 1996.
- PARASURAMAN, A.; AZEITHAML, U.; BERRY, L.A. A conceptual model of service quality and its iniplications for future research. **Journal of Marketing.** V. 49, p. 41-50, 1985.
- _____ A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of retailing.** New York University, v. 64, n°1, p. 12-40, 1988.
- _____ Customer Perceptions and expectations. **The free press.** New York, 1990.
- _____ Refinement and reassessment of the ServQual scale. **Journal of retailing.** New York University, v. 67, p. 420-450, 1991.
- _____ Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. **Journal of Marketing,** v.58, Jan., 1994
- POLLAK, N.; RHEAULT, W.; STOECKER, J. L. Rehability and validity of the FIM for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v.77, n.10, p.1056-61, Oct., 1996.
- RAVAUD J.F.; DELCEY M.; YELNIK A. Construct validity of the functional independence measure (FIM): questioning the unidimensionality of the scale and the "value" of FIM scores. **Scand J Rehabil Med.** 1999 Mar; 31(1):31-41.
- REVAUD, J.F.; DELCEY, M.; YELNIK, A. Construct validity of the funcional independence measure (FIM) questioning the unidimensionality of the scale and the "value" of FIM scores. **Scand J. Rehabil. Med.** 1999 mar.; 31 (1): 31 – 41.
- RHODE ISLAND. Department of Health. Health Care Quality Steering Committee. **Consumer and Provider Views on Key Dimensions of Quality Hospital Care: A review of the Literature.** Aplil, 1999. Disponível em <<http://www.health.ri.gov/chic/performance/quality/quality1.pdf>>
- RIBEIRO A. S., RENGEL, D. H. P. Estudo comparativo sobre a ansiedade frente á cirurgia cardíaca entre pacientes coronarianos e valvopatas. **Rev Soc Cardiol** São Paulo 1992 janeiro/fevereiro; 2 (1 Suppl A):9-12.
- RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica,** v.8, n.1, p.45-52, Abr., 2001.

- RIGOLIN, V.O.S. **Avaliação Clínico-funcional de idosos hospitalizados**. São Paulo, 2001. Tese (mestrado). Escola Paulista de Medicina, USP.
- RODRÍQUEZ - CUÉLLAR, et al. Satisfacción del paciente tras el tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. **Cir Esp**. 2004; 76(4): 237-44.
- SALOMI, G.G.E.; MIQUEL, P.A.C.; ABACKERLI, A.J. ServQual x Servperf : comparação entre instrumentos para avaliação da Qualidade de Serviços Internos. **Gestão e Produção**, v.12, n2, p.279-293, 2005.
- SANSONE, G. R.; ALBA, A.; FRENGLEY, J. D. Analysis of FIM instrument scores for patients admitted to an inpatient cardiac rehabilitation program. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v.83, n.4, p.506-12, 2002. (Abstract)
- SCHRAIBER, L. B. No encontro com a técnica e com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. V. 1, p. 123-138, agosto 1997.
- SANT'ANNA, D. B. Pacientes e passageiros, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V. 4, n.6, 2000.
- SANTOS, F.L.M.M.; ARAÚJO, T.L. Vivendo infarto: os significados da doença segundo perspectiva do paciente. **Rev Latino Am**. 2003, nov. dez.;11(6): 742-8
- SATO, D.; Kaneko, F.; Okamura, H. Reability and validity of the Japanese – language version of the physical performance test (PPJ) battery in chronic pain petientes. **Disabi. Rehabil**. 2006, marc. 30; 28 (6): 397 – 405.
- SENRA, D. A vida depois da cirurgia cardíaca. **Isto É Gente** – online. De 15 de maio de 2006. disponível em <http://zaz.com.br/istoegente/35/saude/index.htm>
- SEVERINO, et al. Fall a rehabilitation setting: funcional dependence and fall risk. **Eura Medicophys**. 2006, sept; 42(3): 179 – 84.
- SILVA, A. L. **A vida por um fio, a doença que ataca silenciosamente**: desvendado as representações de pessoas portadoras de doença arterial coronária e repensando assistência de enfermagem - Dissertação (tese de doutorado), São Paulo 2003,nov dez.1996. p.742.
- SILVA, M.J.P. Humanização em unidade de terapia. In: CINTRA,E.A; NISHIDE, U.M.; NUNES, W.A, **Assistência de Enfermagem ao paciente crítico**. S.P. Atheneu: 2000, 1-11.
- SILVEIRA, J. A. M. **Identificação das necessidades e expectativas dos pacientes de uma clínica de catarata vinculada a um Hospital Público Universitário**. São Paulo: 2004. Tese (Doutorado) – Escola Paulista de Medicina – Universidade de São Paulo.

SIQUEIRA, J.E. A evolução científica e tecnológica, o aumento dos custos em saúde e a questão da universalidade do acesso. **Bioética**. V. 5, p 41-48, 1997.

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

SMELTZER, S. C. & BARE, B. C. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998, 822p.

SOUZA. R. H. S. **Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca**. 2004, Tese (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná.

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V. 1, p. 7-42, agosto 1997.

THOMSON, A.; SKINNER, A.; PIERCY, J. **Fisioterapia de Tidy**. 12. ed, São Paulo: Santos, 1994, 500p.

TURATO, E., R., T. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana**. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2003.

VARGAS, T.V.P.; EMANUELLE, M.M; DANTAS, A.S. Sentimentos de paciente no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Latino Am. Enfermagem**. 2006, maio-junho; 14(3).

WILLIAMS, S. A. Quality and care: patients perceptions. **J. Nurs. Care Qual**. V.12, n.6, 76-80, 1998.

WILLIAMS S.; WEINMAN J.; DALE J.; NEWMAN S. Patient expectations: what do primary care patients want from the gp ad how far does meeting expectations affect patient satisfaction. **Fam Pract** 1995; 12(2):193-201.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro paciente, o motivo desse nosso encontro é para convidá-lo a participar do estudo **“Avaliação da medida de independência funcional – escala MIF – e da percepção da qualidade de serviço - em cirurgia cardíaca”**, podendo aceitar ou recusar a sua participação, sem nenhum prejuízo no atendimento médico-hospitalar a ser realizado.

As informações estão sendo fornecidas para seu esclarecimento e possível participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo avaliar o grau de independência dos pacientes em suas atividades na vida diária e relaciona-lo com a qualidade do serviço prestado.

Você será entrevistado antes e depois da cirurgia por meio de perguntas simples da Escala MIF e da escala SERQUAL, que não envolvem nenhum risco à saúde e não interfere no seu tratamento médico.

Na escala MIF você responderá como consegue realizar essas atividades, com ou sem auxílio de outras pessoas, tais como:

- alimentar, vestir, pentear e escovar o cabelo, realizar a higiene íntima, se consegue controlar a “bexiga” e o “intestino”;
- movimentar da cama para a cadeira, para o banheiro, para o chuveiro, para a banheira, para o vaso sanitário, em escadas e/ou em cadeira de rodas;
- entender as recomendações escritas e faladas quando se dirige em locais para atendimento médico e hospitalar e depois consegue explicar (fazer-se compreender) para seus familiares e amigos;
- participar com os outros nas situações para seu tratamento médico em encontros familiares e sociais;
- tomar decisão a respeito de internação, fazer ou não uma cirurgia, tomar remédios nos horários determinados pelo médico, participar na decisão sobre sua alta hospitalar e decisões envolvendo sua casa e familiares;
- reconhecer as pessoas que encontra com freqüência e lembrar de suas atividades diárias de cuidado e lazer.

A escala SERVQUAL será aplicada antes da cirurgia para avaliar as suas expectativas e novamente no dia da alta, para avaliar as percepções

Você poderá desligar-se do estudo em qualquer momento, o que não interferirá no atendimento realizado por esta instituição.

Será mantido sigilo da sua identidade e não haverá despesas pessoais extras, ou seja, além daquelas usualmente devidas. Não haverá também qualquer compensação financeira relacionada à sua participação

Os dados coletados serão utilizados neste estudo e estarão disponíveis a cada paciente em particular bem como aos pesquisadores e a entidade envolvida.

Você terá acesso ao profissional responsável pelo estudo em qualquer fase dela. A pesquisadora principal responsável é a Fisioterapeuta Juliana Bassalobre Carvalho Borges, que pode ser encontrada no seguintes endereço: Rua Venâncio de Souza, 422, Aeroporto, Marília, São Paulo, telefones: 14 – 3433 – 7286 e 14 – 9774 – 0109.

Eu, Juliana Bassalobre Carvalho Borges, fisioterapeuta, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo.

Eu, _____, ouvi e compreendi a explicação do estudo da pesquisa do qual fui convidado a participar. Eu tive a oportunidade de esclarecer minhas questões. Eu decidi por minha própria vontade participar deste estudo e sei que posso retirar-me do estudo em qualquer tempo.

Marília, ____ de _____ de 200__ . Hora: _____

(paciente ou responsável / assinatura e RG)

(fisioterapeuta responsável pelo projeto)

APÊNDICE B - PROTOCOLO - Fisioterapêutico

Nº. Ident. _____ Data ____/____/____ RG _____
 Nome _____
 Sexo _____ Idade _____ Profissão _____ Telefone _____
 Escolaridade _____ Endereço _____

DIAGNÓSTICO

CIRURGIA: Data ____/____/____ () PRIMEIRA () REOP () c/ CEC () s/ CEC
 Tipo de Cirurgia _____ Incisão cirúrgica _____
 Acompanhamento Fisioterapêutico () não () sim _____
 Complicações _____

ALTA HOSPITALAR: Data ____/____/____

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – ESCALA MIF**NÍVEL:**

- 7 Independência completa (seguro e em tempo satisfatório)
- 6 Independência modificada (recursos auxiliares)
- Dependência Parcial**
- 5 Supervisão
- 4 Mínima assistência (75%)
- 3 Moderada assistência (50%)
- Dependente**
- 2 Máxima assistência (25%)
- 1 Total assistência (0%)

CATEGORIAS	PRÉ	6º PO
CUIDADOS PESSOAIS		
Alimentação		
Auto cuidado		
Banhar-se		
Vestir tronco superior		
Vestir tronco inferior		
Higiene íntima		
CONTROLE ESFINCTERIANO		
Controle vesical		
Controle intestinal		
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS		
Cama / cadeira / cadeira de rodas		
Banheiro		
Banho chuveiro / banheira		
LOCOMOÇÃO		
Andar / cadeira de rodas		
Escadas		
COMUNICAÇÃO		
Compreensão		
Expressão		
COGNITIVO SOCIAL		
Interação social		
Resolver problemas		
Memória		
TOTAL		

Escala SERVQUAL-Card

CARACTERÍSTICAS (ITENS)	Atendimento ideal							Atendimento recebido						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. O Hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.														
2. As instalações físicas do Hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.														
3. A equipe (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos) do Hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.														
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente no Hospital devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.														
5. O Hospital deve realizar suas atividades no horário marcado.														
6 O Hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente.														
7. O Hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.														
8. O Hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido.														
9. O Hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.														
10. No Hospital a equipe (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos) deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.														
11. No Hospital a equipe (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos) deve atender prontamente seus pacientes.														

Alocação de Pontos

Instruções: Cinco características do atendimento na Santa Casa de Misericórdia de Marília estão listadas abaixo.

Indique a importância de cada uma dessas características na avaliação da qualidade do atendimento. Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características, de acordo com o grau de importância em sua avaliação – quanto mais importante for a característica, mais pontos devem ser usados na avaliação.

Assegure-se de que o total da avaliação das cinco características some 100 pontos.

CARACTERÍSTICAS	PONTOS
1- A aparência das instalações físicas, do pessoal, dos materiais de comunicação e equipamentos do Hospital.	Pontos
2- A execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura pelo Hospital.	Pontos
3- A ajuda aos pacientes e o pronto atendimento às suas necessidades pelo Hospital.	Pontos
4- O conhecimento, a cortesia e a confiabilidade transmitidos pela equipe (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas e funcionários administrativos) aos pacientes do Hospital.	Pontos
5- A atenção individualizada aos pacientes pela equipe do Hospital.	Pontos
TOTAL	100 PONTOS

Dados do Entrevistado:

Escolaridade: () superior ; () médio-5ª série do Ens. Fundamental à 3ª série do Ens. Médio; () Ens. Fundamental 1ª à 4ª séries do Ens. Fundamental ; () analfabeto.

Idade:

Gênero:

APÊNCIDE C

ESTUDO DA FIDEDIGNIDADE E VALIDADE DAS ESCALAS

1. Referencial teórico

A validação da escala utilizada deve garantir a fidedignidade e a validade dos construtos presentes nas sub-escalas (validade convergente).

A fidedignidade de uma escala é verificada através da consistência interna, ou seja, de quão fortemente os itens de escala estão correlacionados entre si.

No caso da escala MIF, os indicadores são: Cuidados pessoais – correlação entre os itens 1 a 6; Controle esfinteriano – correlação entre os itens 7 e 8; Mobilidade/Transferência – correlação entre os itens 9 a 11; Locomoção – correlação entre os itens 12 e 13; Comunicação - correlação entre os itens 14 e 15 e Cognitivo social – correlação entre os itens 16 a 18.

Para a escala SERVQUAL-Card os cinco indicadores de qualidade são: Tangibilidade : itens 1 – 4; Confiabilidade : itens 5 – 9; Atendimento : itens 10 –13; Segurança : itens 14 –17 e Empatia: itens 18 – 22.

O Alfa de Cronbach é um dos indicadores de consistência interna mais utilizados na avaliação da fidedignidade. Esse índice varia de 0 (nenhuma confiabilidade) a 1 (perfeita confiabilidade). A fidedignidade é considerada insatisfatória quando esse índice for inferior a 0,60 (Cronbach, 1951 apud Bunchaft; Cavas, 2002).

Para obter o coeficiente alfa de Cronbach, segundo Cozby(2003):

“... o pesquisador calcula a correlação de cada item com todos os demais. ... O valor de alfa é a média de todos os coeficientes de correlação (o valor é uma média aritmética das correlações). Também é possível examinar a correlação de cada item com o escore baseado em todos os itens. Essas correlações item-total e alfa de Cronbach são muito reveladores porque fornecem informação sobre cada item individual. Itens que não estão correlacionados com os demais podem ser eliminados da medida para aumentar a fidedignidade.”

Portanto, pode-se afirmar que o Alfa de Cronbach determina “se a escala é realmente confiável, pois avalia como cada item reflete sua confiabilidade”.

Cozby (2003) afirma que:

“Quando uma medida realmente se relaciona com outra de forma significativa, aumenta nossa confiança de que ela tem validade de constructo. Há um termo formal para isso – validade convergente –, e significa que a medida se relaciona de forma prevista com outras variáveis”.

A validade convergente neste estudo foi medida por meio do coeficiente de correlação de Pearson, levando-se em conta (REIS, 2001):

i) para a escala MIF, a variável avaliação da independência funcional total (MIFTOTAL) representa a variável dependente e as categorias (indicadores) da escala, as variáveis independentes, calculando-se para cada uma delas o escore médio dos itens que compõem as respectivas dimensões.

ii) para a escala SERVQUAL-Card, a variável avaliação da qualidade geral representa a variável dependente (GAPTOTAL) e as dimensões (indicadores) da escala as variáveis independentes, calculando-se para cada uma delas o escore médio dos itens que compõem as respectivas dimensões.

Para o coeficiente de correlação de Pearson, um valor diferente de zero e significativo indica a presença de uma relação linear, quanto mais forte for o coeficiente, mais forte é a relação existente.

Neste trabalho o critério adotado para assegurar que as escalas são válidas, é que todas as correlações das variáveis observadas com seus respectivos fatores devem ser maior ou igual a 0,30, assegurando o nível mínimo de aceitação (HAIR et al. , 1995 apud REIS, 2001).

A verificação da dimensionalidade das escalas utilizadas foi realizada por meio da técnica de estatística de análise fatorial (AF) (PASQUALI, 2003)

A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada para análise de dados, com o objetivo de condensar informação contida 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. A análise realizada consiste 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 (PASQUALI, 2003).

Um dos pressupostos teóricos para se aplicar a AF é que as variáveis em estudo estejam altamente correlacionadas. Neste estudo adotou-se o teste estatístico de de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), com resultado maior ou igual a 0,600 para mediar a qualidade das correlações e dar prosseguimento a AF (MALHOTRA, 2006).

Para realizar a AF, neste estudo com enfoque confirmatório, adotou-se os seguintes procedimentos adaptados de Malhotra (2006):

1. Obtenção da variância explicada pelos componentes (fatores);
1. Obtenção das cargas fatoriais iniciais (“loadings”), que correlacionam as variáveis com os fatores iniciais;
2. Em seguida extraímos os fatores pelo método de rotação (melhorar o “desempenho” dos fatores) – neste estudo o método adotado foi o Oblíquo, com escolha dos fatores cuja variância explicada é superior a um (“eigenvalues > 1”) (critério de Kaiser);
3. Escolha dos fatores;
4. Formação das dimensões (categorias a que foram reduzidas as variáveis ou itens iniciais)
5. Confirmação ou proposta sobre a dimensionalidade para a escala usada.

2. Resultados obtidos

Neste item estão apresentados os resultados dos testes utilizados para o estudo da fidedignidade e da validade das escalas utilizadas Medida de Independência Funcional (MIF) e SERVQUALCard.

Escala MIF

A validação da escala utilizada deve garantir a fidedignidade e a validade dos constructos presentes nas sub-escalas.

A fidedignidade de uma escala é verificada através da consistência interna, ou seja, de quão fortemente os itens de escala estão correlacionados entre si.

Para a confirmação da validação da escala MIF, versão brasileira realizada por Riberto et al. (2001), optamos por avaliar as suas propriedades de medida nos dois momentos em que a escala foi utilizada, pré-operatório e 6PO. Os resultados obtidos estão resumidos nos tópicos a seguir.

Nas Tabelas 1-A e 2-A está mostrado os resultados para a verificação da consistência interna da escala, obtendo-se os valores para a estatística Alfa de Crombach relativo a toda a escala de 0,931 no Pré-operatório e 0,891 no 6PO. Observa-se ainda que todos os valores do coeficiente alfa de Cronbach foi superior a 0,60 em todas categorias da escala, tanto no Pré como no 6PO, o que confirma uma

consistência interna satisfatória para a escala utilizada, verificando-se assim a sua fidedignidade .

Deve-se observar ainda que todas as correlações item-Total superiores a 0,30.

Tabela 1-A – Consistência interna, carga fatorial e correlação item-Total das subescalas para das seis dimensões da medida da independência funcional, escala MIF, dos pacientes em estudo no momento do pré-operatório

CATEGORIAS/					
Alfa de Cronbach	Item da escala	Item da CATEGORIA (indicador)	Carga fatorial	Correlação corrigida Item-Total	Alfa de Cronbach, sendo o item deletado
Cuidados pessoais/ 0.912	1	aliment_i1	0.788	0.432	0.932
	2	autcuid_i2	0.837	0.588	0.929
	3	banho_i3	0.918	0.793	0.924
	4	vestrsup_i4	0.913	0.747	0.925
	5	vestrinf_i5	0.913	0.747	0.925
	6	higintima_i6	0.653	0.490	0.930
Controle de Esfíncter/ 0.623	7	convesic_i7	0.806	0.551	0.929
	8	conintest_i8	0.606	0.625	0.929
Mobilidade / Transferência/ 0.969	9	cacadcaro_i9	0.895	0.792	0.925
	10	banheiro_i10	0.932	0.839	0.924
	11	banchuv_i11	0.886	0.839	0.924
Locomoção/ 0.688	12	andcadrod_i12	0.856	0.846	0.923
	13	escada_i13	0.758	0.642	0.927
Comunicação/ 0.926	14	compreen_i14	0.843	0.624	0.927
	15	expres_i15	0.861	0.699	0.925
Cognitivo social/ 0.757	16	intsoc_i16	0.517	0.632	0.927
	17	resolpro_i17	0.695	0.786	0.935
	18	memória_i18	0.845	0.803	0.922

Alfa de Cronbach relativo a toda a escala = 0,931 (sem retirada de itens)

Tabela 2-A– Consistência interna, carga fatorial e correlação item-Total das subescalas para das seis dimensões da medida da independência funcional, escala MIF, dos pacientes em estudo no momento do 6.^o pós-operatório

CATEGORIAS/					
Alfa de Cronbach	tem da escala	Item da CATEGORIA (indicador)	Carga fatorial	Correlação corrigida Item-Total	Alfa de Cronbach, sendo o item deletado
Cuidados pessoais/ 0.881	1	aliment_61	0.428	0.375	0.891
	2	autcuid_62	0.562	0.641	0.883
	3	banho_63	0.745	0.688	0.882
	4	vestrsup_64	0.755	0.692	0.882
	5	vestrinf_65	0.760	0.713	0.881
	6	higintima_66	0.620	0.665	0.881
Controle de Esfíncter/ 0.629	7	convesic_67	0.682	0.391	0.890
	8	conintest_68	0.776	0.123	0.895
Mobilidade / Transferência/ 0.913	9	cacadcaro_69	0.632	0.632	0.885
	10	banheiro_610	0.872	0.598	0.885
	11	banchuv_611	0.849	0.615	0.885
Locomoção/ 0.660	12	andcadrod_612	0.813	0.728	0.881
	13	escada_613	0.568	0.180	0.906
Comunicação/ 0.929	14	compreen_614	0.800	0.651	0.881
	15	expres_615	0.818	0.675	0.880
Cognitivo social/ 0.764	16	intsoc_616	0.409	0.598	0.884
	17	resolpro_617	0.660	0.753	0.891
	18	aliment_61	0.819	0.825	0.883

Alfa de Cronbach relativo a toda a escala = 0,891 (sem retirada de itens)

Para avaliar a validade do constructo verificou-se primeiramente a correlação existente entre o nível geral de funcionalidade medido pela escala (MIFTOTAL) e as categorias determinantes da funcionalidade Cuidados pessoais, Controle de Esfíncter, Mobilidade / transferências, Locomoção, comunicação e cognitivo social, cujo resumo está demonstrado na Tabela 3-A. Pode-se verificar nessa Tabela, que para todos os coeficientes os valores foram diferentes de zero, superiores a 0,30 e significativos, com exceção do DE6PO, demonstrando a presença de uma relação linear, a qual pode ser considerada “mais forte” quanto maior for o coeficiente.

Tabela 3-A – Correlação entre cada categoria da escala MIF e a escala MIF total nos momentos do pré-operatório e 6PO

PRÉ	CPPRÉ	CEPRÉ	MTPRÉ	LOPRÉ	COMPRÉ	CSPRÉ
CPPRÉ	1					
p						
CEPRÉ	0,324(**)					
p	0,003					
MTPRÉ	0,855(**)	0,347(**)				
p	0,000	0,001				
LOPRÉ	0,875(**)	0,276(*)	0,918(**)			
p	0,000	0,012	0,000			
COMPRÉ	0,303(**)	0,376(**)	0,406(**)	0,367(**)		
p	0,006	0,001	0,000	0,001		
CSPRÉ	0,427(**)	0,609(**)	0,382(**)	0,326(**)	0,619(**)	
p	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	
MIFTOT_PRE	0,883(**)	0,558(**)	0,885(**)	0,862(**)	0,622(**)	0,714(**)
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
PÓS	CP6PÓS	CE6PÓS	MT6PÓS	LOPÓS	COMPÓS	CSPÓS
CP6PÓS						
p						
CE6PÓS	0,185					
p	0,096					
MT6PÓS	0,669(**)	0,264(*)				
p	0,000	0,017				
LOPÓS	0,319(**)	0,176	0,225(*)			
p	0,004	0,115	0,042			
COMPÓS	0,514(**)	0,174	0,262(*)	0,305(**)		
p	0,000	0,119	0,017	0,005		
CSPÓS	0,675(**)	0,378(**)	0,426(**)	0,485(**)	0,636(**)	
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
MIFTOT_POS	0,850(**)	0,440(**)	0,660(**)	0,573(**)	0,703(**)	0,903(**)
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

** Correlação significante ao nível de 0,01 ; * Correlação significante ao nível de 0,05

Diante dos resultados obtidos podemos confirmar a validação convergente para a escala MIF.

Após a confirmação da fidedignidade da escala MIF, ou seja, a escala reproduz resultados consistentes quando se fazem medições repetidas da característica pesquisada, e da sua validade convergente, é necessário confirmar a sua dimensionalidade, a qual é realizada por meio da análise fatorial (AF).

Na AF, obteve-se para o teste KMO, os seguintes resultados: KMO = 0,789 no pré-operatório e para o 6PO de KMO = 0,822, portanto é permitido realizar a análise fatorial para o estudo da dimensionalidade da escala MIF nesses momentos. Observa-se na ainda nas Tabelas 1-A e 2-A, cargas fatoriais superiores a 050.

Extraindo-se os fatores, Tabelas 4-A e 5-A, obteve-se no pré-operatório, seis fatores que explicam 80,63% da variância total no conjunto das categorias avaliadas para o Pré-operatório. No 6PO, obteve-se também seis fatores explicando 69,83% da variância total no conjunto das categorias avaliadas. Confirmou-se então as categorias da escala MIF utilizada neste estudo: Cuidados Pessoais, Mobilidade/Transferências, Locomoção, Controle de Esfíncter, Comunicação e Cognitivo Social.

Tabela 4-A – Componentes principais (fatores) – MIF pré-operatório

Itens	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
aliment_i1	0.804					
autcuid_i2	0.715					
banho_i3	0.910					
vestrsup_i4	0.935					
vestrinf_i5	0.935					
higintima_i6	0.646					
convesic_i7					0.905	
conintest_i8					0.729	
cacadcaro_i9		0.948				
banheiro_i10		0.957				
banchuv_i11		0.908				
andcadrod_i12			0.934			
escada_i13			0.853			
compreen_i14				0.856		
expres_i15				0.809		
intsoc_i16						0.531
resolpro_i17						0.494
memória_i18						0.576

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization

Tabela 5-A – Componentes principais (fatores) – MIF pós-operatório

Itens	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
aliment_61	0.410					
autcuid_62	0.704					
banho_63	0.775					
vestrsup_64	0.789					
vestrinf_65	0.819					
higintima_66	0.773					
convesic_67						0.653
conintest_68						0.397
cacadcaro_69			0.724			
banheiro_610			0.884			
banchuv_611			0.525			
andcadrod_612		0.986				
escada_613		0.968				
compreen_614					0.723	
expres_615					0.763	
intsoc_616				0.573		
resolpro_617				0.744		
aliment_61				0.769		

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Escala SERVAQUAL-Card

Para a confirmação da validação da escala MIF, validada por Hercos (2006) para pacientes oftalmológicos, optamos por avaliar as suas propriedades a partir da variável $Gap = P - E$, que neste estudo mede a qualidade do serviço oferecido aos pacientes de cirurgia cardíaca eletiva.

Podemos observar na Tabela 6-A, respectivamente, que o valor do alfa de Crombach relativo a toda ao GapTotal da escala SERVQUALCard, foi de 0,963 e com valores superiores a 0,60 para as cinco dimensões: Tangibilidade, Confiabilidade, Atendimento, Segurança e Empatia, confirmando uma consistência interna satisfatória para a escala utilizada, verificando-se assim a sua fidedignidade. Para todos os itens a correlação item-Total foi superior a 0,30. Esses resultados mostram que a fidedignidade da escala foi confirmada.

Tabela 6-A – Consistência interna, carga fatorial e correlação item-total, das subescalas para das cinco dimensões da medida da qualidade do serviço, escala SERVQUAL, dos pacientes em estudo

DIMENSÃO/ Alfa de Crombach	Item da escala	Item da Dimensão (Indicador)	Carga fatorial	Correlação corrigida Item-Total	Alfa de Cronbach, sendo o item deletado
Tangibilidade/ 0.751	1	Equipamentos	0.497	0.556	0.962
	2	Instal. físicas	0.679	0.471	0.963
	3	Equipe multiprof trajes adequados	0.734	0.814	0.960
	4	Relat e doc fácil ent	0.732	0.808	0.960
Confiabilidade/ 0.896	5	Cumprir horário	0.686	0.772	0.960
	6	Interesse prob pac.	0.775	0.846	0.960
	7	Serv. proc. corretos	0.865	0.860	0.959
	8	Cumprir prazos	0.651	0.770	0.960
	9	Relatórios corretos	0.623	0.764	0.961
Atendimento/ 0.868	10	Equipe deve informar serv exatidão	0.589	0.706	0.961
	11	Equipe atende prontamente	0.884	0.884	0.959
	12	Equipe ajudadora ao paciente	0.855	0.848	0.959
	13	Equipe disponível p/ atender	0.480	0.598	0.962
Segurança/ 0.824	14	Equipe transmitir confiança	0.780	0.860	0.959
	15	Pacientes seguros com serviços Hosp	0.845	0.902	0.959
	16	Equipe educada e cortês c/ pac	0.743	0.838	0.960
	17	Equipe ter conhecimento p/ responder	0.716	0.458	0.964
Empatia/ 0.919	18	Equipe atenção individualizada	0.569	0.516	0.963
	19	Hospital funcionar horários adequados p/ pac	0.661	0.755	0.960
	20	Equipe p/ atenção pessoal p/ pac.	0.681	0.493	0.963
	21	Hospital priorizar interesse paciente	0.732	0.810	0.960
	22	Equipe entender neces específicas pac	0.675	0.757	0.961

Alfa de Crombach relativo a toda a escala = 0,965 (sem retirada de itens)

Na Tabela 7-A pode-se observar que para todos os coeficientes os valores foram superiores a 0,30 e significativos, demonstrando a presença de uma relação linear, a qual pode ser considerada “mais forte” quanto maior for o coeficiente.

Tabela 7-A – Correlações entre o Gap de cada categoria e o Gap Total

	GapT	GapC	GapA	GapS	GapE	GAP23
GapT						
p						
GapC	0.777(**)					
p	0.000					
GapA	0.685(**)	0.728(**)				
p	0.000	0.000				
GapS	0.588(**)	0.660(**)	0.587(**)			
p	0.000	0.000	0.000			
GapE	0.640(**)	0.662(**)	0.583(**)	0.695(**)		
P	0.000	0.000	0.000	0.000		
GAP23	0.782(**)	0.848(**)	0.678(**)	0.737(**)	0.681(**)	
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
GAPTOTAL	0.873(**)	0.903(**)	0.842(**)	0.810(**)	0.836(**)	0.874(**)
p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

** Correlação significante ao nível de 0,01 ; * Correlação significante ao nível de 0,05

Diante dos resultados obtidos podemos confirmar a validade convergente da escala SERVQUAL-Card.

Analogamente ao feito para a escala MIF, “após a confirmação da fidedignidade (ou confiabilidade, ou reprodutibilidade) da escala MIF, ou seja a escala reproduz resultados consistentes quando se fazem medições repetidas da característica pesquisada, é necessário confirmar a sua dimensionalidade, a qual é realizada por meio da análise fatorial (AF)”.

Obteve-se para o teste KMO, $KMO = 0,910$, portanto pode-se realizar a análise fatorial para o estudo da dimensionalidade da escala SERVQUAL-Card.

Extraindo-se os fatores, obteve-se um único fator, Tabela 8-A, que explica 70,23% da variância total no conjunto das categorias avaliadas para o GapTotal: Tangibilidade, Confiabilidade, Atendimento, Segurança e Empatia. Observa-se na ainda na Tabelas 6-A, para todos os itens cargas fatoriais superiores a 050.

Em vista do exposto, concluí-se que foi confirmada a validação da escala SERVQUAL-Card, nesta amostra, para uso em pacientes de cirurgia cardíaca eletiva, definindo-se para esta escala com fator unidimensional.

Tabela 8-A – Componentes principais (fatores) – SERVQUAL-Card

	1	2	3	4	5
GAP1	0.445	0.447			
GAP2	0.666		0.563		
GAP3	0.875				
GAP4	0.865				
GAP5	0.795				
GAP6	0.864				
GAP7	0.992				
GAP8	0.790				
GAP9	0.635				
GAP10	0.826				
GAP11	0.993				
GAP12	0.998				
GAP13	0.552				
GAP14	0.670				
GAP15	0.709				
GAP16	0.686				
GAP17	0.550	0.552			
GAP18	0.742				
GAP19	0.713				
GAP20	0.398		0.386		
GAP21	0.754				
GAP22	0.484	0.456			

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Comentários sobre a validação das escalas

Os dados obtidos neste estudo demonstraram para a escala MIF, um alto coeficiente de consistência interna, acima de 0,90, e valores superiores a 0,60 para todas as subescalas, demonstrando alta fidedignidade e confirmando as categorias da mesma, Cuidados Pessoais, Controle de Esfíncter, Mobilidade / Transferência, Locomoção, Comunicação e Cognitivo Social, confirmando as categorias originais. Estes resultados concordam com os achados da literatura, mostrando a utilidade da escala em várias áreas da saúde, dentre os quais com os de O'Dell et al. (1991), Fucile (1992), Ottenbacher et al. (1996), Riberto et. al. (2001), e Sato et al. (2006); com Limpeeropoulos et al. (2001), que utilizou uma adaptação da MIF para usar em

crianças pequenas que sofreram cirurgia cardíaca e corroborando com os resultados de Sansone et al. (2002) para pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Em relação a escala SERVQUAL-Card, obteve-se também ótimos resultados relativos a consistência interna da mesma, com o valor do alfa de Cronbach superior a 0,90 e em todas as subescalas, valores do alfa superior a 0,70. Todos os coeficientes de correlação de Pearson para o estudo da convergência mostraram-se superiores a 0,30 e significantes. Os resultados obtidos nesta amostra, permitem concluir pela confirmação da fidedignidade e da validade da escala SERVQUALCard, permitindo o seu uso para medir a qualidade do serviço oferecido a pacientes de cirurgia cardíaca eletiva.

A confirmação da unidimensionalidade da escala SERVQUALCard, para pacientes de cirurgia cardíaca, corrobora com os achados de Babakus e Mangold (1992), para serviços em hospitais nos Estados Unidos, que obtiveram também uma escala adaptada unidimensional no seu estudo. Nos achados de Reboloso et al. (2005), para serviços universitários na Espanha e Hercos (2006), na área de saúde (oftalmologia), Brasil, as cinco dimensões previstas pelos idealizadores da escala, não se confirmaram. Na área de saúde, destacamos ainda os trabalhos de Brasil (1994), em serviços hospitalares, Mendes; Oliveira; Medeiros (2001), setor ambulatorial de hospital, Dias (2001), consultório médico, e Cho et al. (2004) hospital na Korea, que relataram a fidedignidade e a validade do uso da escala para medir a qualidade de serviços na saúde, no entanto sem obterem também as cinco dimensões originais.

Esses autores deixam claro a utilidade das escalas adaptadas a partir da SERVQUAL, como foi o caso deste estudo, corroborando o postulado de Parasuraman; Zeithaml; Berry (1994), que argumentam que a configuração das dimensões varia em função do contexto do estudo.

REFERÊNCIAS

BUNCHAFT, G.; CAVAS, C.S.T. **Sobmedida**: um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações. São Paulo: Vetor, 2002

COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas, 2003.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests
Psychometrika, v.16, p.297-334.

HAIR, J.F. et al. **Multivariate data analysis**. New York: Prentice-Hall, 1995.

MENDES, N.C.N.; OLIVEIRA, J.A.; MEDEIROS, D.D. Qualidade de serviço e comprometimento organizacional em uma organização de saúde: um estudo de caso no setor ambulatorial do Hospital do Câncer de Natal. In: XXI encontro Nacional de engenharia de Produção, 2001, Salvador-Bahia. **Anais do XXI Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, 2001.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na Psicologia e na Educação. 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

REBOLLOSO, E. et al. Análisis de la estructura dimensional del SERVQUAL em los servicios universitarios. In: IV Conferencia SEE, Madrid: 8 de julho, 2005.

Disponível em:

<http://www.sociedadevolucion.org/see/paginas/conferencias/conferenciamadrid.htm>

REIS, I.C.S. **A escala ServQual modificada** : avaliação da qualidade percebida do serviço de lazer oferecido por um complexo poliesportivo num parque florestal. 2001. Dissertação (Mestrado) Programa de pós graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

-

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Borges, Juliana Bassalobre Carvalho.

Avaliação da medida de independência funcional – escala MIF- e
qualidade de serviço – escala SERVQUAL – em cirurgia cardíaca /
Juliana Bassalobre Carvalho Borges. – 2006.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu, 2006.

Orientador: Marcos Augusto de Moraes Silva

Assunto CAPES: 40102041

1. Coração - Cirurgia

CDD 617.412

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca; Escala MIF, Escala SERVQUAL;
Quali-
dade de serviço