



**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

**EVOLUÇÃO DA PESQUISA SOBRE QUALIDADE E SUA  
APLICAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA  
MICRORREGIÃO DE LAVRAS-MG**

**LAVRAS – MG  
2018**

**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

**EVOLUÇÃO DA PESQUISA SOBRE QUALIDADE E SUA APLICAÇÃO AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA MICORRREGIÃO DE LAVRAS-MG**

Tese apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, área de Marketing, Estratégia e Inovação, para a obtenção do título de Doutora.

Orientador  
Prof. Dr. Luiz Marcelo Antonialli  
Coorientadora  
Profa. Dra. Daniela Meirelles Andrade

**LAVRAS – MG  
2018**

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha  
Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA, com dados  
informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

De Abreu, Arlete Aparecida.

Evolução da pesquisa sobre qualidade e sua aplicação aos  
serviços de saúde: uma análise da microrregião de Lavras-MG /  
Arlete Aparecida de Abreu. - 2018.

157 p.

Orientador(a): Luiz Marcelo Antonialli.

.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Lavras, 2018.  
Bibliografia.

1. Qualidade em serviços. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Redes  
de atenção à Saúde. I. Antonialli, Luiz Marcelo. . II. Título.

**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

**EVOLUÇÃO DA PESQUISA SOBRE QUALIDADE E SUA APLICAÇÃO AOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA MICRORREGIÃO DE LAVRAS-MG**

**EVOLUTION ABOUT QUALITY RESEARCH AND ITS APPLICATION IN  
HEALTH SERVICES: AN ANALYSIS AT LAVRAS MICROREGION - MG**

Tese apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, área de Marketing, Estratégia e Inovação, para a obtenção do título de Doutora.

APROVADA em 17 de agosto de 2018.

Prof. Dr. Bruno Tavares	UFV
Prof. Dra. Camila Cristina de Paula Pereira	IFMG - Campus Sabará
Prof. Dr. Cléber Carvalho de Castro	UFLA
Profa. Dra. Patrícia Aparecida Ferreira	UFLA

Prof. Dr. Luiz Marcelo Antonialli  
Orientador  
Profa. Dra. Daniela Meirelles Andrade  
Coorientadora

**LAVRAS – MG  
2018**

*Dedico este trabalho aos meus pais, que tanto se esforçaram para que eu trilhasse o caminho da Educação. Ao meu esposo, Alberto, pela paciência, companheirismo e apoio, mesmo nas horas mais críticas da vida. Ao meu filho Marcos Otávio, que mesmo tão pequeno já compreende a importância de abdicar do tempo e de minha presença em suas brincadeiras diárias: Filho, perdão.*

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Lavras, especialmente ao Departamento de Administração e Economia e à equipe do Programa de Pós-Graduação em Administração, pela oportunidade.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), pela concessão de subsídios financeiros para o desenvolvimento deste projeto.

Aos secretários de saúde dos municípios de Lavras, Ijaci e Nepomuceno; nomeadamente Márcia, Fábio e Alessandra; pela atenção e disposição na coleta de dados.

Ao professor Dr. Luiz Marcelo Antonialli e à professora Dra. Daniela Meirelles Andrade, pelos ensinamentos e atenção no processo de confecção da tese.

Ao Instituto Federal de Minas Gerais - *Campus* Formiga, pela liberação para a capacitação e aos professores e funcionários pela atenção e amizade de sempre.

Muito obrigada a todos.

“Você nunca perde por amar ...  
Perde por guardar o amor;  
O amor é muito sério  
Para ser retido em vão  
Então, ame...”

(Guilherme de Sá)

## RESUMO

O tema qualidade em serviços tem seus trabalhos seminais em Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985,1988) e na proposta da Servqual como ferramenta de mensuração neste setor. A partir desta asserção, o campo evoluiu adaptando-se a novos contextos e setores; admitindo a influência de outras variáveis na satisfação e no alcance da qualidade. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade dos serviços de saúde ofertados em uma das microrregiões de saúde da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Para alcançar tal alvo, foram realizadas duas revisões: uma sobre o campo qualidade em serviços e outra sobre os determinantes e atributos usados para mensurar a qualidade em serviços de saúde; o que originou três artigos. Após esta etapa, a escala Servperf foi modificada com base nas revisões e em entrevistas com participantes da rede; sendo aplicada a 321 pacientes. Os resultados indicam um campo que tem suas pesquisas caminhando em direção à preocupação com a lealdade e valor de marca em serviços ofertados em ambientes eletrônicos. Outros setores também se destacam, como os serviços de voo; hotelaria e serviços móveis de saúde. Na mensuração de serviços de saúde, os atributos relacionados aos elementos tangíveis à comunicação e ao acesso (em suas diferentes formas) são relevantes. A aplicação dos questionários indicou que sete fatores podem explicar 63,05% da variância nos dados; sendo que aquele relacionado à Equipe Médica (capacidade; conhecimento; comunicação; respeito e prontidão) é o que mais contribui para a qualidade do serviço. A Análise de Regressão Múltipla permitiu afirmar que, destes sete fatores, o que mais contribui com a satisfação do usuário da rede é aquele relacionado à Capacidade de resposta do SUS (quantidade de materiais e medicamentos disponibilizados à população; a capacidade do sistema de conseguir uma consulta com um especialista; e a capacidade do sistema de resolver o problema do paciente e cumprir aquilo que promete).

**Palavras-chave:** Qualidade em serviços. Sistema Único de Saúde. Redes de atenção à Saúde.

## ABSTRACT

Quality in services theme has its seminal works in Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985, 1988) and in the Servqual proposal as a measurement tool in this sector. From this assertion the field evolved adapting itself to new contexts and sectors; admitting the influence of other variables on satisfaction and achieving quality. The objective in this research was to evaluate the quality in health services offered in one of the micro-regions of health care network of the Unified Health System (*SUS*). To achieve this goal, two reviews were made: one on the quality field in services and another on the determinants and attributes used to measure quality in health services; which resulted in three articles. After this step, the Servperf scale was modified based on reviews and interviews with network participants being applied to 321 patients. The results indicate a field that has its researches going towards the concern with the loyalty and brand value in services offered in electronic environments. Other sectors also stand out, such as flight services; hotels and health mobile services. In the health services measurement, the attributes related to the tangible elements to communication and access, in their different forms, are relevant. The questionnaires application indicated that seven factors may account for 63.05% of the data variance; being that related to the Medical Team (capacity; knowledge; communication; respect and readiness) is what contributes most to the quality in service. The Multiple Regression Analysis allowed to affirm that of these seven factors; what contributes most to the user satisfaction of the network is that related to the *SUS's* response capacity (quantity of materials and medicines available to the population; system ability to get a consultation with a specialist; and the system ability to solve patient's problem and keep what promises).

**Keywords:** Quality in services. Unified Health System (*SUS*). Health Care Networks.

## SUMÁRIO

	<b>PRIMEIRA PARTE .....</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>CONSIDERAÇÕES SOBRE O OBJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>O Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Qualidade em Serviços .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Qualidade em Serviços de Saúde.....</b>	<b>23</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>
	<b>SEGUNDA PARTE .....</b>	<b>37</b>
	<b>ARTIGO 1 Quality in Services: Connections and Speeches in area.....</b>	<b>37</b>
	<b>ARTIGO 2 Explorando a Base Intelectual do Tema Qualidade em Serviços: Quando o discurso muda o tom.....</b>	<b>55</b>
	<b>ARTIGO 3 Como mensurar a qualidade de serviços de saúde? Síntese das dimensões, atributos e medidas utilizadas na literatura .....</b>	<b>87</b>
	<b>ARTIGO 4 Análise sobre os determinantes da qualidade no Sistema Único de Saúde: o caso da microrregião de Lavras .....</b>	<b>129</b>

## PRIMEIRA PARTE

### 1 INTRODUÇÃO

A pesquisa relacionada à qualidade dos serviços não é recente e tem ganhado considerável interesse por parte de pesquisadores e gestores nas últimas duas décadas (ALI; RAZA, 2017). Os trabalhos seminais e o embate entre Cronin, Taylor (1992, 1994) e Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988) levaram o campo à evolução sobre as formas de mensuração da qualidade neste setor. A escala Servqual, no entanto, tornou-se a ferramenta de análise mais utilizada em estudos desta estirpe, perpassando o tempo e sendo aplicada a diversos contextos (AL-NEYADI; ABDALLAH; MALIK, 2018; ASUBONTENG; MCCLEARY; SWAN, 1996; BABAKUS; BOLLER, 1992; CARMAN, 1990; CHAKRABORTY; MAJUMDAR, 2011; KUO et al., 2005; NYANDWE et al., 2017; PENA et al., 2013; RASPOLLINI et al., 1997; VAN DYKE; KAPPELMAN; PRYBUTOK, 1997; VASSILIADIS; FOTIADIS; TAVLARIDOU, 2014).

Contudo, os anos 90 trouxeram o advento da informática e da tecnologia de informação atingindo a pesquisa em qualidade em serviços. O trabalho de Parasuraman, Zeithaml e Malhotra (2005) pode ser considerado um dos representantes mais relevantes nesta nova etapa, na qual transações eram realizadas em ambientes eletrônicos e os clientes não tinham contato físico com provedores. Estes fatores levaram a preocupações relacionadas à forma de alcance da lealdade e fidelização neste contexto (MIGUEL-DÁVILA et al., 2010; NAIDOO; LEONARD, 2007; SETÓ-PAMIES, 2012).

Ao mesmo tempo, o campo sobre qualidade em serviços de saúde tornou-se mais presente em algumas áreas específicas, uma delas, a saúde (TRIPATHI; SIDDIQUI, 2018). Apesar do grande desafio envolvido na análise de um setor tão multifacetado e complexo, muitas pesquisas dedicaram-se à apresentação de modelos que pudessem ser aplicados na verificação da qualidade neste contexto, indicando os determinantes e dimensões aplicadas a cada caso (CHAKRABORTY; KAYNAK, 2018; JOHNSON et al., 2016; LEE, 2017; MAYSTON et al., 2017; TESSEMA et al., 2017) dentre muitos outros.

No Brasil, onde a organização do sistema de saúde segue a perspectiva de redes, os estudos relacionados à qualidade dos serviços de saúde atendem à esta lógica; havendo destaque para avaliações realizadas na atenção primária (CASTANHEIRA et al., 2009; CASTRO et al., 2012; GREVE; COELHO, 2017; LIMA; MONTEIRO; VASCONCELOS, 2017). Há uma lacuna em relação às pesquisas que tenham como objetivo a análise da

qualidade dos serviços públicos de saúde prestados na rede como um todo, ou seja, que não tenham apenas como foco a atenção primária ou o ambiente hospitalar (atenção secundária). Desta forma, esta tese tem por objetivo apresentar uma adaptação da escala Servperf e os resultados de sua aplicação em três municípios da microrregião de saúde de Lavras (MG). A escolha desta ferramenta pode ser justificada pela importância do trabalho de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988), no qual a Servqual é criada, bem como as posteriores discussões sobre o uso do Paradigma da Desconfirmação e a inserção da Servperf como alternativa de análise.

Portanto, o objetivo geral deste trabalho pode ser dividido em 3 objetivos específicos:

- a) realizar um levantamento bibliográfico sobre o campo qualidade em serviços; identificando os trabalhos seminais e o caminho percorrido pelo campo – conforme pode ser visto nos esforços dos artigos 1 e 2;
- b) identificar e delimitar, por meio de uma revisão sistemática, atributos e dimensões usados para mensurar a qualidade em serviços de saúde – artigo 3;
- c) de posse das revisões feitas acima, realizar entrevistas com usuários de serviços de saúde da microrregião de Lavras, posterior adaptação da ferramenta Servperf e sua aplicação à população. Este processo permitirá identificar os determinantes da qualidade nos serviços prestados bem como a análise de suas relações com a satisfação, contribuindo para a geração de informações estratégicas importantes tanto para os gestores das unidades de saúde quanto para os envolvidos politicamente em geral. – artigo 4.

Ressalta-se que a escala foi modificada para avaliar somente os serviços prestados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), não sendo direcionada a serviços prestados por organizações privadas ou filantrópicas via contratação com o ente federado.

Os resultados demonstram a importância dos trabalhos de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988) e Parasuraman, Zeithaml e Malhotra (2005) para o campo sobre qualidade em serviços, assim como a evolução e adaptação do mesmo a novos contextos relacionados à tecnologia de informação e internet. Além de uma maior preocupação com a fidelização em serviços ofertados através de ambientes eletrônico, houve também o crescimento de estudos que concentravam-se em áreas específicas como hotelaria, serviços aéreos e de saúde.

Os atributos e dimensões utilizados na literatura para mensurar a qualidade em serviços de saúde podem ser concentrados em três linhas principais: Tangíveis, Comunicação e Acesso. Além destas, há destaque também para variáveis relacionadas ao conhecimento, ao

envolvimento, à continuidade e coordenação dos cuidados, ao alcance de resultados positivos, ao custo, humanização e confiança.

A análise dos determinantes da qualidade para a população pesquisada revela a importância da Equipe Médica e suas habilidades (respeitar, falar e ouvir; conhecimento e liberdade para dúvidas). Quando a variável Satisfação Geral é analisada, há destaque para o fator relacionado à Capacidade de resposta do SUS às necessidades da população.

Esta tese divide-se em mais cinco partes: o referencial teórico que dá aporte a todo o trabalho e mais 4 artigos.

## 2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O OBJETO DE PESQUISA

### 2.1 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) foi criado em 1988 através de um processo democrático, embasado na necessidade de serviços mais justos e eficazes. Trata-se do resultado de demandas populacionais, uma vez que a forma anterior de oferta destes serviços permitiu a instalação de uma crise sem precedentes. A política de expansão utilizada pela Previdência Social (através da compra de serviços ofertados por organizações particulares) e o sistema de pagamento (por intervenção médica) foram algumas das estratégias responsáveis pelo sucateamento do sistema. Isso fez com que as empresas médico-hospitalares, indústria farmacêutica e companhias de seguros de saúde aproveitassem para crescer, ganhando espaço de mercado, atraindo investimentos estrangeiros e tornando-se controladoras do setor, especialmente a indústria de medicamentos (RETKA et al., 2003).

Segundo a Constituição e a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), as ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada segundo diretrizes como: descentralização, integralidade e participação comunitária, o que gerou uma nova forma de organizar o sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1990). Essa nova configuração privilegia a população, seu território e suas necessidades a partir de níveis de atenção: básica (primária), secundária e terciária. Esta classificação está relacionada à densidade tecnológica e à complexidade do serviço prestado, ou seja, a Atenção Primária é aquela que exige poucos recursos tecnológicos, na qual os procedimentos são mais simples, representando o *locus* de ações públicas de prevenção e conscientização por parte do poder público. Esta atenção básica é dispersa geograficamente, ou seja, é organizada para alcançar uma grande cobertura populacional (feita por postos de saúde, Unidades Básicas de Saúde; policlínicas, equipes básicas de saúde - Programa Saúde da Família – PSF), pontos de saúde bucal, dentre outros). Diferentemente, a Atenção Secundária é composta por pontos que ofertam serviços de média complexidade, especializados em nível ambulatorial e hospitalar e a Atenção Terciária é composta por hospitais de grande porte, ofertando serviços que necessitam de maior complexidade tecnológica, sendo concentradas territorialmente (MENDES, 2002).

A proposta de atenção integral à saúde no Brasil baseia-se na construção de uma rede única de atenção à saúde, articulada em todas as suas instâncias,

atendendo a população de forma regionalizada, integrada, hierarquizada e formada por diferentes dispositivos de atenção à saúde (SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018, p. 62).

Todas as características da forma de disposição dos serviços de saúde no SUS são complementadas pela inserção da perspectiva das redes. Para que cada ponto de cada tipo de atenção (primária; secundária ou terciária) consiga responder às necessidades da população, é preciso que estes funcionem como uma trama, na qual informações e recursos possam fluir facilmente. As RAS (Redes de Atenção à Saúde) podem ser consideradas o resultado de experiências oriundas dos sistemas integrados de saúde, mecanismos surgidos na década de 1990 nos Estados Unidos e que avançaram posteriormente pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e do Canadá (MENDES, 2011). Estes sistemas integrados podem ser definidos como múltiplos provedores, trabalhando cooperativamente, integrando uma variedade de funções e de serviços a serem entregues aos pacientes (MOSCOVICE et al., 1997).

As RAS, assim como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas sob a forma de arranjos híbridos, combinando a concentração de determinados tipos de serviços e a dispersão de outros. Trata-se de organizações poliárquicas, que prestam conjuntos de serviços de saúde que são vinculados entre si por missão, objetivos únicos e comuns, agindo por meio de ações cooperativas e interdependentes, o que permite a oferta de atenção contínua integral e racional à determinada população (MENDES, 2011), a partir da Atenção Primária. “Essa rede deve manter serviços de diversos níveis e se formatar de tal forma que o cidadão não busque um serviço de maior aparato tecnológico para satisfazer uma necessidade que pode ser resolvida por um serviço de menor porte” (SANTOS, 2017).

A ideia de organizar o sistema de saúde em redes não é recente. Desde 1920, com a publicação do Relatório Dawson, esta proposta vem sendo discutida. Este documento contém a primeira descrição completa de uma rede e representa o fruto de debates relacionados a mudanças no sistema de proteção social, especialmente após a Primeira Guerra Mundial. O objetivo era, pela primeira vez, buscar novas formas de organizar os serviços de saúde para atender à população de uma determinada região através da territorialização (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Mendes (2011) é o responsável por propor a organização do sistema de saúde brasileiro em redes, de forma que os serviços perpassem os três níveis de complexidade por meio de seus elementos constitutivos: uma população, o Centro de comunicação, os Pontos de Acesso, os Sistemas de Apoio, os Sistemas Logísticos e a Governança. Desta forma, as RAS são formadas inicialmente e, principalmente, por uma população que está sob sua

responsabilidade econômica e sanitária; sua razão de ser (MENDES, 2011). Os outros elementos da rede são referentes à sua estrutura operacional (seus nós e suas ligações materiais e imateriais). A Atenção Primária representa o centro de comunicação, ou seja, o ponto inicial de entrega dos serviços, capaz de coordenar e direcionar os fluxos e contrafluxos do sistema segundo a necessidade da população.

Os pontos de acesso são representados pelas unidades produtivas que ofertam a atenção (primária, secundária e terciária); os sistemas de apoio são representados pelos serviços complementares como os sistemas de diagnose e terapia; a assistência farmacêutica e o sistema de informação. Os sistemas logísticos representam a forma como o paciente se desloca pela rede, soluções tecnológicas que permitem a organização racional dos fluxos e contrafluxos de produtos, pessoas e informações (cartão de identificação, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado, sistemas de transporte). Por fim, o sistema de governança é o arranjo que permite a gestão de todos os componentes, coordenando as relações entre a Atenção Primária e os outros pontos. É dividida em: desenho institucional (quem gerencia a rede), o sistema gerencial (como ela é gerenciada) e o sistema financeiro (como a rede é financiada).

Contudo, a aplicação dos princípios da regionalização não se apresentam de forma tão simples, existem obstáculos à sua implementação: a falta de recursos, a judicialização da política no setor, o sistema político partidário e ausência do poder Executivo Estadual (o que representa a falta de interesse político) (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017). Há um grave problema relacionado à fragmentação do sistema e à histórica deficiência sobre planejamento, o que prejudica a governança regional (MELLO et al., 2017). O planejamento regional é essencial (SANTOS, 2017).

Especificamente, Beers, Godoy e Biel (2017) listam em seu trabalho as barreiras para o alcance da coordenação e integração entre prestadores e agências de atenção primária, especialmente na saúde mental: políticas que incentivem a colaboração e barreiras logísticas são alguns dos desafios que limitam a integralidade nos cuidados. As relações (tanto a nível micro quanto macro), que são preconizadas na perspectiva sobre redes de atenção à saúde ainda não foram consolidadas totalmente, o que prejudica o alcance da integralidade (SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018).

Mendes (2011) defende que, para que as redes se organizem de forma efetiva, eficiente e com qualidade, três fundamentos são importantes: Acesso, Economias de escala e Qualidade. Isso significa que os serviços devem estar disponíveis e acessíveis à população (especialmente por um forte sistema de transporte e capacidade de resposta às demandas),

atendendo-se à critérios de otimização de recursos (recursos escassos levam a serviços concentrados geograficamente); contudo, sem negligenciar a qualidade.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Qualidade em Serviços**

O conceito de qualidade acabou ultrapassando a simples identificação e eliminação de falhas técnicas, isso porque este já não mais representa um diferencial competitivo para organizações. Mesmo para produtos manufaturados, a qualidade dos serviços é um item a ser gerenciado e, assim como explica Gronrros (1984), os serviços também possuem uma dimensão que especifica a qualidade instrumental do processo. Desta forma, a qualidade dos serviços pode ser entendida em termos de seu foco: nos aspectos técnicos ou nas pessoas. No entanto, de qualquer forma, nenhuma das duas perspectivas pode ser tida como universalmente superior, porque as orientações sobre o tema que é designado à equipe de trabalho impactam na receptividade do foco a ser adotado (GIBSON, 2003).

Para lidar com a complexidade do tema, alguns autores, especificamente da área de marketing, dedicaram-se à formação de modelos para a mensuração da qualidade em serviços. Construídos sob dimensões compostas por variáveis que representam a percepção do consumidor sobre o tema, estes modelos, quando aplicados, permitem a identificação de aspectos a serem mudados nas dimensões que compõem o conceito.

O trabalho de Miguel e Salomi (2004) sintetiza os diferentes modelos usados para avaliar a qualidade de serviços em diferentes áreas, bem como as principais características de cada proposta. O Quadro 1 demonstra um quadro-síntese com alguns destes modelos:

Quadro 1 - Quadro síntese. (Continua)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Áreas de aplicação
Grönroos (1984)	Modelo de Qualidade em Serviços	Considera que a qualidade pode ser mensurada em função da expectativa, da percepção e da imagem da empresa. O modelo adotado pelos autores mescla a qualidade técnica; a qualidade funcional e a imagem da organização. Chamam a para a importância da qualidade funcional; da interação cliente-vendedor e do marketing boca a boca na construção da imagem organizacional; e ao fato de que um alto nível de qualidade funcional pode compensar problemas temporários com a qualidade técnica. .	Bancos, seguradoras, hotéis, restaurantes, agências de viagens, de propaganda, várias organizações públicas, dentre outras.
Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)	Modelo GAP	Para os autores, a qualidade envolve a comparação de expectativas e performance. Através de entrevistas em profundidade e grupos de foco, os autores descobrem cinco GAPS entre: 1 – a expectativa do consumidor e a gestão desta percepção (por parte dos gestores); 2 – entre a percepção gerencial e a especificação para a qualidade; 3 – as especificações sobre a qualidade do serviço e o serviço entregue; 4 – entre o serviço entregue e as comunicações organizacionais externas; 5 – entre o serviço esperado e o recebido. Foi gerado um modelo que sumariza a natureza e os determinantes da qualidade percebida pelos consumidores: O GAP 5 é entendido em função dos outros 4 GAPS; além dos 10 determinantes da qualidade nos serviços: confiabilidade, responsividade, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, entendendo o cliente e tangibilidade.	Bancos, empresas de cartão de crédito, corretagem de títulos e manutenção e reparação de produtos.
Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)	Instrumento SERVQUAL	Continuando o trabalho de 1985, os autores consideram a qualidade em serviços uma avaliação geral similar à atitude. Vinte e duas variáveis distribuídas em cinco dimensões de mensuração (tangibilidade, confiabilidade, responsividade, garantia e empatia). As suas últimas dimensões contém itens representativos das sete dimensões originais: comunicação, credibilidade, segurança, entendendo o cliente, competência, cortesia e acesso. A escala é baseada na expectativa sobre o serviço e o serviço recebido de fato, ou seja, nos GAPS defendidos em 1985.	Bancos, empresas de cartão de crédito, corretagem de títulos e manutenção e reparação de produtos

Quadro 1 - Quadro síntese. (Continua)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Áreas de aplicação
Brown e Swartz (1989)	Modelo de Percepção e Expectativa	Os autores trabalham com o conceito de satisfação, deixando claro o papel das experiências e argumentando que um modelo mais simples é apropriado para avaliar serviços profissionais. Identificaram três GAPS: 1 – entre as expectativas e as experiências dos clientes; 2 – entre as expectativas dos clientes e a percepção dos profissionais destas expectativas; 3 – entre as experiências dos clientes e a percepção dos profissionais sobre estas experiências. Utilizam as dez dimensões desenvolvidas por Parasuram, Zeithaml e Berry (1985) para testar três hipóteses construídas sobre os GAPS. A pesquisa demonstra a importância da avaliação do cliente combinada com a visão do profissional sobre o assunto.	Atendimento em consultórios da área médica
Bolton e Drew (1991)	Modelo de Avaliação do Serviço e Valor	Os autores trabalham com o conceito de valor e satisfação do cliente. Para isso desenvolveram um modelo de múltiplos estágios da qualidade e valor percebido. Para os autores experiências de desconformação (percepções da discrepância entre as expectativas e o nível de desempenho dos serviços), expectativas e os níveis de performance percebidos pelos clientes afetam a satisfação/insatisfação com uma transação específica de serviço. Essa satisfação/insatisfação influencia a avaliação global em relação ao serviço. O valor é entendido em função da qualidade, do sacrifício (monetário e não monetário) e das características dos clientes; do desempenho; da expectativa e da desconformação. Usaram cinco dimensões de Parasuram, Zeithaml e Berry (1988) para construir as variáveis de seu modelo.	Serviços de telefonia
Cronin e Taylor (1992)	SERVPERF	Os autores afirmam que a Escala Servqual e seu modelo de GAP entre a expectativa e o serviço entregue é inadequada. Para isso propõem o modelo SERVPERF e examinam a relação entre qualidade do serviço, satisfação do consumidor e intenção de compra. Os autores questionam o uso da desconformação como medida da qualidade de um serviço, afirmando que esta qualidade deve ser medida como uma atitude. Utilizam as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuram, Zeithaml e Berry (1988) para testar o modelo SERVPERF. Também deixam claro que a satisfação tem um efeito maior na intenção de compra que a qualidade.	Diversos tipos de serviços (bancos, controle de pragas, limpeza a seco e <i>fast foods</i> ).

Quadro 1 - Quadro síntese. (Continua)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Áreas de aplicação
Teas (1993)	Modelo de Desempenho Ideal	Na mesma linha de Cronin e Taylor (1992), os autores questionam o trabalho de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), e seu GAP (Performance – expectativa). Utilizam as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988).	Lojas de varejo
Sureshchandar, Rajendran e Anantharaman (2001)	Modelo para aplicação da Qualidade Total em Serviços (TQS)	Defendendo a falta de estudos que fossem voltados para a identificação de dimensões críticas para a aplicação da Qualidade Total em Serviços (TQS), os autores propõem um instrumento, que permite entender a TQS conceitual e empiricamente. Com base em uma sólida análise de literatura, afirmam que existem 12 dimensões críticas para este processo: 1 – Comprometimento dos altos gestores e liderança visionária; 2 – Gestão dos recursos humanos; 3 – Sistemas técnicos; 4- Sistemas de informação e análise; 5 – Benchmarking; 6 – Melhoria contínua; 7 – Foco no cliente; 8- Satisfação do empregado; 9 – Intervenção sindical; 10 – Responsabilidade social; 11- Ambiente físico dos serviços; 12 – Cultura dos serviços. O modelo demonstra as relações estabelecidas pelos constructos, deixando claro que as dimensões 2, 3, 4, 10, 11 e 12 são adjacentes ao sistema organizacional, estando as outras fora deste constructo. Assim, a dimensão 1 representa o ímpeto para o movimento em direção à TQS. As relações sindicais e o benchmarking estão posicionadas como relações industriais, uma forma de comparação com o mercado. As dimensões 6 e 7 representam o objetivo de qualquer abordagem de gestão, incluindo a TQS.	Serviços bancários
Raajpoot (2004)	Escala PAKSERV	O autor, baseado nas diferenças de avaliação da qualidade em serviços, propõe uma escala culturalmente sensível, não ocidental. Através da revisão de literatura, grupos de foco e da aplicação de 400 questionários que tinham por objetivo mensurar os valores pessoais através do conceito defendido por Schwartz (1992), os autores identificaram sete dimensões: tangibilidade; confiabilidade; segurança; sinceridade; personalização; formalidade e responsividade. O refinamento dos itens e os testes de confiabilidade resultaram em uma escala de 24 itens classificados em seis dimensões (a dimensão responsividade foi excluída).	Consumidores de bancos, hospitais, vareja e indústria da segurança do Paquistão.

Quadro 1 - Quadro síntese. (Continua)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Áreas de aplicação
Parasuraman, Zeithaml e Avind (2005)	Escala E-S-Qual e Escala E-RecS-Qual	Apoiando-se em um estudo próprio realizado em 2000, em que foram identificadas 11 dimensões para a qualidade dos serviços eletrônicos (e-SQ) = confiabilidade; capacidade de resposta; acesso; flexibilidade; facilidade de navegação; eficiência; confiança; segurança/privacidade; conhecimento do preço; estética do local e personalização, os autores desenvolveram uma escala inicial de 121 itens. Análises demonstraram a necessidade da criação de duas escalas para a mensuração da qualidade em serviços eletrônicos: E-S-Qual : com 22 itens em quatro dimensões (eficiência; cumprimento; disponibilidade do sistema e privacidade). Escala E-RecS-Qual: com 11 itens em três dimensões (capacidade de resposta; compensação e contato). A segunda escala é direcionada à consumidores que acessavam menos a internet, portanto, possuíam menos experiência, e também haviam tido algum problema com o serviço.	Usuários da internet. Para confirmação das escalas foram usadas duas lojas on-line: Amazon e Walmart
Fassnacht e Koese (2006)	Modelo hierárquico para a qualidade em serviços eletrônicos (QES)	Os autores apresentam um constructo composto de três dimensões divididas em subdimensões: qualidade do ambiente (qualidade gráfica e clareza do layout); qualidade da entrega (atratividade da seleção; qualidade da informação; facilidade de uso e qualidade técnica) e qualidade do resultado (confiabilidade; benefício funcional e benefício emocional). Um questionário de 39 itens foi desenvolvido e aplicado ao setor com vistas à análise da confiabilidade do modelo.	Serviços on-line (um serviço de home Page; um serviço de cobertura de esporte e uma loja on-line)
Rossiter (2009)	ER-SERVCOMPSQUAL – qualidade dos componentes do serviço de varejo eletrônico	O autor discute problemas da E-S-Qual e da Rec-E- S- Qual e usando a teoria COAR-SE para as etapas de construção da escala; propõe a ER-SERVCOMPSQUAL.	A ser aplicada em clientes de sites de varejo

Quadro 1 - Quadro síntese. (Conclusão)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Áreas de aplicação
Tkaczynski e Stokes (2010)	FESTPERF – Escala para mensurar festivais	Adaptando a Servperf, os autores descobriram uma solução de três fatores por meio da análise fatorial: Profissionalismo, Meio Ambiente e Serviço Central.	Frequentadores do Festival Australiano de Jazz e Blues
Kiran Diljit (2012)	Modelo de mensuração da qualidade em serviços de biblioteca baseados na Web	Os principais determinantes foram identificados e contribuíram para o desenvolvimento e teste empírico de um modelo conceitual proposto de qualidade de serviço que engloba o meio ambiente, a entrega e a qualidade dos resultados. Diferentemente da abordagem de desconfirmação, a medida somente de desempenho foi usada. A análise fatorial retornou a um modelo de três dimensões de segunda ordem e oito dimensões de primeira ordem, ou seja, trata-se de um constructo hierárquico multidimensional.	Pós-graduados e pessoal acadêmico de quatro universidades intensivas em pesquisa na Malásia.
Pereira Filho, Campos e Dantas (2013)	Escala para mensurar a qualidade dos serviços ofertados por academias de ginástica (QSAG)	Os autores revisam e selecionam 31 atributos que compõem a escala, que posteriormente foi posta ao crivo de especialistas e clientes. Seis dimensões extraídas da Análise Fatorial se referiam à Estrutura Física; Instrutores e Programas de Treinamento; Conforto e Equipamentos; Preço e reclamações; Funcionários e Aparência e Localização.	Clientes de seis dentre as maiores academias do mercado de Natal/ R
Blut (2016)	Modelo hierárquico para a qualidade em serviços eletrônicos	Baseado no argumento de que a maioria dos modelos desenvolvidos anteriormente para a mensuração da qualidade em serviços on-line são incompletos, o autor usa dados de 31627 clientes on-line para defender um modelo hierárquico que seja mais eficiente. O autor defende 16 itens divididos em 4 dimensões, extraídos de um trabalho publicado em 2015 por ele e outros autores: 1 – Design do web site (qualidade da informação; organização do site; processo de compra; conveniência do site; seleção de produtos; mercadorias disponíveis; oferta de preços; personalização; disponibilidade do sistema); 2 – Cumprimento (tempo de entrega; condição de entrega e precisão da encomenda); 3 – Serviço ao consumidor (nível de serviço e políticas de devolução); 4 – Segurança/Privacidade (segurança e privacidade).	Usuários de internet que haviam feito pelo menos uma compra de um varejista on-line nos últimos seis meses.

Fonte: Adaptado de Miguel e Salomi (2004).

Pode-se observar que são inúmeras as contribuições geradas por modelos que buscam mensurar a qualidade em serviços, e isso também se aplica a áreas não relacionadas diretamente à dinâmica de mercado baseada na competitividade. Um exemplo são as pesquisas que têm como preocupação principal a qualidade em serviços públicos.

Buscando um modelo híbrido entre as dimensões pública e privada, baseando-se no conceito de qualidade no serviço público (PSQ) defendido por Sabadie (2003) e nas dimensões da SERVQUAL de Guenoun, Goudarzi e Chandon (2015) e Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) desenvolveram um modelo baseado em quatro dimensões principais: confiabilidade e transparência, relações, tangíveis e ética. A aplicação da escala revela que os habitantes valorizam muito a capacidade da autoridade de cumprir um padrão de serviços privados, o que corrobora para a importância que deve ser dada à qualidade em serviços, especialmente no setor público.

Analisando a qualidade de serviços públicos ofertados a moradores de uma favela, Ashraf, Moniruzzaman e Abdul Quddus (2018) coletam respostas de 222 moradores (usando o instrumento Servqual). Os resultados indicam que a tangibilidade, a capacidade de resposta, confiabilidade, dimensões de empatia e suporte logístico são os fatores significativos que influenciam os serviços de qualidade. A dimensão mais significativa foi a responsividade, indicando aos governos locais algumas das variáveis a serem usadas na construção de políticas para os moradores neste contexto.

Dahlström, Nistotskaya e Tyrberg (2018) investigaram as relações entre terceirização, qualidade do pessoal burocrático e a satisfação dos cidadãos com os serviços públicos, demonstrando que quanto maior o nível de terceirização; menor a satisfação.

Quando aplicada a setores como aqueles relacionados aos serviços de saúde, a análise da qualidade pode contribuir em múltiplos níveis: reconhecendo as prioridades e demandas da população, analisando a capacidade das organizações compreenderem e serem capazes de atender à estas necessidades e gerando informações úteis que podem ser usadas estrategicamente pelo poder público. “A qualidade dos serviços de saúde deve ser pensada sempre de forma incremental” (LOCH et al., 2018, p. 9).

### **3.2 Qualidade em Serviços de Saúde**

A qualidade dos cuidados em saúde representa um tema de difícil definição. (DONABEDIAN, 2005). Por esta razão deve mensurada de modo que reflita o valor que a sociedade em geral e os seus usuários (em particular) atribuem aos vários aspectos da

prestação de serviços. Somente medidas quantitativas como taxas de mortalidade, natalidade e outras, acabam por ignorar aspectos importantes que contribuem para a eficiência do sistema (MOR, 2005). Apesar dessas taxas que representam os resultados do processo serem amplamente usadas, uma série de considerações como o poder da medicina, o tempo necessário para a manifestação dos resultados, a clareza e facilidade de mensuração destas respostas, limitam o seu uso como medida de qualidade no atendimento (DONABEDIAN, 2005).

Segundo Maia et al. (2011) o quadro conceitual mais utilizado para a avaliação dos serviços de saúde é aquele estabelecido por Donabedian (1990). Para este autor, a qualidade deve ser construída por meio de sete pilares: efetividade, eficiência, eficácia, otimização, legitimidade, equidade e aceitabilidade, itens buscados pelos pacientes no momento do atendimento. O modelo apresentado pelo autor defende a avaliação da qualidade por meio da tríade: estrutura - que são os recursos utilizados na prestação de serviços de saúde; processo - as atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde; e resultados - mudanças observadas nos pacientes (ROSSO; SILVA, 2006).

Associado ao desejo de mensurar a qualidade, ou pelo menos entender aos processos que levam ao seu alcance, Manulik, Rosinczuk e Karniej (2016) aplicaram a Escala Servqual a consumidores de serviços públicos e privados de saúde. Os resultados apresentados demonstraram que para os consumidores de serviços públicos, a dimensão *relacionamento com a equipe médica* era a mais relevante, apresentando os maiores scores. Já para os consumidores dos serviços privados, a dimensão *equipamentos* foi apresentada como a mais expressiva. Segundo os autores, apesar da relevância das duas dimensões, as mesmas não podem ser consideradas como constituintes de vantagem competitiva e sim elementos centrais do serviço de saúde.

Usando um modelo defendido pelo Banco Mundial e que tem por objetivo a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde para países em desenvolvimento, Yin et al. (2015) compararam centros comunitários de saúde públicos e privados da China. Com base na análise de três dimensões: estrutura, processos e resultados do cuidado, os autores demonstram que os centros privados são mais bem equipados, tem melhor pessoal, maior quantidade de medicamentos em estoque em geral, mas um número menor deles quando o assunto são os medicamentos essenciais. Apesar disto, estas organizações falham quando o assunto é a qualidade das prescrições, pois apresentam alto número de medicamentos prescritos. Isto se deve ao fato das organizações privadas possuírem recursos financeiros mais

flexíveis, não sujeitos a regulação e restrição governamental. Já a satisfação com os serviços prestados não foi significativamente divergente.

Especificamente na perspectiva das RAS e da importância da atenção primária existem evidências de que uma maior orientação a este nível de atenção está associada ao aumento da efetividade dos sistemas, a promoção da equidade, da eficiência e da satisfação dos usuários (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Para que estas redes sejam organizadas de forma efetiva, eficiente e com qualidade, devem basear-se em nove fundamentos: economias de escala, disponibilidade de recursos, qualidade, acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção (MENDES, 2011). A qualidade dos serviços, o acesso e as economias de escala representam uma forma racional de organização. Os serviços dispersos territorialmente são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, onde a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Já os serviços concentrados são os que têm maior chance de se beneficiar com as economias de escala, onde os recursos são mais escassos e a distância tem menor impacto sobre o acesso (MENDES, 2002).

Mediante a observação de inúmeros fatores que podem influenciar a qualidade de um serviço prestado em saúde, muitos autores também têm se dedicado à elaboração de modelos que possam ser aplicados à área. O quadro 2 exemplifica alguns destes esforços, delimitando os resultados obtidos e seu contexto de aplicação.

Quadro 2 - Modelos de mensuração da qualidade em serviços de saúde. (Continua)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Contexto de aplicação
Dagger, Sweeney e Johnson (2007)	Modelo hierárquico de qualidade nos serviços de saúde	Os autores admitem a qualidade do serviço é percebida através de múltiplos níveis de abstração. Através de uma revisão de literatura os autores estabeleceram um modelo com quatro dimensões primárias (qualidade interpessoal; qualidade técnica; qualidade ambiental e qualidade administrativa). Grupos de foco levaram à identificação de nove subdimensões (interação e relacionamentos; resultados e experiência; atmosfera e tangíveis; prazo, operação e apoio). Uma escala foi construída e as hipóteses foram confirmadas: a qualidade do serviço tem um impacto significativo na satisfação; nas intenções e comportamento, além de ser mediadora da relação entre as dimensões de qualidade e as intenções de comportamento.	Clientes de duas clínicas oncológicas e uma clínica de medicina generalizada – serviços ambulatoriais privados – Austrália
Andaleeb (2008)	Modelo para a qualidade dos serviços de saúde em Blangadesh	O autor propõe avaliar os fatores que explicam a satisfação do paciente, influenciando o atendimento e a prestação do serviço. Entrevistas em profundidade e análise bibliográfica levaram o autor a testar um modelo que verifica a satisfação em função da garantia; dos tangíveis; da empatia; da responsividade; da comunicação; da inserção correta e da facilidade de pagamentos. Estas dimensões foram subdivididas em itens que compunham uma escala aplicada a 317 acompanhantes de crianças que estiveram em tratamento nos últimos 12 meses. Os resultados demonstraram a necessidade de mudanças de comportamento entre médicos, enfermeiros e pessoal de apoio.	Serviços de saúde destinados a crianças em uma cidade de Bangladesh.
Akter, Ambra e Ray (2010)	Modelo hierárquico para a qualidade de serviços de saúde móveis (E-Health)	Os autores tem por objetivo desenvolver um modelo que envolva satisfação, intenção de uso e qualidade de vida. A análise inicial da literatura levou a três dimensões primárias que influenciam a percepção da qualidade neste tipo de serviço: qualidade da plataforma; qualidade da interação e qualidade do resultado. Grupos de foco e entrevistas em profundidade levaram às subdimensões: segurança, eficiência, disponibilidade e privacidade do sistema; responsividade; garantia e empatia; benefícios funcionais e emocionais. Um questionário contendo as dimensões, itens sobre satisfação, intenção de uso e qualidade de vida, adaptado da E-Servqual (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 2005) foi gerado e aplicado o que resultou em 283 questionários válidos. Esta etapa testou hipóteses relacionadas aos constructos, demonstrando que a qualidade é um modelo construtivo reflexivo de terceira ordem e ainda possui fortes efeitos na satisfação, intenção de uso e qualidade de vida.	Serviços de saúde mental (telemedicina) – Bangladesh

Quadro 2 - Modelos de mensuração da qualidade em serviços de saúde. (Continua)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Contexto de aplicação
Hester et al. (2015)	SEQUenCE (Service user Quality of CarE)	Através de grupos de foco, houve a identificação de 61 dimensões, mas os processos de validade levaram a uma escala de 40 itens. Os resultados dos grupos de foco demonstraram a importância das relações paciente-paciente; pessoal pró-ativo, do ambiente hospitalar e da natureza colaborativa do cuidado, sendo estas dimensões centrais para a qualidade do atendimento. Para melhor compreensão das variáveis relacionadas aos grupos de foco ver Skelly et al. (2015).	Serviço de saúde mental em Dublin - Irlanda.
Ramessur, Hurreeram e Maistry (2015)	LABSERV	Os autores desenvolvem um modelo de mensuração da qualidade de serviços prestados por laboratórios. Através da revisão de literatura, os autores encontraram oito dimensões de qualidade em serviços, usando-as para modificar a escala SERVQUAL. Além disso, mais três dimensões foram incluídas: tecnologia; relatório de testes e tempo de resposta, que somadas à tangibilidade; confiabilidade; responsividade e comunicação formam o modelo. Após o refinamento da ferramenta, através de discussões com médicos e gerentes seniores, a LABSERV foi delineada com duas colunas: uma para percepção dos médicos e outra suas expectativas. Assim, hipóteses foram testadas através da aplicação da ferramenta a 112 médicos demonstrando que existe associações positivas entre todas as dimensões e a satisfação geral com o serviço; sendo a ligação mais forte aquela feita com a comunicação e a mais fraca com o relatório de testes.	Um laboratório público da cidade de Maurícia - África
Nadiri e Hussain (2016)	HEALTHZOT	Adotando o conceito de “zona de tolerância” (diferença entre o serviço desejado – aquele que o cliente espera receber - e o serviço adequado – aquele que ele aceita como suficiente); os autores adaptam a SERVQUAL para medir esta “zona de tolerância” entre hospitais públicos e privados. A aplicação da escala logrou 456 questionários válidos. Ao total a escala contém 24 itens – 22 para a qualidade e 2 para a satisfação. A “zona de tolerância” foi calculada como a diferença entre o serviço desejado e o adequado; a medida de superioridade foi calculada como a diferença entre o serviço desejado e o percebido; a medida de adequação do serviço foi calculada como a diferença entre o serviço adequado e o percebido. Os resultados demonstram que os pacientes não são propensos a aceitar heterogeneidade na prestação de serviços entre hospitais públicos e privados. Estes últimos precisam melhorar suas instalações e a qualificação de suas equipes. Os pacientes perceberam um déficit na qualidade entre os dois tipos de organizações. As expectativas desses pacientes quanto à qualidade do serviço não foram satisfeitas em relação aos tangíveis, responsividade e empatia para os hospitais públicos e em confiabilidade, responsividade e empatia para os privados. A qualidade e satisfação foram melhor para os hospitais privados.	Pacientes de hospitais públicos e privados no Norte do Chipre

Quadro 2 - Modelos de mensuração da qualidade em serviços de saúde. (Conclusão)

Autor (es)	Modelo	Características/ Principais resultados	Contexto de aplicação
Sumaed, Yarmen e Bakti (2016)	Modelo Multinível para a qualidade dos serviços de saúde	Baseados na premissa de que a qualidade em serviços é um constructo multidimensional e multinível, os autores utilizam as dimensões primárias de Brady e Cronin (2001): resultados; ambiente e interações. A primeira dimensão foi subdividida em tempo de espera; medicina e efetividade. A dimensão interações em dimensão leve e dimensão forte e expertise profissional. A dimensão ambiente foi subdividida em condições do ambiente e dos equipamentos. Os indicadores para cada subdimensão foram extraídos de estudos anteriores.	Pacientes de organizações de serviços de saúde pública em Jakarta – Indonésia
Lee (2017)	HEALTHQUAL	O autor revisa itens de mensuração em estudos prévios; organizações de acreditação; a Servqual e diretrizes do Instituto de Medicina. Também conta com discussões realizadas com um diretor de um hospital da Coreia do Sul; propondo dois surveys: um para medir a importância relativa dos itens listados como importantes para a qualidade e outro; as medidas refinadas da escala, após esta primeira fase. Empatia, Tangíveis, Segurança, Eficiência e Resultados são as dimensões desta ferramenta.	Pacientes e seus familiares em um hospital.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

De forma generalizada, percebe-se certo esforço na busca de uma forma de “racionalização” para um processo tão complexo como o que envolve os serviços de saúde e a qualidade. À medida que as organizações que compõem os sistemas de saúde tornam-se interconectadas, ou dispostas em redes, este objetivo torna-se ainda mais obscuro.

Para Mendes (2011), a situação ótima nas redes de saúde pode ser alcançada quando há a concomitância de economias de escala e serviços de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos. Diferentes países fazem diferentes escolhas sobre custos, qualidade e acesso, mas há um conjunto de fatores comuns que afetam a todos e inibem o sistema: o aumento das expectativas, a relutância em pagar mais pelos serviços e preocupações sobre equidade, segurança e qualidade (MINVIELLE; KIMBERLY, 2005).

É preciso compreender grande parte destas dimensões influenciadoras e suas relações com o alcance da qualidade nos serviços prestados em saúde. Contudo, é importante lembrar a necessidade de conceber estes resultados de forma gerencial e prática, incorporando-os em rotinas e processos que realmente agreguem valor ao resultado. A satisfação do paciente é uma preocupação dominante que está entrelaçada com decisões estratégicas nos serviços de saúde (NADIRI; HUSSAIN, 2016).

## REFERÊNCIAS

- AKTER, S.; AMBRA, J. D.; RAY, P. Service quality of mHealth platforms: development and validation of a hierarchical model using PLS. **Electron Markets**, Leipzig, v. 20, p. 209–227, 2010.
- ALI, M.; RAZA, S. A. Service quality perception and customer satisfaction in Islamic banks of Pakistan: the modified SERVQUAL model. **Total Quality Management and Business Excellence**, London, v. 28, n. 5–6, p. 559–577, 2017.
- AL-NEYADI, H. S.; ABDALLAH, S.; MALIK, M. Measuring patient’s satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. **International Journal of Healthcare Management**, London, v. 11, n. 2, p. 96–105, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/20479700.2016.1266804>>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- ANDALEEB, S. Caring for children: a model of healthcare service quality in Bangladesh. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 20, n. 5, p. 339–345, 2008.
- ASHRAF, M.; MONIRUZZAMAN, M.; ABDUL QUDDUS, S. M. Determinants of Quality services provision of local government: evidence from Bangladesh. **Journal of Public Administration and Governance**, Las Vegas, v. 8, n. 2, p. 368, 2018. Disponível em: <<http://www.macrothink.org/journal/index.php/jpag/article/view/13131>>. Acesso em: 21 jun. 2018.
- ASUBONTENG, P.; MCCLEARY, K. J.; SWAN, J. E. SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. **The Journal of Services Marketing**, Santa Barbara, v. 10, n. 6, p. 62–81, 1996.
- BABAKUS, E.; BOLLER, G. W. An empirical assessment of the SERVQUAL scale. **Journal of Business Research**, Athens, v. 24, p. 253–268, 1992.
- BEERS, L. S.; GODOY, L.; BIEL, M. G. Using effective public private collaboration to advance integrated care. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 26, n. 4, p. 665–675, 2017.
- BLUT, M. E-Service quality: development of a hierarchical model. **Journal of Retailing**, New York, n. 3, p. 1–18, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jretai.2016.09.002>>. Acesso em: 23 jun. 2018.
- BRADY, M. K.; CRONIN, J. J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 65, n. 6, p. 34-49, 2001.
- BRASIL. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- BROWN, S. W.; SWARTZ, T. A. A gap analysis service of professional quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 53, n. 2, p. 92–98, 1989.
- CARMAN, J. M. Consumer perceptions of service quality : an assessment of the SERVQUAL dimensions. **Journal of Retailing**, New York, v. 66, n. 1, p. 33–55, 1990.

- CASTANHEIRA, E. R. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 84–88, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/14.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.
- CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde : comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012.
- CHAKRABORTY, R.; MAJUMDAR, A. Measuring consumer satisfaction in health care sector : the applicability of SERVQUAL. **Journal of Arts, Science & Commerce**, Mirza Ghalib Road Malegaon Nasik v. 2, n. 4, p. 149–160, 2011. Disponível em: <[http://www.researchersworld.com/vol2/issue4/Paper\\_17.pdf](http://www.researchersworld.com/vol2/issue4/Paper_17.pdf)>. Acesso em: 22 maio 2018.
- CHAKRABORTY, S.; KAYNAK, H. Towards a triadic quality measurement framework for U.S. healthcare. **Quality Management Journal**, London, v. 25, n. 1, p. 46–63, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/10686967.2018.1404358>>.
- CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension on JSTOR. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 56, n. 3, p. 55–68, 1992.
- CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. A. SERVPERF verSUS SERVQUAL: and reconciling of service measurement perceptions quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 58, n. 1, p. 125–131, 1994. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/1252256>>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- DAGGER, T. S.; SWEENEY, J. C.; JOHNSON, L. W. A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. **Journal of Service Research**, Thousand, n. 2, p. 123–142, 2007.
- DAHLSTRÖM, C.; NISTOTSKAYA, M.; TYRBERG, M. Outsourcing, bureaucratic personnel quality and citizen satisfaction with public services. **Public Administration**, London, v. 96, n. 1, p. 218–233, 2018.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691–729, 2005.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, p. 1115-1118, 1990.
- ESKANDER, A.; GOLDSTEIN, D. P.; IRISH, J. C. Health services research and regionalization of Care-From policy to practice: the ontario experience in head and neck cancer. **Current Oncology Reports**, Philadelphia, v. 18, n. 3, p. 1–7, 2016.
- FASSNACHT, M.; KOESE, I. Quality of electronic services: conceptualizing and testing a hierarchical model. **Journal of Service Research**, Thousand Oaks, v. 9, n. 1, p. 19–37, 2006.
- GIBSON, C. B. Quality of team service the role of field independent culture , quality orientation , and quality improvement focus. **Small Group Research**, Newbury Park, v. 34, n. 5, p. 619–646, 2003.

- GREVE, J.; COELHO, V. Evaluating the impact of contracting out basic health care services in the state of Sao Paulo, Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 32, n. 7, p. 923–933, 2017.
- GRONROOS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 18, n. 4, p. 36–44, 1984.
- GUENOUN, M.; GOUDARZI, K.; CHANDON, J. L. Construction and validation of a hybrid model to measure perceived public service quality (PSQ). **International Review of Administrative Sciences**, v. 82, n. 1, p. 208-230, 2015.
- HESTER, L. et al. SEQUenCE: a service user-centred quality of care instrument for mental health services. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 27, n. 4, p. 1–7, 2015.
- JOHNSON, M. C. et al. Safe care: an innovative approach for improving quality through standards, benchmarking, and improvement in low- and middle-income countries. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, v. 42, n. 8, p. 350–AP11, 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42049-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42049-0)>. Acesso em: 23 jan. 2018.
- KIRAN, K.; DILJIT, S. Modeling Web-based library service quality. **Library and Information Science Research**, Norwood, v. 34, n. 3, p. 184–196, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.lisr.2012.02.005>>. Acesso em: 22 jun. 2018.
- KUO, T. et al. Measuring users' perceived portal service quality: an empirical study. **Total Quality Management and Business Excellence**, London, v. 16, n. 3, p. 309–320, 2005.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde : contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307–2316, 2010.
- LEE, Don H. HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. **Service Business**, Cham, v. 11, n. 3, p. 491–516, 2017.
- LIMA, A. A.; MONTEIRO, L. F.; VASCONCELOS, C. R. Avaliação do desempenho dos serviços de saúde: análise das usuárias de uma unidade de atenção básica com base no modelo Kano. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 42–51, 2017.
- LOCH, A. P. et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1–13, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000205010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205010&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 23 jan. 2018.
- MAIA C. S. et al. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2567-2574, 2011.
- MANULIK, S.; ROSINCZUK, J.; KARNIEJ, P. Evaluation of health care service quality in Poland with the use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. **Patient Prefer Adherence**, London, v. 10, n. 1, p.1435–1442, 2016.

- MAYSTON, R. et al. Developing a measure of mental health service satisfaction for use in low income countries: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 1, p. 1–13, 2017.
- MELLO, G. A. et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291–1310, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401291&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401291&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 21 jan. 2018.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: [s. n.], 2011.
- MENDES, E. V. **Reflexões sobre a NOAS-SUS 01/02**. Belo Horizonte: Mimeo, 2002.
- MIGUEL-DÁVILA, J. Á. et al. Operations in banking: the service quality and effects on satisfaction and loyalty. **Service Industries Journal**, Oxford, v. 30, n. 13, p. 2163–2182, 2010.
- MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**, Piracicaba, v. 14, n. 1, p. 55-68, 2004.
- MINVIELLE, E.; KIMBERLY, J. R. Measuring and managing quality in hospitals: lessons from a French experiment. **Advances in Health Care Management**, Wagon Lane, v. 5, p. 247–27, 2005.
- MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097–1108, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401097&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 21 jul. 2018.
- MOR, V. Improving the quality of long-term care with better information. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 333–364, 2005.
- MOSCOVICE, I. et al. Understanding Integrated Rural Health Networks. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 75, n. 4, p. 563–588, 1997.
- NADIRI, H.; HUSSAIN, K. Zone of tolerance for healthcare services: a diagnostic model of public and private hospital service quality this. **Argumenta Oeconomica**, Uroclaw, v. 2, n. 37, p. 245–280, 2016.
- NAIDOO, R.; LEONARD, A. Perceived usefulness, service quality and loyalty incentives: Effects on electronic service continuance. **South African Journal of Business Management**, Durbanville, v. 38, n. 3, p. 39–48, 2007. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=bth&AN=27025492&site=eds-live&authtype=ip,uid>>. Acesso em: 21 maio 2018.
- NYANDWE, J. et al. Measuring Patients' perception on the quality of Care in the Democratic Republic of Congo using a modified, Service Quality Scale (SERVQUAL). **Archives of Science**, Kinshasa, v. 1, n. 2, p. 1–6, 2017. Disponível em: <<http://nrl.northumbria.ac.uk/31161/1/SCIENCE-1-108.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2018.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 49, n. 4, p. 41–50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple-Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p. 12–40, 1988.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; MALHOTRA, A. E-S-QUAL a multiple-item scale for assessing electronic service quality. **Journal of Service Research**, Thousand, v. 7, n. 3, p. 213–233, 2005.

PENA, M. M. et al. The use of the quality model of parasuraman, zeithaml and berry in health services. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1227–1232, 2013.

PEREIRA FILHO, E.; CAMPOS, D. F.; DANTAS, M. L. R. Mensuração da qualidade de serviço em academias de ginástica: das escalas padronizadas ao desenvolvimento de uma escala específica. **Holus**, Lages, v. 29, n. 5, p. 175–190, 2013. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=92954863&lang=pt-br&site=ehost-live>>.

RAAJPOOT, N. Reconceptualizing service encounter quality in a Non-Western Context. **Journal of Service Research**, Thousand, v. 7, n. 2, p. 181–201, 2004.

RAMESSUR, V.; HURREERAM, D. K.; MAISTRY, K. Service quality framework for clinical laboratories. **International Journal of Health Care Quality Assurance Article information**, Wagon Lane, v. 28, n. 4, p. 367–381, 2015.

RASPOLLINI, E. et al. Use of SERVQUAL to assess clinicians' satisfaction with the blood transfusion service. **Vox Sanguinis**, Basel, v. 73, n. 3, p. 162–166, 1997. Disponível em: <<http://0-ovidsp.ovid.com.wam.city.ac.uk/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=9358618>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

RETKA, N. et al. **A saúde no Brasil a partir da década de 80: retrospectiva histórica e conjuntura atual**. Cascavel: UNIOESTE, 2003. p. 65–66.

ROSSITER, J. R. ER-SERVCOMPSQUAL: a measure of e-retailing service components quality. **Service Science**, Catonsville, v. 1, n. 4, p. 212–224, 2009.

ROSSO, J. A.; SILVA, R. M. Avaliação da qualidade do atendimento em Unidades Primárias de Saúde: comparação de estruturas com e sem a presença de Acadêmicos de Medicina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 2, p. 47–55, 2006.

SABADIE, W. Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public. **Recherche et Applications en Marketing**, Grenoble, v. 18, n. 1, p. 1–18, 2003.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281–1289, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401281&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 21 jan. 2018.

SETÓ-PAMIES, D. Customer loyalty to service providers: examining the role of service quality, customer satisfaction and trust. **Total Quality Management & Business Excellence**, London, v. 23, n. 11, p. 1257–1271, 2012.

SILVEIRA, B. C.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Redes de atenção à saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 19, n. 19, p. 61–70, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n19/n19a08.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

SKELLY, N. et al. Quality of care in psychosis and bipolar disorder from the service user perspective. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 23, n. 12, p. 1672–1685, 2015.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, p. 457-502, 2005.

SUMAED, S.; YARMEN, M.; BAKTI, I. G. Y. B. Healthcare service quality model: a multilevel approach with empirical evidence from a developing country. **International Journal of Productivity and Performance Management**, Wagon Lane, v. 65, n. 8, p. 1007-1024, 2016.

SURESHCHANDAR, G. S.; RAJENDRAN, C.; ANANTHARAMAN, R. N. A holistic model for total quality service. **International Journal of Service Industry Management**, Bradford, v. 12, n. 4, p. 378–412, 2001.

TEAS, R. K. Expectations, performance evaluation and consumer's perceptions of quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 57, n. 4, p. 18-34, Oct. 1993.

TESSEMA, G. A. et al. Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: multilevel modelling. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 12, n. 6, p. 1–20, 2017.

TKACZYNSKI, A.; STOKES, R. Festperf: a service quality measurement scale for festivals. **Event Management**, Putnam Valley, v. 14, n. 1, p. 69–82, 2010.

TRIPATHI, S. N.; SIDDIQUI, M. H. Assessing the quality of healthcare services : a SERVQUAL approach. **International Journal of Healthcare Management**, London, p. 1–12, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1469212>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

VAN DYKE, T. P.; KAPPELMAN, L. A.; PRYBUTOK, V. R. Measuring information systems service quality: concerns on the use of the SERVQUAL Questionnaire. **MIS Quarterly**, Minneápolis, v. 21, n. 2, p. 195–208, 1997.

VASSILIADIS, C.; FOTIADIS, A. K.; TAVLARIDOU, E. The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. **Total Quality Management & Business Excellence**, London, v. 25, n. 7/8, p. 897–907, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14783363.2014.904564>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

YIN, X. et al. a comparison of quality of community health services between public and private community health centers in urban China. **Medical Care**, Philadelphia, v. 53, n.10, p. 888-893, 2015.

## SEGUNDA PARTE

### ARTIGO 1

#### Quality in Services: Connections and Speeches in area

#### Artigo redigido de acordo com as normas da Revista Dimensão Empresarial

##### Abstract

Factors such as competitiveness, survival and innovation lead organizations to seek quality in their processes, delivering products that meet the customer expectations. Concerns about ways of measure, especially in the service literature, are frequent. The aim of this research was to delimit, to explore and categorize the intellectual theoretical apparatus that supports the field (intellectual basis), from the topic of quality in services through a bibliometric analysis. The results demonstrate two connected networks, the first one centered in the study of Cronin and Taylor (1992) and other on Parasuraman, Zeithaml and Malhotra (2005). The analysis of the first network allows identifying a field initially formed by debates that arise around the service quality measurement tools. The categorization of studies according to their contexts/objectives allows classifying them as: *Defenders, opponents, guiding and visionaries*; showing the evolution of the field and a discourse around the Servqual.

**Keywords:** Quality; Services; Servqual; Bibliometric analysis.

##### Resumen

Factores como la competitividad, la supervivencia y la innovación llevan a las organizaciones a buscar calidad en sus procesos, entregando productos que satisfagan las expectativas del cliente. Las preocupaciones sobre las formas de medir, especialmente en la literatura del servicio, son frecuentes. El objetivo de esta investigación fue delimitar, explorar y categorizar el aparato teórico intelectual que sustenta el campo (base intelectual), desde el tema de la calidad en los servicios a través de un análisis bibliométrico. Los resultados demuestran dos redes conectadas, la primera centrada en el estudio de Cronin y Taylor (1992) y otra en Parasuraman, Zeithaml y Malhotra (2005). El análisis de la primera red permite identificar un campo formado inicialmente por debates que surgen en torno a las herramientas de medición de la calidad del servicio. La categorización de los estudios según sus contextos / objetivos permite clasificarlos como: Defensores, opositores, guías y visionarios; mostrando la evolución del campo y un discurso alrededor del Servqual.

**Palabras-clave:** Calidad; Servicios; Servqual; Análisis bibliométrico.

##### Resumo

Fatores como competitividade, sobrevivência e inovação levam as organizações a buscar qualidade em seus processos, entregando produtos que atendam às expectativas dos clientes. Preocupações sobre formas de medida, especialmente na literatura de serviço, são frequentes. O objetivo desta pesquisa foi delimitar, explorar e categorizar o aparato teórico intelectual que sustenta o campo (base intelectual), a partir do tema qualidade nos serviços, por meio de uma análise bibliométrica. Os resultados demonstram duas redes conectadas, a primeira centrada no estudo de Cronin e Taylor (1992) e outra em Parasuraman, Zeithaml e Malhotra (2005). A análise da primeira rede permite identificar um campo inicialmente formado por debates que surgem em torno das ferramentas de medição da qualidade do serviço. A categorização dos

estudos de acordo com seus contextos / objetivos permite classificá-los como: Defensores, oponentes, orientadores e visionários; mostrando a evolução do campo e um discurso em torno do Servqual.

**Palavras-chave:** Qualidade; Serviço; Servqual; Análise Bibliométrica

## 1 INTRODUÇÃO

Quality in services represents an essential strategy for achieving success and survival in intensely competitive markets (Parasuraman; Zeithaml e Berry, 1985), because it's highly related to competitiveness (Machado-da-Silva e Barbosa, 2002). "To be a competitor in a global market, companies should study the performed examples of quality" (Irani, Beskese, e Love, 2004, p. 643), once the customer becomes increasingly demanding, seeking companies that not only meet their needs, but also exceed their expectations (Fernandes et al.,2017).

The concept of quality, however, can be classified as adaptive; going from simple standardization to customer focus, permeating aspects related to pleasure, innovation, loyalty and attendance to needs not yet known (Yang, 2017). Such characteristic can be confirmed in the study of (Panzitta et al., 2017), where the authors sought to develop a broad concept of quality for the pharmaceutical industry, based not only on good manufacturing practices but also on the supply of medicines and technical innovation. The concept ended up involving other elements, such as the risk of drug shortages, technology, quality history of the manufacturing organization and regulations that influence the product life cycle.

Specifically in services, the quality has received great attention from both researchers and practitioners in the past two decades (Ali e Raza, 2017). Some have focused on bibliometric research on the theme, however, without conducting an in-depth field analysis and its debates. The study of Castro Jr. et al. (2013) delimited the state of the art on the theme from 1985 to 2011 and demonstrates the relevance of authors such as Parasuraman, Cronin, Zeithaml and Berry, the SERVQUAL methodology and the predominance of the expectation confirmation theory (ECT) for the area.

Pereira, Carvalho e Rotondaro (2013) used international (1983-2011) and national (1993-2011) bases in their analysis, showing the use of measuring classic tools such SERVQUAL and SERVPERF and the influence of the perspective adopted by total quality management. The evolution of quality models was the subject of Seth, Deshmukh e Vrat (2005) work. The authors detected the change in the service delivery process, from conventional to information technology (IT)-based services. They also noticed that service measurement depends on its configuration and one of the ingredients to improve it is the clear understanding of its underlying concepts, which in turn makes the theme more complex.

The aim of the present research was to delimit, explore and categorize the intellectual basis of quality in services through bibliometric analysis. The intellectual basis is of the field is demonstrated by the cocitation network generated by the selected articles. This study seeks a new look on the formation of the field by reading and categorizing important studies for the area. In this way, it's demonstrates the importance of seminal authors through the connections in their discourses, showing a logical and continuous path to the theme.

## 2 DEVELOPMENT

### 2.1 Method

For the realization of this research, the design defended by Prado et al. (2016) was adopted, directed to bibliometric studies. Thus, the process consisted of five phases, in which the procedures referring the research operation are established, as can be observed in Table 1.

Table 1 - Steps for bibliometric analysis.

	Stage	Procedure	Description
1	Research Operation	1.1	Choice of scientific base(s) or journal(s)
		1.2	Delimitation of terms that represent the field
		1.3	Delimitation of other terms for result calculation
2	Search procedures (filters)	2.1	<i>Title</i> (field term) <i>AND</i> topic (guidance)
		2.2	Use of <i>underline</i> : exact expression
		2.3	Filter 1: just delimitations of articles
		2.4	Filter 2: All years
		2.5	Filter 3: All areas
		2.6	Filter 4: All languages
3	Selection procedures (Database)	3.1	Download of references - <i>software EndNote</i>
		3.2	Download of references in spreadsheet format
		3.3	Download of references for use in <i>CiteSpace</i>
		3.4	References organization in <i>EndNote</i>
		3.5	Matrix analysis in spreadsheet organization
		3.6	Data import to software analysis
4	Data adequacy and organization	4.1	Elimination of duplicated articles from the database
		4.2	Articles elimination through brief reading
		4.3	Elimination through terms polysemy analysis
		4.4	Search for full articles in pdf
5	Scientific production analysis	5.1	Temporal tendencies and volume of publication analysis
		5.2	References and most cited articles analysis
		5.3	Country of origin analysis
		5.4	Journal analysis
		5.5	Authorship and co-authorship analysis
		5.6	Publication category (areas) analysis
		5.7	Keyword analysis
		5.8	Description, relation and tendency study

Note: Adapted from Prado et al. (2016)

Following these principles, the Web of Science (WOS) was base chosen for this research, in which the terms quality and service\* were searched in all titles; without year delimitation; thus resulting 10,657 documents. The use of \* for trick is recommended by Cardoso and Kato (2015) and aims to find the term and its variations.

The first used filter was the delimitation of areas belonging to the business, through the selection of documents published in: *Management; Business; Business Finance and Economy*, areas specified by the researched base. This action returned 2,200 valid documents. After this step, there were chosen those classified as scientific articles, totaling 1,307 items.

All the studies were transferred to the EndNote desktop software and fully downloaded. Subsequently, all titles and abstracts were read in order to insert in the sample only those that dealt exactly with the proposed theme (quality in services). This process allowed excluding 124 articles, concluding 1,183 documents to perform the research.

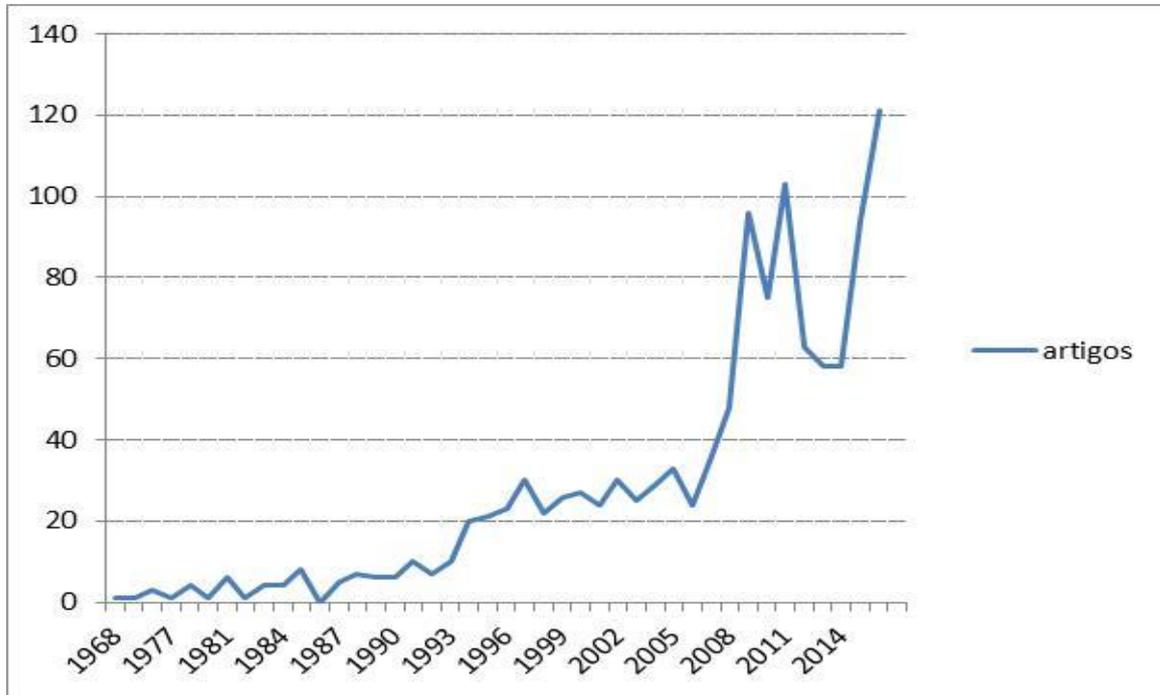
Based on all the information obtained through previous processes, the articles were again identified in the WOS database, although being transferred to Citespace software, a tool that provides bibliometric analysis.

## **2.2 RESULT ANALYSIS**

### **2.2.1 Field configuration**

It is possible to obtain a preview of the field configuration and its evolution through observations made via data collected in the WOS. A brief analysis of the publications delimited as a sample for this research allows suggesting a growth of interest in the field, as can be observed in Figure 1:

Figure 1 - Evolution of publications related to the topic quality in services (1968-2016).



Source: Research data

Regarding these data, it is interesting to point out a jump between the years 1968 and 1975, and the year 1986, in which no article was found on the theme. The increasing interest in the area can be observed in the data, especially after the 1980s, the date of the studies resulting from the partnership between Parasuraman, Zeithaml and Berry. There was an intense growth between 2006 and 2009, then resumed in 2015.

Based on the 1,183 articles selected, it is possible to state that the theme quality in services was initially treated in its quantifiable aspect. The first sample study is from Lévy-Lambert (1968). The author argues the influence power of each economic agent (individual or company) in the satisfaction of other involved agents, besides the need of interest in the theme by the economic science. By adopting the concept of quality as one or more characteristics of goods or services that influence income and consumer satisfaction; the author creates a model that considers the influence of the variable "external diseconomies" on the prices of traffic services. External diseconomy would be the effect of individuals or companies on each other.

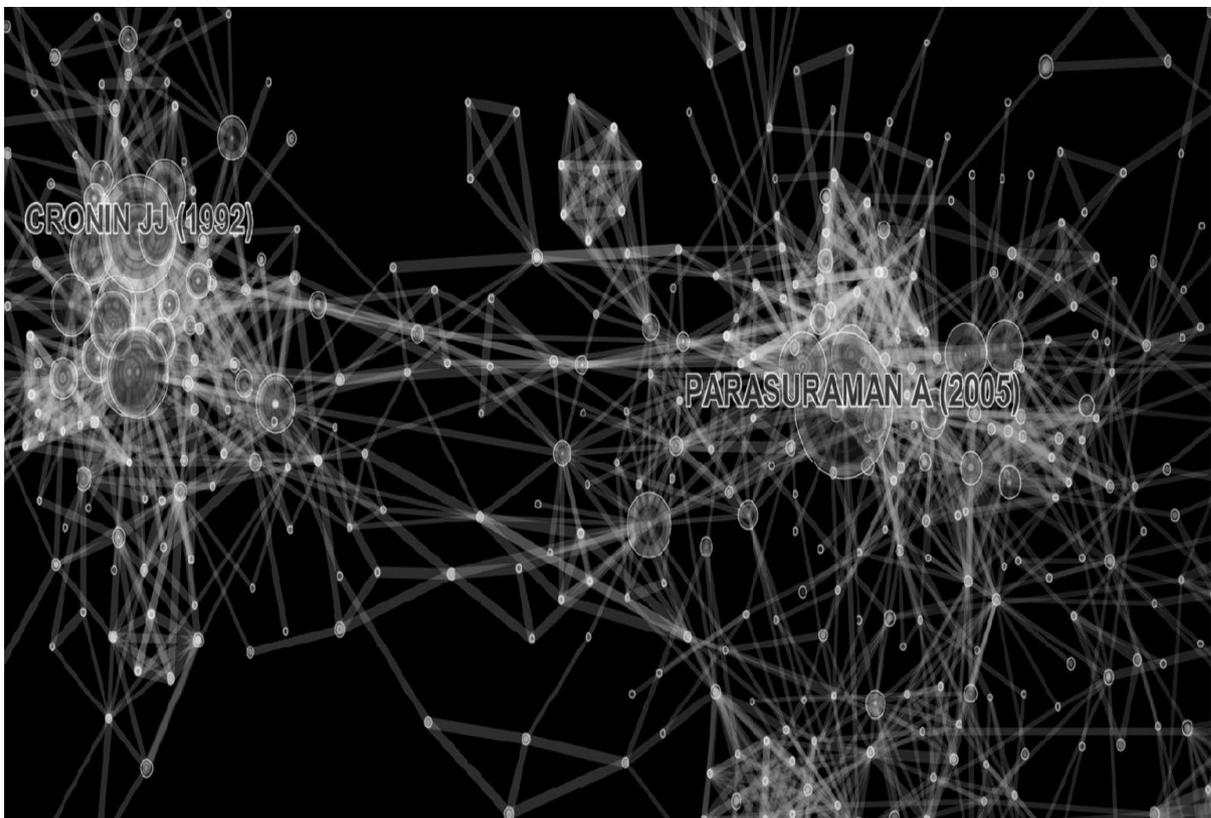
The concern with the way of measuring the quality in services and its relationships with other variables, such as satisfaction, perceived value and behavioral intent are evident.

### 2.2.2 Bibliometric analysis

With the studies already included in the Citespace software, it is possible to create a co-citation sample network, which delimits the field, the domain of this knowledge area. According to Chen (2016), the co-citation analysis has its power exemplified in the revelation of global standards as the paths between the limits of a certain discipline or reference groups that demonstrate the relationships between authors and studies. It refers to an analysis centered on the interrelationships established among authors influencing the area and not on their individual publications (Chen, 1999).

Chen (2006) states that the co-citation network represents the intellectual basis of a research front, which is understood as the emergent and transient clustering of underlying research concepts and questions. "A deep feature of a research front is the constant presence of scientific debates, ranging from controversial theories to inconclusive evidence" (Chen, 2003, 26). Therefore, the co-citation network represents what is cited by the research front, or by the state of the art of a given field, as can be observed in the Figure 2.

Figure 2 - Network of co-citations and their delimited burts.



Source: Research data.

The analysis process through Citespace software reveals that the intellectual basis of the field of "quality in services" is formed by two main networks strongly tight: the first focused on the study of Cronin e Taylor (1992) and the other in the Parasuraman; Zeithaml e Malhotra (2005).

Due to the impossibility of reading all the studies that compose both networks, the delimitation of the "citations burts" or reference peaks of the sample was adopted, representing the circles in Figure 2. Burts are metrics related to the temporality of citations, being able to be understood as a good indicator for the research front of a scientific field or the vanguard of the same (Chen, 2004). Therefore, based on the intellectual base of the field, the articles that showed a high number of citations in a certain period were analyzed. This analysis consisted of the reading of all selected studies and their subsequent classification based on two central categories: the **context/objectives** adopted in the study and its **results**.

The objective was to merge the studies under these two points of view, so that subcategories that reflect the debate and the knowledge generated in the field could be constructed. From this classification, it was possible to include the studies/authors in clusters based on the network and the analyzed context. In the present study, the discussion will be focused on the first network, i.e., the cluster of authors that has the study of Cronin and Taylor (1992) as central.

### **2.2.3 Network analysis**

According to the identification of studies that show burst or peaks of reference, the first network is composed by older studies: Parasuraman; Zeithaml; Berry (1994); Parasuraman; Zeithaml; Berry (1988); Zeithaml; Berry; Parasuraman, (1996); Parasuraman; Berry; Zeithaml, (1991); Cronin; Taylor (1992) 1994); Babakus e Boller, (1992); Teas (1993); Brown, Churchill Jr. e Peter, (1993); Carman (1990). Each point or node of the network represents the citations made by the sample studies and the lines connecting nodes are the co-citation links. When these links are analyzed yearly, it is observed that the connections begun in the year of 1991, being intensified in this network until 2002, when they started dispersing towards the second network.

The reading of all the articles that comprise the first group allows identifying a set of authors with homogeneous characteristics among themselves. Both have a very similar context and are related to the discussion on the SERVQUAL scale defended by Parasuraman; Zeithaml e Berry (1985; 1988). These studies can be understood by their role in the evolution

and acceptance of the SERVQUAL scale in the academy. The discussion generally begins with the study that shows the scale, passing through criticisms directed to its conception and presentation, culminating in the call for new directions of research and the attempt to readjust the scale based on the found problems.

#### **2.2.4 Categorization of the studies**

When the studies of this group were analyzed in relation to their **context/objectives**, a broad view was sought on the key questioning of the authors, which almost totally exemplifies the methodological, conceptual and practical concern in relation to the SERVQUAL scale. There is an axis that can be taken as central in these notes, which is the criticism to the paradigm of disconfirmation of expectation (ECT) usage, base of SERVQUAL scale. "Disconfirmation is measured by the difference between performance (what is delivered to the consumer) and expectations (what the consumer expected to find in the consumer experience)" (Urdan e Zuñiga, 2001, p.32).

For a better understanding of network formation, the first category of analysis (**context/objectives**) was decomposed into other subcategories that provided a clear view of the debate evolution in the field. Thereby, considering that the central context of the studies is the questioning of SERVQUAL usage as a way of measuring, the studies were subdivided into four subcategories: **1 - Quality is attitude; 2 - In defense of SERVQUAL; 3 - Specific problems; 4 - New directions.**

#### **2.2.5 Why "quality is attitude"?**

Research that fit the first subcategory are those in which the authors defend the quality measurement as a simple performance evaluation of services and not the difference between expectations and performance, i.e., they are studies that challenge the ECT.

The studies of Cronin and Taylor (1992) and Cronin and Taylor (1994) represent this profile, since they reflect the need of separation between the quality and satisfaction concepts, being that the latter acts as a mediator, changing expectations and evaluations about a given service (Cronin and Taylor, 1992). The authors argue that judging satisfaction and judging quality are different processes, and that the great issue is that the SERVQUAL scale was shaped by the ambiguity of both concepts. For the authors, the ECT depends on the

customer's prior experience with the service to be evaluated whereas the attitude analysis does not (Cronin and Taylor, 1994).

Based on these criticisms to SERVQUAL and its way of measuring, the authors then advocate a new way of measuring quality, specifically termed SERVPERF. For this reason, the studies of Cronin and Taylor (1992 and 1994) are named "opponents"; i.e., they question the ECT usage adopted in SERVQUAL for measuring quality in services.

### **2.2.6 In defense of SERVQUAL**

The second subcategory originated from the analysis of the context/objectives of the studies is called "in defense of SERVQUAL", since it shows authors who support the instrument. In this cluster are included the studies performed by the collaboration between Parasuraman, Zeithaml and Berry (1988; 1991 and 1994). In the first, the SERVQUAL scale is presented, an instrument of 22 items applied to consumers in five different service sectors, being maintenance and repair of equipment, banks, mobile telephony, insurance brokerage and credit card companies. This approach leads to five dimensions in which services can be evaluated: Tangibility, reliability, understanding, security and empathy.

In the second, the authors respond to the study of Cronin and Taylor (1992), in which criticism is made to scale; and the third (1994) presents a re-evaluation of the scale after numerous evaluations. Based on the statements made by Cronin and Taylor (1992), Parasuraman; Zeithaml; Berry (1994) manifested assuming that quality can be measured by several standards of comparison, being GAP expectations - performance (or ECT) one of them. However, in 1991, the authors seek to refine the scale in the face of numerous problems pointed out by other studies, especially those related to statistical validity to application sectors and to way of writing.

They chose to name these studies as "defenders", since they advocate in favor of the SERVQUAL scale and its principles, i.e., the way of measuring based on the ECT.

### **2.2.7 SERVQUAL: problems beyond foundations**

The third subcategory is called Specific problems and has the articles of Babakus and Boller (1992), Teas (1993), Brown, Churchill Jr.e Peter (1993) and Carman (1990) in its scope. These authors do not have only the criticism to the ECT in their objectives, but also the

analysis of specific problems in relation to the application of the SERVQUAL scale, especially those related to statistical analyses and other points, as can be observed in Table 2:

Table 2 - Problems related to Servqual and its authors.

<b>Problems of SERVQUAL scale</b>	<b>Authors</b>
Dimensionality and stability of dimensions found in the application of scale	Babakus and Boller (1992); Carman (1990); Brown, Churchill Jr. e Peter, (1993)
Viability to find quality as a gap between expectations and performance (expectation confirmation theory)	Babakus and Boller (1992); Carman (1990)
Effect of writing on the quality of answer	Babakus and Boller (1992); Carman (1990)
Reliability and validity (statistics)	Babakus and Boller (1992); Brown, Churchill Jr. e Peter, (1993)
The concept of expectations is vague	Teas (1993)
Adopt the difference of scores as a way of measuring	Brown, Churchill Jr. e Peter, (1993)
Restriction of variance	Brown, Churchill Jr. e Peter, (1993)
Application to services with multiple encounters (e.g. hospitals).	Carman (1990)
How/when to obtain information on the expectations	Carman (1990)
Importance of each evaluated item to the consumer	Carman (1990)

Source: Research data.

The studies listed in this table are called "Guiding", since they aimed at alerting to numerous difficulties related to scale and its application. In general, there is a strong concern with dimensionality, with stability and the statistical validity of the same. There is no consensus on the number of dimensions related to scale analysis (Babakus and Boller, 1992). Moreover, validity and other statistical measures, such as discriminant analysis, are also questioned.

Another important point is the way the variables are written, which causes problems related to errors by the respondents. Furthermore, Carman (1990) also draws attention to the application of scale in services that are multiple (such as those practiced in health organizations), since they are composed of multiple encounters (reception, doctors, nurses, physiotherapists, professionals in diagnosis and therapy, among others.). It is impossible to

evaluate different encounters by adopting them as one and with only one tool. Gathering expectations is also a challenge, according to the same author. It is necessary to understand the importance level of each item of the consumer scale, i.e., which affects its evaluation, in each measured variable.

### **2.2.8 The field and it's new directions**

The fourth and last subcategory identified through the context/objective analysis of articles is named as "New directions". It concentrates the studies that argue that discussion should be taken to another level and not only focus on the problems found in the use of SERVQUAL and ECT. It is based only on the research of Zeithaml, Parasuraman and Berry (1996), in which the authors present a new model for measuring quality in services, being therefore named "Visionary". In this study, the authors consider the impact of quality on positive behavioral intentions by the consumer, i.e., rather than measuring, it is also necessary to understand how the perception of quality is related to other factors, such as profit.

It is realized that the debate in the field begins to open up to new perspectives, other looks on how measuring the quality of services, carrying the need to also evaluate the effects of this variable on important organizational aspects.

## **3 RESULTS**

Based on the first characterization, the network articles will now be classified according to their results. The reading and subsequent organization of articles allowed generating two subcategories: "Scale" and "Agenda/Suggestions".

The first subcategory includes articles that present in their results some way of measuring quality in services (scale) or even statements on the application of these tools. The study of Cronin and Taylor (1992) with the proposal of SERVPERF and Parasuraman is based on this profile, and Zeithaml and Berry (1988) with SERVQUAL. This subcategory also includes the studies of Teas (1993), Zeithaml, Parasuraman and Berry (1996) and Parasuraman, Berry and Zeithaml (1991).

The study of Teas (1993) resumes SERVPERF in its conclusion, proving the superiority (in terms of construct validity) of the measurement based directly on the performance evaluation of the service rendered, in contrast to the measuring based on the ECT, despite alerting for caution on the subject.

The study of Zeithaml, Parasuraman and Berry (1996) shows in its conclusions the impact of the quality on the consumer's behavior and intention of purchase, demonstrating that the quality is positively associated to this variable. The authors also analyze the customers who have faced some problem in the process of services rendered, reaching two important positions: 1 - Those clients who did not face problems in the process showed higher levels of intention to fidelity; 2 - The improvement in quality does not restore intentions, i.e., once it has gone through mishaps in the process, the effort does not compensate the negative effect.

The study of Parasuraman, Berry and Zeithaml (1991) also fits the subcategory "Scale". in which the authors strive to realign the SERVQUAL scale in view of the several received criticisms. Thereby, they test and change the scale in order to improve the cohesion among the items in each evaluated dimension, change the way of writing, insert variables related to employee knowledge and material appearance, besides another one that measure the importance of each dimension.

The issue of the number of dimensions or factors is central to the discussion, since it represents a strong point in the discussion and criticism about the scale, as can be shown in Table 2. The authors review the analyses and achieve six factors unlike the five proposed in the presentation of the scale. The tangible dimension has four factors that are broken into two, forming another dimension at the same time that responsiveness and the guarantee were in the same factor, being therefore different dimensions of quality.

Another important advancement point in the field is that the authors finally admit that SERVQUAL can be understood like a "skeleton" or basis for the analysis of quality in services and that an adequacy to the environment or context can be used in order to supplement the instrument.

The studies that have their results focused on the presentation of suggestions or the creation of a research agenda are in the subcategory "Agenda/Suggestions": Parasuraman, Zeithaml and Berry (1994); Cronin and Taylor (1994); Babakus and Boller (1992); Brown, Churchill Jr. and Peter (1993), and Carman (1990).

The study of Parasuraman, Zeithaml and Berry (1994), as cited above, deals with a response to that of Cronin and Taylor (1992). However, although the authors defend the SERVQUAL scale, they do not postulate it as the best tool for measuring quality in services, seeking for the use of other scales, by the analysis of interrelationships among the constructs and by the attempt of other ways of classification of these constructs (and not only by the factor analysis). The major contribution of the article, however, is focused on the

understanding that an overall evaluation of quality in services depends on satisfaction with certain transactions and these, in turn, depend on the evaluation of specific components, such as quality of service, product and price.

Cronin and Taylor (1994) maintain in their conclusions the opposite position to the ECT usage, defending the model based on the consumer perception in relation to the quality. Their suggestions involve attention in relation to the variation in the factor structure (which occurs in both scales). Researchers should previously evaluate the structure in order to understand whether the five dimensions of scale are applicable to their study. Moreover, they emphasize that there is no consensus (which is needed) on what would be the domains of the concepts of quality, satisfaction, disconfirmation, expectation and value of a service.

Babakus and Boller (1992) also demonstrate the failure of the factor structure, stating in their results that the five dimensions proposed by SERVQUAL are not valid for all services, being influenced by the way the items are drafted. The authors postulate that the number of quality dimensions can be understood according to the analyzed type of service, corroborating with Carman (1990). Through his study, Carman shows conclusions related to the approach of several problems referring to SERVQUAL. For him, it is necessary to understand the complexity level represented by the activity of collecting information about the customer expectations, since, for valid data, it is necessary to analyze the prior consumer experience and his or her familiarity with the service.

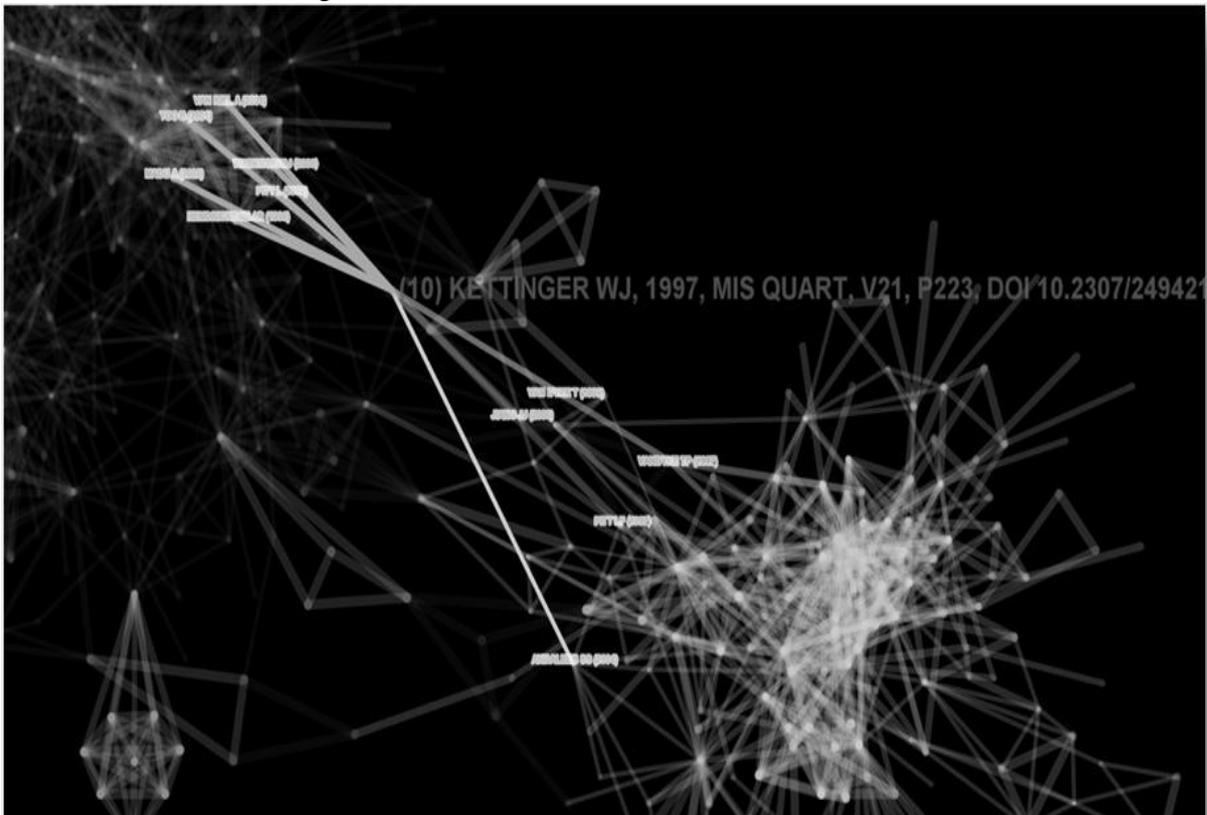
The last study of this subcategory (Agenda/Suggestions) is of Brown, Churchill Jr. and Peter (1993). These authors also question in their results the five factors of SERVQUAL, stating that another critical point in the scale application lies in the absence of normal data distribution; precluding totally the statistical tests. They state that the context (type of service) influences the application and identification of these factors and, for this reason, the scale should be adapted to the research reality.

The results and choices generally related to the application of measurement tools depend on the evaluated scenario, the number of dimensions resulting from the analysis, and what could and should be changed in the spelling of each item measured in the scale. For multiple services, it is necessary that the quality be measured in each function and not in general, besides being necessary the collection of a variable that shows the importance of the evaluated item for that customer. All these issues permeate the first field network, drawing attention to the discussion related to the evolution of the area.

### 3.1 What connect the two networks?

The point of union between the two networks is the work of Kettinger and Lee (1997), as can be observed in Figure 3. As in the first network, these authors also have their discourse based on questions about the use of the scale Servqual as form of quality measurement. However, these problems are analyzed in information services or offered in electronic environments, defending the adaptation to these contexts.

Figure 3 - Connection between the two networks.



Source: Research data

The greatest contribution of the authors is, however, about the calling for a Servqual that allows the management of expectations through the concept of "zone of tolerance", the so-called Servqual +. In this tool, the expectations can be analyzed at two levels: 1 = Expectation about the desired service: which represents a mixture of what the client believes "can be" or "will be" delivered; 2 = Expectation about adequate service: that is, what is the minimum that consumers are willing to accept. The "tolerance zone" is what lies between these two levels, which represent a range of service performance that the customer considers satisfactory. This concept demonstrated that quality is a mutable concept that can be allocated in a range of possibilities; which leads to the need to identify specific problems for the

construction of strategies. If the locus of this range is discovered, a resource mobilization plan can be traced more effectively.

The authors also reaffirm in their work the need to include other dimensions about others different industries, services and contexts. They develop a series of arguments against and in favor of the Servqual and Servperf scales (validity problems, reliability and number of dimensions); proving that the former promotes richer information for managers. They conclude that there is no theoretical or statistical evidence or justification for using one of these scales: Servqual; Servperf or Servqual +. Managers need to understand which one most suits their needs: ease of application; possibility of evaluating the total quality (Servqual) or situations that require high predictive power (Servperf). However, Servqual + may prove to be a better choice among the other two, since the concept of "zone of tolerance" seems to have greater potential as a diagnostic tool, although much research is still needed to categorically assert this fact.

#### **4 CONCLUSIONS AND LIMITATIONS OF THE STUDY**

The aim of the present study was to delimit, explore and characterize the intellectual basis of quality in services through bibliometric analysis. The results demonstrate two merged networks, being one centered in the study of Cronin and Taylor (1992) and another in the one of Parasuraman, Zeithaml and Malhotra (2005).

An analysis of the first network allows stating that the field on the topic of quality in services was based initially on a debate centered on the measurement of this variable and on the theoretical basis for its accomplishment. The discourse focuses on the limits of the ECT usage and hence of the SERVQUAL scale until the change to concern with the relationship between the quality and other factors. The entire process allowed identifying and characterizing the studies that comprise the first network, which can be classified in defenders (of SERVQUAL); Opponents (questioners of the ECT); Guiding (dedicated to the examination of problems related to the application of SERVQUAL) and Visionary (study that opens the field to new perspectives).

Briefly, the evolution of knowledge about the subject is noted, based on the practical concern (verified by measuring quality of services through scales), its several refinements (in terms of statistical tests, ways of writing and quantity of dimensions) until the disruption of these discourses, which directs the field to other pathways. In this new ways, the Kettinger

and Lee (1997) work represents a first step toward the inclusion of others areas and a transition of discourse to the second network.

It is believed that a limitation of this study lies in the use of only one research base (WOS). However, it is justified since this is the only one hitherto to make connection with the tool used for analysis (Citespace).

### **Acknowledgements**

Gratitude is expressed to the Foundation for Supporting Research of the State of Minas Gerais (FAPEMIG) for making this study possible.

### **REFERENCES**

- Ali, Muhamad e Syed Ali Raza (2017). “Service quality perception and customer satisfaction in Islamic banks of Pakistan: the modified SERVQUAL model”, *Total Quality Management and Business Excellence*, 28(5–6), 559–577.
- Babakus, Emim e Gregory W. Boller (1992), “An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale”, *Journal of Business Research*, 24, 253–268.
- Brown, Tom, J. , Gilbert A. Churchill Jr. e J. Paul Peter (1993), “Improving the measurement of service quality”, *Journal of Retailing*, 69(1), 127–139.
- Cardoso, André Luiz j. e Heitor Takashi Kato (2015), “Análise das publicações sobre capacidades dinâmicas entre 1992 e 2012: discussões sobre a evolução conceitual e as contribuições dos autores de maior notoriedade na área”, *RAM, Rev. Adm. Mackenzie [online]*, 16, (3), 201-237.
- Carman, James M. (1990), “Consumer Perceptions Of Service Quality: An Assessment Of The SERVQUAL dimensions”, *Journal of Retailing*, 66(1), 33–55.
- Castro Jr., Deosir, F. L., Elvis Silveira-Martins, Marcelo Augusto Menezes de Deluca e Carlos Ricardo Rosseto (2013), “Qualidade de Serviço: um Estudo Bibliométrico nas Bases de Dados Internacionais”, *Revista de Ciências Da Administração*, 15(36), 49–68.
- Chen, Chaomei (1999), *Information Visualization and Virtual Enviroments*. Berlin: Springer-Verlag.
- (2003), *Mapping Scientific Frontiers: The Quest for Knowledge Visualization*”, Berlin:Springer. Berlin: Springer-Verlag.
- (2004), “Detecting and Mapping Thematic Changes in Transient Networks”, In *Proceedings of the Eighth International Conference on Information Visualisation (IV'04)*. London: IEEE Computer Society Press.

— (2006), “CiteSpace II: Detecting and Visualizing Emerging Trends and Transient Patterns in Scientific Literature”, *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 57(3),359–377.

— (2016), *Citespace: A Practical Guide for Mapping Scientific Literature* (Computer Science, Technology and Applications), UK ed. Nova York: Nova Science Publishers Inc.

Cronin Jr., J. Joseph e Steven A. Taylor (1992), “Measuring Quality: A Reexamination and Extension”, *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68. <https://doi.org/10.2307/1252296>

— (1994), “SERVPERF verSUS SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus- Expectations Measurement of Service Quality”, *Journal of Marketing*, 58 (1),125-131.

Fernandes, Ana Cristina, Paulo Sampaio e Maria Sameiro (2017), “Supply chain management and quality management integration: A conceptual model proposal”, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 34 (1), 53-67.

Irani Z, A. Beskese e P. E. D. Love (2004), “Total quality management and corporate culture: constructs of organisational excellence”, *Technovation*, 24 (8), 643-650.

Kettinger, Willian J. e Choong C. Lee (1997), “Pragmatic Perspectives on the measurement of information systems service quality”, *MIS Quarterly*, 21(2), 223–240.

Lévy-Lambert, Hubert (1968), “Tarification of services with variable quality - application to traffic tools”, *Econometrica*, 36 (3-4),. 564-+.

Machado-da-Silva, Clóvis, L. e Solange de Lima Barbosa (2002), “Estratégia, Fatores de Competitividade e Contexto de Referência das Organizações: uma Análise Arquetípica”, *Revista de Administração Contemporânea*, 6 (3), 7-32.

Parasuraman, Ananthanarayanan, Valerie, A. Zeithaml e Leonard L. Berry (1985), “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, 49 (4), 41–50.

— (1988). SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.

—, Berry, Leonard L. Berry e Valarie A. Zeithaml (1991), “Refinement and reassessment of the SERVQUAL instrument”. *Journal of Retailing*, 67(4), 420–450.

—, Valerie, A. Zeithaml e Leonard L. Berry (1994), “Reassessment of Expectations as a comparison Standard in Measuring Comparison Service for Quality: Implications Further Research”, *Journal of Marketing*, 58(1), 111–124.

—, Valerie, A. Zeithaml e Arvind Malhotra (2005), “A Multiple-Item Scale for Assessing Electronic Service Quality”, *Journal of Service Research*, 7(X), 1–21.

Pereira, Veridiana. R., Marli Monteiro de Carvalho e Roberto Gilioli Rotondaro (2013), “Um estudo bibliométrico sobre a evolução da pesquisa da qualidade em serviço”, *Produção*, 23(2).

Prado, José W., Valderí de Castro Alcântara, Francisval de Melo Carvalho, Kelly Carvalho Vieira, Luiz Kennedy Cruz Machado e Dany Flávio Tonelli (2016), “Multivariate analysis of credit risk and bankruptcy research data: a bibliometric study involving different knowledge fields (1968-2014)”, *Scientometrics*, 106 (3), 1007-1029

Seth, Nitin, S. G. Deshmukh e Prem Vrat (2005), “Service quality models: a review”, *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22(9), 913-949.

Teas, R., Kenneth (1993), “Expectations, Performance, Evaluation, and Consumers’ Perceptions of Quality”, *Journal of Marketing*, 57(4), 18-34.

Urdan, André T. e Melby Karina Huertas Zuñiga (2001), Satisfação com Assistência Técnica e Lealdade ao Fabricante no Ramo Automobilístico. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, 41(3), 31-41.

Yang C. (2017), “The Evolution of Quality Concepts and the Related Quality Management”, in the Quality Control and Assurance - An Ancient Greek Term Re-Mastered, 3-21.

Zeithaml, Valarie A., Leonard L. Berry e A. Parasuraman (1996) "Behavioral Consequences of Service Quality", *Journal of Marketing*, 60(2), 31-46.

## ARTIGO 2

### Explorando a Base Intelectual do Tema Qualidade em Serviços: Quando o discurso muda o tom

Artigo redigido de acordo com as normas da Revista Remark

#### Resumo

**Objetivo:** Explorar a base intelectual do campo relativo ao tema qualidade em serviços, indicando a evolução da rede ( principais trabalhos e tendências emergentes).

**Método:** Análise Bibliométrica realizada em bases internacionais e posterior análise da rede de cocitação.

**Originalidade/Relevância:** Existem muitos estudos na área que revisam o conceito especialmente através da ferramenta Servqual, contudo, nenhum deles dedica-se profundamente a segunda rede centrada em Parasuraman, Zeithaml e Malhotra (2005).

**Resultados:** Os dados revelam uma base intelectual composta por duas redes conectadas; sendo a segunda, objeto de análise deste artigo. A identificação de grupos em recortes temporais permitiu destacar a importância de análises sobre serviços online; a preocupação com a lealdade nesse contexto; a evolução de campos específicos de pesquisa e a emergência de análises quantitativas.

**Contribuições teóricas/metodológicas:** Este trabalho contribui com a compreensão sobre a evolução do campo e seus principais expoentes, delimitando espaços de discussão e auxiliando pesquisadores em suas revisões.

**Palavras-chave:** Qualidade – Serviços – Servqual – Bibliometria.

#### Abstract

**Objective:** To explore the intellectual base of the field related to quality in services, indicating the evolution of the network (main works and emerging trends).

**Method:** Bibliometric analysis performed in international bases and analysis of the cocitation network.

**Originality / Relevance:** There are many studies in area that review the concept especially through the Servqual tool, however, none of them are deeply involved in the second network centered on Parasuraman, Zeithaml and Malhotra (2005).

**Results:** The data reveal an intellectual basis composed of two connected networks; being the second, the object of analysis of this article. The identification of groups in temporal analysis allowed to highlight the importance of analyzes on online services; concern about loyalty in this context; the evolution of specific fields of research and the emergence of quantitative analyzes.

**Theoretical / methodological contributions:** This work contributes about the understanding of the evolution of the field and its main exponents, delimiting spaces of discussion and assisting researchers in their revisions.

**Keywords:** Quality - Services - Servqual - Bibliometric.

## 1 INTRODUÇÃO

A globalização do mercado, o amplo acesso à informação e a desregulamentação do mercado fizeram surgir um novo cliente, mais esclarecido e exigente (Silva e Silva, 2017). A qualidade tornou-se, há um bom tempo, atributo importante para o ambiente organizacional. Foi a partir dos anos 80, com os trabalhos seminais de Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985) e Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) que surgiu a preocupação com as formas de mensurar esta variável, especialmente no setor de serviços.

A construção do campo relacionado à qualidade em serviços conta com intensos debates em sua base intelectual, especificamente àqueles relacionados ao embasamento teórico e metodológico de metodologias para aferição da qualidade em serviços (Abreu & Andrade, 2017). A evolução da preocupação com as formas de mensuração da qualidade avançou de forma sequencial, através de adaptações e aprendizagem referenciada (Seth, Deshmukh e Vrat, 2005).

Desde então muitos outros modelos, formas de mensuração e identificação de variáveis que resultassem na qualidade em serviços foram discutidas. Voss, Calantone e Keller (2005) buscaram examinar como o desempenho dos funcionários da linha de frente e a orientação ao consumidor afetavam o serviço, a cadeia de suprimentos e o desempenho financeiro de centros de distribuição dos Estados Unidos. Baseados na qualidade do serviço interno (entre departamentos), os autores mostraram que há uma relação positiva entre este domínio e a orientação de mercado de uma empresa e que os funcionários de linha de frente tem um papel essencial na qualidade do serviço entregue ao cliente externo.

Alnaser, Abd Ghani e Rahi (2018) usaram o modelo Pakserv como teste para analisar a satisfação e a fidelidade de clientes de bancos da Palestina. Os autores encontraram uma relação significativa entre estes dois elementos, além de mostrarem que a confiabilidade e a formalidade são as duas dimensões mais importantes para a qualidade dos serviços deste setor. A escala Pakserv foi proposta por Raajpoot (2004) e é considerada pelo autor uma metodologia culturalmente sensível e não ocidental.

Hasan, Jaafar e Hassan (2014) afirmam que o monitoramento da qualidade do serviço tem se tornado vital em um ambiente de serviços na web. Oriol, Marco, & Franch (2014) realizaram um mapeamento dos modelos de qualidade para serviços via web, revelando o seu crescimento a partir dos anos 2001. Analisando as características do conceito de qualidade usados pelos trabalhos, os autores identificaram constructos e atributos importantes (como

disponibilidade; tempo de resposta; custo; dentre outros), além de examinar os fatores de qualidade utilizados e sua profundidade.

Admitindo o amplo uso da Web para propósitos educacionais e profissionais, contudo, sem haver uma metodologia consolidada para sua avaliação; Orehovački, Granić e Kermek (2013) analisam a qualidade estimada e a qualidade percebida neste ambiente. Os autores afirmam que tanto atributos pragmáticos quanto hedônicos precisam ser avaliados e que os atributos relacionados à qualidade do uso foram considerados mais importantes do que aqueles relacionados à qualidade do conteúdo.

Blut (2016), baseando-se no argumento de que a maioria dos modelos desenvolvidos anteriormente para mensurar a qualidade em serviços online são incompletos, desenvolve uma metodologia hierárquica para a qualidade em serviços eletrônicos. Composto por quatro dimensões (design do site; cumprimento; serviço ao consumidor e segurança/privacidade); esta ferramenta foi aplicada a usuários de internet que haviam feito pelo menos uma compra nos últimos seis meses.

Alguns autores dedicaram-se à análise e revisão no campo, havendo grande destaque para aqueles pautados nas formas de mensuração, especialmente a Servqual (Buttle, 1996; Ladhari, 2009; Vasconcelos de Faria, Policani Freitas, & Molina-Palma, 2015; Asubonteng, McCleary, & Swan, 1996). O trabalho de Pereira, Carvalho, & Rotondaro (2013) buscou analisar a evolução da pesquisa sobre a qualidade em serviços. Os autores usaram trabalhos publicados entre 1983 e 2011, em bases nacionais e internacionais, também analisando a rede de citações e cocitações, contudo, explorando numericamente o uso de ferramentas, linhas de pesquisa e autores relevantes. Roy & Lassar (2015) realizaram uma intensa revisão sistemática sobre a qualidade em serviços de saúde, discutindo modelos conceituais e abordagens de mensuração. Mardani, Jusoh, Zavadskas, Khalifah, & Nor (2015) também apresentaram uma revisão sistemática sobre o tema, contudo, sua abordagem foi direcionada às técnicas de tomada de decisões com múltiplos critérios (MCDM). Não há trabalho de revisão sobre o tema que explore profundamente a base intelectual do campo qualidade em serviços (a rede de cocitação) e busque sua compreensão por meio da geração de grupos de trabalhos que identifiquem trabalhos e áreas de pesquisa relevantes.

Desta forma, o objetivo deste artigo é explorar a base intelectual do campo relativo ao tema qualidade em serviços, por meio de uma análise bibliométrica. O foco é a análise da segunda rede, centrada no trabalho de Parasuraman, Zeithaml e Malhotra (2005), identificando a grupos importantes de pesquisa e completando as análises feitas em Abreu e Meirelles (2017).

## 2 MÉTODO

Para a execução desta pesquisa, adotou-se a estrutura usada por Prado et al. (2016), direcionada a estudos bibliométricos. Nela o processo de coleta dos trabalhos consiste em cinco fases, nas quais são estabelecidos os procedimentos referentes à operação da pesquisa, conforme pode ser observado na Tabela 1 e conforme foi realizado por Abreu & Andrade (2017).

**Tabela 1** - Etapas para a análise bibliométrica.

	Stage	Procedure	Description
1	Research Operation	1.1	Choice of scientific base(s) or journals(s)
		1.2	Delimitation of terms that represent the field
		1.3	Delimitation of other terms for result calculation
2	Search procedures (filters)	2.1	<i>Title</i> (field term) <i>AND</i> topic (guidance)
		2.2	Use of <i>underline</i> : exact expression
		2.3	Filter 1: just delimitations of articles
		2.4	Filter 2: All years
		2.5	Filter 3: All areas
		2.6	Filter 4: All languages
3	Selection Procedures (Database)	3.1	Download of references - <i>software EndNote</i>
		3.2	Download of references in spreadsheet format
		3.3	Download of references for use in <i>CiteSpace</i>
		3.4	References organization in <i>EndNote</i>
		3.5	Matrix Analysis in spreadsheet organization
		3.6	Data import to analysis software
4	Data adequacy and organization	4.1	Elimination of duplicated articles from the database
		4.2	Articles elimination through brief reading
		4.3	Elimination through terms polysemy analysis
		4.4	Search for complete articles in pdf
5	Scientific production analysis	5.1	Temporal tendencies and volume of publication analysis
		5.2	References and most quoted articles analysis
		5.3	Country of origin analysis
		5.4	Journal analysis
		5.5	Authorship and co-authorship analysis
		5.6	Publication category (areas) analysis
		5.7	Keyword analysis
		5.8	Description, relation and tendency study

Fonte: Adaptado de Prado et al. (2016)

Seguindo estes princípios, a base escolhida para esta pesquisa foi a *Web of Scicence* (WOS), onde os termos *quality and service\** foram pesquisados em todos os títulos entre 1950 a 2017; o que gerou 11.890 documentos. O uso de \* para truncagem é recomendado por Cardoso e Kato (2015) e possui o objetivo de encontrar o termo e suas variações.

O primeiro filtro usado foi a delimitação de áreas pertencentes à administração e correlatas, através da seleção de documentos publicados em: *Management; Business; Business Finance e Economy*. Essa ação retornou a 2.481 documentos válidos. Após esta etapa foram escolhidos aqueles classificados como artigos científicos, totalizando 1.519 itens.

Todos os trabalhos foram transferidos para o programa *EndNote* desktop e baixados em sua integralidade. Posteriormente, foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos com o objetivo de inserir na amostra somente aqueles que tratassem exatamente do tema proposto (qualidade em serviços). Este processo permitiu a exclusão de 128 artigos, finalizando 1.391 documentos para a execução da pesquisa.

De posse de todas as informações obtidas com os processos anteriores, os artigos foram novamente identificados na base *WOS*, sendo, no entanto transferidos para o software *Citespace*, ferramenta que permite a análise Bibliométrica.

### **3 ANÁLISE DOS RESULTADOS**

#### **3.1 Configuração do campo**

Assim como em Abreu & Andrade (2017), a análise inicial dos artigos permite identificar a configuração do campo sobre o tema qualidade em serviços. Há um crescimento que pode ser destacado especialmente a partir dos anos 80, data dos trabalhos que foram resultados das parcerias realizadas entre Parasuraman, Zeithaml e Berry. A Tabela 2 mostra os artigos mais citados da amostra, o que prova a relevância dos trabalhos destes autores; Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988; 1985) e Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996).

**Tabela 2.** Os trabalhos mais citados da amostra.

	<b>Autor</b>	<b>Título</b>	<b>Periódico</b>	<b>Citações</b>
1	Parasuraman; Zeithaml, e Berry.	Servqual - a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality	Journal of Retailing, vol. 64, 1 ed., 1988, p.12-40.	5679
2	Parasuraman; Zeithaml e Berry.	A conceptual-model of service quality and its implications for future-research	Journal of Marketing, vol.49, 4 ed., 1985, p. 41-50.	4960
3	Zeithaml; Berry e Parasuraman.	The behavioral consequences of service quality	Journal of Marketing, vol. 60, 2 ed., 1996, p. 31-46.	3143
4	Cronin e Taylor	Measuring service quality - a reexamination and extension	Journal of Marketing , vol. 56, 3 ed., 1992, p. 55-68.	2766
5	Cronin; Brady e Hult.	Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments	Journal of Retailing, vol. 76, 2 ed.,2000, p.193-218.	1888
6	Crosby; Evans e Cowles.	Relationship quality in services selling - an interpersonal influence perspective	Journal of Marketing, vol. 54, 3 ed., 1990, p. 68-81.	1508
7	Reichheld e Sasser.	Zero defections - quality comes to services	Harvard Business Review, vol. 68, 5 ed., 1990, p. 105-111.	1384
8	Gronroos.	A service quality model and its marketing implications	European Journal of Marketing, vol. 18, 4 ed., 1984,p. 36-44.	1361
9	Boulding et al.	A dynamic process model of service quality - from expectations to behavioral intentions	Journal of Marketing Research, vol. 30, 1 ed., 1993, p. 7-27	1128
10	Bolton e Drew	A multistage model of customers assessments of service quality and value	Journal of Consumer Research, vol. 17, 4 ed., 1991, p.375-384.	944

Fonte: Dados da pesquisa

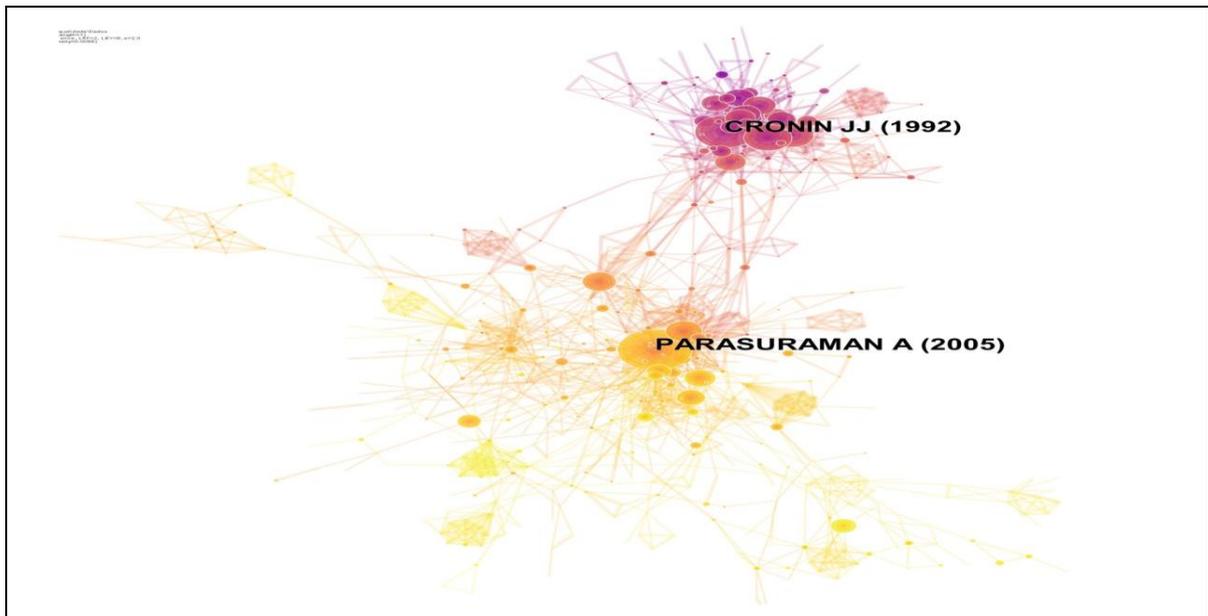
### 3.2 Análise Bibliométrica

Quando os documentos são inseridos no software Citespace é possível criar a rede de cocitações, que deixa claro o domínio da área de conhecimento ( Abreu e Andrade , 2017). A análise de cocitação pode ser considerada uma ferramenta poderosa, pois, segundo (Grácio, 2016, p. 88) ela “identifica a ligação/semelhança de dois documentos citados, via suas frequências de ocorrência conjunta em uma lista de referências dos autores citantes”.

Chen (2006) argumenta que a rede de cocitação representa a base intelectual de uma frente de pesquisa, sendo esta compreendida como o agrupamento emergente e transitório de conceitos e questões de pesquisas subjacentes. Ela evidencia como a estrutura do conhecimento de uma área é percebida pelos pesquisadores, por meio da frequência com que dois autores ou documentos são citados de forma conjunta (Grácio & Oliveira, 2013, p. 197). “Uma característica profunda de uma frente de pesquisa é a presença constante de debates científicos, que vão desde teorias controversas até evidências inconclusivas” (Chen, 2003, p. 26).

A Figura 1 apresenta a rede de cocitação da amostra, ou seja, a base intelectual do campo qualidade em serviços de 1980 a 2017.

**Figura 1.** Rede de cocitações do campo qualidade em serviços (1980-2017).



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Figura 1; assim como foi constatado em Abreu e Andrade (2017); que a base intelectual do tema é formada por duas redes principais fortemente unidas: a primeira

centrada no trabalho de Cronin e Taylor (1992) e a segunda (mais recente) no de Parasuraman, Zeithaml e Malhotra (2005).

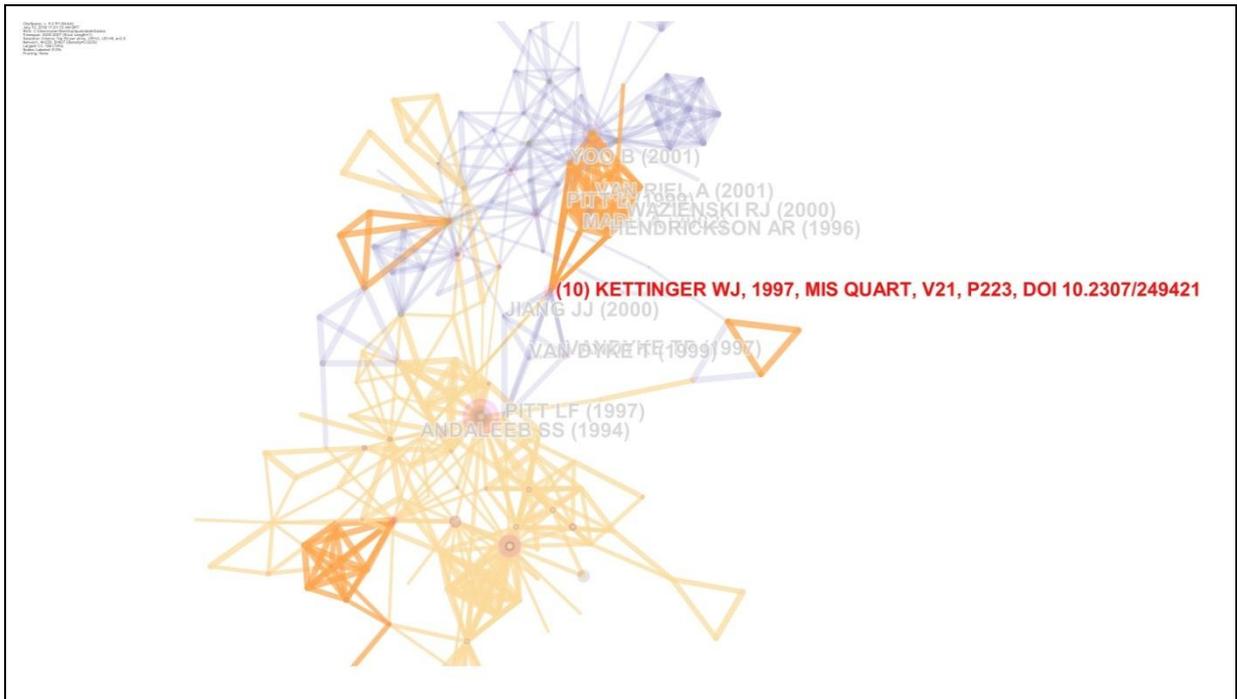
Devido ao grande número de trabalhos envolvidos e impossibilidade de leitura e síntese de todos em um só artigo, optou pela escolha da segunda rede para a análise. Partindo-se do trabalho que faz a conexão entre as duas estruturas; (Kettinger e Lee, 1997); optou-se também pela subdivisão da rede em três espaços temporais (de 2003 a 2007; 2008 a 2012 e 2012 a 2017). Para cada espaço temporal analisado a rede de cocitação foi recriada e clusters foram formados e nomeados; ressaltando-se que um mesmo trabalho pode ocorrer nos três recortes; uma vez que, a partir do momento de sua publicação; pode ser cocitado a qualquer momento. O propósito da subdivisão é compreender e visualizar melhor como o campo evoluiu ao longo dos anos, como demonstra Chen (2006).

### **3.3 Aspectos Gerais da rede: Conexão**

Conforme pôde ser esclarecido no trabalho de Abreu e Andrade (2017), a primeira rede, centrada no trabalho de Cronin e Taylor (1992), possui características muito específicas. Nesta o debate é construído através do questionamento ao paradigma da desconfirmação ou a base teórica usada para a construção da escala Servqual, além dos problemas encontrados em sua aplicação. Os autores dedicam-se à melhorias na ferramenta, partindo timidamente para uma mudança de debate relacionada à importância de outras variáveis organizacionais relacionadas à qualidade em serviços.

O ponto de conexão entre as duas redes é o trabalho de Kettinger e Lee (1997), conforme pode ser visto na Figura 2. Este artigo foi cocitado em trabalhos da amostra datados de 2004, pertencentes à segunda rede, conforme pode ser constatado no botão *Link Walkthrough* no programa Citespace. Esse comando permite identificar as conexões ano a ano, marcando-as de forma às cores se sobressaírem à rede, conforme também pode ser observado na Figura 2. Estas características do trabalho nomeado também pode ser constatada na Figura 3, na qual o número de citações por ano são visualizados.

Figura 2: Conexão entre as duas redes.



Fonte: Dados da pesquisa.

Ressalta-se que este trabalho ainda representa o discurso baseado em questionamentos sobre a utilização da escala Servqual, contudo, analisa os problemas da ferramenta no contexto dos serviços de informação ou aqueles ofertados em ambientes eletrônicos. Além disso, os autores defendem uma escala adaptada a este tipo de contexto (Abreu e Andrade, 2017). Dessa forma, acredita-se que o mesmo representa o primeiro passo para a mudança no tom do embate realizado na base intelectual do tema qualidade em serviços. Por ele, percebe-se o movimento do campo na direção de temas mais atuais, operacionalizando a evolução do conhecimento e atendendo à necessidade de adaptação ao mercado.

### 3.4 Análise da base intelectual

#### 3.4.1 Estrutura do campo entre 2003 e 2007

A primeira análise foi realizada por meio da construção da rede de cocitações dos trabalhos da amostra datados entre 2003 e 2007. Essa operação permitiu a identificação de dez principais grupos de trabalhos; ou seja, dez representantes do campo neste recorte temporal, conforme pode ser observado na Figura 4. Um detalhe importante a ser esclarecido na mesma

é dos grupos: os azuis são conexões feitas em 2003; os roxos em 2004; rosa em 2005; alaranjados em 2006 e amarelos em 2007.

Figura 4: Clusters gerados entre 2003 e 2007.



Fonte: Dados da pesquisa.

Para auxiliar a compreensão de cada grupo, a Tabela 3 indica três características de cada aglomeração: Seu rótulo (nome gerado pelo software com base nos títulos; palavras-chave ou termos indexados); o número de referências (artigos) dispostos em cada cluster; a referência base (trabalho que faz parte da amostra coletada) e seu índice de cobertura (porcentagem abarcada pelo trabalho em relação aos membros do grupo). Na terceira coluna são apresentados os trabalhos mais relevantes do cluster (aqueles que tem maior ocorrência no grupo) e sua frequência.

**Tabela 3:** Relação de clusters e seus trabalhos (2003-2007).

<b>Cluster/ N° referências</b>	<b>Referência base / cobertura (%)</b>	<b>Artigos mais relevantes do cluster / frequência no grupo</b>
Serviços Eletrônicos /19	Fassnacht & Koese (2006)/32 Fassnacht & Köse (2007)/ 16	Brady & Cronin Jr (2001) / 18 Parasuraman, Zeithaml, & Malhotra (2005) /9
Gestão de Sistemas de Informação / 16	Yang & Fang (2004) / 69	Zeithaml, Parasuraman, & Malhotra (2002) / 16 Van Dyke, Kappelman, & Prybutok (1997) / 10
Presença na Web/14	Kuo, Lu, Huang, & Wu (2005)/36	Meuter, Ostrom, Roundtree, & Bitner (2000) / 8
Qualidade em Serviços/12	Mukherjee, Nath, & Pal (2003)/ 33 Babakus, Yavas, Karatepe, & Avci (2003)/25%	Zeithaml, Berry, & Parasuraman (1996) / 10
Qualidade do E-service/10	Rabinovich (2007)/ 30 Heim & Field (2007)/ 20%	Wolfenbarger & Gilly (2003)/8
Taxas de Satisfação/ 7	Laroche, Ueltschy, Abe, And, & Yannopoulos (2004)/ 43	Gwinner, Gremler, & Bitner (1998)/ 6
Incentivo à lealdade/6	Naidoo & Leonard (2007)/33 Fassnacht & Köse (2007)/17	Não apresenta
Qualidade do Encontro/5	Laroche et al. (2004)/20 Raajpoot (2004)/20	Furrer, Liu, & Sudharshan (2000)/6

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 4 são mostrados os três trabalhos com maior centralidade na análise do recorte temporal. Esta medida é muito importante pois indica a relevância do artigo para a rede. Esta centralidade de interação de um nó da rede mede sua importância, sua posição neste contexto, portanto, uma alta centralidade pode indicar um nó que leva a tendências emergentes (Chen, Hu, Liu, & Tseng, 2012).

**Tabela 4:** Trabalhos mais relevantes entre os clusters na análise 2003-2007.

<b>Posição</b>	<b>Centralidade</b>	<b>Referência</b>	<b>Cluster</b>
1	0,23	Zeithaml, Parasuraman, & Malhotra (2002)	Gestão de Sistemas de Informação
2	0,20	Brady & Cronin Jr (2001)	Serviços Eletrônicos
3	0,16	Dabholkar, Shepherd, & Thorpe (2000)	Serviços Eletrônicos

Fonte: Elaborado pela autora

Observando-se as Tabelas 4 e 5 percebe-se que entre 2003 e 2007; o campo relacionado à qualidade em serviços evoluiu para novos debates em relação à análises aplicadas contexto de serviços online. Os grupos Serviços Eletrônicos (2006); Gestão de

Sistemas de Informação (2004); Presença na Web (2005) e Qualidade do E-Service (2006) permitem afirmar que a discussão iniciada em Kettinger e Lee (1997) ramificou-se pela rede, produzindo novos resultados, sem abandonar no entanto a preocupação com a forma de mensuração da qualidade. É o que pode ser constatado no primeiro e maior cluster e em seus membros, especialmente no trabalho de Brady & Cronin Jr (2001) que por sua vez, também pode ser considerado referência para a rede; como pode ser comprovado na Tabela 4. Os autores defendem que a qualidade percebida pelos clientes deve ser concebida como uma construção hierárquica e multidimensional, ou seja, a percepção de qualidade é formada com base na avaliação de três dimensões principais: A interação; o ambiente e o resultado final. Ao mesmo tempo, o primeiro cluster também tem o trabalho de Parasuraman, Zeithaml, & Malhotra (2005) e proposta de uma escala para mensurar a qualidade dos serviços online, como um membro relevante.

As concepções dos dois membros mais fortes do primeiro cluster se fundem em suas duas referências bases: o desenvolvimento de um modelo de mensuração hierárquico aplicável ao contexto de serviços ofertados eletronicamente (Fassnacht & Koese, 2006) e a discussão sobre a qualidade dos serviços web e seus efeitos: valor percebido, satisfação, lealdade e confiança. (Fassnacht & Köse (2007). Os autores mostram que quanto maior a satisfação, maior a confiança e conseqüentemente a maior a lealdade neste contexto.

Ainda no primeiro cluster (Serviços Eletrônicos) outro trabalho pode ser considerado referência para a rede (mesmo que não apresente frequência para o grupo ao qual pertence). Dabholkar, Shepherd, & Thorpe (2000) mantém uma linha semelhante à de Brady & Cronin Jr (2001); atendo-se à discussões sobre o conceito de qualidade em serviços, especialmente no papel mediador desta em relação à satisfação e às intenções comportamentais. Outro trabalho de relevância para a rede é o Zeithaml, Parasuraman, & Malhotra (2002), o qual faz parte do segundo cluster (Gestão de Sistemas de Informação); conforme Tabela 4. Nele os autores sintetizam a literatura sobre qualidade de serviços entregues via web, identificando atributos e chamando atenção para a necessidade de compreender a composição, os antecedentes e conseqüências deste tipo de análise.

De forma mais sucinta, estende-se a análise aos outros grupos, conforme já observado, a perspectiva sobre a qualidade aplicada a serviços em contextos eletrônicos se mantém. No segundo grupo, além do trabalho referência de Zeithaml, Parasuraman, & Malhotra (2002); há também a aplicação da Servqual ao contexto de serviços online (Van Dyke, Kappelman, & Prybutok, 1997) e a identificação de dimensões da qualidade para serviços de corretagem online (Yang & Fang , 2004). O cluster Presença na Web representa a preocupação com a

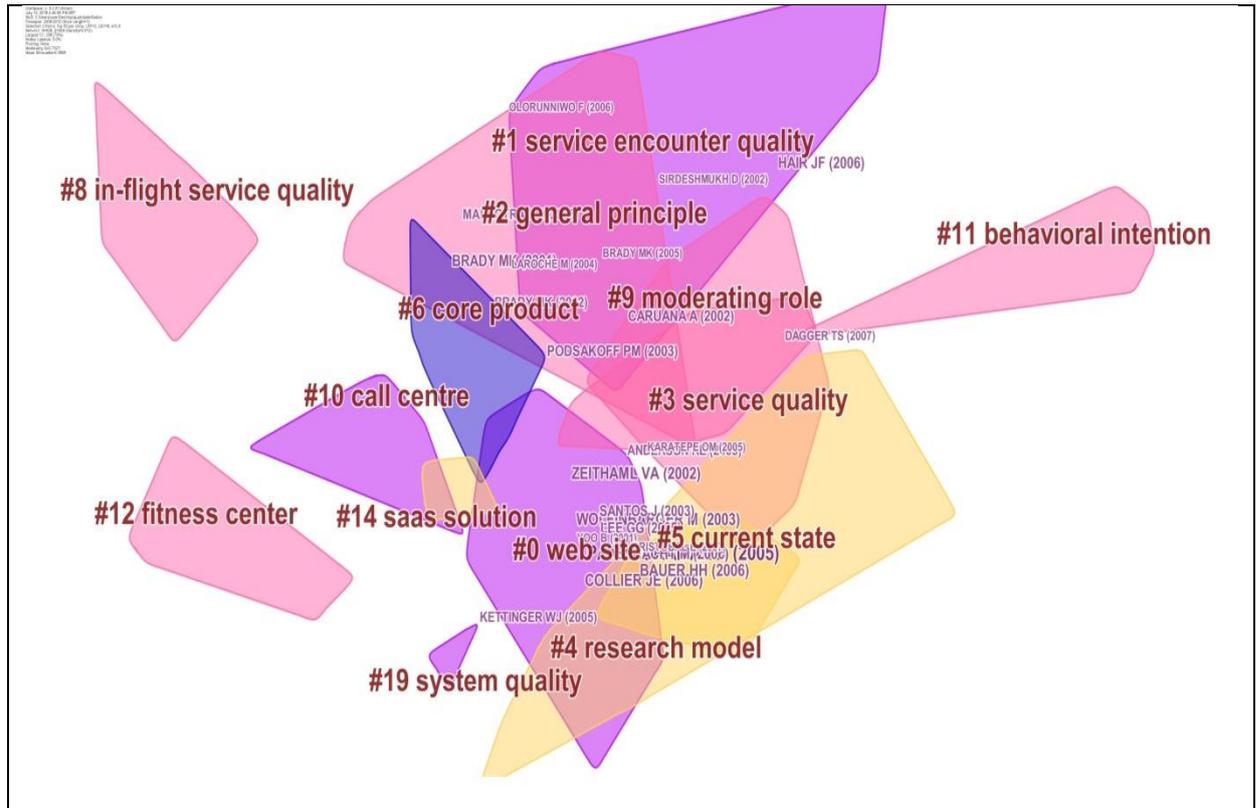
qualidade e as tecnologias de autoatendimento (Meuter, Ostrom, Roundtree, & Bitner, 2000) e portais internos usados estrategicamente por organizações para conectar colaboradores à informações corporativas (Kuo, Lu, Huang, & Wu, 2005). Qualidade do E-Service, um grupo com menor representatividade, tem no trabalho de Wolfinbarger & Gilly (2003) a proposta de criação de uma escala para mensurar os serviços prestados por e-varejistas (eTailQ).

Os outros grupos referem-se à preocupações diversas como a qualidade como forma de retenção de clientes e de retorno financeiro (cluster Qualidade em Serviços); constatações sobre a relação entre a percepção de qualidade e o contexto cultural (Qualidade do Encontro e Taxas de Satisfação). Destaca-se, porém, o cluster Incentivo à lealdade, uma vez que ele representa o grupo mais recente da análise (2007), o que pode indicar um caminho a ser percorrido pelo campo na próxima análise. Salienta-se neste a abertura a preocupações com a continuidade serviços eletrônicos e a fidelidade neste processo.

#### **3.4.2 Estrutura do campo entre 2008 e 2012**

Assim como na análise 2003-2007, foram realizados os mesmos passos no recorte 2008-2012. A Figura 5 indica um rede mais densa, com maior número de artigos da amostra e conseqüentemente, uma maior rede de cocitação; o que representa um indicador de atividade no campo.

Figura 4: Clusters gerados entre 2008 e 2012.



Fonte: Dados do trabalho.

Os clusters e suas etiquetas, bem como o número de membros e características do grupo como artigos relevantes (em número de ocorrências) e trabalhos com maior cobertura também foram elucidados.

**Tabela 5:** Relação de clusters e seus trabalhos (2008-2012)

<b>Cluster/ N° referências</b>	<b>Referência base / cobertura (%)</b>	<b>Artigos mais relevantes do cluster / frequência no grupo</b>
Web Site/ 50	Liu, Guo, & Hsieh (2010)/ 32% Carlson & O’Cass (2010)/26%.	Parasuraman, Zeithaml, & Malhotra (2005)/ 49 Collier & Bienstock (2006) / 22 Wolfenbarger & Gilly (2003) /20 Zeithaml, Parasuraman, & Malhotra (2002)/20
Qualidade dos encontros de serviço/41	Jayawardhena (2010)/27	Hair Jr., Black, Babin, & Anderson (2010) /15 Sirdeshmukh, Singh, & Sabol(2002)/8
Princípios Gerais/35	Morales & Ladhari (2011)/31	Malhotra, Ulgado, Wu, Agarwal, & Shainesh (2005)/10
Qualidade dos Serviços/28	Miguel-Dávila, Cabeza-García, Valdunciel, & Flórez (2010)/32	Caruana (2002)/13
Modelo de Pesquisa/26	Sousa & Voss (2012)/23 Lin (2012)/23	Vargo & Lusch (2004)/7
Estado atual/26	Petnji Yaya, Marimon, & Fa (2012)/58	Bauer et al (2006)/ 19
Produto Central/ 20	Cenfetelli, Benbasat, & Al-Natour (2008)/35 Shonk & Chelladurai (2008)/25	Brady & Cronin Jr (2001)/16 Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff (2003)/ 13
Qualidade de Serviços de Voo/16	Chen, Tseng, & Lin (2011)/62	Park, Robertson, & Wu (2004)/6
Papel Moderador/15	Gil-Saura & Ruiz-Molina (2011)/ 40	Al- Hawari & Ward (2006)/4
Centro de Atendimento/13	Ramseook-Munhurrun, Naidoo, & Lukea-Bhiwajee (2009)/38	Homburg & Stock (2004)/4 Yoon, Beatty, & Suh (2001)/4 Babakus, Bienstock, & Van Scotter (2004)/4
Intenção Comportamental/11	Lai & Chen (2011)/36	Dagger, Sweeney, & Johnson (2007)/9
Academia/9	Yildiz (2011)/44	Saravanan & Rao (2007)/4 Hung, Huang, & Chen(2003)/4
Solução Saas (Serviço de Software/5	Benlian, Koufaris, & Hess (2011)/40	Não apresenta
Qualidade da Informação/ 3	Gorla, Somers, & Wong, (2010)	Kettinger & Lee (2005)/11 DeLone & McLean (2003)/7

Fonte: Elaborado pela autora

Os trabalhos do recorte temporal que apresentavam maior valor de centralidade, ou seja, considerados referências para a rede, também foram listados, conforme Tabela 6.

**Tabela 6:** Trabalhos mais relevantes entre os clusters na análise 2008-2012.

Posição	Centralidade	Referência	Cluster
1	0,24	Brady et al. (2005)	Princípios Gerais
2	0,14	Al-Hawari, Hartley, & Ward (2005)	Qualidade dos Serviços
3	0,14	Chang & Yeh (2002)	Princípios Gerais

Fonte: Elaborado pela autora.

Observando-se as Tabelas 5 e 6, percebe-se que ainda há uma grande relevância para as pesquisas que envolvem o ambiente eletrônico (Cluster Web Site). Contudo, uma constatação muito importante é que nessa fase os grupos são mais sobrepostos, indicando o quanto o campo apresenta certa convergência em debates. As citações na rede condensam-se em clusters que se aglomeram ficando separados somente aqueles grupos com direcionamentos específicos (como o grupo Qualidade em Serviços de Voô; Intenção Comportamental e Academia); ambos da cor rosa que remete ao ano de 2010.

O primeiro e mais relevante grupo reafirma a tendência demonstrada em 2003-2007 sobre a preocupação com a qualidade em serviços ofertados online. Baseia-se desde a E-S-Qual; escala proposta por Parasuraman, Zeithaml, & Malhotra (2005) para mensurar serviços entregues de forma eletrônica e também presente no primeiro grupo da análise 2003-2007; passando por aplicações ao setor de varejo eletrônico Collier & Bienstock (2006) e Wolfenbarger & Gilly (2003) até a revisão sobre a qualidade de serviços entregues no ambiente online de Zeithaml, Parasuraman, & Malhotra (2002); e que também é parte do grupo Gestão de Sistemas de Informação, do recorte 2003-2007.

Uma constatação importante nesta rede é obtida pela observação do segundo maior cluster: Qualidade dos Encontros de Serviço. Nele o livro de Hair Jr., Black, Babin, & Anderson (2010) e suas técnicas quantitativas de pesquisa é o mais recorrente; o que demonstra o crescimento por estes tipos de análise no campo. Ao mesmo tempo, e corroborando com perspectivas nascentes da análise 200-2007; o trabalho de Sirdeshmukh et al. (2002) explora o comportamento de provedores de serviços baseados na confiança do consumidor e sua relação com valor e lealdade nas trocas. A fonte do grupo tem a mesma linha de debate: Jayawardhena (2010) desenvolve um modelo conceitual que incorpora qualidade do atendimento e do serviço, satisfação; valor percebido; lealdade à empresa e aos empregados.

É importante salientar que este grupo sobrepõe-se a outros três (Princípios Gerais; Efeito Moderador e Qualidade dos Serviços).

O grupo Princípios Gerais é voltado para análise da qualidade como uma ferramenta global, que relaciona-se a fatores econômicos e sócio-culturais (Malhotra, Ulgado, Wu, Agarwal, & Shainesh, 2005); o que também pode ser observado em Morales & Ladhari (2011). A questão cultural também foi variável objeto de preocupação e debate em grupos da análise 2003-2007. Neste grupo também encontram dois dos trabalhos considerados referência para a rede, conforme pode ser observado na Tabela 6. A leitura dos três trabalhos permite afirmar que, baseando-se na afirmativa de Chen et al. (2012) sobre a importância dos trabalhos com centralidade mais alta na rede; a preocupação com modelos de mensuração da qualidade em serviços reaparece nesta fase. Contudo, é importante esclarecer o quanto os trabalhos indicam uma nova perspectiva nesse objetivo; apontando novas tendências: Brady et al. (2005) testam quatro modelos que envolvem as variáveis: sacrifício; qualidade; valor; satisfação e intenção comportamental. Os autores realizam sua pesquisa em uma análise multicultural (aplicação em diversos países) e em vários recortes temporais. Al-Hawari, Hartley, & Ward (2005) discutem o desenvolvimento de um modelo que abranja diferentes canais de serviço automatizado para bancos. Chang & Yeh (2002) orientam-se às companhias aéreas domésticas propondo um modelo de avaliação baseado na análise multicritério fuzzy e o uso de algoritmos para a resolução de problemas.

A variável fidelidade reaparece no grupo Qualidade em Serviços: seu efeito na atitude de recompra (Caruana, 2002) e sua aplicação a serviços bancários; como a qualidade influencia a satisfação e como esta afeta a lealdade nesse ambiente (Miguel-Dávila, Cabeza-García, Valdunciel, & Flórez, 2010).

Novas lógicas relacionadas à qualidade dos serviços como a cocriação de valor e o peso dos relacionamentos representa um dos pontos do grupo Modelo de Pesquisa. Além disso, Sousa & Voss (2012) analisa o impacto da qualidade na intenção de e-lealdade e Lin (2012) propõe um modelo que explora os efeitos da qualidade do serviço multicanal na fidelidade do cliente.

O grupo Estado Atual retorna à preocupação com a qualidade em serviços online, contudo chamando a atenção para aspectos hedônicos (Bauer et al., 2006) e revisando a escala proposta em Parasuraman, Zeithaml, & Malhotra (2005); E-S-Qual (Petnji Yaya, Marimon, & Fa, 2012).

O trabalho de Brady & Cronin Jr (2001) e sua defesa de uma forma hierárquica de mensuração da qualidade; presentes no primeiro grupo da análise 2003-2007, também fazem

parte do grupo Produto Central. Essa preocupação com a forma de mensurar a qualidade também se reflete em Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff (2003); onde são examinados os vieses em métodos de pesquisa; identificando suas fontes, influências e formas de controle.

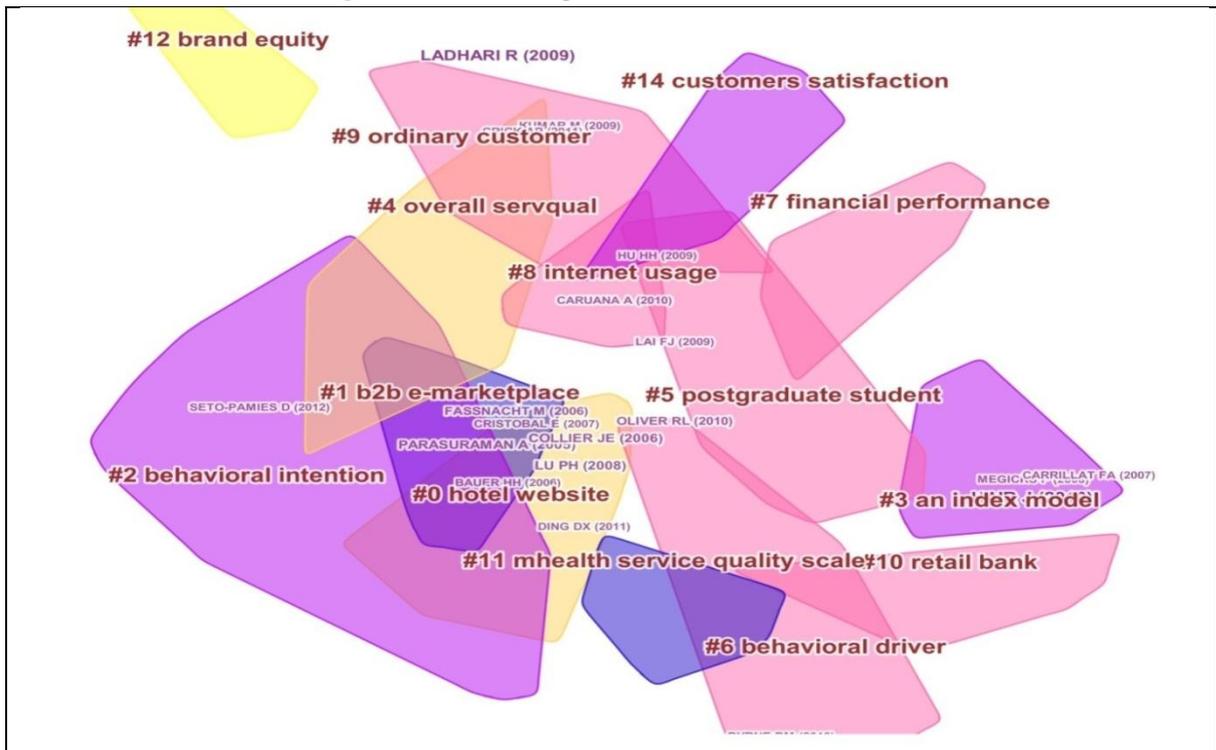
O grupo Papel Moderador está relacionado à relação entre qualidade, desempenho financeiro e satisfação em serviços bancários (Al-Hawari & Ward, 2006) e identificação dos antecedentes da qualidade e sua influência no comprometimento e lealdade do cliente em contextos B2B (Business to Business) e B2C (Business to Customer) ( Gil-Saura & Ruiz-Molina, 2011).

Os últimos cinco grupos, com menor representação, estão relacionados: à ótica dos colaboradores sobre a qualidade ( Homburg & Stock, 2004 ;Yoon, Beatty, & Suh, 2001 e Ramseook-Munhurrun, Naidoo, & Lukea-Bhiwajee, 2009); à proposição de uma escala hierárquica multidimensional para mensurar a qualidade em serviços de saúde e prever intenção e satisfação e o segundo trabalho (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007) e intenções comportamentais em serviços públicos ( Lai & Chen, 2011). Na proposição da escala SQS-FC (Escala de Qualidade de Serviço para Centros de Fitness) (Yildiz , 2011); na proposição da Saas-Qual; um instrumento de medição específico para a verificação da qualidade em serviços de software (Benlian, Koufaris, & Hess , 2011) e na ambiguidade relacionada à expectativa do cliente sobre o serviço (Kettinger & Lee, 2005) e a a relação entre a qualidade dos sistemas de informação e o impacto organizacional (Gorla et al., 2010).

### **3.4.3 Estrutura do campo entre 2013 e 2017**

Por fim, a mesma análise realizada entre 2003-2007 e 2008 e 2012 foi executada. A rede de cocitação formada entre 2013 e 2017 também foi analisada e 14 grupos foram encontrados, conforme Figura 5.

**Figura 5:** Clusters gerados entre 2013 e 2017.



Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 7 indica as características principais de cada grupo: nome do cluster e número de participantes; trabalhos com maior coberturas destes membros e artigos mais relevantes (em termos de frequência) de cada cluster.

**Tabela 7** : Relação de clusters e seus trabalhos (2013-2017).

<b>Cluster/ N<sup>o</sup> referências</b>	<b>Referência base / cobertura (%)</b>	<b>Artigos mais relevantes do cluster / frequência no grupo</b>
Site de Hotel /34	Hahn, Sparks, Wilkins, & Jin (2017)/26	Ding, Hu, & Sheng (2011)/ 7 Chang, Wang, & Yang (2009)/ 6
Mercado eletrônico B2B (Business to Business)/ 26	Janita & Miranda (2013)/62	Yen & Lu (2008)/11 Collier & Bienstock (2006)/10 Parasuraman, Zeithaml, & Malhotra, (2005)/10
Intenção Comportamental/ 26	Rajic, Dado, & Taborecka-Petrovicova (2013)/31 Rajic et al. (2013)/23	Setó-Pamies (2012) /7 Choudhury (2013)/6
Modelo de Índices/25	Sultan & Wong (2014)/40	Hair Jr., Black, Babin, & Anderson (2010) /23 Angell, Heffernan, & Megicks (2008)/8
Servqual Geral/ 25	Hamzah, Lee, & Moghavvemi (2017)/36 Tan, Hamid, & Chew (2017)/24	Kumar, Tat Kee, & Taap Manshor, (2009)/7
Estudantes de Pós Graduação/24	Khalaf, Khourshed, & Khourshed (2017)/25 Ho (2015)/12	Ladhari (2008)/5
Direcionador Comportamental/24	Stanworth, Hsu, & Chang (2015)/42	Kline (2011)/11 Oliver (2010) /9
Performance Financeira/20	Bagur-Femenías, Perramon, & Amat (2015)/55	Yee, Yeung, & Edwin Cheng (2010) /6
Uso da Internet/20	Quach, Jebarajakirthy, & Thaichon (2016)/40 Quach, Thaichon, & Jebarajakirthy (2016)/30	Hu, Kandampully, & Devi (2009)/8 Lai, Griffin, & Babin (2009)/8 Caruana & Ewing(2010)/8
Cliente Comum/20	Dabestani, Shahin, Shirouyehzad, & Saljoughian (2015)/45 Dabestani, Shahin, & Saljoughian (2017)/15	Ladhari (2009)/20 Crick & Spencer (2011)/7
Banco de Varejo/19	Hossain, Dwivedi, & Naseem (2015)/53	Kuo, Wu, & Deng (2009)/6 Chen (2008)/6
Qualidade de Serviços móveis de saúde /16	Akter, D'Ambra, & Ray (2013)/50	Petter, Straub, & Rai (2007)/5 Dagger, Sweeney, & Johnson(2007)/5
Valor de Marca/ 14	Sierra, Iglesias, Markovic, & Singh (2017)/50	Não apresenta
Satisfação dos Consumidores/11	Chen, Chang, Wang, & Huang (2015)/27 Sadeh & Garkaz (2015)/27	Tsai, Hsu, & Chou (2011)/5

Fonte: Elaborado pela autora

Da mesma forma, a Tabela 8 apresenta os trabalhos com maior centralidade, ou seja, os que podem ser considerados referências na rede analisada.

**Tabela 8:** Trabalhos mais relevantes entre os clusters na análise 2008-2012.

Posição	Centralidade	Referência	Cluster
1	0,33	Caruana & Ewing (2010)	Uso da Internet
2	0,26	Carlson & O’Cass (2011)	Uso da Internet
3	0,17	Chang, Wang, & Yang (2009)	Site do Hotel

Fonte: Elaborado pela autora

Uma breve análise da Tabela 7 permite afirmar que o foco sobre a qualidade em serviços ofertados em contextos eletrônicos perde um pouco de sua força, abrindo espaço para pesquisas em serviços específicos, como hotelaria; ensino superior; serviços móveis de saúde e bancos. Essa constatação corrobora com o observado na rede formada em 2008-2012; na qual alguns grupos dedicados a setores singulares apresentavam-se afastados do aglomerado central da rede. Contudo, estes grupos (dedicados a alguns setores em especial); apresentam-se condensados na rede, sobrepondo-se a outros grupos da análise.

O primeiro e maior grupo é voltado para a análise da qualidade do autoatendimento online e proposição da E-SelfQual (Ding et al., 2011); proposição de uma escala de avaliação da qualidade em sites de hotéis (Hahn et al., 2017) e a importância da lealdade no comércio eletrônico (Chang, Wang, & Yang, 2009). Este último trabalho é considerado um dos pontos de referência para a rede (conforme Tabela 8). Nele, os autores testam as relações entre a percepção da qualidade do e-service; a satisfação e a fidelidade do cliente, além do efeito moderador do valor percebido nesse processo; demonstrando o quão essencial é esta variável.

O trabalho de Parasuraman, Zeithaml, & Malhotra, (2005) e sua E-S-Qual; novamente faz parte da análise, estando presente no segundo grupo (Mercado eletrônico B2B (Business to Business)). A fidelidade é outro aspecto importante no grupo e que cresceu em termos de abrangência desde a primeira análise da rede (2003-2007). Yen & Lu (2008) revisitam a teoria da desconformação de expectativas para analisar a qualidade de serviços eletrônicos e a intenção de fidelidade em leilões online. Collier & Bienstock (2006) analisam a qualidade ofertada em sites de varejo criando um modelo que envolve processos, resultados e recuperação (quando ocorrem problemas).

O grupo Intenção Comportamental tem trabalhos relacionados ao impacto da qualidade, satisfação e confiança do serviço na fidelidade do cliente (Setó-Pamies, 2012); das relações entre qualidade, valor percebido, satisfação e comportamento do consumidor (Rajic,

Dado, & Taborecka-Petrovicova, 2013) e a influência da qualidade na intenção de compra (Choudhury, 2013).

O cluster Modelo de Índices reafirma a constatação da análise 2008-2012 sobre o aumento de análises quantitativas no campo, bem como o uso da análise IPA (Importância – Desempenho na mensuração da qualidade (Angell et al., 2008) e a técnica SEM (Análise de Equações Estruturais) (Sultan & Wong, 2014). O grupo Direcionador Comportamental tem seu foco especificamente na técnica SEM.

O grupo Servqual Geral é sobreposto aos grupos Intenção Comportamental e Cliente Comum. Nele há a preocupação com a aplicação da Servqual ao setor bancário (Kumar, Tat Kee, & Taap Manshor, 2009; Hamzah, Lee, & Moghavvemi, 2017) e a necessidade de buscar satisfazer as necessidades do cliente neste setor, incentivando assim a fidelidade (Tan, Hamid, & Chew, 2017). O grupo Cliente Comum é direcionado à questionamentos sobre as dimensões da qualidade (Dabestani, Shahin, Shirouyehzad, & Saljoughian, 2015 ;Dabestani, Shahin, & Saljoughian, 2017) e à uma revisão sobre o uso do instrumento Servqual (Ladhari, 2009).

Os dois trabalhos mais relevantes para a rede, conforme Tabela 8, concentram-se no grupo Uso da Internet: Caruana & Ewing (2010) e Carlson & O’Cass (2011) representam trabalhos que podem levar a tendências emergentes (Chen et al., 2012). O primeiro mantém a preocupação com elementos que podem se influenciar para a geração de qualidade e consequentemente levar ao sucesso em serviços online (reputação corporativa, qualidade, valor percebido e lealdade); e o segundo renova os questionamentos teóricos sob a perspectiva de serviços eletrônicos. A qualidade deve ser compreendida por meio de dimensões que influenciam uma avaliação global ou como uma configuração formativa que pode prever o comportamento?

Por fim, destaca-se o grupo Valor de Marca, em amarelo conforme observação da Figura 5; datado do ano de 2017. O trabalho de Sierra, Iglesias, Markovic, & Singh (2017), responsável pela maior cobertura do grupo, tem como objetivo a análise da qualidade percebida e da postura ética em marcas corporativas na geração de seu valor. Contata-se que mesmo pouco representativo; este grupo indica o caminho mais recente percorrido pelo campo; ou seja, permite propor que estes sejam os novos tópicos a serem aprofundados na pesquisa futura.

## **4 CONCLUSÕES**

O objetivo deste trabalho foi explorar a base intelectual do campo relativo ao tema qualidade em serviços, especificamente aquela centrada no trabalho de Parasuraman, Zeithaml e Malhotra (2005), indicando a evolução da rede ( principais trabalhos e tendências emergentes. A subdivisão da amostra em recortes temporais permitiu a identificação mais específica de grupos de trabalhos relevantes, bem como de artigos que podem ser considerados referência em cada etapa de análise. Destacam-se alguns trabalhos que demonstram sua força por meio de sua presença em diversos recortes temporais, como Parasuraman, Zeithaml & Malhotra (2005); presente em todos os espaços temporais analisados.

Os dados obtidos sinalizam a presença intensa de preocupações relacionadas à qualidade no contexto de serviço eletrônicos (de 2003 a 2012); perdendo espaço para outras questões a partir das análises iniciadas em 2013. À medida que o campo cresceu, evoluiu no sentido de abrir espaço a temas mais específicos como serviços de saúde, hotelaria, esporte e educação. Essa mudança ocorreu juntamente com a inserção maciça de metodologias quantitativas no campo, especialmente a técnica de Análise das Equações Estruturais (SEM). Além disso, constatou-se o crescimento da preocupação com outras variáveis correlacionadas com a qualidade, especialmente a lealdade e a fidelidade.

Por fim, o campo parece seguir nesta linha de debate: inserção de outras variáveis importantes a contextos específicos; além daqueles que estão relacionados à serviços entregues de forma eletrônica.

## **5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA**

Acredita-se que o uso de somente uma base de dados (Web of Science) seja uma das maiores limitações deste trabalho. Sugere-se que o mesmo seja replicado em outras na busca de resultados que possam ser confrontados a estes; com o objetivo de gerar um mapeamento completo da evolução do campo.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, A. A. de, & Andrade, D. M. (2017). Tudo começa na Servqual: Análise Bibliométrica sobre o tema Qualidade em Serviços. In *XX SemeAd-Seminários em Administração* (pp. 1–17). São Paulo.
- Akter, S., D'Ambra, J., & Ray, P. (2013). Development and validation of an instrument to measure user perceived service quality of mHealth. *Information and Management*, *50*(4), 181–195. <https://doi.org/10.1016/j.im.2013.03.001>
- Al-Hawari, M., Hartley, N., & Ward, T. (2005). Measuring Banks' Automated Service Quality: A Confirmatory Factor Analysis Approach. *Marketing Bulletin*, *16*(Santos 2003), 1–19.
- Al Hawari, M., & Ward, T. (2006). The effect of automated service quality on Australian banks' financial performance and the mediating role of customer satisfaction. *Marketing Intelligence and Planning*, *24*(2), 127–147. <https://doi.org/10.1108/02634500610653991>
- Alnaser, F. M. I., Abd Ghani, M., & Rahi, S. (2018). Service quality in Islamic banks: The role of PAKSERV model, customer satisfaction and customer loyalty. *Accounting*, *4*, 63–72. <https://doi.org/10.5267/j.ac.2017.8.001>
- Angell, R. J., Heffernan, T. W., & Megicks, P. (2008). Service quality in postgraduate education. *Quality Assurance in Education*, *16*(3), 236–254. <https://doi.org/10.1108/09684880810886259>
- Asubonteng, P., McCleary, K. J., & Swan, J. E. (1996). SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *The Journal of Services Marketing*, *10*(6), 62–81.
- Babakus, E., Bienstock, C. C., & Van Scotter, J. R. (2004). Linking perceived quality and customer satisfaction to store traffic and revenue growth. *Decision Sciences*, *35*(4), 713–735. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.2004.02671.x>
- Babakus, E., Yavas, U., Karatepe, O. M., & Avci, T. (2003). The Effect of Management Commitment to Service Quality on Employees' Affective and Performance Outcomes. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *31*(3), 272–286. <https://doi.org/10.1177/0092070303253525>
- Bagur-Femenías, L., Perramon, J., & Amat, O. (2015). Impact of quality and environmental investment on business competitiveness and profitability in small service business: the case of travel agencies. *Total Quality Management and Business Excellence*, *26*(7–8), 840–853. <https://doi.org/10.1080/14783363.2014.895523>
- Bauer, H. H., Falk, T., & Hammerschmidt, M. (2006). eTransQual: A transaction process-based approach for capturing service quality in online shopping. *Journal of Business Research*, *59*(July 2006), 866–875. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2006.01.021>
- Benlian, A., Koufaris, M., & Hess, T. (2011). Service Quality in Software-as-a-Service: Developing the SaaS-Qual Measure and Examining Its Role in Usage Continuance. *Journal of Management Information Systems*, *28*(3), 85–126. <https://doi.org/10.2753/MIS0742-1222280303>
- Blut, M. (2016). E-Service Quality: Development of a Hierarchical Model. *Journal of Retailing*, *(3)*, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2016.09.002>

- Brady, M. K., & Cronin Jr, J. J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65(july), 34–49.
- Brady, M. K., Knight, G. A., Cronin, J. J., Tomas, G., Hult, M., & Keillor, B. D. (2005). Removing the contextual lens: A multinational, multi-setting comparison of service evaluation models. *Journal of Retailing*, 81(3), 215–230. <https://doi.org/10.1016/j.jretai.2005.07.005>
- Buttle, F. (1996). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30(1), 8–32. <https://doi.org/10.1108/03090569610105762>
- Carlson, J., & O’Cass, A. (2010). Exploring the relationships between e-service quality, satisfaction, attitudes and behaviours in content-driven e-service web sites. *Journal of Services Marketing*, 24(2), 112–127. <https://doi.org/10.1108/08876041011031091>
- Carlson, J., & O’Cass, A. (2011). Developing a framework for understanding e-service quality, its antecedents, consequences, and mediators. *Managing Service Quality: An International Journal*, 21(3), 264–286. <https://doi.org/10.1108/09604521111127965>
- Caruana, A. (2002). Service loyalty: The effects of service quality and the mediating role of customer satisfaction. *European Journal of Marketing*, 36(7/8), 811–828. <https://doi.org/10.1177/1094670508319094>
- Caruana, A., & Ewing, M. T. (2010). How corporate reputation, quality, and value influence online loyalty. *Journal of Business Research*, 63(9–10), 1103–1110. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.04.030>
- Cenfetelli, R. T., Benbasat, I., & Al-Natour, S. (2008). Addressing the what and how of online services: Positioning supporting-services functionality and service quality for business-to-consumer success. *Information Systems Research*, 19(2), 161–181. <https://doi.org/10.1287/isre.1070.0163>
- Chang, H. H., Wang, Y.-H., & Yang, W.-Y. (2009). The impact of e-service quality, customer satisfaction and loyalty on e-marketing: Moderating effect of perceived value. *Total Quality Management & Business Excellence*, 20(4), 423–443. <https://doi.org/10.1080/14783360902781923>
- Chang, Y., & Yeh, C. (2002). A survey analysis of service quality for domestic airlines. *European Journal of Operational Research*, 139, 166–177.
- Chen, C. (2003). *Mapping Scientific Frontiers : The Quest for Knowledge Visualization*. London: Springer Berlin Heidelberg.
- Chen, C. (2006). CiteSpace II : Detecting and Visualizing Emerging Trends. *Journal of the American for Information Science and Technology*, 57(3), 359–377. <https://doi.org/10.1002/asi>
- Chen, C. F. (2008). Investigating structural relationships between service quality, perceived value, satisfaction, and behavioral intentions for air passengers: Evidence from Taiwan. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 42(4), 709–717. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2008.01.007>
- Chen, C., Hu, Z., Liu, S., & Tseng, H. (2012). Emerging trends in regenerative medicine: a scientometric analysis in *CiteSpace*. *Expert Opinion on Biological Therapy*, 12(5), 593–608. <https://doi.org/10.1517/14712598.2012.674507>
- Chen, K. S., Chang, T. C., Wang, K. J., & Huang, C. T. (2015). Developing control charts in monitoring service quality based on the number of customer complaints. *Total Quality*

- Management & Business Excellence*, 26(5–6), 675–689.  
<https://doi.org/10.1080/14783363.2013.874198>
- Chen, Y., Tseng, M., & Lin, R. (2011). Evaluating the customer perceptions on in-flight service quality. *African Journal of Business Management*, 5(7), 2854–2864.  
<https://doi.org/10.5897/AJBM10.1284>
- Choudhury, K. (2013). Service quality and customers' purchase intentions: an empirical study of the Indian banking sector. *International Journal of Bank Marketing*, 31(7), 529–543.  
<https://doi.org/10.1108/IJBM-02-2013-0009>
- Collier, J. E., & Bienstock, C. C. (2006). Measuring Service Quality in E-Retailing. *Journal of Service Research*, 8(3), 260–275. <https://doi.org/10.1177/1094670505278867>
- Crick, A. P., & Spencer, A. (2011). Hospitality quality: new directions and new challenges. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 23(4), 463–478.  
<https://doi.org/10.1108/09596111111129986>
- Dabestani, R., Shahin, A., & Saljoughian, M. (2017). Evaluation and prioritization of service quality dimensions based on gap analysis with analytic network process. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 34(4), 530–548.  
<https://doi.org/10.1108/IJQRM-04-2015-0050>
- Dabestani, R., Shahin, A., Shirouyehzad, H., & Saljoughian, M. (2015). A comparative study of ordinary and fastidious customers' priorities in service quality dimensions. *Total Quality Management and Business Excellence*, 28(3–4), 331–350.  
<https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1082420>
- Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D., & Thorpe, D. I. (2000). A comprehensive framework for service quality: An investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of Retailing*, 76(2), 139–173. [https://doi.org/10.1016/s0022-4359\(00\)00029-4](https://doi.org/10.1016/s0022-4359(00)00029-4)
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2), 123–142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>
- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *Journal of Service Research*, 10(2), 123–142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>
- DeLone, W. H., & McLean, E. R. (2003). The DeLone and McLean model of information systems success: A ten-year update. *Journal of Management Information Systems*, 19(4), 9–30. <https://doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748>
- Ding, D. X., Hu, P. J. H., & Sheng, O. R. L. (2011). E-SELFQUAL: A scale for measuring online self-service quality. *Journal of Business Research*, 64(5), 508–515.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2010.04.007>
- Fassnacht, M., & Koese, I. (2006). Quality of Electronic Services: Conceptualizing and Testing a Hierarchical Model. *Journal of Service Research*, 9(1), 19–37.  
<https://doi.org/10.1177/1094670506289531>
- Fassnacht, M., & Köse, I. (2007). Consequences of Web-based Service Quality: Uncovering a Multi-faceted Chain of Effects. *Journal of Interactive Marketing*, 21(3), 35–54.  
<https://doi.org/10.1002/dir>

- Furrer, O., Liu, B. S., & Sudharshan, D. (2000). The Relationships Between Culture and Service Quality Perceptions: Basis for Cross-Cultural Market Segmentation and Resource Allocation. *Journal of Service Research*, 2(4), 355–371.
- Gil-Saura, I., & Ruiz-Molina, M. E. (2011). Logistics service quality and buyer-customer relationships: The moderating role of technology in B2B and B2C contexts. *Service Industries Journal*, 31(7), 1109–1123. <https://doi.org/10.1080/02642060903100380>
- Gorla, N., Somers, T. M., & Wong, B. (2010). Organizational impact of system quality, information quality, and service quality. *Journal of Strategic Information Systems*, 19(3), 207–228. <https://doi.org/10.1016/j.jsis.2010.05.001>
- Grácio, M. C. C. (2016). Acoplamento bibliográfico e análise de cocitação : revisão teórico-conceitual. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia E Ciência Da Informação*, 21(47), 82–99. <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2016v21n47p82>
- Grácio, M. C. C., & Oliveira, E. F. T. (2013). Análise de cocitação de autores : um estudo teórico-metodológico dos indicadores de proximidade , aplicados ao GT7 da ANCIB. *Liinc Em Revista*, 9(1), 196–213.
- Gwinner, K. P., Gremler, D. D., & Bitner, M. J. (1998). Relational benefits in services industries: The customer's perspective. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 26(2), 101–114. <https://doi.org/10.1177/0092070398262002>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. The Guilford Press.
- Hair Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, E. E. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*. 7th Edition. Pearson Education,
- Hahn, S. E., Sparks, B., Wilkins, H., & Jin, X. (2017). E-service Quality Management of a Hotel Website: A Scale and Implications for Management. *Journal of Hospitality Marketing and Management*, 26(7), 694–716. <https://doi.org/10.1080/19368623.2017.1309612>
- Hamzah, Z. L., Lee, S. P., & Moghavvemi, S. (2017). Elucidating perceived overall service quality in retail banking. *International Journal of Bank Marketing*, 35(5), 781–804. <https://doi.org/10.1108/IJBM-12-2015-0204>
- Hasan, M. H., Jaafar, J., & Hassan, M. F. (2014). Monitoring web services' quality of service: a literature review. *Artificial Intelligence Review*, 42(4), 835–850. <https://doi.org/10.1007/s10462-012-9358-7>
- Heim, G. R., & Field, J. M. (2007). Process drivers of e-service quality: Analysis of data from an online rating site. *Journal of Operations Management*, 25(5), 962–984. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2006.10.002>
- Ho, A. (2015). Exploring Customers' Zone of Tolerance for B2B Professional Service Quality. *Journal of Services Marketing*, 29(5), 380–392.
- Homburg, C., & Stock, R. M. (2004). The Link Between Salespeople's Job Satisfaction and Customer Satisfaction in a Business-to-Business Context: A Dyadic Analysis. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(2), 144–158. <https://doi.org/10.1177/0092070303261415>
- Hossain, M. A., Dwivedi, Y. K., & Naseem, S. B. (2015). Developing and validating a hierarchical model of service quality of retail banks. *Total Quality Management &*

- Business Excellence*, 26(5–6), 534–549. <https://doi.org/10.1080/14783363.2013.856545>
- Hu, H. S., Kandampully, J., & Devi, T. (2009). Relationships and impacts of service quality, perceived value, customer satisfaction, and image: an empirical study. *The Service Industries Journal*, 29(February), 111–125. <https://doi.org/10.1080/02642060802292932>
- Hung, Y. H., Huang, M. L., & Chen, K. S. (2003). Service quality evaluation by service quality performance matrix. *Journal of Total Quality Management*, 14(1), 79–89. <https://doi.org/10.1080/1478336032000044843>
- J. Joseph Cronin, J., & Steven A. Taylor. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension on JSTOR. *The Journal of Marketing*, 56(3), 55–68. <https://doi.org/10.2307/1252296>
- Janita, M., & Miranda, F. (2013). Exploring Service Quality Dimensions in B2b e-Marketplaces. *Journal of Electronic Commerce Research*, 14(4), 363–386. <https://doi.org/10.1007/s11747-010-0219-0>
- Jayawardhena, C. (2010). The impact of service encounter quality in service evaluation: evidence from a business-to-business context. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 25(5), 338–348. <https://doi.org/10.1108/08858621011058106>
- Kettinger, W. J., & Lee, C. C. (1997). Pragmatic Perspectives on the measurement of information systems service quality. *MIS Quarterly*, 21(2), 223–240.
- Kettinger, W. J., & Lee, C. C. (2005). Zones of tolerance: Alternative scales for measuring information systems service quality. *MIS Quarterly: Management Information Systems*, 29(4), 607–623. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-33645141935&partnerID=40&md5=bbf56f788361c6858071c2ffb4547d61>
- Khalaf, M. A., Khourshed, N., & Khourshed, M. A. K. N. (2017). Performance-based service quality model in postgraduate education. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 34(5), 626–648. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-04-2015-0059>
- Kumar, M., Tat Kee, F., & Taap Manshor, A. (2009). Determining the relative importance of critical factors in delivering service quality of banks: An application of dominance analysis in SERVQUAL model. *Managing Service Quality: An International Journal*, 19(2), 211–228. <https://doi.org/10.1108/09604520910943198>
- Kuo, T., Lu, I. Y., Huang, C. H., & Wu, G. C. (2005). Measuring users' perceived portal service quality: An empirical study. *Total Quality Management and Business Excellence*, 16(3), 309–320. <https://doi.org/10.1080/14783360500053824>
- Kuo, Y. F., Wu, C. M., & Deng, W. J. (2009). The relationships among service quality, perceived value, customer satisfaction, and post-purchase intention in mobile value-added services. *Computers in Human Behavior*, 25(4), 887–896. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.03.003>
- Ladhari, R. (2008). Alternative measures of service quality: a review. *Managing Service Quality*, 18(1), 65–86. <https://doi.org/10.1108/09604520810842849>
- Ladhari, R. (2009). A review of twenty years of SERVQUAL research. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 1(2), 172–198. <https://doi.org/10.1108/17566690910971445>
- Lai, F., Griffin, M., & Babin, B. J. (2009). How quality, value, image, and satisfaction create loyalty at a Chinese telecom. *Journal of Business Research*, 62(10), 980–986. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2008.10.015>

- Lai, W. T., & Chen, C. F. (2011). Behavioral intentions of public transit passengers-The roles of service quality, perceived value, satisfaction and involvement. *Transport Policy*, 18(2), 318–325. <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2010.09.003>
- Laroche, M., Ueltschy, L. C., Abe, S., And, M. C., & Yannopoulos, P. P. (2004). Service Quality Perceptions and Customer Satisfaction: Evaluating The Role of Culture. *International Journal of Marketing*, 12(3), 58–85.
- Lin, H. H. (2012). The effect of multi-channel service quality on mobile customer loyalty in an online-and-mobile retail context. *Service Industries Journal*, 32(11), 1865–1882. <https://doi.org/10.1080/02642069.2011.559541>
- Liu, C.-T., Guo, Y. M., & Hsieh, T.-Y. (2010). Measuring user perceived service quality of online auction sites. *The Service Industries Journal*, 30(7), 1177–1197. <https://doi.org/10.1080/02642060802617575>
- Malhotra, N. K., Ulgado, F. M., Wu, L., Agarwal, J., & Shainesh, G. (2005). Dimensions of service quality in developed and developing economies: multi-country cross-cultural comparisons. *International Marketing Review*, 22(3), 256–278. <https://doi.org/10.1108/02651330510602204>
- Mardani, A., Jusoh, A., Zavadskas, E. K., Khalifah, Z., & Nor, K. M. (2015). Application of multiple-criteria decision-making techniques and approaches to evaluating of service quality: a systematic review of the literature. *Journal of Business Economics and Management*, 16(5), 1034–1068. <https://doi.org/10.3846/16111699.2015.1095233>
- Meuter, M. L., Ostrom, A. L., Roundtree, R. I., & Bitner, M. J. (2000). Self-Service Technologies :Understanding Customer Satisfaction with Technology-Based Service Encounters. *Journal of Marketing*, 64(July), 50–64.
- Miguel-Dávila, J. Á., Cabeza-García, L., Valdunciel, L., & Flórez, M. (2010). Operations in banking: The service quality and effects on satisfaction and loyalty. *Service Industries Journal*, 30(13), 2163–2182. <https://doi.org/10.1080/02642060903289936>
- Morales, M., & Ladhari, R. (2011). Comparative cross-cultural service quality: An assessment of research methodology. *Journal of Service Management*, 22(2), 241–265. <https://doi.org/10.1108/09564231111124244>
- Mukherjee, A., Nath, P., & Pal, M. (2003). Resource, service quality and performance triad: A framework for measuring efficiency of banking services. *Journal of the Operational Research Society*, 54(7), 723–735. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jors.2601573>
- Naidoo, R., & Leonard, A. (2007). Perceived usefulness, service quality and loyalty incentives: Effects on electronic service continuance. *South African Journal of Business Management*, 38(3), 39–48. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=bth&AN=27025492&site=eds-live&authtype=ip,uid>
- Oliver, R. L. (2010). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. Routledge; 2 edition
- Orehovački, T., Granić, A., & Kermek, D. (2013). Evaluating the perceived and estimated quality in use of Web 2.0 applications. *Journal of Systems and Software*, 86(12), 3039–3059. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2013.05.071>

- Oriol, M., Marco, J., & Franch, X. (2014). Quality models for web services : A systematic mapping. *Information and Software Technology*, 56(10), 1167–1182. <https://doi.org/10.1016/j.infsof.2014.03.012>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL : A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Malhotra, A. (2005a). A Multiple-Item Scale for Assessing Electronic Service Quality. *Journal of Service Research*, 7(X), 1–21. <https://doi.org/10.1177/1094670504271156>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Malhotra, A. (2005b). E-S-QUAL a multiple-item scale for assessing electronic service quality. *Journal of Service Research*, 7(3), 213–233. <https://doi.org/10.1177/1094670504271156>
- Pereira, V. R., Carvalho, M. M. De, & Rotondaro, R. G. (2013). Um estudo bibliométrico sobre a evolução da pesquisa da qualidade em serviço. *Produção*, 23(2), 312–328. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132012005000053>
- Petnji Yaya, L. H., Marimon, F., & Fa, M. C. (2012). Assessing e-service quality: The current state of E-S-QUAL. *Total Quality Management and Business Excellence*, 23(11–12), 1363–1378. <https://doi.org/10.1080/14783363.2012.728850>
- Petter, S., Straub, D., & Rai, A. (2007). Specifying Formative Constructs Information Systems Research. *MIS Quarterly*, 31(4), 623–656.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Prado, J. W., Alcântara, V. C., Vieira, F. M., Vieira, K. C., Machado, L. K. C., & Tonelli, D. F. (2016). Multivariate analysis of credit risk and bankruptcy research data : a bibliometric study involving different. *Scientometrics*, 106(3), 1007–1029. <https://doi.org/10.1007/s11192-015-1829-6>
- Quach, T. N., Jebarajakirthy, C., & Thaichon, P. (2016). The effects of service quality on internet service provider customers? behaviour: A mixed methods study. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 28(3). <https://doi.org/10.1108/APJML-03-2015-0039>
- Quach, T., Thaichon, P., & Jebarajakirthy, C. (2016). Internet service providers' service quality and its effect on customer loyalty of different usage patterns. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 29, 104–106. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0969698915301454>
- Raajpoot, N. (2004). Reconceptualizing Service Encounter Quality in a Non-Western Context. *Journal of Service Research*, 7(2), 181–201. <https://doi.org/10.1177/1094670504268450>
- Rabinovich, E. (2007). Linking e-service quality and markups: The role of imperfect information in the supply chain. *Journal of Operations Management*, 25(1), 14–41. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2005.11.013>

- Rajic, T., Dado, J., & Taborecka-Petrovicova, J. (2013). Linking retail service quality, satisfaction and perceived value to customer behavioral intentions: Evidence from Serbia. *Ekonomie a Management*, 16(2), 99–112. Retrieved from <https://otik.uk.zcu.cz/handle/11025/17500>
- Ramseook-Munhurrun, P., Naidoo, P., & Lukea-Bhiwajee, S. D. (2009). Employee perceptions of service quality in a call centre. *Managing Service Quality*, 19(5), 541–557. <https://doi.org/10.1108/09604520910984364>
- Roy, S. K., & Lassar, W. M. (2015). Measuring service quality : a systematic review of literature. *International Journal of Services Economics and Management*, 7(1), 24–52. <https://doi.org/10.1504/IJSEM.2015.076322>
- Sadeh, E., & Garkaz, M. (2015). Explaining the mediating role of service quality between quality management enablers and students' satisfaction in higher education institutes: the perception of managers. *Total Quality Management and Business Excellence*, 26(11–12), 1335–1356. <https://doi.org/10.1080/14783363.2014.931065>
- Saravanan, R., & Rao, K. S. P. (2007). Measurement of service quality from the customer's perspective - An empirical study. *Total Quality Management and Business Excellence*, 18(4), 435–449. <https://doi.org/10.1080/14783360701231872>
- Seth, N., Deshmukh, S. G., & Vrat, P. (2005). Service quality models : a review. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22(9), 913–949. <https://doi.org/10.1108/02656710510625211>
- Setó-Pamies, D. (2012). Customer loyalty to service providers : examining the role of service quality , customer satisfaction and trust. *Total Quality Management & Business Excellence*, 23(11), 1257–1271. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Shonk, D. J., & Chelladurai, P. (2008). Service Quality, Satisfaction, and Intent to Return in Event Sport Tourism. *Journal of Sport Management*, 22(5), 587–602. <https://doi.org/10.1123/jsm.22.5.587>
- Sierra, V., Iglesias, O., Markovic, S., & Singh, J. J. (2017). Does Ethical Image Build Equity in Corporate Services Brands? The Influence of Customer Perceived Ethicality on Affect, Perceived Quality, and Equity. *Journal of Business Ethics*, 144(3), 661–676. <https://doi.org/10.1007/s10551-015-2855-2>
- Silva, R. A., & Silva, M. A. B. N. (2017). A influência das dimensões de qualidade dos serviços na satisfação do cliente: um estudo em uma cafeteria na cidade de Caruaru-PE. *Veredas- Revista Eletrônica de Ciências*, 10(1), 5–20.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J., & Sabol, B. (2002). Consumer Trust , Value , and Loyalty in Relational Exchanges. *Journal of Marketing*, 66(1), 15–37.
- Sousa, R., & Voss, C. (2012). The impacts of e-service quality on customer behaviour in multi-channel e-services. *Total Quality Management and Business Excellence*, 23(7–8), 789–806. <https://doi.org/10.1080/14783363.2012.661139>
- Stanworth, J. O., Hsu, R. S., & Chang, H. T. (2015). Interpersonal service quality of the Chinese: determinants and behavioral drivers. *Service Business*, 9(3), 515–540. <https://doi.org/10.1007/s11628-014-0238-x>
- Sultan, P., & Wong, H. Y. (2014). An integrated-process model of service quality, institutional brand and behavioural intentions: The case of a University. *Managing Service Quality: An International Journal*, 24(5), 487–521.

- <https://doi.org/10.1108/MSQ-01-2014-0007>
- Tan, L. H., Hamid, S. R., & Chew, B. C. (2017). Exploring manager's perspective of service quality strategies in Malaysian Banking Industry. *Journal of Strategic Marketing*, 25(1), 31–48. <https://doi.org/10.1080/0965254X.2015.1076878>
- Tsai, W.-H., Hsu, W., & Chou, W.-C. (2011). A gap analysis model for improving airport service quality. *Total Quality Management & Business Excellence*, 22(10), 1025–1040. <https://doi.org/10.1080/14783363.2011.611326>
- Van Dyke, T. P., Kappelman, L. A., & Prybutok, V. R. (1997). Measuring Information Systems Service Quality: Concerns on the Use of the SERVQUAL Questionnaire. *MIS Quarterly*, 21(2), 195–208.
- Vasconcelos de Faria, L. F., Policani Freitas, A. L., & Molina-Palma, M. A. (2015). Service quality under the perspective of SERVQUAL and SERVPERF methods: a bibliometric study. *Revista Gestão Da Produção Operações E Sistemas*, 10(3), 53–68. <https://doi.org/10.15675/gepros.v10i3.1294>
- Voss, M. D., Calantone, R. J., & Keller, S. B. (2005). Internal service quality. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 35(3), 161–176. <https://doi.org/10.1108/09600030510594558>
- Wolfenbarger, M., & Gilly, M. C. (2003). eTailQ: dimensionalizing , measuring and predicting etail quality. *Journal of Retailing*, 79, 183–198. [https://doi.org/10.1016/S0022-4359\(03\)00034-4](https://doi.org/10.1016/S0022-4359(03)00034-4)
- Yang, Z., & Fang, X. (2004). Online service quality dimensions and their relationships with satisfaction: A content analysis of customer reviews of securities brokerage services. *International Journal of Service Industry Management*, 15(3), 302–326. <https://doi.org/10.1108/09564230410540953>
- Yee, R. W. Y., Yeung, A. C. L., & Edwin Cheng, T. C. (2010). An empirical study of employee loyalty, service quality and firm performance in the service industry. *International Journal of Production Economics*, 124(1), 109–120. <https://doi.org/10.1016/j.ijpe.2009.10.015>
- Yen, C. H., & Lu, H. P. (2008). Effects of e-service quality on loyalty intention: An empirical study in online auction. *Managing Service Quality*, 18(2), 127–146. <https://doi.org/10.1108/09604520810859193>
- Yildiz, S. M. (2011). An importance-performance analysis of fitness centre service quality: Empirical results from fitness centres in Turkey. *African Journal of Business Management*, 5(16), 7031–7041. <https://doi.org/10.5897/AJBM11.674>
- Yoon, M. H., Beatty, S. E., & Suh, J. (2001). The effect of work climate on critical employee and customer outcomes: An employee-level analysis. *International Journal of Service Industry Management*, 12(5), 500–521.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1996). Behavioral Consequences of Service. *Journal of Marketing*, 60(2), 31–46.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Malhotra, A. (2002). Service Quality Delivery Through Web Sites: A Critical Review of Extant Knowledge. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(4), 362–375. <https://doi.org/10.1177/00920700223691>

## ARTIGO 3

### **Como mensurar a qualidade de serviços de saúde? Síntese das dimensões, atributos e medidas utilizadas na literatura**

**Artigo redigido de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública**

#### **Resumo**

Apesar da mensuração da qualidade apresentar-se como elemento estratégico relevante para bom desempenho das organizações, o setor de serviços de saúde, especialmente, encontra vários percalços. A multidisciplinaridade do cuidado; fatores pessoais; contextuais e organizacionais são elementos capazes de influenciar o processo de entrega de cuidados de saúde e assim, impactar na percepção do paciente sobre a qualidade. O objetivo deste artigo foi identificar na literatura quais são os atributos; determinantes e medidas usadas para a análise da qualidade em serviços de saúde por meio de revisão sistemática de literatura. A análise de 131 documentos recolhidos na base Web of Science e codificados no software Maxqda permitiu a identificação de três eixos centrais: Elementos tangíveis; acesso e comunicação; além de outros elementos importantes como a confiança; a humanização; o respeito, o conhecimento e a continuidade foram delimitados e discutidos. Destaca-se como estes elementos podem ser usados de forma diferenciada para mensurar a qualidade dos serviços de saúde; o que reflete a complexidade do setor e a necessidade de atender à especificidades relacionadas ao mesmo.

#### **Palavras chave**

Qualidade – saúde – dimensões – atributos – medidas

#### **Abstract**

Although the measurement of quality presents itself as a strategic element that is relevant to the good performance of organizations, the health services sector, especially, faces several mishaps. The multidisciplinary of care; personal factors; contextual and organizational are elements capable of influencing the delivery process of health care and thus, impact on the patient's perception of quality. The objective of this article was to identify in the literature what are the attributes; determinants and measures used for the analysis of the quality in health services through a systematic literature review. The analysis of 131 documents

collected in the Web of Science database and encoded in Maxqda software allowed the identification of three central axes: Tangible elements; access and communication; as well as other important elements such as trust; humanization; respect, knowledge and continuity were delimited and discussed. It is highlighted how these elements can be used in a differentiated way to measure the quality of health services; which reflects the complexity of the sector and the need to meet the specificities related to it.

### **Key words**

Quality – health – dimensions – attributes - measures

## **1 INTRODUÇÃO**

É inegável que estratégias baseadas no alcance da qualidade, tanto em empresas manufatureiras quanto prestadoras de serviços; representam uma forma de ganhar mercado, mantê-lo e torná-lo competitivo. Especificamente no setor de serviços; a preocupação com formas de mensuração e identificação de variáveis que expliquem a qualidade tornou-se vital; especialmente após os trabalhos de Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988;1985). Estes autores propuseram a escala Servqual, composta por cinco dimensões, as quais foram nomeadas como as principais responsáveis por melhorias na qualidade. Contudo, era preciso replicá-la em outros setores e realizar uma análise que pudesse dirimir alguns problemas metodológicos e conceituais (Carman, 1990; Babakus & Boller, 1992; Brown, Churchill Jr., & Peter, 1993).

Em 1990, Carman apontou a dificuldade de aplicação da Servqual para serviços compostos por múltiplos encontros, como os de saúde. Segundo o autor era preciso cuidado com tantas etapas e processos; profissionais e habilidades distintas; sendo impossível avaliar todos os encontros como se fossem somente um e com apenas uma ferramenta; o que, no entanto, não impediu seu uso e disseminação no setor (Nyandwe, Mapatano, Lussamba, Kandala, & Kayembe, 2017; Tripathi & Siddiqui, 2018; Al-Neyadi, Abdallah, & Malik, 2018).

Concentrando-se no processo de Acreditação como ferramenta estratégica para alcançar bons resultados nos serviços de serviços de saúde; Lee (2017) propôs a escala HEALTHQUAL. Essa ferramenta é baseada em fatores de qualidade multidimensionais (empatia; tangíveis; segurança; eficiência e grau de melhoria dos serviços); apoiados em três perspectivas distintas: pacientes; a agência de acreditação e o hospital.

Usando a contribuição de Kettinger & Lee (1997) sobre o conceito de zona de tolerância; Nadiri & Hussain (2016) propõem a escala HEALTHZOT; aplicada a hospitais públicos e privados. Destaca-se a relevância da aplicação de escalas direcionadas ao paciente em serviços de saúde; uma vez que é preciso ir além do uso de taxas clínicas, especialmente em mercados onde há a possibilidade de escolha do provedor pelo paciente (Mor, 2005).

Apesar das escalas representarem uma forma de avaliação da qualidade em serviços de saúde, ainda há muito a ser feito por parte de pesquisadores e gestores. Por tratar-se de um conceito complexo e multidimensional aplicado a um setor multifacetado; a qualidade precisa ser compreendida com cautela, estando associada à múltiplos fatores. Mesmo diante de muitos esforços, há uma lacuna em relação a perspectivas que considerem o paciente; as relações estabelecidas pelas unidades e outras organizações da rede de serviços de saúde (Chakraborty & Kaynak, 2018).

Características relacionadas ao tipo de serviço prestado e ao conhecimento envolvido; perfil populacional; organizações prestadoras e suas formas de relacionamento com o poder público; ou seja, a forma como o sistema de entrega de serviços está organizado; representam algumas, das muitas variáveis que podem influenciar o alcance da qualidade em serviços de saúde. Identificar e sumarizar as variáveis, atributos e dimensões usadas para a análise da qualidade em serviços de saúde torna-se o primeiro passo na construção de um conjunto de medidas que possam auxiliar gestores e pesquisadores em suas análises do setor.

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi identificar na literatura quais são os atributos; determinantes e medidas usadas para a análise da qualidade em serviços de saúde, por meio da realização de uma revisão sistemática de literatura. Especificamente, pretende-se gerar uma lista de variáveis usadas para mensurar a qualidade neste contexto, baseando-se na perspectiva do paciente, ou seja, o que a literatura utiliza como medidas para captar a percepção destes atores sobre a qualidade dos serviços entregues.

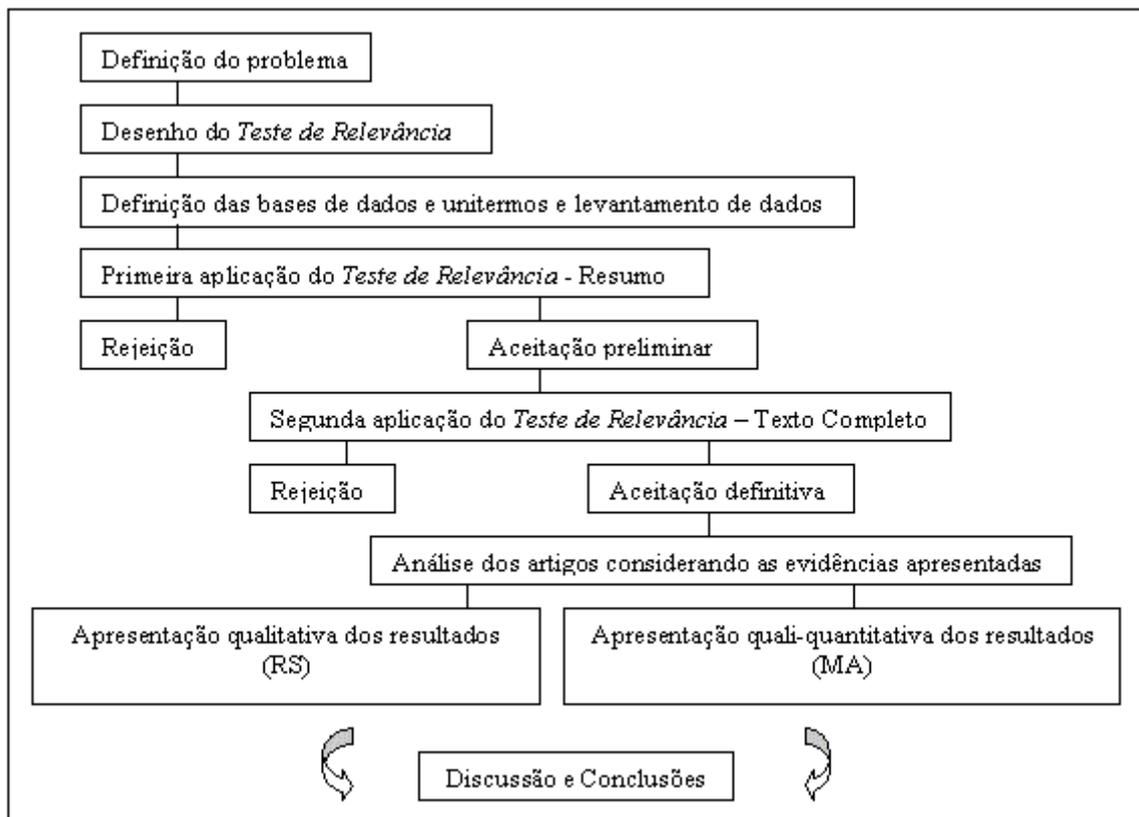
Este artigo está dividido em mais quatro partes: métodos de pesquisa; resultados e discussão; conclusões e limitações do estudo.

## **2 MÉTODO DE PESQUISA**

Para a execução desta pesquisa foi realizada uma revisão sistemática de literatura com base nos passos defendidos por Olsen (1995; adaptados por Muñoz, Takayanagui, Santos, & Sanchez-Sweatman (2002) e também usados por (Lopes & Segura-Muñoz, 2004); conforme Figura 1.

Por este, o processo de execução de uma revisão sistemática (RS) ou metanálise (MA) precisa ser realizado em etapas nas quais é aplicado um teste de relevância ou ainda critérios de inserção e exclusão das pesquisas que farão parte do escopo do estudo. O objetivo ao final é utilizar apenas trabalhos que se encaixem na perspectiva de análise do artigo; o que contribui para a construção de resultados válidos.

Figura 1: Diagrama de fluxo para a condução de uma RS e MA (Adaptado de Olsen, 1995).



Fonte: Muñoz, Takayanagui, Santos, & Sanchez-Sweatman (2002)

De posse do problema de pesquisa, os critérios para inclusão e exclusão dos artigos, ou seja, o teste de relevância; foram delimitados:

- 1 – Os trabalhos escolhidos precisavam ser aplicados ao contexto de serviços de saúde;
- 2- A perspectiva adotada pelos autores deveria ser aquela direcionada ao paciente e não a análises gerais sobre qualidade em termos organizacionais ou mercadológicos;
- 3 – Os artigos deveriam apresentar um modelo; esquema ou ferramenta (escala) usada para a mensuração da qualidade dos serviços prestados;

4 – As variáveis; dimensões e atributos utilizados nestes esquemas, modelos ou escalas deveriam estar claramente apresentados.

5 – Os artigos precisavam ser acessíveis à leitura completa.

Uma vez que os critérios de relevância foram definidos, a base (WOS- Web of Science) e os termos de pesquisa foram delimitados: “*quality; attributes; dimension\*; determinant\* e measure\**”. Estes termos foram combinados, sem nenhuma limitação de área ou data de publicação; conforme mostra os resultados da Tabela 1.

Tabela 1: Termos de pesquisa e suas combinações.

<b>Termos</b>	<b>Nº artigos</b>
Quality and attributes and health and service*	105
Quality and dimension* and health and service*	145
Quality and determinant* and health and service*	193
Quality and measure* and health and service*	142
Total 1	585
Duplicados e sem acesso	348
Fora do escopo de análise	106
Total 2	<b>131</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Na primeira rodada, os termos especificados resultaram em 585 artigos. A aplicação dos testes de relevância permitiu a exclusão de 348 trabalhos (duplicados devido ao cruzamento dos termos ou sem acesso total ao documento). Uma segunda rodada de aplicação do teste de relevância (mediante a leitura de todos os resumos) permitiu a retirada de mais trabalhos que não atendiam ao escopo de análise (não eram direcionados aos pacientes ou não apresentavam modelos ou esquemas com variáveis claramente definidas). Todo este processo resultou em 131 documentos válidos.

Estes trabalhos foram transferidos em sua totalidade para o software *Maxqda*, em sua versão ‘*free trial*’, onde alguns segmentos foram codificados (tipo de serviço ou cuidado na qual o artigo era direcionado ou aplicado; tipo de metodologia utilizada e as variáveis; atributos usados para mensurar a qualidade). Estes códigos indicavam cada um destes elementos dentro do texto, facilitando sua síntese e revisão ao final do processo.

Após a leitura de todos os trabalhos e demarcação de cada código; estes foram analisados quantitativamente (vocábulos encontrados nos textos e suas frequências e tipos de serviço e suas frequências); e também qualitativamente (foi gerada uma estrutura interativa resultante dos textos e identificação de cada variável/ atributo usado para mensurar a qualidade e sua descrição).

## **3 RESULTADOS**

### **3.1 Configurações Iniciais da Amostra**

Para compreender o contexto geral do grupo de 131 trabalhos escolhidos e assim obter uma visão generalizada de sua formação, optou-se pela operacionalização de uma estrutura interativa de palavras produzida a partir dos documentos analisados. Essa imagem gerada pelo software Maxqda permite identificar os principais vocábulos do texto e suas conexões, permitindo a observação de um panorama inicial da amostra.

Figura 2 - Estrutura Interativa resultante da análise dos 131 documentos.



Fonte: Dados da pesquisa.

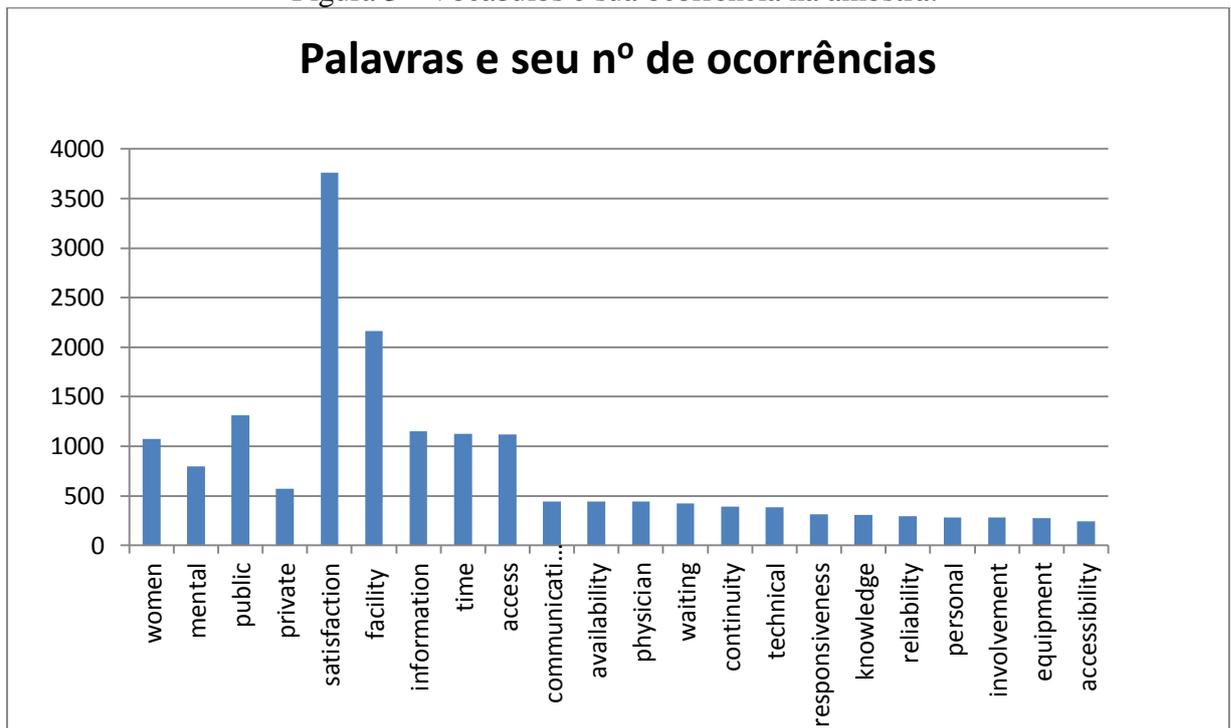
Observando-se a Figura 2 é possível identificar que o termo acesso parece representar uma boa parte dos trabalhos incluídos na amostra e que este termo está relacionado a estudos realizados na Europa Central, Oriental e do Norte (Finlândia).

Sobre o tipo de serviço abordados na amostra escolhida, destacam-se os relacionados ao planejamento familiar, especialmente o aconselhamento. Os termos relacionados à saúde materna e do recém nascido remetem a estudos realizados na Nigéria, havendo destaque também para estudos sobre o processo de nascimento (parto) e cuidados pós parto.

Há destaque para trabalhos relacionados ao tratamento de diabetes e ainda às instalações básicas de saúde (atenção primária); constatando-se também o debate entre serviços públicos e privados.

Corroborando com o que é demonstrado na estrutura interativa; a Figura 3 exibe alguns dos vocábulos mais ocorrentes nos 131 textos e sua frequência de apresentação.

Figura 3 - Vocábulos e sua ocorrência na amostra.



Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que dentre as palavras que são mais recorrentes nos 131 documentos, há destaque para o termo satisfação (presente em 108 dos 131 trabalhos e aparecendo 3760 vezes). Instalações é o segundo maior vocábulo em termos de ocorrência (2160); o que pode

ser explicado pelo fato de que analisar a qualidade, na maioria das vezes significa analisar aspectos tangíveis.

Reforçando os *insights* gerados pela Figura 2, ou pela estrutura interativa; percebe-se que acesso, informação e mulheres; foram termos que também apresentaram alta ocorrência da amostra. Destaca-se na amostra, portanto, estudos relacionados à preocupação com a saúde da mulher, à informação recebida no processo e ao acesso aos cuidados de saúde.

Há também destaque para o termo público; revelando que a maioria dos trabalhos da amostra apresenta citação ou é direcionado a este tipo de serviço de saúde.

Quando analisados o tipo de cuidado/serviço usado nos trabalhos e as variáveis/atributos usados para mensurar a qualidade; algumas constatações importantes podem ser feitas. A Figura 4 indica que a maioria dos 131 documentos estão relacionados a análises sobre a qualidade dos serviços de saúde em várias especialidades, especialmente os serviços hospitalares de forma geral. O paciente inserido no contexto hospitalar, ou seja, aquele admitido neste ambiente; está sujeito a uma série de serviços (diferentes clínicas; diagnose e terapia; fisioterapia, dentre outros) e estes estão relacionados à sua condição e evolução quadro de saúde durante este processo.

Figura 4 - Tipo de serviço/cuidados e sua ocorrência.



Fonte: Dados da pesquisa

A Figura 4 também releva destaque para os serviços relacionados à Atenção Primária (os serviços de entrada na rede e aqueles relacionados à prevenção); bem como a saúde mental; materna e da criança e sexual e reprodutiva. Estas constatações vão ao encontro da estrutura interativa de palavras exposta na Figura 2; que indica que nos 131 documentos, há

destaque para os termos relacionados à qualidade dos serviços de planejamento familiar e aqueles relacionados ao parto.

A categoria outros engloba pesquisas realizadas em serviços ofertados por farmácias, planos de saúde suplementar; saúde dental e oral; oncologia; nutrição, dentre outros.

Portanto, os 131 documentos da amostra estão ancorados em diversos contextos para a análise da qualidade em serviços de saúde; havendo destaque especial para a preocupação com a satisfação e com os serviços ofertados dentro do contexto hospitalar.

### **3.2 Dimensões/Atributos e Determinantes da qualidade: Quais são?**

Em relação à análise dos atributos/dimensões usados para mensurar a qualidade dos serviços de saúde; 1142 segmentos dos 131 documentos foram apontados. Ou seja, 1142 códigos que representam esta categoria foram identificados. A leitura e organização de cada um destes recortes permitiu a construção de uma discussão que leva à compreensão de cada variável ou atributo/dimensão e sua definição neste contexto.

De forma geral, três eixos centrais (presentes na maioria das análises) podem ser listados para a análise da qualidade dos serviços em saúde: os aspectos tangíveis; as formas de acesso aos cuidados e a comunicação estabelecida no processo.

#### **3.2.1 A qualidade em sua forma tangível: atributos a serem considerados**

A tangibilidade foi umas das dimensões propostas por Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988;1985) para sua metodologia Servqual. Apresentando fácil mensuração e baseando-se na percepção visual; esta variável pode ser subdividida em inúmeros atributos especificamente ao tipo de serviço de saúde prestado. Pode relacionar-se genericamente, à disponibilidade de infraestrutura, equipamentos e até práticas de gestão; como a oferta de diretrizes, normas e materiais de informação e educação (Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001). Análise das instalações físicas, equipamentos e aparência da equipe (Lee et al., 2000); além de aspectos relacionados à localização da unidade (Wollmann et al., 2012).

Existem mensurações baseadas em análises específicas sobre os aspectos tangíveis disponíveis como as condições das instalações; dos equipamentos; dos colaboradores e materiais de comunicação (Strawderman & Koubek, 2008). Identificação se a aparência visual

da instalação e dos materiais usados no serviço são visualmente atraentes (Yesilada & Direktör, 2010) e se estão de acordo com o tipo de serviço ofertado (Vassiliadis et al., 2014).

O uso de tecnologias ou equipamentos modernos e atualizados é intensamente avaliado (Maurer et al., 2016; John, Yatim, & Mani, 2011; Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009; Yesilada & Direktör, 2010; Vassiliadis et al., 2014).

A análise objetiva do espaço também é relevante: espaço suficiente (Mohammed et al., 2013; Fisseha et al., 2017; Raposo, Alves, & Duarte, 2009); espaço privativo para a realização de exames e área de espera com proteção do sol. (Obure et al., 2016); espaços para suporte dos familiares, como áreas para descanso (Maurer et al., 2016); comodidade e amplitude das salas de espera (Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003).

Ao mesmo tempo alguns estudos também apresentam avaliações subjetivas sobre a mesma variável: área de espera agradável (Phillips & Brooks, 1998); conforto físico (Wright et al., 2006); ambiente interno confortável (Sahel et al., 2015); prédico acolhedor (Phillips & Brooks, 1998); salas tranquilas (Makarem & Al-Amin, 2014); atmosfera agradável; ambiente atraente; (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007); instalações confortáveis e ambientes amigáveis (Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009); conforto e amabilidade do meio ambiente e instalações (Campos, Filho, & Castro, 2017).

A avaliação também pode apresentar uma conotação numérica relacionada à identificação de comodidades apresentadas pelas instalações: eletricidade; água; telefone; banheiro em funcionamento; área de espera para o cliente (Hutchinson, Do, & Agha, 2011); janelas para ventilação; proteção contra calor e chuva; água corrente ou limpa; eletricidade ou fonte alternativa de eletricidade; coleta de lixo; área de espera com cadeira ou banco (Agha, 2010); boa temperatura nas instalações (Raposo, Alves, & Duarte, 2009); fonte de água potável; eletricidade, aquecedor (Obure et al., 2016; Rao et al., 2006); ar fresco, espaço para sentar na sala de espera e de exames (Mohammed et al., 2013); instalação com água corrente; energia elétrica; itens de proteção pessoal; aquecedor, banheiro funcional (Fisseha et al., 2017); temperatura agradável; cheiro agradável; móveis confortáveis; layout interessante; boa decoração interior; esquema de cores atraente; iluminação apropriada; design feito para o paciente (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007).

A limpeza do ambiente também é importante: áreas e banheiros limpos em todas as instalações (Mohammed et al., 2013; Agha, 2010; Obure et al., 2016; Mayston et al., 2017; Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009). Ainda em relação aos elementos tangíveis, a sinalização e organização interna: sinais de orientação claros (Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003); e a presença de estrutura e orientação apropriada para

pessoas especiais ou com mobilidade reduzida (Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Campos, Filho, & Castro, 2017); também representam atributos importantes para a qualidade em serviços de saúde.

Desta forma, a qualidade pode ser avaliada observando-se várias facetas de um mesmo atributo. Os elementos tangíveis podem ser colocados à prova tanto objetiva quanto subjetivamente; numericamente; podendo estar relacionada à presença de itens básicos como banheiros e bebedouros e até a oferta de equipamentos altamente tecnológicos.

### **3.2.2 Acesso e sua representação nos serviços de saúde**

O acesso representa outra importante variável para a análise da qualidade em serviços de saúde. Trata-se de uma dimensão central; uma vez que somente através do contato com o sistema é que pode-se avaliar o serviço que foi prestado. Contudo, Travassos & Martins (2004) afirmam que mesmo que a utilização dos serviços seja uma medida de acesso, muitos outros fatores como os individuais e contextuais influenciam o processo. Isso significa que características populacionais, a forma como os serviços de saúde são organizados para a oferta e a própria condição de saúde do indivíduo tornam-se elementos delimitadores da capacidade de acesso.

A análise dos 131 documentos permite afirmar que há destaque especial para percepções objetivas sobre o acesso; especialmente a proximidade geográfica ou a localização (Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Rivard et al., 2015; Reeve et al., 2015; Asfaw et al., 2014; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Safran et al., 2002; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Baltussen, Rob; Ye, 2006).

Considerando a localização; existem as variáveis relacionadas à disponibilidade de transporte (Casarett et al., 2008; Fisseha et al., 2017) e ao tempo de viagem gasto até a unidade de saúde (Stepurko et al., 2016; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Ganle et al., 2014). A distância (Shayo et al., 2016; Ganle et al., 2014; Phillips & Brooks, 1998); a distribuição territorial das unidades (Larson et al., 2014) e a abrangência da rede credenciada (Wollmann et al., 2012). também são elementos importantes para avaliar o acesso. A equidade está totalmente relacionada à distância, pois esta possui influências no custo do acesso e na utilização do cuidado (Shayo et al., 2016). A má distribuição e disponibilidade desigual de serviços dá origem a acessos diferenciados (Ganle et al., 2014).

O acesso não é avaliado somente em termos físicos (distância e localização). Os trabalhos da amostra indicam que o acesso econômico, também chamado de acesso financeiro

(Safran, Tarlov, & Rogers, 1994); e mensurado pela capacidade de pagamento (Sannisto et al., 2010) e reembolso suficiente de seus gastos com o processo (Casarett et al., 2008); são relevantes para a qualidade dos serviços de saúde.

O número de dias em que as unidades ficam disponíveis para o serviço também representam um indicador desta variável (Tessema et al., 2017; Asfaw et al., 2014; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Costa et al., 2014; Agha, 2010). Essa disponibilidade se reflete nas horas trabalhadas (Reeve et al., 2015) e nos horários de trabalho convenientes para o paciente, ou seja, que atendam às suas necessidades (Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Shaffer & Sherrell, 1997; Safran et al., 2002; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Costa et al., 2014; Campos, Filho, & Castro, 2017).

A acessibilidade dos serviços também tem total relação com sua oferta e disponibilidade: oferta de clínicas e serviços de emergência (Reeve et al., 2015); laboratório (Fisseha et al., 2017); serviços de odontologia; farmácia e vacinação (Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017). Conseguir facilmente um leito (Andaleeb et al., 2007; Castro et al., 2012); os médicos necessários (Rao et al., 2006; Zaslavsky et al., 2000); e consultas (Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Phillips & Brooks, 1998; Becker et al., 2016; Safran et al., 2002). A simples oferta de serviços básicos pode não ser um indicador completo para a análise da qualidade em serviços de saúde: a oferta apropriada de serviços (Sannisto et al., 2010); o acesso a exames complementares (Castro et al., 2012); a medicamentos (Baltussen, Rob; Ye, 2006) e facilidade de agendamento (Shaffer & Sherrell, 1997) também são elementos importantes.

A acessibilidade deve se estender para fora do ambiente da unidade e do momento de encontro com o médico; sendo definida como a disposição do mesmo para responder questões clínicas emergentes (Becker et al., 2016). O acesso ao médico deve ser ofertado por diversos meios: telefone, pessoal, informações no site (Patel et al., 2007; Safran et al., 2002; Phillips & Brooks, 1998; Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008); o acesso à informação disponível (Forouzan et al., 2013); são elementos necessários para a qualidade do acesso; contudo; deve haver respeito aos elementos culturais (Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016). Os serviços devem ser apropriados e os bens e instalações precisam atender a diferenças culturais e de gênero (Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015).

O processo de referenciação e continuidade do paciente na rede também representa um mecanismo de análise do acesso. A facilidade de conseguir uma referência (Zaslavsky et al., 2000; Ward et al., 2005) ou de adentrar na atenção secundária (Castro et al., 2012);

representam importantes elementos que podem indicar a qualidade de um serviço de saúde. Deve haver um sistema de referência estabelecido e funcional, composto por uma regulação efetiva de emergências = triagem (Sahel et al., 2015). A continuidade e a integração se manifestam nos mecanismos de acesso através da disposição de redes de suporte aos pacientes como aquelas relacionadas à drogas, alcoolismo e serviços especializados (Ristea et al., 2009).

Outra variável importante é o tempo de espera (Sannisto et al., 2010; Safran et al., 2002; Millar et al., 2013; Campos, Filho, & Castro, 2017) que também constitui-se como indicador de acesso; além de ser um atributo medido separadamente quando o assunto é qualidade em serviços de saúde. O tempo, em si, apresenta-se como um bom indicador para este tipo de análise. A prontidão, o tempo dispendido pelo médico na consulta e a rapidez (no atendimento; no exame; no resultado) acabam comprometendo a percepção do paciente sobre o serviço ofertado. Em um ambiente multidisciplinar e de múltiplos encontros como o de saúde; o tempo pode ser fator decisivo entre o bom resultado e o indesejado. Receber o serviço necessário em tempo hábil (Nau & Pacholski, 2007) é essencial para que o processo do serviço se estenda com eficiência. Além disso, o tempo de espera para o primeiro atendimento; para a consulta que já foi marcada; a frequência de atraso (Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010); o tempo para registro do paciente (Campos, Filho, & Castro, 2017) e o tempo dedicado às visitas (Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008); são elementos utilizados na mensuração de serviços de saúde de qualidade.

Percebe-se que o acesso apresenta-se como uma variável amplamente utilizada (explorada em muitos atributos) nos trabalhos da amostra. É importante salientar que contexto e características da população e do tipo de serviço avaliado influenciam na forma como cada variável é utilizada na mensuração.

### **3.2.3 Comunicação: até que ponto?**

A dimensão comunicação é muito explorada em pesquisas que buscam avaliar a qualidade no setor de saúde e ao mesmo tempo, sua importância justifica-se mediante sua intensa conexão com outros atributos importantes como o conhecimento; a cortesia; o respeito; o interesse; o aconselhamento; o relacionamento estabelecido; a privacidade; a preocupação; a confiança; a orientação; a continuidade; a integração e a centralidade. A comunicação apresenta-se como o cerne de grande parte dos processos que levam à constituição da qualidade em serviços de saúde, envolvendo os diversos setores,

colaboradores e tarefas; estando intimamente relacionados à interação estabelecida entre médico/enfermeiros e pacientes (Sullivan, Harris, Doyle, & Bell, 2013). Esta interação tem papel fundamental na avaliação da qualidade, pois permite captar a percepção do paciente sobre o desempenho dos serviços (Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgard, 2015), além de incentivar a autonomia (Mohammed et al., 2013).

A comunicação eficiente envolve vários aspectos como: a explicação; exposição por parte do médico sobre as causas e o curso do agravo de saúde (Hansen et al., 2008; Rao et al., 2006; Safran et al., 2002; Aquino et al., 2014; Casarett et al., 2008; Hutchinson, Do, & Agha, 2011); o propósito dos exames; os resultados; deixando as prescrições claras (Andaleeb et al., 2007); opções de tratamento, testes e procedimentos; o que foi prescrito e seus efeitos; sobre processos de referência para outros médicos (Ward et al., 2005; Otani et al., 2010; quando retornar (mediante quais sintomas); (Hansen et al., 2008). Descrever o que será realizado (Shaffer & Sherrell, 1997; Aquino et al., 2014); explicar aquilo que o paciente precisa entender (Mohammed et al., 2013; Lebrun-Harris et al., 2013); oferecer informações que não sejam contraditórias (Casarett et al., 2008); oferecer explicações claras (Nisselle et al., 2008; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Aquino et al., 2014; Campos, Filho, & Castro, 2017; Becker et al., 2016; Berhane & Enquasselasie, 2015; Casarett et al., 2008);

A comunicação não é uma via de mão única, ou seja, é preciso estabelecer uma troca paciente-médico; permitindo e incentivando o questionamento (Nisselle et al., 2008; Hansen et al., 2008; Sovd et al., 2006; Doubova et al., 2016; Aquino et al., 2014; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010); e disponibilizando tempo para essa troca (Mohammed et al., 2013; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010). Ouvir o paciente (Casarett et al., 2008; Sovd et al., 2006; Andaleeb et al., 2007; Safran et al., 2002; Mohammed et al., 2013; Lebrun-Harris et al., 2013; Becker et al., 2016) e ser hábil para responder estes questionamentos (Nau & Pacholski, 2007; Andaleeb et al., 2007; Shaffer & Sherrell, 1997; Lebrun-Harris et al., 2013; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007). Permitir a discussão sobre a condição prévia e atual (Andaleeb et al., 2007; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007); perguntar ao paciente sobre seus sintomas; como ele se sente (Klein et al., 2007; Safran et al., 2002; Ganle et al., 2014); avaliar sua compreensão sobre o assunto (Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016); permitir a oportunidade de uma conversa privativa (Klein et al., 2007) e falar de coisas que vão além do agravo e da condição médica (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007). Aconselhamento e suporte emocional (Hoff et al., 1998; Ceronsky et al., 2015; Casarett et al., 2008; Wright et al., 2006; Doubova et al., 2016).

É preciso ofertar informações que envolvem o cuidado de saúde: (Iezzoni et al., 2017); como se manter saudável (Rao et al., 2006); como gerenciar o tratamento (Nau & Pacholski, 2007); instruções sobre peso, exames, exercícios físicos, hábitos alimentares (Lebrun-Harris et al., 2013); coisas que deixam o paciente preocupado, causando stress (Doubova et al., 2016); ajuda na tomada de decisão sobre cuidados (Safran et al., 2002). Estender essas e outras informações à família e à comunidade (Ceronisky et al., 2015; Castro et al., 2012; Silva et al., 2016).

A orientação é uma das responsabilidades da equipe de saúde: suporte e aconselhamento financeiro (Maurer et al., 2016); sensibilização dos pacientes que precisam ser orientados em outro dia, ou que podem esperar para resolver suas preocupações; explicações sobre o funcionamento do sistema (Patel et al., 2007); informações sobre a forma de pagamento (Asfaw et al., 2014); localização das salas/setores dentro da unidade; placas e sinalizações; facilidade para conseguir informações; facilidade de fazer reclamações (Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010).

A capacidade da equipe de orientar também envolve o bom senso e análise do tipo de cuidado a ser ofertado. Deve ser verificado que tipo de informação é realmente necessária, em que fase o paciente encontra-se; se está em transição; com técnicas de comunicação adequadas; auxiliando o conhecimento individual sobre o agravo, incentivando o autocuidado e a independência (Iezzoni, Marsella, Lopinsky, Heaphy, & Warsett, 2017).

Além disso, a comunicação precisa ser adaptada aos aspectos culturais, portanto, caso necessário, deve haver intérpretes; o pessoal deve ser sensível às preferências de linguagem; usando um dialeto flexível em todo o processo de cuidado (Gauthier et al., 2015); uso de uma linguagem apropriada (Nisselle et al., 2008).; é preciso que a abordagem no momento da conversa seja amigável (Berhane & Enquasselasie, 2015).

Por fim, a comunicação precisa ser eficiente envolvendo o relacionamento entre os profissionais envolvidos: as atividades precisam ser divulgadas (Fiuza et al., 2015) e as necessidades dos pacientes corretamente repassadas para os médicos pela equipe de enfermagem (Andaleeb et al., 2007).

Observa-se que o processo de comunicação envolve a complexidade do cenário dos serviços de saúde; envolvendo diferentes perspectivas (abordagens advindas de diferentes profissionais) inseridas em processos correlatos: cuidados e prevenção; tratamentos; orientações sobre medicamentos e alimentação; bem como a simples explicação de procedimentos. Salienta-se que, como tema dualista; a comunicação precisa ser adaptada tanto ao contexto de análise quanto às características pessoais do ouvinte.

### **3.2.4 Outros elementos importantes no processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde**

Além dos três componentes principais encontrados nos 131 documentos da amostra; outros também foram relevantes; apresentando conexões entre si e contribuindo para o processo de alcance da qualidade em serviços de saúde. O Quadro 1 indica estas variáveis e os estudos da amostra que as utilizam como forma de análise da qualidade em serviços de saúde.

**Quadro 1:** Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Continua)

<b>Efetividade</b>
(Whedon et al., 2016; Wollmann, Steiner, Vieira, & Steiner, 2012; Ruggeri et al., 2004; Lee, Delene, Bunda, & Kim, 2000; John, Yatim, & Mani, 2011; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Baltussen, Rob; Ye, 2006)
<b>Eficiência</b>
(Whedon et al., 2016; Reeve et al., 2015; Roque-Roque et al., 2015; Phillips & Brooks, 1998; Otani, Waterman, Faulkener, Boslaugh, & Dunagan, 2010; Millar, Doherty, Forster, McFarlane, & Ogilvie, 2013; Hu, Cheng, Chiu, & Hong, 2011; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Allah, Elsabagh, & Samah, 2012)
<b>Eficácia</b>
(Mayston et al., 2017)
<b>Equidade</b>
(Whedon et al., 2016; Waraich et al., 2010; Shayo et al., 2016; Ruggeri et al., 2004; Millar, Doherty, Forster, McFarlane, & Ogilvie, 2013; Ganle, Parker, Fitzpatrick, & Otupiri, 2014)
<b>Segurança</b>
(Whedon et al., 2016; Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Iezzoni et al., 2017; Andaleeb et al., 2007; Yesilada & Direktör, 2010; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Stolk-Vos, Van De Klundert, Majjers, Zijlmans, & Busschbach, 2017; Sahel et al., 2015; Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013; Hu, Cheng, Chiu, & Hong, 2011; Campos, Filho, & Castro, 2017; Biringer, Hartveit, Sundfør, Ruud, & Borg, 2017; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005)
<b>Pontualidade e tempo de espera</b>
(Whedon et al., 2016; Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; (Sannisto, Saaristo, Sthl, Mattila, & Kosunen, 2010; Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Nau & Pacholski, 2007; Maurer et al., 2016; Iezzoni et al., 2017; Hoff et al., 1998; Tessema et al., 2017; Rivard, Lépine, Mercier, & Morin, 2015; Pölluste, Kallikorm, Meiesaar, & Lember, 2012; Patel, Baeza, Patel, Greene, & Theobald, 2007; Patel et al., 2007; Kapp et al., 2017; Asfaw et al., 2014; Al Qatari & Haran, 1999; Forouzan et al., 2013; Yesilada & Direktör, 2010; Zaslavsky et al., 2000; Ward, Rolland, & Patterson, 2005; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Stepurko, Pavlova, & Groot, 2016; Shaffer & Sherrell, 1997; Reinado, Carrasco, Sánchez, & Cerdá, 2010; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Phillips & Brooks, 1998; Millar et al., 2013; Mayston et al., 2017; Mariko, 2003; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Li, Hou, Lu, Tang, & Ma, 2012; Lebrun-Harris et al., 2013; Lashgari, Delavari, Kheirkhah, & Antucheviciene, 2013; John, Yatim, & Mani, 2011; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Hu, Cheng, Chiu, & Hong, 2011; Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008; Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Davies, Keenan, & Redley, 2017; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; ; Dagger & Sweeney, 2007; Campos, Filho, & Castro, 2017; Bordin et al., 2017; Biringer et al., 2017; Berhane & Enquasselasie, 2015; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015; Agha, 2010)
<b>Centralidade e cuidado individualizado.</b>
(Whedon et al., 2016; Waraich et al., 2010; Casarett et al., 2008; Forouzan et al., 2013; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Stolk-Vos, Van De Klundert, Majjers, Zijlmans, & Busschbach, 2017; Maurer et al., 2016; Andaleeb et al., 2007; Reinado, Carrasco, Sánchez, & Cerdá, 2010; Roque-Roque et al., 2015; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006)

**Quadro 1:** Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Continua)

<b>Continuidade e coordenação do cuidado</b>
(Waraich et al., 2010; Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Maurer et al., 2016; Iezzoni, Marsella, Lopinsky, Heaphy, & Warsett, 2017; Hoff, Rosenheck, Materko, & Wilson, 1998; Winslade & Tamblyn, 2017; Rivard, Lépine, Mercier, & Morin, 2015; Reeve et al., 2015; Forouzan et al., 2013; Castro, Knauth, Harzheim, Hauser, & Duncan, 2012; Couillet et al., 2007; Barelds, Van De Goor, Bos, Van Heck, & Schols, 2009; Barelds et al., 2009; Asfaw et al., 2014; Andaleeb et al., 2007; Al-Sakkak, Al-Nowaiser, Al-Khashan, Al-Abdrabulnabi, & Jaber, 2008; Zaslavsky, Beaulieu, Landon, & Cleary, 2000; Zaslavsky et al., 2000; Wright et al., 2006; Wollmann et al., 2012; Verbeek et al., 2001; Sahel et al., 2015; Safran, Tarlov, & Rogers, 1994; Safran, Wilson, Rogers, Montgomery, & Chang, 2002; Reinado, Carrasco, Sánchez, & Cerdá, 2010; Morin et al., 2008; Mayston et al., 2017; Lebrun-Harris et al., 2013; Jenkinson et al., 2002; Hu et al., 2011; Harriott, Williams, & Peterson, 2005; Harriott, Williams, & Peterson, 2005; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Gené-Badia et al., 2008; Fiuza, Rocha, Jucimere, Carneiro, & Costa, 2015; Doubova et al., 2016; Silva et al., 2016; Costa et al., 2014; Biringer et al., 2017; Berhane & Enquasselasia, 2015; Baltussen, Rob; Ye, 2006; Aquino et al., 2014; Agha, 2010)
<b>Competência/Expertise/Profissionalismo/ Conhecimento</b>
(Waraich et al., 2010; Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Maurer et al., 2016; Iezzoni et al., 2017; Ehiri, Oyo-Ita, Anyanwu, Meremikwu, & Ikpeme, 2005; Ceronsky, Johnson, & Weng, 2015; Cammett & Şaşmaz, 2017; Venables & Allender, 2008; Patel et al., 2007; Larson et al., 2014; Bockting, Robinson, Benner, & Scheltema, 2004; Andaleeb et al., 2007; Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016; Yesilada & Direktör, 2010; Verbeek et al., 2001; Stolk-Vos et al., 2017; Stepurko et al., 2016; Shaffer & Sherrell, 1997; Sahel et al., 2015; Safran, Tarlov, & Rogers, 1994; Safran et al., 2002; Ruggeri et al., 2004; Reinado et al., 2010; Ristea, Stegroiu, Ioan-Franc, & Dinu, 2009; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Phillips & Brooks, 1998; Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013; Morin et al., 2008; Mayston et al., 2017; Lee et al., 2000; John, Yatim, & Mani, 2011; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Hu et al., 2011; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Fisseha et al., 2017; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Davies, Keenan, & Redley, 2017; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; ; Dagger & Sweeney, 2007; Campos, Filho, & Castro, 2017; Bjørngaard, Wessel Andersson, Osborg Ose, & Hanssen-Bauer, 2008; Billah et al., 2017; Berra et al., 2014; Baltussen, Rob; Ye, 2006; Aquino et al., 2014; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005)
<b>Interação/ relacionamento</b>
(Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Nau & Pacholski, 2007; Klein et al., 2007; Patel et al., 2007; Johnson & Ugaz, 2016; Gillispie et al., 2005; Forouzan et al., 2013; Ward et al., 2005; Shayo et al., 2016; Safran, Tarlov, & Rogers, 1994; Safran et al., 2002; Ruggeri et al., 2004; Morin et al., 2008; Mayston et al., 2017; Gené-Badia et al., 2008; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Dagger & Sweeney, 2007; Bordin et al., 2017; Biringer, Hartveit, Sundfjør, Ruud, & Borg, 2017; Becker, Midoun, Zeithaml, Clark, & Spirito, 2016)
<b>Cortesia e gentileza</b>
(Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Hoff et al., 1998; Casarett et al., 2008; Couillet et al., 2007; Asfaw et al., 2014; Yesilada & Direktör, 2010; Zaslavsky et al., 2000; Wright et al., 2006; Ward et al., 2005; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Reinado et al., 2010; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Rao et al., 2006; Phillips & Brooks, 1998; Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013; Otani et al., 2010; Mayston et al., 2017; Lebrun-Harris et al., 2013; John, Yatim, & Mani, 2011; Harriott, Williams, & Peterson, 2005; Gené-Badia et al., 2007; Ganle et al., 2014; Fisseha et al., 2017; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Campos, Filho, & Castro, 2017; Bordin et al., 2017; Berhane & Enquasselasia, 2015; Baltussen, Rob; Ye, 2006; Allah, Elsabagh, & Samah, 2012)

**Quadro 1:** Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Continua)

<b>Empatia</b>
(Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Strawderman & Koubek, 2008; Nisselle, Forbes, Bankier, Hughes, & Aitken, 2008; Patel et al., 2007; Gillispie, Williams, & Gillispie, 2005; Forouzan et al., 2013; Yesilada & Direktör, 2010; Wei et al., 2011; Papanikolaou & Zygiaris, 2014; Lee, Delene, Bunda, & Kim, 2000; Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009 )
<b>Capacidade de resposta</b>
(Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Strawderman & Koubek, 2008; Nisselle et al., 2008; Iezzoni, Marsella, Lopinsky, Heaphy, & Warsett, 2017; Steffen & Nystrom, 1997; Steffen & Nystrom, 1997; Yesilada & Direktör, 2010; Wei et al., 2011; Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013; Papanikolaou & Zygiaris, 2014; Otani et al., 2010; Mohammed, Bermejo, Souares, Sauerborn, & Dong, 2013; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Makarem & Al-Amin, 2014; Lee et al., 2000; Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008; Ganle et al., 2014; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009; Bordin et al., 2017)
<b>Garantia</b>
(Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Strawderman & Koubek, 2008; Steffen & Nystrom, 1997; Patel, Baeza, Patel, Greene, & Theobald, 2007; Wei et al., 2011; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013; Papanikolaou & Zygiaris, 2014; Lee, Delene, Bunda, & Kim, 2000; Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009)
<b>Confiança na equipe suas ações</b>
(Sullivan, Harris, Doyle, & Bell, 2013; Iezzoni et al., 2017; Steffen & Nystrom, 1997; Patel et al., 2007; Lv et al., 2016; Forouzan et al., 2013; Yesilada & Direktör, 2010; Wei et al., 2011; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Shayo et al., 2016; Safran et al., 2002; Papanikolaou & Zygiaris, 2014; Lee et al., 2000; Hu et al., 2011; Ganle et al., 2014; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Bordin et al., 2017; Bjørngaard, Wessel Andersson, Osborg Ose, & Hanssen-Bauer, 2008; Biringer et al., 2017; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006)
<b>Confiabilidade no sistema</b>
(Strawderman & Koubek, 2008; Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013; Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009)
<b>Cuidado ético</b>
(Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Sahel et al., 2015; Hu et al., 2011)
<b>Resultado positivo</b>
(Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015; Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Ceronsky et al., 2015; Gillispie et al., 2005; Al Qatari & Haran, 1999; Ward et al., 2005; Verbeek et al., 2001; Otani et al., 2010; Mayston et al., 2017; Mariko, 2003; Makarem & Al-Amin, 2014; Li et al., 2012; Jenkinson et al., 2002; Davies, Keenan, & Redley, 2017; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; ; Dagger & Sweeney, 2007; Bowers, Swan, & Koehler, 1994; Bjørngaard et al., 2008; Biringer et al., 2017; Billah et al., 2017)
<b>Envolvimento no tratamento (por parte do paciente e sua família)</b>
(Sullivan, Harris, Doyle, & Bell, 2013; Iezzoni et al., 2017; Hoff et al., 1998; Casarett et al., 2008; Tessema et al., 2017; Forouzan et al., 2013; Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016; Zaslavsky et al., 2000; Wright et al., 2006; Otani et al., 2010; Millar et al., 2013; Mayston et al., 2017; Jenkinson et al., 2002; Harriott, Williams, & Peterson, 2005; Danielsen et al., 2007; Biringer et al., 2017; Berhane & Enquasselasie, 2015; Becker et al., 2016; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015)

**Quadro 1: Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Continua)**

<b>Limpeza (tanto do ambiente físico quanto aparência dos colaboradores)</b>
(Sullivan, Harris, Doyle, & Bell, 2013; Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Hong et al., 2006; Obure et al., 2016; Maurer et al., 2016; Tessema et al., 2017; Larson et al., 2014; Forouzan et al., 2013; Andaleeb et al., 2007; Yesilada & Direktör, 2010; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Reinado et al., 2010; Ristea et al., 2009; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Rao et al., 2006; Otani et al., 2010; Mayston et al., 2017; Makarem & Al-Amin, 2014; John, Yatim, & Mani, 2011; Hu et al., 2011; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Davies, Keenan, & Redley, 2017; Campos, Filho, & Castro, 2017; Allah, Elsabagh, & Samah, 2012)
<b>Aconselhamento</b>
(Sannisto, Saaristo, Sthl, Mattila, & Kosunen, 2010; Klein et al., 2007; Hoff et al., 1998; Casarett et al., 2008; Venables & Allender, 2008; Patel et al., 2007; Forouzan et al., 2013; Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016; Wright et al., 2006; Safran et al., 2002; Harriott, Williams, & Peterson, 2005; Doubova et al., 2016)
<b>Orientação por parte da equipe</b>
(Sannisto, Saaristo, Sthl, Mattila, & Kosunen, 2010; Nau & Pacholski, 2007; Maurer et al., 2016; Hoff et al., 1998; Ceronsky et al., 2015; Casarett et al., 2008; Sovd, Mmari, Lipovsek, & Manaseki-Holland, 2006; Patel et al., 2007; Castro et al., 2012; Asfaw et al., 2014; Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016; Zaslavsky et al., 2000; Ruggeri et al., 2004; Reinado et al., 2010; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Otani et al., 2010; Mayston et al., 2017; Makarem & Al-Amin, 2014; John, Yatim, & Mani, 2011; Harriott, Williams, & Peterson, 2005; Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008; Ganle et al., 2014; Doubova et al., 2016; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Danielsen et al., 2007; Silva et al., 2016; Campos, Filho, & Castro, 2017; Bordin et al., 2017; Bjørngaard et al., 2008; Biringer et al., 2017; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006; Aquino et al., 2014; Agha, 2010)
<b>Possibilidade de escolha</b>
(Sannisto, Saaristo, Sthl, Mattila, & Kosunen, 2010; Iezzoni et al., 2017; Johnson & Ugaz, 2016; Biringer et al., 2017)
<b>Disponibilidade de serviços -consultas(especialistas e outros); exames; serviços de apoio</b>
(Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Maurer et al., 2016; Iezzoni et al., 2017; Reeve et al., 2015; Larson et al., 2014; Castro, Knauth, Harzheim, Hauser, & Duncan, 2012; Barelds et al., 2009; Zaslavsky, Beaulieu, Landon, & Cleary, 2000; Zaslavsky et al., 2000; Wright et al., 2006; Ward et al., 2005; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Ristea et al., 2009; Mayston et al., 2017; Mariko, 2003; Hotchkiss et al., 2005; Fisseha et al., 2017; Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Campos, Filho, & Castro, 2017; Berra et al., 2014; Agha, 2010; Allah, Elsabagh, & Samah, 2012)
<b>Atividades de prevenção e vigilância</b>
(Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Venables & Allender, 2008)
<b>Confidencialidade</b>
(Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Obure et al., 2016; Klein et al., 2007; Tessema et al., 2017; Sovd et al., 2006; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Ristea et al., 2009; Mayston et al., 2017; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Becker et al., 2016; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015; Agha, 2010)

**Quadro 1:** Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Continua)

<b>Disponibilidade de medicamentos e materiais</b>
(Obure et al., 2016; Casarett et al., 2008; Tessema et al., 2017; Larson et al., 2014; Forouzan et al., 2013; Couillet et al., 2007; Bronfman, Castro, Zuñiga, Miranda, & Oviedo, 1997; Mariko, 2003; Li et al., 2012; Hotchkiss et al., 2005; Fiuza et al., 2015; Fisseha et al., 2017; Campos, Filho, & Castro, 2017; Berhane & Enquasselasie, 2015; Baltussen, Rob; Ye, 2006; Agha, 2010; Allah, Elsabagh, & Samah, 2012)
<b>Privacidade</b>
(Obure et al., 2016; Tessema et al., 2017; Sovd et al., 2006; Larson et al., 2014; Hong, Montana, & Mishra, 2006; Bockting et al., 2004; Al Qatari & Haran, 1999; Reinado et al., 2010; Mayston et al., 2017; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Gené-Badia et al., 2008; Ganle et al., 2014; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Davies, Keenan, & Redley, 2017; Chang & Chang, 2008; Biringier et al., 2017; Agha, 2010)
<b>Histórico</b>
(Obure et al., 2016; Tessema et al., 2017; Patel et al., 2007; Hansen et al., 2008; Zaslavsky, Beaulieu, Landon, & Cleary, 2000; Zaslavsky et al., 2000; Safran et al., 2002; Mariko, 2003; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Doubova et al., 2016; Allah, Elsabagh, & Samah, 2012)
<b>Respeito</b>
(Nisselle et al., 2008; Nau & Pacholski, 2007; Maurer et al., 2016; Iezzoni et al., 2017; Ceronsky, Johnson, & Weng, 2015; Casarett et al., 2008; Sovd et al., 2006; Reeve et al., 2015; Patel et al., 2007; Larson et al., 2014; Forouzan et al., 2013; Bockting, Robinson, Benner, & Scheltema, 2004; Zaslavsky et al., 2000; Shaffer & Sherrell, 1997; Safran et al., 2002; Reinado et al., 2010; Roque-Roque et al., 2015; Otani et al., 2010; Harriott, Williams, & Peterson, 2005; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Gené-Badia et al., 2007; Ganle et al., 2014; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Becker et al., 2016; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006; Baltussen, Rob; Ye, 2006; Aquino et al., 2014; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015)
<b>Abordagem holística</b>
(Nisselle et al., 2008; Iezzoni et al., 2017; Ceronsky et al., 2015; Reeve et al., 2015; Castro et al., 2012; Barelds et al., 2009; Reinado et al., 2010; Lebrun-Harris et al., 2013; Silva et al., 2016)
<b>Tempo suficiente na consulta, exame.</b>
(Nisselle et al., 2008; Tessema et al., 2017; Pölluste, Kallikorm, Meiesaar, & Lember, 2012; Hansen et al., 2008; Asfaw et al., 2014; Al Qatari & Haran, 1999; Zaslavsky et al., 2000; Ward et al., 2005; Safran et al., 2002; Ristea et al., 2009; Rao et al., 2006; Phillips & Brooks, 1998; Mayston et al., 2017; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Lebrun-Harris et al., 2013; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008; Doubova et al., 2016; Baltussen, Rob; Ye, 2006)
<b>Envolvimento e educação da comunidade</b>
(Iezzoni et al., 2017; Reeve et al., 2015; Li et al., 2012)
<b>Estigmatização e dignidade</b>
(Iezzoni et al., 2017; Casarett et al., 2008; Patel et al., 2007; Forouzan et al., 2013; Ristea et al., 2009; Otani et al., 2010; Mohammed et al., 2013; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Biringier et al., 2017; Aquino et al., 2014; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015)

**Quadro 1:** Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Continua)

<b>Erros (processo/documentos)</b>
(Ehiri et al., 2005; Patel et al., 2007; Andaleeb et al., 2007; Yesilada & Direktör, 2010; Ward et al., 2005; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007)
<b>Preocupação</b>
(Ceronsky et al., 2015; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007)
<b>Exame físico</b>
(Cammatt & Şaşmaz, 2017; Tessema et al., 2017; Hansen et al., 2008; Ward et al., 2005; Safran et al., 2002; Reinado et al., 2010; Rao et al., 2006; Mariko, 2003; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Baltussen, Rob; Ye, 2006; Allah, Elsabagh, & Samah, 2012)
<b>Custo para o cliente</b>
(Tessema et al., 2017; Pölluste et al., 2012; Larson et al., 2014; Asfaw et al., 2014; Andaleeb et al., 2007; Wollmann et al., 2012; Verbeek et al., 2001; Stepurko et al., 2016; Shayo et al., 2016; Shaffer & Sherrell, 1997; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Safran et al., 2002; Mayston et al., 2017; Li et al., 2012; Li et al., 2012; Lashgari et al., 2013; Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Hu et al., 2011; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Gené-Badia et al., 2007; Biringer et al., 2017; Baltussen, Rob; Ye, 2006; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005)
<b>Coleta de informações sobre a opinião do cliente (ouvidoria)</b>
(Tessema et al., 2017; Reeve et al., 2015; Sahel et al., 2015; Costa et al., 2014; Campos, Filho, & Castro, 2017; Agha, 2010)
<b>Informações médicas disponíveis e registros bem mantidos</b>
(Ruchiwit, Cowawintawewat, Pootong, Wareenil, & Pawloski, 2016; Forouzan et al., 2013; Andaleeb et al., 2007; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Reinado et al., 2010; Fiuza et al., 2015; Chang & Chang, 2008; Billah et al., 2017)
<b>Flexibilidade dos serviços</b>
(Rivard et al., 2015; (Barelds et al., 2009)
<b>Presença de programas que condizem com o ônus da comunidade</b>
(Reeve et al., 2015; Costa et al., 2014)
<b>Saúde preventiva e detecção precoce</b>
(Reeve et al., 2015; Li et al., 2012; Lebrun-Harris et al., 2013; Waraich et al., 2010)
<b>Rapidez e prontidão</b>
(Patel et al., 2007; Bockting, Robinson, Benner, & Scheltema, 2004; Asfaw et al., 2014; Yesilada & Direktör, 2010; Zaslavsky et al., 2000; Wollmann et al., 2012; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Reinado et al., 2010; Ristea et al., 2009; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Sahel et al., 2015; Rao et al., 2006; Otani, Waterman, Faulkener, Boslaugh, & Dunagan, 2010; Mohammed et al., 2013; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Lebrun-Harris et al., 2013; John, Yatim, & Mani, 2011; Fisseha et al., 2017; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Davies, Keenan, & Redley, 2017; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Campos, Filho, & Castro, 2017; Biringer et al., 2017; Aquino et al., 2014; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015)

**Quadro 1:** Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Continua)

<b>Número de colaboradores</b>
(Couillet et al., 2007; Andaleeb et al., 2007; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Reinado et al., 2010; Mariko, 2003; Hotchkiss et al., 2005; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008; Garcia-Lacalle & Martin, 2010; Ganle et al., 2014; Fiuza et al., 2015; Fisseha et al., 2017; Baltussen, Rob; Ye, 2006)
<b>Humanização</b>
(Bronfman et al., 1997; Bockting, Robinson, Benner, & Scheltema, 2004; Wollmann et al., 2012; Verbeek et al., 2001; Shaffer & Sherrell, 1997; Safran et al., 2002; Haddad, Fournier, & Potvin, 1998; Ganle et al., 2014; Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006; Baltussen, Rob; Ye, 2006)
<b>Presença de médico na unidade</b>
(Asfaw et al., 2014; Zaslavsky, Beaulieu, Landon, & Cleary, 2000; Zaslavsky et al., 2000; Shayo et al., 2016; Otani et al., 2010; Mayston et al., 2017; Hutchinson, Do, & Agha, 2011)
<b>Visitas e Burocracia</b>
(Wright et al., 2006) e (Verbeek et al., 2001)
<b>Interesse pessoal do médico ou da unidade no problema</b>
(Ward et al., 2005; Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Reinado et al., 2010; Ristea et al., 2009; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; John, Yatim, & Mani, 2011; Hu et al., 2011; Bordin et al., 2017; Biringer et al., 2017)
<b>Atendimento às necessidades do paciente</b>
(Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Rao, Peters, & Bandeen-roche, 2006; Gené-Badia et al., 2007; Gené-Badia et al., 2008; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Chang & Chang, 2008; Biringer et al., 2017; Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006)
<b>Conduta interpessoal e reputação</b>
(Stolk-Vos et al., 2017; Stepurko et al., 2016; Hu et al., 2011; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005)
<b>Autonomia</b>
(Ristea et al., 2009; Mohammed et al., 2013; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015)
<b>Escolha</b>
(Mohammed et al., 2013; Ali, Nikoloski, & Reka, 2015)
<b>Alimentação</b>
(Ristea et al., 2009; Otani et al., 2010; Davies, Keenan, & Redley, 2017)
<b>Orientação para condições crônicas e comprometimento</b>
(Li et al., 2012) e (John, Yatim, & Mani, 2011; Hu et al., 2011)

**Quadro 1:** Outras dimensões/atributos usados para mensurar a qualidade na amostra. (Conclusão)

<b>Trabalho em equipe e integridade física</b>
(John, Yatim, & Mani, 2011; Davies, Keenan, & Redley, 2017) e (Aquino et al., 2014)
<b>Cartão individual ou plano</b>
(Hutchinson, Do, & Agha, 2011; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005)
<b>Prontuário eletrônico e qualidade administrativa</b>
(Chang & Chang, 2008) e (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007)
<b>Abordagem terapêutica e priorização (triagem)</b>
(Becker et al., 2016) e (Patel et al., 2007; Sahel et al., 2015)

Fonte: Elaborado pela autora

As principais variáveis apresentadas na Tabela 1 foram listadas e discutidas segundo a perspectiva adotada nos trabalhos. Para isso, considerou-se que muitas delas tem total conexão com outras; buscando-se uma síntese do que estes outros elementos representam a qualidade dos serviços de saúde, como pode ser observado abaixo.

#### **3.2.4.1 Conhecimento**

O conhecimento é uma variável que mensura diversas habilidades e que se ramifica em outras competências pessoais como a capacidade de envolvimento. Envolve habilidades técnicas e interpessoais; ou o que Safran, Tarlov & Rogers (1994) chamam de “accountability”.

O conhecimento, assim como a comunicação (que provém de uma habilidade), é uma variável que deve permear o trabalho de todos os envolvidos no sistema de entrega de cuidados de saúde. Pauta-se, inicialmente, na habilidade de médicos e enfermeiros de apresentarem-se informados e atualizados sobre as últimas inovações (Maurer et al., 2016); em seu conhecimento, sua expertise técnica e a quantidade de treinamento e experiência adquiridos (Lee et al., 2000); o que pode ter grande influência sobre o resultado final desejado. Além disso, pode ser pautada na experiência anterior, o que ajuda na projeção de confiança (Becker et al., 2016).

Não obstante a expertise técnica de uma equipe de serviços de saúde; outros aspectos são levados em consideração em algumas pesquisas. A competência cultural (Berra et al., 2014); baseada na consciência cultural, independente de raça, etnia ou linguagem (Iezzoni et al., 2017) e formatada sobre valores desta ordem (Ruchiwit et al., 2016); são elementos importantes para a qualidade dos serviços de saúde. Considerar as necessidades religiosas e culturais do paciente (Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006); promovendo a aceitabilidade cultural (Forouzan et al., 2013) e o respeito à sua linguagem e (Rivard et al., 2015) tornaram-se formas importantes de mensuração.

#### **3.2.4.2 Envolvimento**

Trata-se da capacidade da equipe de se relacionar com o paciente e sua família. Remete à postura do provedor de serviços em auxiliar na busca de soluções para os problemas de saúde do paciente (Nau & Pacholski, 2007); e a capacidade de discutir problemas ou dúvidas sobre o método de cuidado usado (Tessema et al., 2017); ou seja, envolver o paciente na

abordagem de cuidado utilizada. O relacionamento terapêutico pode ser mensurado pela aceitação; pelo cuidado e conexão com o médico; podendo ser definida como a ausência de julgamento e pela presença de validação por parte do paciente; o cuidado é caracterizado como um sentimento transmitido pelo provedor, que está genuinamente investido de desejo do bem estar do paciente e sua família (Becker et al., 2016).

O envolvimento automaticamente remete à construção de um relacionamento, que pode ser avaliado na medida em que uma pessoa é hábil em detectar, entender e apropriadamente responder aos sentimentos da outra (Gillispie et al., 2005).

### **3.2.4.3 Eficiência/Eficácia/ Efetividade e capacidade de resposta**

Alguns trabalhos preocupam-se em mensurar a qualidade através de questionamentos sobre a eficiência de processos e a eficácia de algumas intervenções, o que acaba culminando com o conceito de capacidade de resposta do sistema em jogo. Para que isso ocorra, este sistema precisa ser baseados em conhecimentos tecnológicos, afastando-se de desperdícios com equipamentos, suprimentos, ideias e energia (Whedon et al., 2016).

Há a preocupação com a efetividade de médicos, clínicas e hospitais (Wollmann et al., 2012); gerada pelos benefícios aos pacientes e adequação aos serviços (Lee et al., 2000); ou seja, a eficiência clínica (Roque-Roque et al., 2015) e organizacional, além da racionalidade nas despesas (Hu, Cheng, Chiu, & Hong, 2011).

A capacidade de resposta visa atender aos usuários e fornecer serviços prontamente, de forma flexível e hábil, adaptando o serviço às necessidades dos mesmos (Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013). Trata-se de um conceito multidimensional que pode ser mensurado por vários domínios como a prontidão na atenção; a comunicação; a dignidade; a autonomia; a qualidade das instalações; a capacidade de escolha de provedor; a confiança; o acesso e o suporte à família (Mohammed et al., 2013). A capacidade de resposta trata-se da vontade de ofertar serviços prontamente (Lee et al., 2000); vontade de ajudar os pacientes e prestar pronto atendimento; disponibilidade do serviço e equipe com tempo para responder perguntas ( Chaniotakis & Lympelopoulos, 2009).

Um bom indicador da capacidade de respostas, explorado por Andrade, Vaitsman, & Farias (2010); é a habilidade de tomar providências mediante reclamações realizadas por pacientes. Desta forma, a presença de espaços que permitam essa relação paciente-provedor (Tessema et al., 2017; Reeve et al., 2015; Sahel et al., 2015; Costa et al., 2014; Campos,

Filho, & Castro, 2017; Agha, 2010); contribuem estrategicamente para a capacidade resolutiva do sistema e para a melhoria da qualidade em serviços de saúde.

#### **3.2.4.4 Continuidade/Coordenação**

Os conceitos de continuidade e coordenação estão correlacionados. O primeiro significa poder acessar diferentes serviços dentro da rede, de acordo com as necessidades do paciente (Rivard et al., 2015). A coordenação representa o papel gerencial que deve ser desempenhado para que o processo de continuidade flua. Ambos são marcados pelo sistema de referência e contra-referência; bem como a colaboração entre as unidades (Couillet et al., 2007). A continuidade e coordenação reduzem a fragmentação; permitindo a oferta de um conjunto de produtos e serviços entregues por meio da colaboração local e regional. Essa estratégia tem estreita relação com a gestão do sistema, pois deve haver escolhas de técnicas e processos organizacionais que permitam criar conectividade e colaboração entre os setores, buscando o cuidado contínuo, adaptado às necessidades do paciente e baseado em uma visão holística (Barelds et al., 2009).

Trata-se da passagem organizada e coordenada de pacientes pelos vários elementos do sistema de saúde, podendo ser: continuidade relacional ou interpessoal; continuidade informacional; continuidade longitudinal e continuidade transversal. Significa a duração do relacionamento, o tempo de permanência do paciente na atenção primária (Safran et al., 2002). A longitudinalidade e a coordenação revelam a integração dos cuidados e do sistema de informações (Silva et al., 2016).

Uma forma de mensurar a continuidade é avaliar a oportunidade de seguir o mesmo médico (Mayston et al., 2017) e se este segue o paciente durante o tratamento (Andaleeb et al., 2007). Pela facilidade de liberação de guias (Wollmann et al., 2012); ou seja, a forma como o processo flui inserido em inúmeros processos pertencentes a diferentes especialidades e competências (Costa et al., 2014). Por esta razão; a integração é outro conceito importante para a continuidade e coordenação. Trata-se da avaliação do papel do médico da atenção primária na coordenação e síntese de cuidados recebidos por especialistas durante o caminho seguido pelo paciente (Safran et al., 2002). Envolve a participação de diferentes profissionais: médicos; técnicos; agentes comunitários; psicólogos; assistentes sociais (Fiuza et al., 2015). Ocorre quando a equipe está totalmente envolvida na atenção (Doubova et al., 2016).

A troca de informações, o acesso a registros médicos e resultados de testes são elementos importantes para o alcance da coordenação do cuidado (Iezzoni, Marsella, Lopinsky, Heaphy, & Warsett, 2017); uma vez que eles ditarão como ocorrerá o processo a partir da atenção primária.

#### **3.2.4.5 Resultado positivo**

Alguns autores também utilizaram medidas de qualidade baseadas no resultado alcançado com o serviço de saúde. Apesar da dificuldade de mensuração por parte dos pacientes, devido à sua especificidade técnica, outros fatores podem ser examinados.

Um resultado positivo em serviços de saúde depende de muitos fatores, especialmente o tipo de agravo tratado. Pode manifestar-se através do controle da dor (Ceronisky et al., 2015; Otani et al., 2010); na redução de sintomas e aumento da qualidade de vida (Gillispie et al., 2005; Mayston et al., 2017); na redução de erros (Davies, Keenan, & Redley, 2017); na redução de problemas (Bjørngaard et al., 2008).; no sentimento de alívio (Biringer et al., 2017) e na integridade física (Aquino et al., 2014) após o procedimento e também na satisfação (Mariko, 2003; Billah et al., 2017).

#### **3.2.4.6 Custo**

O custo também representa um bom indicador para a qualidade de serviços de saúde. Custo do medicamento; da consulta; do teste de laboratório; do medicamento; da viagem; da acomodação (Andaleeb et al., 2007; Safran et al., 2002); se estes poderiam ser considerados razoáveis (Shaffer & Sherrell, 1997) e adequados (Baltussen, Rob; Ye, 2006).

Disponibilidade de preços que fossem ajustados aos resultados e à habilidade de pagamento por parte paciente (Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015). Oferta de exames grátis para os mais velhos, crianças e mulheres grávidas (Li et al., 2012) e de arranjos especiais para pagamento (Haddad, Fournier, & Potvin, 1998).

#### **3.2.4.7 Aspectos da humanização**

Apesar do conceito de humanização também ser multidisciplinar e, ao mesmo tempo, estar alinhado às características abundantes dos serviços de saúde; alguns atributos usados nos 131 textos chamaram a atenção. Tocci & Costa (2014) utilizam a definição de humanização

adotada pelo Ministério da saúde, que delimita a necessidade de valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas que permeiam o sistema de saúde brasileiro. Os eixos-centrais desta elucidação são o respeito (pelo gênero; etnia; orientação sexual e populações específicas); o acesso às informações; o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva.

Desta forma, destacam-se aspectos relacionados ao respeito pelas preferências e valores culturais relativos ao tipo de procedimento a ser executado (Ganle et al., 2014); o acolhimento tanto do médico quanto dos enfermeiros (Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017). Tratar o paciente como um indivíduo e não uma rótulo (Barnes, Carpenter, & Dickinson, 2006); mostrar compaixão e ofertar suporte (Baltussen, Rob; Ye, 2006). Buscar compreender as necessidades dos pacientes, mostrar interesse em sua situação; dar atenção pessoal e individual ao paciente (Yesilada & Direktör, 2010; Lee et al., 2000; Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009); consolar após o procedimento (Aquino et al., 2014).

Outro aspecto da humanização é a dignidade, é refletida no respeito mesmo antes das conversas sobre o cuidado; nos exames físicos que devem respeitar a privacidade do paciente e suas normas culturais (Mohammed et al., 2013).

#### **3.2.4.8 Garantia e confiança**

A Por fim, a garantia envolve uma combinação de cortesia, competência, credibilidade e segurança; traduzidas na habilidade dos colaboradores em despertar a confiança (Strawderman & Koubek, 2008; Pena, da Silva, Tronchin, & Melleiro, 2013). Tata-se da cortesia ofertada pelos médicos, enfermeiros ou pessoal administrativo (Lee et al., 2000), sendo amigáveis e educados, tratando o paciente com dignidade e respeito e explicando sua condição ( Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009).

Uma outra vertente é a garantia oferecida pelo sistema como um todo. Confiança no sistema, em sua capacidade de entregar o serviço prometido de forma confiável e correta, cumprir promessas prometidas e fazer as coisas do jeito correto ( Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009).

## **4 CONCLUSÕES**

O objetivo deste trabalho foi identificar na literatura quais são os atributos; determinantes e medidas usadas para a análise da qualidade em serviços de saúde, por meio da realização de uma revisão sistemática de literatura.

A análise de 131 documentos permitiu a identificação de uma extensa lista de variáveis que podem ser utilizadas para mensurar a qualidade dos serviços de saúde. A amostra indica que as dimensões mais utilizadas nesse cenário são: o acesso; os elementos tangíveis e a comunicação, contudo apresentando inúmeras formas de colocá-las como medidas de qualidade do serviço. O acesso, assim como os elementos tangíveis não são limitados à uma avaliação física; assim como a comunicação não pode ser compreendida como somente a voz de quem detém o conhecimento, no caso a equipe médica.

Além destes, outros atributos importantes que ultrapassam as cinco dimensões propostas pela Servqual (tangíveis, empatia; garantia; confiabilidade e capacidade de resposta) como a continuidade, a coordenação, a humanização e a integração também foram identificados. Todos estes componentes não podem ser analisados separadamente, na maioria das vezes e isso se deve à complexidade do setor e ao envolvimento de vários processos que culminam em um resultado final. Percepções sobre comunicação podem levar ao sentimento de ser respeitado; o que por sua vez representa um aspecto da humanização. A humanização por si só representa uma faceta da individualização e assim por diante. Se o serviço é prestado sem erros, gera-se confiança; e se o médico dispõe de conhecimento e recursos para o processo, também.

Contudo, todo o processo que envolve a escolha e adaptação destes atributos e dimensões não é válida, caso os fatores contextuais não sejam abordados. Tipo de serviço, população; contexto cultural e econômico; forma de organização dos serviços que serão analisados; todos estes e outros elementos tornam-se os maiores determinantes da qualidade em serviços de saúde. Isso porque independente da oferta de tecnologia, do amplo acesso; da liberdade e comunicação; do respeito e continuidade; da pontualidade e pleno conhecimento clínico; o resultado final em saúde pode não ser o esperado. Mensurar a qualidade dos serviços de saúde é uma atividade complexa e de difícil preparação, exigindo de gestores e pesquisadores extremo esforço para a adequação de variáveis que reflitam a realidade analisada.

A contribuição deste trabalho reside na compilação de atributos e dimensões que podem ser usados para a mensurar a qualidade em serviços de saúde; na indicação de trabalhos a serem consultados; bem como na colaboração sobre a compreensão de como cada variável é apresentada.

## 5 LIMITAÇÕES E DIREÇÕES FUTURAS

Uma das limitações desta pesquisa é a base utilizada para o levantamento dos artigos a serem verificados. Acredita-se que a expansão desta possa contribuir tanto com o número de dimensões e atributos encontrados, quanto com a melhor compreensão das especificidades do setor de forma a abranger mais contextos e cenários nos quais a qualidade foi mensurada.

## REFERÊNCIAS

- Afulani, P. A. (2016). Determinants of stillbirths in Ghana: Does quality of antenatal care matter? *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0925-9>
- Agha, S. (2010). The impact of a quality-improvement package on reproductive health services delivered by private providers in Uganda. *Studies in Family Planning*, *41*(3), 205–215. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2010.00244.x>
- Agha, S., & Williams, E. (2016). Quality of antenatal care and household wealth as determinants of institutional delivery in Pakistan: Results of a cross-sectional household survey. *Reproductive Health*, *13*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0201-5>
- Al-Neyadi, H. S., Abdallah, S., & Malik, M. (2018). Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. *International Journal of Healthcare Management*, *11*(2), 96–105. <https://doi.org/10.1080/20479700.2016.1266804>
- Al-Sakkak, M. A., Al-Nowaiser, N. A., Al-Khashan, H. I., Al-Abdrabulnabi, A. A., & Jaber, R. M. (2008). Patient satisfaction with primary health care services in Riyadh. *Saudi Medical Journal*, *29*(3), 432–436.
- Al-Yateem, N., Docherty, C., & Rossiter, R. (2016). Determinants of Quality of Care for Adolescents and Young Adults With Chronic Illnesses: A Mixed Methods Study. *Journal of Pediatric Nursing*, *31*(3), 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.003>
- Al Qatari, G., & Haran, D. (1999). Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. *International Journal for Quality in Health Care*, *11*(6), 523–531. <https://doi.org/10.1093/intqhc/11.6.523>
- Ali, F. M. H., Nikoloski, Z., & Reka, H. (2015). Satisfaction and responsiveness with health-care services in Qatar-evidence from a survey. *Health Policy*, *119*(11), 1499–1505. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.09.012>
- Allah, E. S. A., Elsabagh, E. E. M., & Samah, E. A. (2012). Mother's Satisfaction with the Quality Care Of Maternal & Child Health Services At Maternal and Child Health Centers in Zagazig City, Sharkia Governorate, Egypt. *Life Science Journal*, *9*(3), 11.
- Amatulli, A., Azzone, P., & Srebnik, D. (2005). Monitoring the quality of an Italian public psychiatric service: A four dimensions study of the outcome. *European Journal of Psychiatry*, *19*(1), 5–18. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632005000100001>
- Andaleeb, S. S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. (2007). Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, *22*(4), 263–273. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm017>

- Andrade, G. R. B. De, Vaitsman, J., & Farias, L. O. (2010). Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 523–534. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300010>
- Aquino, E. M. L., Menezes, G. M. S., Barreto-de-Araújo, T. V., Alves, M. T., Almeida, M. C. C., Alves, S. V., ... Reichenheim, M. E. (2014). Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), 2005–2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009214>
- Asfaw, E., Dominis, S., Palen, J. G. H., Wong, W., Bekele, A., Kebede, A., & Johns, B. (2014). Patient satisfaction with task shifting of antiretroviral services in Ethiopia: Implications for universal health coverage. *Health Policy and Planning*, 29, ii50-ii58. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu072>
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Business Research*, 24, 253–268.
- Baltussen, Rob; Ye, Y. (2006). Quality of care of modern health services as perceived by users and non-users in Burkina Faso. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(1), 30–34. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi079>
- Barelds, A., Van De Goor, I., Bos, M., Van Heck, G., & Schols, J. (2009). Care and service trajectories for people with intellectual disabilities: Defining its course and quality determinants from the client's perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(3), 163–172. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00224.x>
- Barnes, D., Carpenter, J., & Dickinson, C. (2006). The outcomes of partnerships with mental health service users in interprofessional education: A case study. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 426–435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00661.x>
- Becker, S. J., Midoun, M. M., Zeithaml, V. A., Clark, M. A., & Spirito, A. (2016). Dimensions of Treatment Quality Most Valued by Adolescent Substance Users and their Caregivers. *Professional Psychology-Research and Practice*, 47(2), 120–129. <https://doi.org/10.1037/pro0000066>.Dimensions
- Berhane, A., & Enquasselasie, F. (2015). Patients' preferences for attributes related to health care services at hospitals in Amhara Region, northern Ethiopia: a discrete choice experiment. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1293. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87928>
- Berra, S., Rodríguez-Sanz, M., Rajmil, L., Pasarín, M. I., & Borrell, C. (2014). Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(12), 2607–18. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00001014>
- Billah, S. M., Saha, K. K., Khan, A. N. S., Chowdhury, A. H., Garnett, S. P., Arifeen, S. E., & Menon, P. (2017). Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 12(5), e0178121.
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Bjørngaard, J. H., Wessel Andersson, H., Osborg Ose, S., & Hanssen-Bauer, K. (2008). User satisfaction with child and adolescent mental health services: Impact of the service unit level. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 635–641. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0347-8>
- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A., & Scheltema, K. (2004). Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30(4), 277–294. <https://doi.org/10.1080/00926230490422467>

- Bordin, D., Fadel, C. B., Adas, S., Moimaz, S., Adas, C., & Garbin, S. (2017). User Satisfaction with the Public Oral Health Services in the Different Dimensions of Health Care. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria E Clinica Integrada*, *17*(1), 1–13.
- Bowers, M. R., Swan, J. E., & Koehler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health Care Management Review*, *19*(4), 49–55.
- Bronfman, M., Castro, R., Zuñiga, E., Miranda, C., & Oviedo, J. (1997). “Hacemos lo que podemos”: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Pública de México*, *39*(January 2015), 546–553. Retrieved from [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/1997/v39n6/hacemos\\_396-7.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/1997/v39n6/hacemos_396-7.pdf)
- Brown, T. J., Churchill Jr., G. A., & Peter, J. P. (1993). Improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*, *69*(1), 127–139.
- Cammett, M., & Şaşmaz, A. (2017). Political Context, Organizational Mission, and the Quality of Social Services: Insights from the Health Sector in Lebanon. *World Development*, *98*, 120–132. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.04.013>
- Campos, D. F., Filho, R. B. N., & Castro, F. N. (2017). Service Quality in Public Health Clinics: Perceptions of Users and Health Professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *30*(8), 680–692.
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions Of Service Quality : An Assessment Of The SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, *66*(1), 33–55.
- Casarett, D., Pickard, A., Bailey, F. A., Ritchie, C. S., Furman, C. D., Rosenfeld, K., ... Shea, J. (2008). A Nationwide VA Palliative Care Quality Measure: The Family Assessment of Treatment at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, *11*(1), 68–75. <https://doi.org/10.1089/jpm.2007.0104>
- Castro, R. C. L., Knauth, D. R., Harzheim, E., Hauser, L., & Duncan, B. B. (2012). Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, *28*(9), 1772–1784. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
- Ceronsky, L., Johnson, L. G., & Weng, K. (2015). Quality Measures for Community-Based, Rural Palliative Care Programs in Minnesota: A Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine*, *18*(7), 618–624. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0435>
- Chakraborty, S., & Kaynak, H. (2018). Towards a triadic quality measurement framework for U.S. healthcare. *Quality Management Journal*, *25*(1), 46–63. <https://doi.org/10.1080/10686967.2018.1404358>
- Chang, H. H., & Chang, C. S. (2008). An assessment of technology-based service encounters & network security on the e-health care systems of medical centers in Taiwan. *BMC Health Services Research*, *8*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-87>
- Chaniotakis, I. E., & Lymperopoulos, C. (2009). Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry. *Managing Service Quality*, *19*(2), 229–242. <https://doi.org/10.1108/09604520910943206>
- Costa, D., Matanov, A., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., Vondrackova, P., ... Priebe, S. (2014). Factors associated with quality of services for marginalized groups with mental health problems in 14 European countries. *BMC Health Services Research*, *14*, 49. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-49>
- Couillet, M., Serhier, Z., Tachfouti, N., Elrhazi, K., Nejari, C., & Perez, F. (2007). The use of antenatal services in health centres of Fès, Morocco. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *27*(7), 688–694. <https://doi.org/10.1080/01443610701629080>
- Dagger, T. S., & Sweeney, J. C. (2007). Service quality attribute weights: How do novice and longer-term customers construct service quality perceptions? *Journal of Service Research*, *10*(1), 22–42. <https://doi.org/10.1177/1094670507303010>

- Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research, 10*(2), 123–142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>
- Danielsen, K., Garratt, A. M., Bjertnæs, Ø. A., & Pettersen, K. I. (2007). Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scandinavian Journal of Public Health, 35*(1), 70–77. <https://doi.org/10.1080/14034940600858615>
- Davies, S., Keenan, C. M., & Redley, B. (2017). Health assistant in nursing: a Victorian health service pilot. *Asia Pacific Journal of Health Management, 12*(2), 17–24.
- Dobova, S. V., Guanais, F. C., Pérez-Cuevas, R., Canning, D., Macinko, J., & Reich, M. R. (2016). Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health Policy and Planning, 31*(7), 834–843. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv139>
- Ehiri, J. E., Oyo-Ita, a E., Anyanwu, E. C., Meremikwu, M. M., & Ikpeme, M. B. (2005). Quality of child health services in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Child: Care, Health and Development, 31*(2), 181–91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00493.x>
- Fisseha, G., Berhane, Y., Worku, A., & Terefe, W. (2017). Quality of the delivery services in health facilities in Northern Ethiopia. *BMC Health Services Research, 17*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2125-3>
- Fiuzza, É. S. de S., Rocha, Jucimere, F. D., Carneiro, J. A., & Costa, F. M. (2015). Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. *Revista de Pesquisa: Cuidado E Fundamental, 7*(4), 3274–3291. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4>
- Forouzan, A. S., Ghazinour, M., Dejamm, M., Rafeiey, H., Eftekhari, M. B., & Sebastian, M. S. (2013). Service Users and Providers Expectations of Mental Health Care in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Public Health, 42*(10), 1106–1116.
- Ganle, K. K., Parker, M., Fitzpatrick, R., & Otupiri, E. (2014). A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0425-8>
- Garcia-Lacalle, J., & Martin, E. (2010). Rural vs urban hospital performance in a “competitive” public health service. *Social Science and Medicine, 71*(6), 1131–1140. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.043>
- Gauthier, A. P., Timony, P. E., Serresse, S., Goodale, N., & Prpic, J. (2015). Strategies for improved French-language health services: Perspectives of family physicians in Northeastern Ontario. *Canadian Family Physician, 61*(8), e382–e390.
- Gené-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Catalán-Ramos, A., Pujol-Ribera, E., & Sampietro-Colom, L. (2008). Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy, 86*(2–3), 335–344. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.11.014>
- Gené-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Sampietro-Colom, L., Catalán-Ramos, A., Sans-Corrales, M., & Pujol-Ribera, E. (2007). Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Family Practice, 24*(1), 41–47. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml056>
- Gillispie, R., Williams, E., & Gillispie, C. (2005). Hospitalized African American Mental Health Consumers: Some Antecedents to Service Satisfaction and Inten to Comply With Aftercare. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 254–261.
- Haddad, S., Fournier, P., & Potvin, L. (1998). Measuring lay people’s perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item

- scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(2), 93–104. <https://doi.org/10.1093/intqhc/10.2.93>
- Hansen, P. M., Peters, D. H., Edward, A., Gupta, S., Arur, A., Niayesh, H., & Burnham, G. (2008). Determinants of primary care service quality in Afghanistan. *Int J Qual Health Care*, 20(6), 375–383. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn039>
- Harriott, E. M., Williams, T. V., & Peterson, M. R. (2005). Childbearing in U . S . Military Hospitals: Dimensions of Care Affecting Women ’ s Perceptions of Quality and Satisfaction. *Birth*, 32(1), 4–10.
- Hoff, R. A., Rosenheck, R. A., Materko, M., & Wilson, N. J. (1998). The quality of VA mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 26(1), 45–56. <https://doi.org/10.1023/A:1021217420121>
- Hong, R., Montana, L., & Mishra, V. (2006). Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Services Research*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-79>
- Hotchkiss, D. R., Krasovec, K., El-Idrissi, M. D. Z. E., Eckert, E., & Karim, A. M. (2005). The role of user charges and structural attributes of quality on the use of maternal health services in Morocco. *International Journal of Health Planning and Management*, 20(2), 113–135. <https://doi.org/10.1002/hpm.802>
- Hu, H., Cheng, C., Chiu, S., & Hong, F. (2011). A study of customer satisfaction , customer loyalty and quality attributes in Taiwan ’ s medical service industry. *African Journal of Business Management*, 5(1), 187–195. <https://doi.org/10.5897/AJBM10.951>
- Hutchinson, P. L., Do, M., & Agha, S. (2011). Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: a comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC Health Services Research*, 11, 203. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=21864335>
- Iezzoni, L. I., Marsella, S. A., Lopinsky, T., Heaphy, D., & Warsett, K. S. (2017). Do prominent quality measurement surveys capture the concerns of persons with disability? *Disability and Health Journal*, 10(2), 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.01.007>
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., & Richards, N. (2002). The coronary heart disease in-patient experience questionnaire (I-PEQ (CHD)): results from the survey of National Health Service patients. *Quality of Life Research* :, 11(8), 721–7. <https://doi.org/10.1023/A:1020818500819>
- John, J., Yatim, F. M., & Mani, S. A. (2011). Measuring service quality of public dental health care facilities in Kelantan, Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23(5), 742–753. <https://doi.org/10.1177/1010539509357341>
- Johnson, D., & Ugaz, J. (2016). Determinants of quality of family planning counseling among private health facilities in Lagos. *Studies in Family Planning*, 47(3), 239–251. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2016.00063.x>
- Kapp, C., Perlini, T., Jeanneret, T., Stéphan, P., Rojas-Urrego, A., Macias, M., ... Urban, S. (2017). Identifying the determinants of perceived quality in outpatient child and adolescent mental health services from the perspectives of parents and patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(10), 1269–1277. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0985-z>
- Kettinger, W. J., & Lee, C. C. (1997). Pragmatic Perspectives on the measurement of information systems service quality. *MIS Quarterly*, 21(2), 223–240.
- Klein, J. D., Handwerker, L., Sesselberg, T. S., Sutter, E., Flanagan, E., & Gawronski, B. (2007). Measuring Quality of Adolescent Preventive Services of Health Plan Enrollees and School-Based Health Center Users. *Journal of Adolescent Health*, 41(2), 153–160.

- <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.03.012>
- Larson, E., Hermosilla, S., Kimweri, A., Mbaruku, G. M., & Kruk, M. E. (2014). Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *14*, 483. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-483>
- Lashgari, S., Delavari, A., Kheirkhah, O., & Antucheviciene, J. (2013). The Impact of Outsourcing in Terms of Access and Quality of Health Services from Participants Attitude. *Engineering Economics*, *24*(4), 356–363. <https://doi.org/10.5755/j01.ee.24.4.4749>
- Lebrun-Harris, L. A., Shi, L., Zhu, J., Burke, M. T., Sripipatana, A., & Ngo-Metzger, Q. (2013). Effects of patient-centered medical home attributes on patients' perceptions of quality in federally supported health centers. *Annals of Family Medicine*, *11*(6), 508–516. <https://doi.org/10.1370/afm.1544>
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., & Kim, C. (2000). Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, *48*(3), 233–246. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(98\)00089-7](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(98)00089-7)
- Li, Z., Hou, J., Lu, L., Tang, S., & Ma, J. (2012). On residents satisfaction with community health services after health care system reform in Shanghai, China, 2011. *BMC Public Health*, *12*(SUPPL. 1), S9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-S1-S9>
- Lima, A. A., Monteiro, L. F., & Vasconcelos, C. R. de. (2017). Avaliação do desempenho dos serviços de saúde: análise das usuárias de uma unidade de atenção básica com base no modelo Kano. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, *6*(1), 42–51.
- Lopes, T. M., & Segura-Muñoz, A. M. M. T. S. I. (2004). O uso da revisão sistemática da literatura (rsl) como instrumento metodológico aplicado na área de resíduos de serviços de saúde. In *ICTR 2004 – Congresso brasileiro de ciência e tecnologia em resíduos e desenvolvimento SUSTentável* (p. 12). Florianópolis. Retrieved from [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200010&lng=en&nrm=iso)
- Lv, Y., Xue, C., Ge, Y., Ye, F., Liu, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2016). Analysis of factors influencing inpatient and outpatient satisfaction with the Chinese military health service. *PLoS ONE*, *11*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151234>
- Makarem, S. C., & Al-Amin, M. (2014). Beyond the Service Process: The Effects of Organizational and Market Factors on Customer Perceptions of Health Care Services. *Journal of Service Research*, *17*(4), 399–414. <https://doi.org/10.1177/1094670514541965>
- Mallou, J. V., Boubeta, A. R., & Cueto, E. G. (2003). Presentation of a satisfaction scale with primary health care services. *Psicothema*, *15*(4), 656–661.
- Mariko, M. (2003). Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process, and outcome components. *Social Science and Medicine*, *56*(6), 1183–1196. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00117-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00117-X)
- Maurer, M., Firminger, K., Dardess, P., Ikeler, K., Sofaer, S., & Carman, K. L. (2016). Understanding Consumer Perceptions and Awareness of Hospital-Based Maternity Care Quality Measures. *Health Services Research*, *51*, 1188–1211. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12472>
- Mayston, R., Habtamu, K., Medhin, G., Alem, A., Fekadu, A., Habtamu, A., ... Hanlon, C. (2017). Developing a measure of mental health service satisfaction for use in low income countries: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2126-2>
- Millar, F., Doherty, M., Forster, G., McFarlane, A., & Ogilvie, P. (2013). Managing waiting times and providing equitable, family-centred care: A description of four key initiatives

- from NHS Fife Child Health Occupational Therapy Service (2006-11). *British Journal of Occupational Therapy*, 76(8), 379–383. <https://doi.org/10.4276/030802213X13757040168397>
- Mohammed, S., Bermejo, J. L., Souares, A., Sauerborn, R., & Dong, H. (2013). Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: Users' perspectives. *BMC Health Services Research*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-502>
- Mor, V. (2005). Improving the Quality of Long-Term Care with Better Information. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 333–364.
- Morin, D., Godin, G., Alary, M., Sawadogo, M. R., Bernier, M., Khonde, N., ... Traoré, C. (2008). Satisfaction with health services for STIs, HIV, AIDS among a high-risk population in West Africa. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 20(3), 388–394. <https://doi.org/10.1080/09540120701583761>
- Muchie, K. F. (2017). Quality of antenatal care services and completion of four or more antenatal care visits in Ethiopia: A finding based on a demographic and health survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1488-0>
- Muñoz, S. I. S., Takayanagui, A. M. M., Santos, C. B., & Sanchez-Sweatman, O. (2002). Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. In *Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium* (p. 7). São Paulo. Retrieved from [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200010&lng=en&nrm=iso)
- Nadiri, H., & Hussain, K. (2016). Zone of tolerance for healthcare services: A diagnostic model of public and private hospital service quality. *Argumenta Oeconomica*, 37(2), 245–280. <https://doi.org/10.15611/aoe.2016.2.10>
- Nau, D. P., & Pacholski, A. M. (2007). Impact of pharmacy care services on patients' perceptions of health care quality for diabetes. *Journal of the American Pharmacists Association*, 47(3), 358–365. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2007.06104>
- Nisselle, A., Forbes, R., Bankier, A., Hughes, E., & Aitken, M. (2008). Consumer contribution to the delivery of genetic health services. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 146(17), 2266–2274. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32271>
- Nyandwe, J., Mapatano, M., Lussamba, P., Kandala, K., & Kayembe, P. (2017). Measuring Patients' Perception on the Quality of Care in the Democratic Republic of Congo Using a Modified, Service Quality Scale (SERVQUAL). *Archives of Science*, 1(2), 1–6. Retrieved from <http://nrl.northumbria.ac.uk/31161/1/SCIENCE-1-108.pdf>
- Obure, C. D., Jacobs, R., Guinness, L., Mayhew, S., Vassall, A., Abuya, T., ... Zhou, W. (2016). Does integration of HIV and sexual and reproductive health services improve technical efficiency in Kenya and Swaziland? An application of a two-stage semi parametric approach incorporating quality measures. *Social Science and Medicine*, 151, 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.013>
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K., Boslaugh, S., & Dunagan, W. C. (2010). How Patient Reactions to Hospital Care Attributes Affect the Evaluation of Overall Quality of Care, Willingness to Recommend and Willingness to Return. *Journal of Healthcare Management*, 55(1), 25–38. <https://doi.org/10.1097/00115514-201001000-00006>
- Owili, P. O., Muga, M. A., Mendez, B. R., & Chen, B. (2017). Quality of maternity care and its determinants along the continuum in Kenya: A structural equation modeling analysis. *PLoS ONE*, 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177756>
- Papanikolaou, V., & Zygiaris, S. (2014). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expectations*, 17(2), 197–207. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00747.x>

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL : A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(99\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(99)00084-3)
- Patel, H., Baeza, J., Patel, M., Greene, L., & Theobald, N. (2007). Improving sexual health services in the city: Can the NHS learn from clients and the service industry. *Health Expectations*, 10(2), 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00428.x>
- Pena, M. M., da Silva, E. M. S., Tronchin, D. M. R., & Melleiro, M. M. (2013). The use of the quality model of parasuraman, zeithaml and berry in health services. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(5), 1227–1232. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>
- Phillips, D., & Brooks, F. (1998). Age differences in women’s verdicts on the quality of primary health care services. *British Journal of General Practice*, 48(429), 1151–1154.
- Põlluste, K., Kallikorm, R., Meiesaar, K., & Lember, M. (2012). Satisfaction with Access to Health Services: The Perspective of Estonian Patients with Rheumatoid Arthritis. *The Scientific World Journal*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1100/2012/257569>
- Pransky, G., Benjamin, K., & Dembe, a E. (2001). Performance and quality measurement in occupational health services: current status and agenda for further research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(3), 295–306. <https://doi.org/10.1002/ajim.1104>
- Rao, K. D., Peters, D. H., & Bandeen-roche, K. (2006). Towards patient-centered health services in India — a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), 414–421.
- Raposo, M. L., Alves, H. M., & Duarte, P. A. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: A patient’s satisfaction index. *Service Business*, 3(1), 85–100. <https://doi.org/10.1007/s11628-008-0055-1>
- Reeve, C., Humphreys, J., & Wakerman, J. (2015). A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. *Evaluation and Program Planning*, 53, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.08.006>
- Reinado, C. R., Carrasco, Al. M., Sánchez, J. V., & Cerdá, J. C. M. (2010). Oportunidades de mejora del servicio de metadona en atención primaria, desde el punto de vista profesional. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, 22(3), 207–216.
- Ristea, A.-L., Stegroiu, I., Ioan-Franc, V., & Dinu, V. (2009). Responsiveness of Health Systems: A Barometer of Quality of Health Services. *Amfiteatru Economic*, 26(26), 277–286. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/6486868.pdf>
- Rivard, M., Lépine, A., Mercier, C., & Morin, M. (2015). Quality Determinants of Services for Parents of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2388–2397. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0041-2>
- Roque-Roque, J. S., Hinojosa-Florez, L., Huaman-Zurita, N. L., Huaraca-Hilario, C., Quintana, J. H., & Velazco-Del Alamo, J. F. (2015). Satisfacción del usuario en la consulta externa del primer nivel de atención -Red asistencial EsSalud Cusco 2014 User’s satisfaction in the outpatient service of primary care – Health care network EsSalud Cusco 2014. *Revista Del Cuerpo Medico Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 8(2), 85–89.
- Ruchiwit, M., Cowawintaweewat, S., Pootong, A., Wareenil, C., & Pawloski, L. R. (2016). An Examination of Determinants That Affect the Health-Service Systems and Health Status of People in the Greater Mekong Subregion. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(4). <https://doi.org/10.17795/nmsjournal33178>

- Ruggeri, M., Bisoffi, G., Lasalvia, A., Amaddeo, F., Bonetto, C., & Biggeri, A. (2004). A longitudinal evaluation of two-year outcome in a community-based mental health service using graphical chain models: The South-Verona Outcome Project 9. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*(1), 10–23. <https://doi.org/10.1002/mpr.160>
- Safran, D. G., Tarlov, a R., & Rogers, W. H. (1994). Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, *271*(20), 1579–86. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03510440039030>
- Safran, D. G., Wilson, I. B., Rogers, W. H., Montgomery, J. E., & Chang, H. (2002). Primary Care Quality in the Medicare Program: Comparing the Performance of Medicare Health Maintenance Organizations and Traditional Fee-for-Service Medicare. *Archives of Internal Medicine*, *162*(7), 757. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.7.757>
- Sahel, A., Belghiti, A. A., DeBrouwere, V., Soares, F. V., Kegels, G., Belkaab, N., ... Dujardin, B. (2015). A systemic approach to quality improvement in public health services The Moroccan “Quality Contest.” *Leadership in Health Services*, *28*(1), 8–23. <https://doi.org/10.1108/LHS-07-2013-0033>
- Sannisto, T., Saaristo, V., Sthl, T., Mattila, K., & Kosunen, E. (2010). Quality of the contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *15*(4), 243–254. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.500750>
- Scheffler, E., Visagie, S., & Schneider, M. (2015). The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, *7*(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.820>
- Shaffer, T. R., & Sherrell, D. L. (1997). Consumer Satisfaction with Health-Core Services: The Influence of Involvement. *Psychology & Marketing*, *14*(No. 3, May), 261–285.
- Shayo, E. H., Senkoro, K. P., Momburi, R., Olsen, Ø. E., Byskov, J., Makundi, E. A., ... Mboera, L. E. G. (2016). Access and utilisation of healthcare services in rural Tanzania: A comparison of public and non-public facilities using quality, equity, and trust dimensions. *Global Public Health*, *11*(4), 407–422. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1132750>
- Silva, C. B. da, Paula, C. C. de, Lopes, L. F. D., Harzheim, E., Magnago, T. S. B. de S., & Schimith, M. D. (2016). Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(3), 522–531. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690315i>
- Sovd, T., Mmari, K., Lipovsek, V., & Manaseki-Holland, S. (2006). Acceptability as a key determinant of client satisfaction: lessons from an evaluation of adolescent friendly health services in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*, *38*(5), 519–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.005>
- Steffen, T. M., & Nystrom, P. C. (1997). Organizational Determinants of Service Quality in Nursing Homes. *Hospital & Health Services Administration*, *42*(2), 179–191.
- Stepurko, T., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: A cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1585-1>
- Stolk-Vos, A. C., Van De Klundert, J. J., Majers, N., Zijlmans, B. L. M., & Busschbach, J. J. V. (2017). Multi-stakeholder perspectives in defining health-services quality in cataract care. *International Journal for Quality in Health Care*, *29*(4), 470–476. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx048>

- Strawderman, L., & Koubek, R. (2008). Human Factors and Usability in Service Quality Measurement. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 18(4), 454–463. <https://doi.org/10.1002/hfm>
- Sullivan, P. J., Harris, M. L., Doyle, C., & Bell, D. (2013). Assessment of the validity of the English National Health Service Adult In-Patient Survey for use within individual specialties. *BMJ Quality & Safety*, 22(8), 690–696. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001466>
- Tessema, G. A., Mahmood, M. A., Gomersall, J. S., Assefa, Y., Zemedu, T. G., Kifle, M., & Laurence, C. O. (2017). Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: Multilevel modelling. *PLoS ONE*, 12(6), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179167>
- Thawesaengskulthai, N., Wongrukmit, P., & Dahlgaard, J. J. (2015). Hospital service quality measurement models: patients from Asia, Europe, Australia and America. *Total Quality Management and Business Excellence*, 26(9–10), 1029–1041. <https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1068596>
- Tocci, A. S. S., & Costa, E. C. N. F. (2014). A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista UNINGÁ*, (40), 197–206. <https://doi.org/10.17267/2238-2720revbahianaodonto.v9i1.1198>
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Sup 2), 190–198. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
- Tripathi, S. N., & Siddiqui, M. H. (2018). Assessing the quality of healthcare services : A SERVQUAL approach. *International Journal of Healthcare Management*, 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/20479700.2018.1469212>
- Valenstein, M., Mitchinson, A., Ronis, D., Alexander, J. A., Duffy, S. A., Craig, T. J., & Lawton Barry, K. (2004). Quality Indicators and Monitoring of Mental Health Services: What Do Frontline Providers Think? *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 146–153. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.1.146>
- Vassiliadis, C. a., Fotiadis, A. K., & Tavlaridou, E. (2014). The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7–8), 897–907. <https://doi.org/10.1080/14783363.2014.904564>
- Venables, K. M., & Allender, S. (2008). Quality of occupational health provision: Two rating scales and their determinants. *Occupational Medicine*, 58(6), 439–442. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn076>
- Verbeek, J., Van Dijk, F., Räsänen, K., Piirainen, H., Kankaanpää, E., & Hulshof, C. (2001). Consumer satisfaction with occupational health services: Should it be measured? *Occupational and Environmental Medicine*, 58(4), 272–278. <https://doi.org/10.1136/oem.58.4.272>
- Waraich, P., Saklikar, R. S., Aubé, D., Jones, W., Haslam, D., & Hamill, K. (2010). Quality measures for primary mental healthcare: A multistakeholder, multijurisdictional Canadian consenSUS. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6), 519–525. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.027839>
- Ward, K., Rolland, E., & Patterson, R. (2005). Improving Outpatient Health Care Quality: Understand the Quality Dimensions. *Health Care Manage Rev*, 30(4), 361–371.
- Wei, S.-P., Shih, S.-C., Lin, S.-C., Liu, C.-J., Lu, Y.-W., & Chang, W.-L. (2011). Primary Caregivers Satisfaction and its Related Factors in Home Health Care Services. *International Journal of Gerontology*, 5(2), 107–111. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2011.05.001>

- Whedon, J. M., Punzo, M., Dehen, R., Menard, M. B., Fogel, D., & Olejownik, J. (2016). Relevance of Quality Measurement to Integrative Healthcare in the United States. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(11), 853–858. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0173>
- Winslade, N., & Tamblyn, R. (2017). Determinants of community pharmacists' quality of care: A population-based cohort study using pharmacy administrative claims data. *BMJ Open*, 7(9), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015877>
- Wollmann, D., Steiner, M. T. A., Vieira, G. E., & Steiner, P. A. (2012). Avaliação de operadoras de saúde por usuários pelo método Analytic Hierarchy Process. *Revista de Saude Publica*, 46(5), 777–783. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500003>
- Wright, S. M., Craig, T., Campbell, S., Schaefer, J., & Humble, C. (2006). Patient satisfaction of female and male users of Veterans Health Administration Services. *Journal of General Internal Medicine*, 21(SUPPL. 3), 26–32. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00371.x>
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality : A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4(June), 962–971.
- Zaslavsky, A. M., Beaulieu, N. D., Landon, B. E., & Cleary, P. D. (2000). Dimensions of consumer-assessed quality of medicare managed-care health plans. *Medical Care*, 38(2), 162–174. Retrieved from <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0034132248&partnerID=40&md5=52b3950912131c2c8cf45a3e8e6881c2>

## ARTIGO 4

### **Análise sobre os determinantes da qualidade no Sistema Único de Saúde: o caso da microrregião de Lavras**

**Artigo redigido de acordo com as normas da Revista Brazilian Business Review**

#### **Resumo**

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde: forma de organização usada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para ofertar serviços no setor. Para isso foram realizadas entrevistas com 84 envolvidos no processo de prestação de serviços; uma revisão sistemática sobre o tema e posterior adaptação da ferramenta Servperf. O novo questionário foi aplicado a 321 usuários de três municípios pertencentes à microrregião de Lavras (MG). Os dados foram submetidos à Análise Fatorial Exploratória e uma estrutura de sete dimensões foi encontrada para a qualidade dos serviços de saúde. Nestes, destacam-se algumas características da equipe médica (respeito, capacidade; conhecimento; prontidão; compaixão e comunicação) como essenciais para o alcance da qualidade. Os sete fatores foram regredidos por meio da técnica Análise de Regressão Múltipla com o objetivo de determinar qual fator melhor previa a satisfação geral dos respondentes. Destaca-se o fator *Capacidade de resposta do SUS* e a *Confiança* como os preditores mais relevantes da satisfação.

Palavras-chave: Qualidade; Satisfação; Saúde

#### **Abstract**

The objective of this study was to evaluate the quality of the public health service provided in the context of Health Care Networks: a form of organization used by SUS (Sistema Único de Saúde) to offer services in the sector. For this, interviews were conducted with 84 involved in the service rendering process; a systematic review on the topic and subsequent adaptation of the Servperf tool. The new questionnaire was applied to 321 users from three municipalities belonging to the micro-region of Lavras (MG). The data were submitted to Exploratory Factor Analysis and a seven-dimensional structure was found for the quality of health services. In these, some characteristics of the medical team (respect, capacity, knowledge, readiness, compassion and communication) as essential to the achievement of quality are highlighted. The seven factors were regressed using the Multiple Regression Analysis technique with the objective of determining which factor best predicted the general satisfaction of the respondents. It stands out the Factor of responsiveness of SUS and the Trust as the most relevant predictors of satisfaction.

Keywords: Quality; Satisfaction; Health

## 1 INTRODUÇÃO

A qualidade em serviços constitui-se em um tema complexo e de difícil mensuração. No entanto, desde Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985); muitos esforços têm sido realizados para compreender como o processo de qualidade pode ser avaliado pela ótica dos clientes. No setor de saúde o caso não é diferente, contudo, é necessário preocupar-se com algumas características inerentes ao tópico de análise e que influenciam todo o escopo de pesquisa. O primeiro aspecto é aquele demonstrado por Carman (1990); em seu alerta sobre o uso indiscriminado da ferramenta Servqual. Para o autor, era preciso cautela em sua aplicação, especialmente em setores compostos por encontros múltiplos, como o de serviços de saúde. Essa multidisciplinaridade do campo acaba tornando a avaliação da qualidade ainda mais complexa.

Outro ponto importante são os prestadores e o tipo de sistema em que estão inseridos: clínicas, hospitais (privados, públicos ou filantrópicos); centros de saúde; etc., ambos dispostos em um sistema organizado de modo a refletir a política de saúde de um país. Serviços puramente públicos; fruto de parcerias; de contratos (terceirizados); equipe e estrutura privada ofertando serviços públicos; todos estes fatores e muitos outros influenciam o método e a ferramenta utilizada para a avaliação da qualidade. Trata-se de uma relação desafiadora e necessária para a análise da qualidade: de um lado o indivíduo em um momento de desconforto que é associado a características das mais diversificadas (demográficas; psicológicas; sociais) e de outro um complexo sistema de oferta de serviços. A avaliação da qualidade em serviços de saúde tem se tornado um aspecto imprescindível no processo de tomada de decisão (Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017).

Mesmo que seja de extrema importância mensurar e entender diferentes aspectos que envolvem a qualidade de serviços em saúde e assim definem a satisfação do paciente (Sovd, Mmari, Lipovsek, & Manaseki-Holland, 2006); é mais que notável compreender que a gravidade da enfermidade também seja fator influente na satisfação geral do paciente (Lv et al., 2016; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005). A satisfação com os serviços de saúde parece relacionar-se à capacidade do paciente de funcionar adequadamente na sociedade (Ruggeri et al., 2004). Portanto, incorporar as opiniões destes atores na avaliação da qualidade dos serviços é primordial (Rao, Peters, & Bandeen-roche, 2006).

A qualidade dos serviços de saúde pode ser representada por diversas variáveis como aquelas resultantes das interações que são estabelecidas no ambiente no qual o serviço é ofertado (Maurer et al., 2016); o tipo e tamanho da organização prestadora; além do tipo de

liderança: médico; enfermeiro ou não clínico (Venables & Allender, 2008; Makarem & Al-Amin, 2014); o tempo de espera (Tessema et al., 2017); a acessibilidade; a continuidade e a flexibilidade dos serviços (Rivard, Lépine, Mercier, & Morin, 2015); o acesso em suas diferentes formas: localização física (Johnson & Ugaz, 2016); a liberdade via telefone, (Kapp et al., 2017); a comunicação (Lv et al., 2016); informação recebida antes e depois das consultas (Nisselle, Forbes, Bankier, Hughes, & Aitken, 2008); , ter tempo para questionar Kapp et al., 2017); dentre muitos outros.

Vários estudos também revelam a importância da qualidade em serviços de saúde por meio da satisfação dos pacientes (Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgard, 2015). A satisfação do consumidor pode ser compreendida como um conceito teórico complexo; mas de fácil mensuração na prática, representando uma valiosa ferramenta para a melhoria da qualidade (Verbeek et al., 2001). Para gerar satisfação, vários atributos essenciais precisam ser revisitados (Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014). Atentar ao que os pacientes e provedores de serviços em saúde esperam pode contribuir com a melhora da capacidade de resposta do sistema (Forouzan et al., 2013).

Os benefícios relativos à melhoria da qualidade em serviços de saúde são indiscutíveis. É possível até mesmo incentivar seu uso; o que fortalece a proteção do indivíduo enquanto corrobora para o controle do sistema sobre agravos que necessitam de prevenção, (Mariko, 2003; Hong, Montana, & Mishra, 2006; Agha & Williams, 2016; Afulani, 2016). Na atenção primária, Berra, Rodríguez-Sanz, Rajmil, Pasarín, & Borrell (2014) demonstraram que a melhora de alguns aspectos poderia reduzir o uso de serviços de emergência e a desigualdade na área.

Desta forma, o objetivo do artigo foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde: forma de organização usada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para ofertar serviços no setor. Estas redes são uma estratégia de oferta de serviços que visam atenção à prevenção, de forma não fragmentada, contínua e baseada na economia de escala, no acesso e na qualidade (Mendes, 2011). Para isso, 321 questionários foram aplicados em três cidades que fazem parte da rede de atenção formada na microrregião de Lavras – MG (Lavras, Nepomuceno e Ijaci).

## **2 METODOLOGIA**

Esta pesquisa foi realizada em quatro momentos: inicialmente foram feitas entrevistas com os secretários de saúde dos três municípios com o objetivo de compreender melhor o

funcionamento do sistema e seus desafios. Depois um de total 84 entrevistas com pacientes e envolvidos na prestação de serviços de saúde foram executadas (31 representantes das organizações: agentes de saúde, fisioterapeuta, serviços gerais, técnicos de enfermagem e um médico e 53 pacientes). O roteiro de entrevistas foi direcionado à obtenção de atributos necessários para que um serviço de saúde fosse considerado de qualidade a partir de experiências positivas e negativas sobre o mesmo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, Parecer n. 2.330.920.

Na terceira etapa foi realizada uma revisão bibliométrica; conforme pode ser observado no Artigo 3; para determinar na literatura quais os atributos, determinantes e medidas utilizadas para a mensuração da qualidade em serviços de saúde. Logo, de posse dos dados coletados por meio das entrevistas e da revisão; uma nova escala de análise da qualidade para serviços de saúde prestados nas Redes de Atenção foi proposta. Partindo-se do instrumento Servperf (adaptação das dimensões para o setor de saúde); novos atributos foram adequados às especificidades do contexto de pesquisa. Nesta fase, contou-se também com um trabalho cíclico realizado por meio da aplicação do pré-teste em duas fases; a primeira para adequação das variáveis e a segunda para correções na forma de mensuração (escala).

Além das questões relacionadas à caracterização demográfica; o questionário apresenta uma variável de identificação dos respondentes considerados foco para este trabalho (era preciso ter usado algum serviço do Sistema Único de Saúde nos últimos 12 meses); o tipo de serviço utilizado (Programa Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde do bairro; Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro; unidade para consulta com especialista ou exame ou outra a especificar). Para que o movimento na rede pudesse ser averiguado; também houve coleta do bairro de residência e da unidade de atenção primária (UBS ou PSF) frequentada periodicamente.

Foram aplicados 321 questionários (141 na cidade de Lavras, considerada foco da rede; 100 em Nepomuceno e 80 em Ijaci); ambos aplicados em pontos de atenção da rede. A mostra foi formada por 250 mulheres e 71 homens; a maioria deles jovens (25,5% dos 321 respondentes possuíam entre 31 e 41 anos de idade e 22,1% entre 30 e 39 anos). Em relação à renda; grande parte dos entrevistados afirmou receber rendimentos que se situavam entre R\$ 955,00 e R\$ 1909,00 (58%) e 43,9% afirmou possuir o ensino fundamental incompleto; seguidos de 24,6% com o ensino médio completo.

Sobre a cidade de residência; dos 141 pesquisados em Lavras; 96 residiam na mesma. Desta forma, 18 afirmaram residir em Ijaci; 7 na cidade de Luminárias; 5 em Perdões e 4 em

Itutinga. A pesquisa ainda contou com 3 integrantes da cidade de Itumirim; 2 de Ingaí; 3 de Ribeirão Vermelho e mais 3 de Nepomuceno (captados na cidade de Lavras).

Além disso, 40 afirmativas relacionadas aos atributos da qualidade dos serviços de saúde (frutos da revisão bibliográfica e das 84 entrevistas) foram apresentados aos usuários pesquisados. A forma de mensuração foi uma escala de 5 pontos: 1- Péssimo; 2- Ruim; 3- Indiferente; 4 – Bom; 5- Excelente; assim como em Nau & Pacholski (2007); Lee (2017); Larson, Hermosilla, Kimweri, Mbaruku, & Kruk (2014); Ward, Rolland, & Patterson (2005) e Biringer, Hartveit, Sundfør, Ruud, & Borg (2017). Para finalizar uma última questão buscou mensurar a satisfação dos entrevistados com os serviços por meio de uma escala de 5 pontos: 1-Muito Insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3 – Indiferente; 4- Satisfeito; 5- Muito Satisfeito.

A Tabela 1 apresenta as variáveis relacionadas à qualidade e algumas estatísticas básicas da amostra.

Tabela 1 - Variáveis usadas no questionário.

Variável	Média	Desvio Padrão
<b>Com base no último serviço recebido:</b>		
Modernidade dos equipamentos	3,59	0,95
Quantidade de equipamentos	3,31	1,07
Limpeza em geral	3,90	0,81
Aparência e forma de vestir	3,94	0,79
Estrutura para idosos e mobilidade reduzida	3,30	1,18
Limpeza/funcionamento banheiros e bebedouros	3,52	1,09
Capacidade de médicos/enfermeiros de resolver seu problema	3,67	1,01
Competências/ habilidades (médicos e enfermeiros)	3,94	0,79
Respeito e paciência (médicos e enfermeiros)	4,09	0,82
Respeito e paciência (recepção)	3,96	0,87
Liberdade para falar com médico	4,06	0,83
Explicação do médico	3,97	0,88
Respeito à privacidade	4,09	0,77
Conhecimento do médico sobre meu histórico de saúde	3,84	0,90
Tempo dedicado ao exame físico e consulta	3,53	1,13
Prontidão (médicos e enfermeiros)	3,80	0,85
Compaixão (médicos e enfermeiros)	3,82	0,82
Capacidade do médico de falar sobre ansiedades, hábitos, situação familiar	3,57	1,12
<b>Sobre o SUS de seu município</b>		
Capacidade do SUS de cumprir o que promete	2,49	1,24
Capacidade das unidades de abrir no horário determinado	3,83	0,81
Comunicação da UBS/PSF com o bairro	3,58	1,14
Horários e dias de atendimento das unidades	3,70	0,93
Grau de facilidade para chegar às unidades	3,70	1,07
Quantidade de pessoal	2,75	1,28
Quantidade de exames e materiais	2,48	1,18
Capacidade do SUS de resolver meu problema	2,96	1,25
<b>Avalie a competência do SUS:</b>		
... de sempre disponibilizar um médico	3,23	1,11
... de sempre conseguir uma consulta com um especialista	2,60	1,20
... de ofertar medicamentos	2,52	1,26
... de ofertar transporte	3,22	1,17
... de disponibilizar um médico regular	3,09	1,31
...de entregar documentos e informações sem erros	3,82	0,81
<b>Avalie:</b>		
Confiança nos materiais e medicamentos	3,63	0,95
Segurança quando é atendido	3,41	1,07
Confiança nos médicos e enfermeiros	3,78	0,90
Grau de responsabilidade dos funcionários	3,77	0,87
Rapidez na entrega de resultados de exames	2,98	1,20
Organização/atualização informações médicas	3,66	0,98
Capacidade (médicos e enfermeiros) fazer as coisas corretamente na primeira vez	3,73	0,90
Conhecimento dos funcionários sobre processos (agendamento; resultados; etc.)	3,49	1,08
<b>Satisfação</b>		
Satisfação com os serviços	3,23	1,21

Fonte: Dados da pesquisa.

O questionário é focado, inicialmente na análise sobre o último serviço recebido e depois sobre características gerais do prestador e do sistema. Separar as percepções dos pacientes em dimensões relacionadas e não relacionadas ao provedor tem uma diferença significativa em sua avaliação dos encontros (Shaffer & Sherrell, 1997). Além disso Makarem & Al-Amin (2014) demonstram a importância de incluir tanto fatores organizacionais e de mercado quanto as dimensões de processo de serviço para exame das avaliações dos pacientes. O questionário também apresentou boa consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,912); indicando que as questões foram respondidas de forma coerente.

### 3 RESULTADOS

A primeira análise dos dados permitiu identificar que duas variáveis apresentam as melhores avaliações: *Respeito e paciência de médicos e enfermeiros* e *Respeito à privacidade* (ambas com média 4,09). A variável; *Quantidade de exames e materiais disponibilizados*; foi a que apresentou pior avaliação (média de 2,48) e a *Quantidade de pessoal*; foi a que apresentou maior dispersão (1,28). De forma geral, os entrevistados consideram-se indiferentes a satisfeitos com a qualidade dos serviços recebidos (média 3,23).

Diante da necessidade de compreender melhor as categorias que envolvem o processo de avaliação da qualidade em serviços, os dados coletados foram submetidos à Análise Fatorial; uma técnica estatística que segundo Bezerra (2009) busca através da avaliação de um conjunto de variáveis a identificação de dimensões de variabilidade. Para o autor, o intuito é desvendar, em um conjunto de fenômenos, estruturas existentes, mas que não são observáveis diretamente.

Os dados foram submetidos à Análise dos Componentes Principais, com o método de rotação *Varimax* e carga fatorial mínima de 0,45 (ponto de corte); assim como determina Hair et al. (2009). Esse procedimento deu origem a sete fatores que abarcam 25 variáveis das 40 utilizadas na análise inicial. A variância total explicada foi de 63,05%.

Tabela 2 - Análise Fatorial : Matriz Rotacionada.

Variáveis	Componentes (Fatores)						
	1	2	3	4	5	6	7
1-Moderniza de equipamentos				,776			
2-Quantidade equipamentos				,733			
3-Limpeza geral						,777	
4-Aparência e forma de vestir						,690	
5-Capacidade (médicos e enfermeiros) de resolver seu problema	,620						
6- Liberdade para falar com o médico na consulta	,718						
7-Explicação do médico sobre sintomas e saúde	,784						
8- Conhecimento do médico sobre seu histórico de saúde	,534						
9- Prontidão (médicos e enfermeiros) para te atender	,546						
10- Compaixão dos médicos e enfermeiros com você	,623						
11- Capacidade do médico de falar sobre suas ansiedades, hábitos de vida, situação familiar	,579						
12- Capacidade do SUS de cumprir o que promete			,639				
13-Comunicação da UBS/PSF com o bairro					,665		
14- Quantidade de exames e materiais disponibilizados			,773				
15- Capacidade do SUS de resolver seu problema			,772				
16- Conseguir uma consulta com especialista			,693				
17-Disponibilizar médico regular a você (conhece você e seu histórico)							,639
18-Documentos/informações sem erros					,576		
19- Confiança nos materiais e medicamentos usados		,634					
20- Segurança quando é atendido pelo SUS		,607					
21-Confiança médicos e enfermeiros		,632					
22- Grau de responsabilidade dos funcionários		,694					
23- Capacidade dos médicos e enfermeiros de fazer as coisas corretamente pela primeira vez		,682					
24- Trato (respeito e paciência) médicos e enfermeiros	,646						
25- Capacidade das unidades de abrir no horário determinado					,648		

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade.

Fonte: Dados da pesquisa

A medida da adequação da análise KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure); que indica o grau de explicação dos dados a partir dos fatores encontrados foi de 0,904; valor superior ao recomendado (Hair et al., 2009; Bezerra, 2009). Já o teste de Esfericidade de Barlett, outro indicador da adequabilidade da análise; também foi de significativo ( $p < 0,01$ ).

Rao, Peters, & Bandeen-roche (2006) encontraram cinco dimensões da qualidade percebida em sua análise sobre hospitais: disponibilidade de medicamentos; informações médias; comportamento do pessoal; comportamento do médico e infraestrutura. Neste estudo,

o comportamento do médico; seguido pela disponibilidade de medicamentos apresentaram o maior efeito sobre a satisfação.

Yesilada & Direktör, (2010) encontrou uma solução de três fatores na aplicação da Servqual: confiabilidade-confiança; empatia e tangíveis. Analisando serviços de saúde ofertados em casa, Lebrun-Harris et al. (2013) encontraram sete atributos relacionados à qualidade: acesso; comunicação centrada no paciente; apoio autogerenciado (para condições crônicas) e atenção preventiva abrangente.

Os sete fatores encontrados na análise foram nomeados; segundo a maior parte das variáveis que os compõem (Hair et al, 2009). Desta forma, o primeiro fator, responsável por 31,03% da variação dos dados foi nomeado como *Equipe Médica*. Nesta dimensão estão oito variáveis relacionadas ao comportamento da equipe médica envolvida na prestação de serviços: o respeito e a paciência demonstrado por médicos e enfermeiros; sua capacidade de resolver os problemas dos pacientes; o conhecimento do médico sobre o histórico de saúde; sua explicação sobre o caso e a liberdade que ele fornece para dúvidas, além de sua capacidade de conversar sobre outros determinantes do estado de saúde (ansiedades, hábitos de vida, situação familiar, etc.). Neste fator também são avaliados a prontidão de médicos e enfermeiros no atendimento e sua compaixão com o paciente.

O segundo fator é responsável por 7,6% da variância e foi nomeado como *Confiança*. Engloba a confiança nos médicos e enfermeiros e nos materiais e medicamentos utilizados pelo sistema. Além disso, também abrange o grau de responsabilidade dos funcionários; a capacidade de médicos e enfermeiros de executarem uma ação corretamente pela primeira vez e a segurança que o paciente sente quando atendido pelo SUS . Todas estas variáveis contribuem para que o paciente sintam-se resguardado no processo de recebimento dos serviços de saúde. Patel, Baeza, Patel, Greene, & Theobald (2007) encontraram a confiança como a dimensão mais importante do bom serviço entre os clientes de saúde do Sistema de Saúde Nacional do Reino Unido.

O terceiro fator foi chamado de *Capacidade de resposta do SUS* e responde por 5,86% da variação nos dados. É formado pelas variáveis que analisam a quantidade de materiais e medicamentos disponibilizados à população; a capacidade do sistema de conseguir uma consulta com um especialista; e a capacidade do sistema de resolver o problema do paciente e cumprir aquilo que promete. A falta de equipamentos essenciais e medicamentos foram alguns das falhas de qualidade em serviços de saúde demonstradas por Ehiri, Oyo-Ita, Anyanwu, Meremikwu, & Ikpeme (2005) e também por Couillet et al. (2007). As longas

listas de espera (Barelds, Van De Goor, Bos, Van Heck, & Schols, 2009) também foram outro determinante.

Shayo et al. (2016), analisando os serviços rurais de saúde da Tanzânia, descobriu que o baixo nível de confiança nas unidades de saúde estava associado à corrupção e à falta de profissionalismo no sistema. Como estratégia, o governo deveria investir na disponibilização de medicamentos, equipamentos e outros suprimentos médicos; mas acima de tudo, responsabilizar os profissionais de saúde.

O quarto fator possui apenas duas variáveis: quantidade e modernidade dos equipamentos; representando 5,75% da variância, sendo nomeado como *Equipamentos*.

O quinto fator foi chamado de *Comunicação* e representa 4,5% da variância. É formado pelas variáveis; *Comunicação da UBS/PSF com o bairro; oferta de documentos e informações sem erros e capacidade das unidades de abrir no horário determinado*. Instalações adequadas e o recebimento de informações corretas podem ser fortes determinantes da satisfação (Sovd et al., 2006). Investimentos nas unidades de saúde estão associados a maiores níveis de satisfação (Asfaw et al., 2014).

A *Limpeza* representa o sexto fator (Limpeza geral e aparência e forma de vestir dos funcionários); explicando 4,21% da variação. Por fim, a variável; *Disponibilizar um médico regular a você (que conhece seu histórico)*; formou o sétimo fator, explicando 4,0,8% da variação nos dados, sendo nomeado como *Integralidade*. A afirmativa deste último fator é relacionada a um dos pressupostos adotados por Mendes (2011) em sua análise e teorização sobre a Atenção Primária em Saúde. Para o autor, os serviços de saúde precisam ser organizados levando-se em consideração a integralidade, a continuidade e a coordenação dos cuidados. Para isso, é preciso estabelecer uma relação mútua de confiança entre a equipe e o paciente. Os consumidores tem uma tendência a valorizar mais o apoio e empatia dos profissionais de saúde (Nisselle et al., 2008).

### 3.1 Satisfação

Para uma análise inicial das relações entre as variáveis, as principais correlações foram analisadas. Para isso adotou-se correlações maiores que 0,5, ou seja, de força média a alta. Embora seja possível identificar várias dimensões distintas da qualidade, estas estão inter-relacionadas e o julgamento geral do paciente não opera apenas entre estas distinções (Haddad, Fournier, & Potvin, 1998). A observação destas correlações permite afirmar que *Capacidade do SUS de resolver seu problema e Segurança quando atendido pelo SUS*;

apresentaram correlações médias com a variável satisfação (ambas 0,554 a um nível de significância de  $p < 0,05$ ). Isso demonstra que aumentando estas duas variáveis; a satisfação também aumenta.

A variável *Explicação do médico sobre sintomas e sua saúde*; apresentou relação positiva e significativa com a variável *Liberdade para falar com o médico na consulta* (0,649 com  $p < 0,05$ ) e com a variável; *Trato (respeito e paciência) de médicos e enfermeiros* (0,525 com  $p < 0,05$ ). Isso significa que estas variáveis se influenciam positivamente, ou seja, a melhora na explicação; permite o aumento da liberdade para dúvidas e também é vista com uma forma de maior respeito e paciência com o paciente. Informações adequadas sobre o estado de saúde são essenciais no processo de cuidado pois podem incentivar a independência e o autocuidado, refletindo sobre o estado geral do paciente (Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016).

A variável *Competência de médicos e enfermeiros* foi positivamente associada à variável *Capacidade dos médicos e enfermeiros de resolver seu problema* (0,537 com  $p < 0,05$ ); representando a parte técnica do cuidado. Ao mesmo tempo, a variável; *Trato (respeito e paciência) de médicos e enfermeiros*; foi positivamente correlacionada com a competência destes (0,501 com  $p < 0,05$ ) e com sua capacidade de resolver os problemas dos pacientes (0,527 com  $p < 0,05$ ); o que demonstra que o resultado do processo dos serviços de saúde ultrapassa questões práticas. Ao mesmo tempo a variável que mensura a liberdade para falar com o médico está positivamente relacionada com o respeito e paciência que este dedica ao paciente (0,526 com  $p < 0,05$ ).

O conhecimento do médico sobre o histórico de saúde do paciente está positivamente correlacionado com a explicação sobre os sintomas e saúde do mesmo (0,532 com  $p < 0,05$ ); e a capacidade de falar sobre assuntos que vão além da consulta (mas que influenciam o estado de saúde) está positivamente correlacionada com o conhecimento do médico sobre o histórico (0,501 com  $p < 0,05$ ). Isso significa que se o médico conhece ou acompanha o histórico do paciente e o insere na rotina de consultas; ele acaba praticando efetivamente a integralidade dos cuidados, ou seja, a compreensão holística do sujeito (Costa de Souza et al., 2012).

Quando analisados separadamente, por município de aplicação; os dados coletados apresentam algumas características interessantes. Os questionários aplicados em Lavras revelam que para aquela amostra; as variáveis que mais se correlacionam com a satisfação são: *Capacidade do SUS de cumprir o que promete* (0,511 com  $p < 0,05$ ); *Segurança quando atendido pelo SUS* (0,480 com  $p = 0,00$ ) e *Ofertar transporte caso necessário* (0,515 com  $p < 0,05$ ). O mesmo ocorre com os questionários aplicados no município de Nepomuceno:

*Capacidade do SUS de cumprir o que promete* (0,510 com  $p < 0,05$ ); *Ofertar transporte* (0,491 com  $p < 0,05$ ) e *Segurança quando atendido* (0,498 com  $p = 0,00$ ). Já no município de Ijaci as correlações em geral foram mais fortes; *Ofertar transporte* (0,613 com  $p < 0,05$ ); *Segurança quando atendido* (0,601 com  $p = 0,00$ ); *Organização e atualização das informações médicas* (0,593 com  $p < 0,05$ ); *Conseguir consulta com especialista* (0,598 com  $p < 0,05$ ); *Rapidez na entrega dos resultados* (0,565 com  $p < 0,05$ ); *Quantidade de equipamentos* (0,528 com  $p < 0,05$ ); *Prontidão em atender* (0,539 com  $p < 0,05$ ).

Estes resultados acabam refletindo o desenho das Redes de Atenção à Saúde; isso porque esse tipo de configuração tem a oferta de transporte como base de movimento; uma vez que a organização ocorre de níveis menos complexos para aqueles que exigem maior complexidade. Esse fluxo caminha dos municípios menores para os maiores; ou seja; cidades com um menor número de habitantes ofertam serviços básicos e mais simples e utilizam das outras cidades (na rede) para ofertar serviços mais complexos a seus pacientes. Por isso o sistema de transporte é essencial e aparece como correlação significativa em todos os três municípios. Sem transporte não há serviço a ser utilizado.

Desta forma, compreende-se porque a cidade de Ijaci apresenta algumas diferenças. Analisando-se a estrutura das três cidades; Lavras é o eixo central (recebe e referencia pacientes); oferta média e alta complexidade em seus hospitais privados e filantrópicos (cujo sistema de acesso é gerenciado via plataforma SUSfácil) e também via CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada). Nepomuceno é uma cidade pequena mas possui uma Santa Casa com um pronto Socorro que pode receber algumas referências, especialmente em obstetrícia, além de possuir uma Policlínica que oferta atendimento em algumas especialidades. Já a cidade de Ijaci tem uma estrutura de saúde mais simples (possui apenas dois pontos de Programa Saúde da Família) e um espaço que está sendo direcionado para funcionar como um Pronto Socorro.<sup>1</sup> Para esta população, portanto, o número de equipamentos; a rapidez nos resultados; conseguir consulta com um especialista; a prontidão em atender são critérios mais fortes para sua satisfação. Desta forma, estratégias que potencializem o funcionamento da rede são produtivas em todos os contextos, mas precisam ser especificamente pensadas para o município analisado. O desenvolvimento de modelos que mensurem a qualidade de serviços de saúde devem considerar diversos fatores como o tamanho da unidade; localização; nacionalidade e dados demográficos (Thawesaengskulthai et al., 2015); e até uma adequação cultural (Forouzan et al., 2013).

---

<sup>1</sup> Dados e informações obtidas por meio das entrevistas com os gestores de cada município.

Apesar desta perspectiva, apenas fornecer melhorias infraestruturais, sem a devida atenção aos processos essenciais; pode ter um efeito limitado na qualidade dos serviços de saúde (Ehiri et al., 2005; Larson et al., 2014). A gestão eficiente tem impactos consideráveis na qualidade dos serviços (Sannisto, Saaristo, Sthl, Mattila, & Kosunen, 2010). Mesmo que protocolos e diretrizes sejam acatados; a falta de recursos humanos, o que coloca a equipe sob pressão; culmina em elevados tempos de espera; consultas apressadas; continuidade baixa e fragmentada; pouco tempo para comunicação e educação do paciente; erros; má qualidade e insatisfação (Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015). Portanto, ouvir a população atendida pelo sistema permite a identificação de variáveis que realmente, forneçam impacto na melhoria da qualidade e conseqüentemente na satisfação, ou seja, trata-se da fonte primária para estratégias e políticas públicas.

A variável Satisfação também foi correlacionada com as características demográficas; a idade e a escolaridade demonstrando ligações significantes, mesmo que os coeficientes sejam baixos (0,185 com  $p = 0,01$  para a idade e -0,128 com  $p=0,022$  para a escolaridade). Estes achados demonstram que quanto mais velho, mais satisfeito e quanto menor a escolaridade; mais satisfeito (Bastos & Fasolo, 2013; Schmidt et al., 2014).

### **3.2 Preditores da Satisfação**

Para análise das variáveis que melhor podem predizer a satisfação geral do paciente, foi realizada uma Regressão Linear Múltipla pelo método hierárquico. Nela, a variável satisfação foi escolhida como dependente e os sete fatores encontrados na Análise Fatorial Exploratória foram considerados os preditores ou variáveis independentes.

No primeiro modelo, constatou-se que o poder de explicação do fator 6 denominado *Limpeza*; era muito baixo; sendo estatisticamente insignificativo na melhora da qualidade da análise (não houve alteração do R ajustado com a inserção deste fator, permanecendo 0,453). Além disso, a estatística de mudança não foi significativa ( $p>0,05$ ), conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3: Síntese do Primeiro Modelo com os sete fatores.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,130 <sup>a</sup>	,017	,014	1,20168	,017	5,457	1	319	,020	
2	,424 <sup>b</sup>	,180	,174	1,09941	,163	63,107	1	318	,000	
3	,639 <sup>c</sup>	,408	,402	,93538	,228	122,315	1	317	,000	
4	,668 <sup>d</sup>	,446	,439	,90605	,038	21,853	1	316	,000	
5	,679 <sup>e</sup>	,462	,453	,89495	,015	8,885	1	315	,003	
6	,681 <sup>f</sup>	,463	,453	,89480	,002	1,105	1	314	,294	
7	,689 <sup>g</sup>	,474	,463	,88693	,011	6,600	1	313	,011	1,916

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade.

Fonte: Dados da pesquisa.

Por esta razão, optou-se pela análise de um segundo modelo, sem o Fator 6 - Limpeza, como pode ser constatado nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4: Síntese do segundo modelo (excluindo o Fator 6 - Limpeza).

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,130 <sup>a</sup>	,017	,014	1,20168	,017	5,457	1	319	,020	
2	,424 <sup>b</sup>	,180	,174	1,09941	,163	63,107	1	318	,000	
3	,639 <sup>c</sup>	,408	,402	,93538	,228	122,315	1	317	,000	
4	,668 <sup>d</sup>	,446	,439	,90605	,038	21,853	1	316	,000	
5	,679 <sup>e</sup>	,462	,453	,89495	,015	8,885	1	315	,003	
7	,687 <sup>f</sup>	,473	,463	,88711	,011	6,597	1	314	,011	1,913

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5: Coeficientes do segundo modelo.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	3,240	,050			65,434	,000
REGR <b>Equipe médica</b>	,157	,050	,130		3,165	,002
REGR <b>Confiança</b>	,488	,050	,403		9,845	,000
REGR <b>Cap. Resposta SUS</b>	,578	,050	,478		11,661	,000
REGR <b>Equipamentos</b>	,237	,050	,196		4,775	,000
REGR <b>Comunicação</b>	,149	,050	,123		3,007	,003
REGR <b>Integralidade</b>	,127	,050	,105		2,568	,011

Variável Dependente: Grau de satisfação geral.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os fatores Equipe Médica ( $\beta=0,130$ ;  $t=3,165$ ;  $p<0,05$ ); Confiança ( $\beta=0,403$ ;  $t=9,845$ ;  $p<0,05$ ); Capacidade de resposta do SUS ( $\beta= 0,478$ ;  $t=11,661$ ;  $p<0,05$ ); Equipamentos ( $\beta=0,196$ ;  $t=4,775$ ;  $p<0,05$ ); Comunicação ( $\beta=0,130$ ;  $t=3,007$ ;  $p<0,05$ ) e Integralidade ( $\beta=0,105$ ;  $t=2,568$ ;  $p<0,05$ ) são preditores da Satisfação Geral. O modelo de regressão ajustado é capaz de explicar cerca de 47,3% da variação na satisfação geral dos pacientes pesquisados.

Também pode-se afirmar que o preditor mais forte da satisfação geral foi o fator denominado *Capacidade de resposta do SUS* ( $\beta=0,478$ ); seguido pelo fator *Confiança* ( $\beta=0,403$ ). Ristea, Stegroiu, Ioan-Franc, & Dinu (2009) afirma que a avaliação do desempenho de um sistema nacional de saúde deve ser considerada, pois, mesmo sendo difícil (depende dos determinantes de saúde; dos atores envolvidos politicamente; da distribuição e financiamento); trata-se de uma ação justificada, apoiada pelo interesse público.

Aspectos relacionados a esta capacidade de resposta como facilidade de diagnóstico; disponibilidade de medicamentos e continuidade dos cuidados foram os atributos que mais impactaram na preferência dos pacientes, no estudo desenvolvido por Berhane & Enquasselasie (2015).

Este resultado vai ao encontro de muitas constatações identificadas nas 84 entrevistas, especialmente aquelas realizadas com funcionários e envolvidos no processo de prestação de serviços. Em sua perspectiva; a qualidade dos serviços de saúde envolve a conscientização do poder público de que um sistema como o SUS, grande em território e em objetivos; deve haver um sistema eficiente de captação de prestadores. Segundo alguns agentes de saúde e técnicos; o sistema não funciona porque não há incentivo em nenhum ponto da rede: os preços pagos pelos exames e consultas são ínfimos; o que desestimula médicos e prestadores de todo o tipo. A demanda cresce, mas a rede não consegue responder adequadamente (com consultas, exames, medicamentos e outros itens essenciais).

Aliado a este problema, existem as políticas públicas municipais e a intensa burocracia que cerca todo o processo: o que atrasa, perde e anula os pedidos de movimentação na rede (quando há necessidade de exames; cirurgias; especialidades; mesmo que haja urgência no caso). De forma sucinta: não falta exatamente estrutura e sim organização. Faltam políticas que sejam alinhadas ao que o SUS promete; ou seja, uma vez que o sistema não cumpre o que promete e não resolve o problema do cidadão; sua confiança em tal aparato também é prejudicada.

## 4 CONCLUSÃO

O objetivo do artigo foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde: forma de organização usada pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para ofertar serviços no setor.

A análise fatorial das 40 variáveis utilizadas no questionário originou sete fatores que explicam 63,05% na variância dos dados: *Equipe Médica; Confiança; Capacidade de resposta do SUS; Comunicação; Limpeza e Integralidade*. Desta forma, a qualidade dos serviços de saúde na rede pode ser mensurada por meio da análise destas dimensões. É importante ressaltar que; mediante todas as variáveis e circunstâncias envolvidas na prestação de serviços de saúde; aquelas relacionadas à Equipe Médica (respeito, capacidade; conhecimento; prontidão; compaixão e comunicação) constituem-se como mais relevantes para o alcance da qualidade nesse setor.

A análise da variável satisfação e sua correlação com aquelas consideradas determinantes da qualidade; permite importantes constatações; como a relação positiva entre elementos da comunicação entre médico e paciente e a percepção sobre respeito e paciência por parte do primeiro e a importância do histórico de saúde para a execução da integralidade nos cuidados. Outro destaque é a necessidade de adequação dos modelos de mensuração da qualidade à características relacionadas à população e ao contexto das redes em que esta encontra-se. As necessidades não são iguais, portanto; o que determina a qualidade e a satisfação também não o são.

Por fim, a análise de Regressão Múltipla permitiu afirmar que a *Capacidade de Resposta do SUS* foi o preditor mais forte da satisfação geral dos usuários entrevistados. Esta constatação corrobora com algumas descobertas realizadas nas entrevistas feitas com envolvidos no processo de prestação de serviços em saúde e chama a atenção para a necessidade de alinhamento entre o que o sistema prega e as políticas nacionais e municipais de oferta de serviços.

## 5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações deste estudo é a sua realização em três pontos de uma microrregião da rede. Ressalta-se que todo o território é subdividido em macro e microrregiões de saúde; com diferentes prestadores; serviços ofertados e população adstrita.

Mais estudos em outros pontos da rede precisam ser executados, especialmente atentando-se para características regionais.

## REFERÊNCIAS

- Afulani, P. A. (2016). Determinants of stillbirths in Ghana: Does quality of antenatal care matter? *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0925-9>
- Agha, S., & Williams, E. (2016). Quality of antenatal care and household wealth as determinants of institutional delivery in Pakistan: Results of a cross-sectional household survey. *Reproductive Health*, *13*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0201-5>
- Al-Yateem, N., Docherty, C., & Rossiter, R. (2016). Determinants of Quality of Care for Adolescents and Young Adults With Chronic Illnesses: A Mixed Methods Study. *Journal of Pediatric Nursing*, *31*(3), 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.003>
- Amatulli, A., Azzone, P., & Srebnik, D. (2005). Monitoring the quality of an Italian public psychiatric service: A four dimensions study of the outcome. *European Journal of Psychiatry*, *19*(1), 5–18. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632005000100001>
- Asfaw, E., Dominis, S., Palen, J. G. H., Wong, W., Bekele, A., Kebede, A., & Johns, B. (2014). Patient satisfaction with task shifting of antiretroviral services in Ethiopia: Implications for universal health coverage. *Health Policy and Planning*, *29*, ii50-ii58. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu072>
- Barelds, A., Van De Goor, I., Bos, M., Van Heck, G., & Schols, J. (2009). Care and service trajectories for people with intellectual disabilities: Defining its course and quality determinants from the client's perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *6*(3), 163–172. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00224.x>
- Bastos, G. A. N., & Fasolo, L. R. (2013). Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional Factors. *Rev Bras Epidemiol*, *16*(1), 114–124. Retrieved from [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/integralidade\\_antecao\\_saude\\_olhar\\_equipe.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf)
- Berhane, A., & Enquasselasie, F. (2015). Patients' preferences for attributes related to health care services at hospitals in Amhara Region, northern Ethiopia: a discrete choice experiment. *Patient Preference and Adherence*, *9*, 1293. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87928>
- Berra, S., Rodríguez-Sanz, M., Rajmil, L., Pasarín, M. I., & Borrell, C. (2014). Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, *30*(12), 2607–18. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00001014>
- Bezerra, F. A. (2009). Análise Fatorial. In L. J. Corrar, E. Paulo, & J. M. D. Filho (Eds.), *Análise Multivariada para os Cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia*

- (pp. 73–129). São Paulo: Editora Atlas S.A. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfjør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions Of Service Quality: An Assessment Of The SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, *66*(1), 33–55.
- Costa de Souza, M., Menezes de Araújo, T., Matos Reis Júnior, W., Nascimento Souza, J., Benemerita Alves Vilela, A., & Batista Franco, T. (2012). Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia Integral health assistance: a look to physiotherapy from the point of view of the Family Health Team. *O Mundo Da Saúde, São Paulo*, *36*(3), 452–460. Retrieved from [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/integralidade\\_antecao\\_saude\\_olhar\\_equipe.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf)
- Couillet, M., Serhier, Z., Tachfouti, N., Elrhazi, K., Nejjari, C., & Perez, F. (2007). The use of antenatal services in health centres of Fès, Morocco. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *27*(7), 688–694. <https://doi.org/10.1080/01443610701629080>
- Ehiri, J. E., Oyo-Ita, a E., Anyanwu, E. C., Meremikwu, M. M., & Ikpeme, M. B. (2005). Quality of child health services in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Child: Care, Health and Development*, *31*(2), 181–91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00493.x>
- Forouzan, A. S., Ghazinour, M., Dejamn, M., Rafeiey, H., Eftekhari, M. B., & Sebastian, M. S. (2013). Service Users and Providers Expectations of Mental Health Care in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Public Health*, *42*(10), 1106–1116.
- Haddad, S., Fournier, P., & Potvin, L. (1998). Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale. *International Journal for Quality in Health Care*, *10*(2), 93–104. <https://doi.org/10.1093/intqhc/10.2.93>
- Hong, R., Montana, L., & Mishra, V. (2006). Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Services Research*, *6*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-79>
- Johnson, D., & Ugaz, J. (2016). Determinants of quality of family planning counseling among private health facilities in Lagos. *Studies in Family Planning*, *47*(3), 239–251. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2016.00063.x>
- Kapp, C., Perlini, T., Jeanneret, T., Stéphan, P., Rojas-Urrego, A., Macias, M., ... Urban, S. (2017). Identifying the determinants of perceived quality in outpatient child and adolescent mental health services from the perspectives of parents and patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *26*(10), 1269–1277. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0985-z>
- Larson, E., Herмосilla, S., Kimweri, A., Mbaruku, G. M., & Kruk, M. E. (2014). Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *14*, 483.

<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-483>

- Lebrun-Harris, L. A., Shi, L., Zhu, J., Burke, M. T., Sripipatana, A., & Ngo-Metzger, Q. (2013). Effects of patient-centered medical home attributes on patients' perceptions of quality in federally supported health centers. *Annals of Family Medicine, 11*(6), 508–516. <https://doi.org/10.1370/afm.1544>
- Lee, D. H. (2017). HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business, 11*(3), 491–516. <https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2>
- Lima, A. A., Monteiro, L. F., & Vasconcelos, C. R. de. (2017). Avaliação do desempenho dos serviços de saúde: análise das usuárias de uma unidade de atenção básica com base no modelo Kano. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde, 6*(1), 42–51.
- Lv, Y., Xue, C., Ge, Y., Ye, F., Liu, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2016). Analysis of factors influencing inpatient and outpatient satisfaction with the Chinese military health service. *PLoS ONE, 11*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151234>
- Makarem, S. C., & Al-Amin, M. (2014). Beyond the Service Process: The Effects of Organizational and Market Factors on Customer Perceptions of Health Care Services. *Journal of Service Research, 17*(4), 399–414. <https://doi.org/10.1177/1094670514541965>
- Mariko, M. (2003). Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process, and outcome components. *Social Science and Medicine, 56*(6), 1183–1196. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00117-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00117-X)
- Maurer, M., Firminger, K., Dardess, P., Ikeler, K., Sofaer, S., & Carman, K. L. (2016). Understanding Consumer Perceptions and Awareness of Hospital-Based Maternity Care Quality Measures. *Health Services Research, 51*, 1188–1211. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12472>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana de Saúde* (2nd ed.). Brasília.
- Nau, D. P., & Pacholski, A. M. (2007). Impact of pharmacy care services on patients' perceptions of health care quality for diabetes. *Journal of the American Pharmacists Association, 47*(3), 358–365. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2007.06104>
- Nisselle, A., Forbes, R., Bankier, A., Hughes, E., & Aitken, M. (2008). Consumer contribution to the delivery of genetic health services. *American Journal of Medical Genetics, Part A, 146*(17), 2266–2274. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32271>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual Model Service Its Quality and Implications for Future Research. *The Journal of Marketing, 49*(4), 41–50. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(99\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(99)00084-3)
- Patel, H., Baeza, J., Patel, M., Greene, L., & Theobald, N. (2007). Improving sexual health services in the city: Can the NHS learn from clients and the service industry. *Health Expectations, 10*(2), 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00428.x>
- Rao, K. D., Peters, D. H., & Bandeen-roche, K. (2006). Towards patient-centered health services in India — a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care, 18*(6), 414–421.

- Ristea, A.-L., Stegroiu, I., Ioan-Franc, V., & Dinu, V. (2009). Responsiveness of Health Systems: A Barometer of Quality of Health Services. *Amfiteatru Economic*, 26(26), 277–286. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/6486868.pdf>
- Rivard, M., Lépine, A., Mercier, C., & Morin, M. (2015). Quality Determinants of Services for Parents of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2388–2397. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0041-2>
- Ruggeri, M., Bisoffi, G., Lasalvia, A., Amaddeo, F., Bonetto, C., & Biggeri, A. (2004). A longitudinal evaluation of two-year outcome in a community-based mental health service using graphical chain models: The South-Verona Outcome Project 9. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(1), 10–23. <https://doi.org/10.1002/mpr.160>
- Sannisto, T., Saaristo, V., Sthl, T., Mattila, K., & Kosunen, E. (2010). Quality of the contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(4), 243–254. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.500750>
- Scheffler, E., Visagie, S., & Schneider, M. (2015). The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 7(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.820>
- Schmidt, S. M. S., Müller, F. M., Santos, E. dos, Ceretta, P. S., Garlet, V., & Schmitt, S. (2014). Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde Em Debate*, 38(101), 305–317. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140028>
- Shaffer, T. R., & Sherrell, D. L. (1997). Consumer Satisfaction with Health-Core Services: The Influence of Involvement. *Psychology & Marketing*, 14(No. 3, May), 261–285.
- Shayo, E. H., Senkoro, K. P., Momburi, R., Olsen, Ø. E., Byskov, J., Makundi, E. A., ... Mboera, L. E. G. (2016). Access and utilisation of healthcare services in rural Tanzania: A comparison of public and non-public facilities using quality, equity, and trust dimensions. *Global Public Health*, 11(4), 407–422. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1132750>
- Sovd, T., Mmari, K., Lipovsek, V., & Manaseki-Holland, S. (2006). Acceptability as a key determinant of client satisfaction: lessons from an evaluation of adolescent friendly health services in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 519–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.005>
- Tessema, G. A., Mahmood, M. A., Gomersall, J. S., Assefa, Y., Zemedu, T. G., Kifle, M., & Laurence, C. O. (2017). Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: Multilevel modelling. *PLoS ONE*, 12(6), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179167>
- Thawesaengskulthai, N., Wongrukmit, P., & Dahlgard, J. J. (2015). Hospital service quality measurement models: patients from Asia, Europe, Australia and America. *Total Quality Management and Business Excellence*, 26(9–10), 1029–1041. <https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1068596>
- Vassiliadis, C. a., Fotiadis, A. K., & Tavlaridou, E. (2014). The effect of creating new

secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7–8), 897–907. <https://doi.org/10.1080/14783363.2014.904564>

Venables, K. M., & Allender, S. (2008). Quality of occupational health provision: Two rating scales and their determinants. *Occupational Medicine*, 58(6), 439–442. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn076>

Verbeek, J., Van Dijk, F., Räsänen, K., Piirainen, H., Kankaanpää, E., & Hulshof, C. (2001). Consumer satisfaction with occupational health services: Should it be measured? *Occupational and Environmental Medicine*, 58(4), 272–278. <https://doi.org/10.1136/oem.58.4.272>

Ward, K., Rolland, E., & Patterson, R. (2005). Improving Outpatient Health Care Quality: Understand the Quality Dimensions. *Health Care Manage Rev*, 30(4), 361–371.

Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality : A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4(June), 962–971.

## APÊNDICE A - Roteiro para entrevista com os secretários de saúde.



Universidade Federal de Lavras  
 Departamento de Administração e Economia  
 PPGA – Programa de Pós Graduação em Administração

Esta pesquisa tem por objetivo levantar dados para uma tese de Doutorado em Administração da UFLA, fazendo parte de um projeto apoiado pela FAPEMIG. Peço a colaboração dos envolvidos no processo de prestação de serviços em saúde no município, bem como a permissão para a gravação das entrevistas. Ressalto que não serão divulgados dados pessoais e todas as informações solicitadas são relativas ao funcionamento do sistema.

### **1 – Caracterização geral da rede (Mendes, 2011)**

– Qual a sua opinião sobre o funcionamento do sistema de saúde em seu município?

#### **Estrutura operacional**

##### **- Centro de Comunicação (APS)**

Quantos e quais são?

Qual ou quais os objetivos destas unidades?

Como funciona o serviço a partir destes pontos?

##### **- Pontos de atenção à saúde**

Existem unidades secundários e terciários?

Quantas e quais são? Quais os serviços oferecidos?

Como é o relacionamento entre as unidades e a APS?

##### **- Sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica, sistema de informação em saúde).**

Quais e quantos são as unidades de apoio diagnóstico e terapêutico?

Quais e quantas são as unidades de assistência farmacêutica?

Como é o relacionamento entre as APS e estas unidades de apoio?

Como funciona o sistema de informação da rede? Os dados, informações e conhecimento são usados para gerenciar os processos e gerar políticas e programas? Como?

Em sua atividade, quais destes dados vc considera os mais importantes para o processo gerencial e decisório? Quais vc usa?

##### **- Sistema logístico (cartão de identificação, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado e sistemas de transporte):**

Existe algum cartão de identificação do usuário, além do cartão do SUS? Que informações ele carrega?

O que falta para o cartão do SUS funcionar?

Existe já alguma unidade com prontuário eletrônico? Se sim, qual o resultado?

O que falta para que esta ideia funcione?

Como o acesso à rede e às unidades é controlado? (Sistema de acesso regulado). Ele funciona? Por quê, o que falta?

Como é o processo de uso deste sistema?

Qual ou quais os sistemas de transporte/deslocamento o município possui para que o paciente caminhe pela rede?

Como é o processo? Funciona? Por que/o que falta?

### **- Sistemas de governança**

Como ocorre o gerenciamento das relações estabelecidas na rede, entre todos estes diferentes pontos/unidades? Como acontecem as decisões? Quais os desafios?

Existem estratégias gerenciais? Em que sentido?

Qual a maior lei a ser seguida na oferta de serviços de saúde?

Os conselhos/colegiados funcionam? Como?

Como é o financiamento da rede?

Em termos gerenciais, fale sobre:

- Planejamento estratégico na rede – existe? Há cooperação e unificação de objetivos e metas com os outros gestores? PPI?

- Sistema de contratualização - existe? Como funciona? Qual a relação estabelecida?

As necessidades da população são atendidas?

- Sistema de monitoramento e avaliação – existe algo desta estirpe na rede? No município? Como funciona?

Existe alguma estratégia da rede para a melhora da qualidade dos serviços de saúde (técnica/gerencial/processual)? Qual? Como ocorre? E no município, como o assunto é tratado?

### **– Você gostaria de indicar outro ator-chave para esta pesquisa?**

- Relação dos pacientes que caminharam pela rede entre 2015-2016.

## **2 – Percepção sobre a qualidade dos serviços prestados**

- Quais são os atributos/características um serviço de saúde deve possuir ou apresentar para considerado de qualidade?

- o que é visivelmente importante?

- o que é importante nos relacionamentos?

- qual sentimento deve estar relacionado à um serviço de saúde de qualidade?

Vc já experimentou um serviço de saúde de qualidade? O que ele tinha que te permite o classificar assim?

Já experimentou um serviço de saúde ruim? Qual era a característica/atributo que te permite classificá-lo assim?

- Você considera que os serviços de saúde prestados por seu município são de qualidade? Sim ou Não? Por quê?

2.6. Se desejar, faça suas considerações gerais sobre o sistema de saúde.

**APÊNDICE B - Roteiro utilizado na pesquisa qualitativa – pacientes e envolvidos.**



**Universidade Federal de Lavras**  
**Departamento de Administração e Economia**  
**PPGA – Programa de Pós Graduação em Administração**

Esta pesquisa tem por objetivo levantar dados para uma tese de Doutorado em Administração da UFLA, fazendo parte de um projeto apoiado pela FAPEMIG.

Peço a colaboração dos pacientes que já receberam atendimento pelas unidades de saúde, sendo encaminhados para outras consultas, exames ou procedimentos em outros pontos na rede, bem como a permissão para a gravação das entrevistas. Ressalto que não serão divulgados dados pessoais e todas as informações solicitadas são relativas ao funcionamento do sistema, opinião do usuário, sendo usados somente nesta pesquisa.

Objetivo:

- Identificar o que é importante para a prestação de serviços de qualidade na rede;
- Identificar se a rede presta serviços de qualidade;
- Identificar o que precisa mudar neste quesito.

1 – questão norteadora: O que significa qualidade nos serviços de saúde?

- Qual a sua idade?

- Você já foi encaminhado para fazer exames ou consultas pelo SUS, deste ou de algum outro PSF, para outra cidade? Se sim, qual?

– Quais os atributos ou características um serviço público de saúde deve possuir para ele ser considerado de qualidade?

– Você já recebeu um serviço público de saúde de boa qualidade ? O que ele possuía/tinha que te permite afirmar isso?

– Você já recebeu um serviço público de saúde de má qualidade ? O que ele possuía/tinha que te permite afirmar isso?

– Você se considera satisfeito com os serviços públicos prestados em seu município? Por quê?

1.4 - O que falta para que o serviço seja melhor? (mais qualidade)?

1.5- Há alguma coisa que vocês gostariam de acrescentar em relação à saúde e à qualidade dos serviços prestados em seu município?

Obrigada



**APÊNDICE C – Questionário**

Questão chave na identificação de respondentes:

- 1 - Você foi atendido pelo SUS nos últimos 12 meses?** \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não
- 2 - Escolha onde/ tipo de serviço utilizado nos últimos 12 meses:**
- ( ) O PSF/UBS de meu bairro
  - ( ) A UPA (Unidade Pronto Atendimento)/Pronto Socorro do Hospital (Santa Casa)
  - ( ) Outra unidade do SUS (consulta com especialista ou exame)
  - ( ) Outro: Especifique: \_\_\_\_\_

<p><b>3 - Identificação do respondente:</b></p> <p><b>3.1 - Sexo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Masculino</li> <li>( ) Feminino</li> </ul> <p><b>3.2- Idade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Abaixo de 20 anos</li> <li>( ) De 20 a 30 anos</li> <li>( ) De 31 a 41 anos</li> <li>( ) De 42 a 52 anos</li> <li>( ) De 53 a 63 anos</li> <li>( ) Acima de 63 anos</li> </ul>	<p><b>3.3- Renda da família</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Abaixo de R\$ 955,00</li> <li>( ) Entre R\$ 955,00 e R\$ 1909,00</li> <li>( ) Entre R\$ 1910,00 e R\$ 2864,00</li> <li>( ) Entre R\$ 2865,00 e R\$ 3819,00</li> <li>( ) Entre R\$ 3820,00 e R\$ 4774,00</li> <li>( ) Entre R\$ 4775,00 e R\$ 5729,00</li> <li>( ) Acima de R\$ 5729,00</li> </ul> <p><b>3.4: Bairro de residência:</b></p> <p>_____</p>	<p><b>3.5 Escolaridade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Ensino fundamental incompleto</li> <li>( ) Ensino fundamental completo</li> <li>( ) Ensino médio incompleto</li> <li>( ) Ensino médio completo</li> <li>( ) Ensino superior incompleto</li> <li>( ) Ensino superior completo</li> <li>( ) Pós graduação ou similar</li> </ul>	<p><b>4 - Identifique a UBS/PSF que você costuma frequentar:</b></p> <p>_____</p> <p>A partir deste momento serão apresentados a você algumas características relacionadas aos SUS e aos serviços ofertados pelo sistema de saúde. Peço encarecidamente que você avalie cada item, decidindo se ele é 1- Péssimo; 2 – Ruim; 3 – Indiferente; 4 – Bom; 5- Excelente. Trata-se de uma avaliação sobre o SUS de sua cidade.</p>
---	--	---	--

<b>5 - Com base neste último serviço que você recebeu pelo SUS, avalie:</b>	<b>1 – Péssimo</b>	<b>2 - Ruim</b>	<b>3- Indiferente</b>	<b>4- Bom</b>	<b>5- Excelente</b>
5.1 A modernidade dos equipamentos:					
5.2 A quantidade de equipamentos:					
5.3 A limpeza geral da unidade:					
5.4 A aparência e forma de vestir dos funcionários:					

5.5 A estrutura para atender idosos e pessoas com mobilidade reduzida:					
5.6 A limpeza e funcionamento dos banheiros e bebedouros:					
5.7 A capacidade dos funcionários, médicos e enfermeiros de resolver seu problema:					
5.8 A competência (habilidades e conhecimentos) dos médicos e enfermeiros:					
5.9 O trato (respeito e paciência) dos médicos e enfermeiros com você:					
5.10 O trato (respeito e paciência) dos funcionários da recepção com você:					
5.11 A liberdade para falar com o médico na hora da consulta:					
5.12 A explicação do médico sobre medicamentos, sintomas e sua saúde:					
5.13 O respeito à sua privacidade (porta fechada, sem interrupções) na consulta:					
5.14 O conhecimento do médico sobre seu histórico de saúde :					
5.15 O tempo dedicado ao exame físico e consulta :					
	<b>1 – Péssimo</b>	<b>2 - Ruim</b>	<b>3- Indiferente</b>	<b>4- Bom</b>	<b>5- Excelente</b>
5.16 A prontidão dos funcionários, médicos e enfermeiros em te atender:					
5.17 A compaixão dos médicos e enfermeiros com você:					
5.18 A capacidade do médico de falar sobre suas ansiedades, hábitos de vida, situação familiar, etc. foi:					
----- -----	-----	-----	-----	-----	-----
<b>Sobre o SUS de sua cidade, de forma gera, avalie:</b>	-----	-----	-----	-----	-----
5.19 A capacidade do sistema de cumprir o que promete:					
5.20 A capacidade das unidades de abrir no horário determinado:					
5.21 A forma de comunicação (avisos, notícias) usada pela UBS/PSF com seu bairro:					
5.22 Os horários e dias de atendimento das unidades:					
5.23 O grau de facilidade para chegar às unidades:					
5.24 A quantidade de médicos, enfermeiros e pessoal disponibilizado à população:					
5.25 A quantidade de exames e materiais disponibilizados à população:					
5.26 A capacidade do SUS de sua cidade de resolver seu problema:					
----- -----	-----	-----	-----	-----	-----
<b>Avalie a competência do sistema de:</b>	-----	-----	-----	-----	-----
5.27 Sempre disponibilizar um médico para te atender:					
5.28 Conseguir uma consulta com um especialista para você:					

5.29 Disponibilizar o medicamento que você precisa na farmácia municipal:					
5.30 De ofertar transporte, caso seja necessário:					
5.31 De disponibilizar para você o mesmo médico regularmente, aquele que te conhece e conhece seu histórico:					
5.32 De lhe entregar documentos e informações sem erros:					
----- -----	-----	-----	-----	-----	-----
<b>Avalie:</b>	-----	-----	-----	-----	-----
5.33 A confiança que você tem nos materiais e medicamentos usados nas consultas e procedimentos:					
5.34 A segurança que sente quando é atendido pelo SUS:					
5.35 A confiança que você tem nos médicos e enfermeiros:					
5.36 O grau de responsabilidade dos funcionários:					
5.37 A rapidez na entrega de resultados de exames:					
5.38 A organização e atualização de suas informações médicas:					
5.39 A capacidade dos médicos e enfermeiros de fazer as coisas corretamente da primeira vez:					
5.40 O conhecimento dos funcionários sobre o processo para agendar consultas, conseguir exames é:					
<b>6 - De forma geral, em relação aos serviços de saúde do SUS de seu município, você se considera:</b>					
( ) Muito insatisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Indiferente ( ) Satisfeito ( ) Muito satisfeito					



**Universidade Federal de Lavras**  
**PPGA – Programa de Pós Graduação em Administração**

## APÊNDICE D

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

**I - Título do trabalho:** Qualidade percebida nos serviços de saúde: um estudo aplicado à rede de atenção da microrregião de Lavras.

**Pesquisador(es) responsável(is):** Arlete Aparecida de Abreu  
Luiz Marcelo Antonialli  
Daniela Meirelles Andrade  
arlete.abreu@ifmg.edu.br

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Lavras – DAE - Departamento de Administração e Economia  
tel.: 35-3829-1446 –

**Local da coleta de dados:** Ijaci; Nepomuceno e Lavras.  
Prezado(a) Senhor(a):

Meu nome é Arlete e sou aluna de doutorado da Universidade Federal de Lavras. Este é um convite para a participação em uma pesquisa sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados na região de Lavras. Ressaltamos que o consentimento em participar deste processo é acompanhado da garantia de sigilo e privacidade em todas as informações coletadas, durante todas as fases da pesquisa. É garantia que o participante receba uma via deste termo, bem como o ressarcimento de despesas (caso as tenha), decorrentes de gastos com transporte, por exemplo; pagos pelos pesquisadores aos participantes ao início dos procedimentos. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, é também garantida a indenização dos participantes. Também haverá indenização, caso ocorra algum dano decorrente desta pesquisa. Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária, portanto, antes de concordar em participar, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Para participar deste estudo

você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Além disso, tem o direito de desistir de participar a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito, não acarretando qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. É garantido sigilo e privacidade dos participantes em todas as fases da pesquisa.

### II - Objetivos

Identificar a percepção dos usuários e dos envolvidos sobre a qualidade na prestação de serviços de saúde, com o objetivo de modificar uma escala de mensuração deste item. Desta forma você será questionado sobre sua percepção sobre a qualidade dos serviços de saúde.

### III – Justificativa

Esta pesquisa justifica-se, inicialmente pela insuficiência de instrumentos que possam mensurar a qualidade dos serviços ofertados pelas Redes de Atenção à Saúde, especificamente no contexto brasileiro e em termos que ultrapassem o cálculo de taxas que reflitam o estado físico de saúde (taxas de mortalidade, morbidade e infecções). Não existem instrumentos que permitam mensurar a qualidade dos serviços de saúde prestados na rede, especialmente na microrregião de Lavras.

IV - Procedimentos da pesquisa:

**Amostra** – A pesquisa vai contar com duas fases: serão feitas entrevistas e questionários serão aplicados. As entrevistas serão realizadas com pacientes à espera pelo serviço e caso necessário, será solicitada uma lista dos pacientes que passaram pela rede entre 2015-2016. Com profissionais envolvidos no processo (gestores e colaboradores) também serão feitas entrevistas. Na segunda fase, um questionário adaptado será aplicado a pessoas que aguardam o atendimento, nos três municípios abordados.

**Exames** – Não serão realizados exames nesta pesquisa.



**Universidade Federal de Lavras**  
**PPGA – Programa de Pós Graduação em Administração**

V - Riscos esperados – Considera-se que os riscos ao responder esta pesquisa são mínimos, não há possibilidade de algum tipo de intervenção física, psicológica ou moral. Desta forma, os riscos deste trabalho concentram-se apenas em emitir julgamentos errôneos (não compartilhados) sobre o tema ou divergência de opiniões, deixando a pessoa vulnerável à opinião alheia. A minimização destes riscos pode ser realizada através da realização da entrevista em ambiente seguro, longe de interferências, além da não identificação do respondente em hipótese alguma. As entrevistas terão seus áudios gravados para posterior análise, contudo, o entrevistado será avisado anteriormente ao processo.

**VI – Benefícios** – Com esta pesquisa os respondentes apenas colaborarão para a construção de uma ferramenta que permita mensurar a qualidade dos serviços prestados em saúde na rede, contribuindo assim para a melhora do serviço.

**VII - Retirada do consentimento**

O responsável pelo menor ou o próprio sujeito tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao atendimento a que está sendo ou será submetido.

**VIII – Critérios para SUSPender ou encerrar a pesquisa**

Não existem critérios para a SUSPensão da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa de opinião/ percepção.

Eu \_\_\_\_\_  
\_, certifico que, tendo lido as informações acima e suficientemente esclarecido (a) de todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização da pesquisa. Assim, eu autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto acima.

Local e data:

NOME(legível) \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFLA. Endereço – Campus Universitário da UFLA, Pró-reitoria de pesquisa, COEP, caixa postal 3037. Telefone: 3829-5182.

**Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.**

*No caso de qualquer emergência entrar em contato com o pesquisador*

*responsável no Departamento de Administração e Economia. Telefones de contato:3829-1446.*