

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ATRAVÉS DO MODELO SERVQUAL**

ANA CAROLINA GERK CALDEIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Gestão de Serviço e da Tecnologia

Orientador:

Professor Doutor Nelson José dos Santos Antônio
Professor Catedrático, ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro 2019

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ATRAVÉS DO MODELO SERVQUAL**
Ana Carolina Gerck Caldeira

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ATRAVÉS DO MODELO SERVQUAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a ISCTE Business School
– Instituto Universitário de Lisboa como requisito para recebimento
do título de Mestre em Gestão de Serviço e da Tecnologia

Orientador: Nelson José dos Santos Ant6nio

LISBOA

2019

Dedico esta tese aos meus filhos Miguel e Benjamin e ao meu marido Cristiano, que mesmo querendo minha atenção, souberam abrir mão do seu tempo comigo.

“Ainda que eu falasse a língua dos anjos, sem amor em nada seria”

Renato Russo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre iluminando meu caminho, guiando-me diante das dificuldades.

Ao meu marido Cristiano que esteve ao meu lado ao longo nesta jornada, sendo parceiro, amoroso e compreensivo.

Aos meus filhos Miguel e Benjamin que com seu amor incondicional, souberam abrir mão de seu tempo comigo e que ensinam-me a cada dia o significado do amor.

A meus pais, Angela e Carlos que foram responsáveis pela formação do meu caráter e a quem devo toda a minha determinação, independência para enfrentar a vida.

Aos meus irmãos Marcelo e Marina que estão sempre ao meu lado, me dando suporte e demonstrando seu orgulho por mim.

Ao meu sogro Sebastião, parceiro, que com sua tranquilidade e ajuda tornou essa caminhada mais fácil.

A minha amiga Lúcia que me apoiou durante toda minha trajetória no mestrado e no MBA, tornando possível criar tempo para dedicar-me aos estudos.

Aos meus amigos pela minha ausência nos momentos de lazer, pelas constantes provas de amizade, por serem parte do que me faz forte e por me mostrarem que nesta vida nunca estamos sozinhos, mesmo que eventualmente a distância física nos separe.

Aos meus amigos da Geriatrics que foram excepcionais e dando imenso apoio durante esse processo. Especialmente a Marcelle, Vinicius Garcia e Abel Ramos pela paciência e pela grande amizade.

Agradeço aos amigos conquistados ao longo do curso de mestrado pela convivência, pelos bons momentos compartilhados e troca de experiência que com certeza, ajudaram-me a evoluir um pouco mais como ser humano e também como profissional. Principalmente Patrícia, Fabiano, Daniele Pimentel e Daniele que conviveram mais de perto durante essa caminhada.

Ao meu orientador, professor Nelson Antônio pela orientação, oportunidade e pela confiança no meu trabalho.

Enfim a todos que direta ou indiretamente, participaram ou contribuíram para realização desse trabalho.

RESUMO

Qualidade é uma palavra com sentido amplo e subjetivo, cuja percepção difere entre os indivíduos. Em paralelo, identifica-se um aumento significativo nas exigências dos clientes com a qualidade na prestação dos serviços, impulsionando as organizações a focarem sua estratégia para o alcance da satisfação dos consumidores. Uma ferramenta que possibilita essa análise é a aplicação do questionário SERVQUAL com o objetivo de identificar as lacunas entre as expectativas e percepções dos clientes e com isso, permitir a análise dos principais requisitos exigidos e identificar quais seriam os prioritários para o alcance da satisfação dos clientes. Com base no modelo proposto foi realizada uma pesquisa exploratória para avaliar o serviço oferecido num *Homecare*, na cidade do Rio de Janeiro, com aplicação de uma análise quantitativa e qualitativa quanto à natureza das variáveis, o que possibilitou mensurar a qualidade do serviço oferecido aos seus clientes e concluir que o método foi satisfatório para identificar as melhores e as piores dimensões. Esta ferramenta revela-se útil para orientar os gestores na elaboração de estratégias competitivas e de melhoria contínua.

Palavras-Chave: Qualidade em Serviço; Serviços de Saúde; Qualidade em Serviços de Saúde; SERVQUAL.

Classificação JEL: I11 / M100

ABSTRACT

Quality is a word with a broad and subjective meaning, whose perception differs between individuals. At the same time, a significant increase in customer demands with quality service delivery is identified, prompting organizations to focus on their strategy to achieve customer satisfaction. One tool that enables this analysis is the application of the SERVQUAL questionnaire, in order to identify gaps between customer expectations and perceptions and thus allow the analysis of the main requirements and identify priorities for achieving customer satisfaction. Based on the proposed model, an exploratory research was conducted to evaluate the service offered at a Homecare, in the city of Rio de Janeiro, applying a quantitative and qualitative analysis regarding the nature of the variables, which made it possible to measure the quality of the service offered to their clients. customers and conclude that the method was satisfactory to identify the best and worst dimensions. This tool is useful to guide managers in the development of competitive strategies and continuous improvement.

Key Words: Quality in service; Health services; Quality in Health Services; SERVQUAL.

JEL Classification: I11 / M100

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS	III
ÍNDICE DE QUADROS	IV
ÍNDICE DE TABELAS	V
LISTA DE ABREVIATURAS	VI
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Problemática	3
1.2 Objetivos.....	5
1.2.1 Objetivo Geral	5
1.2.2 Objetivos Específicos.....	5
CAPÍTULO 2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	7
2.1 Qualidade.....	7
2.2 Qualidade em Serviços.....	15
2.3 Qualidade em serviços de saúde	21
2.4 Escala SERVQUAL	25
CAPÍTULO 3 - CONTEXTUALIZAÇÃO	30
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA	33
4.1 Alfa de Croenbach.....	34
4.2 Teste de Friedman	36
4.3 Informações sobre a organização	37
4.4 População e Amostra.....	37
CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DE RESULTADOS	39
5.1 Resultados por Perfil Demográfico.....	39
5.2 Resultados por Dimensão	44
5.3 Análise <i>Post-hoc</i>	53
5.4 Comparação entre Expectativa e Perspectiva	56

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÃO	58
6.1 Considerações Finais	59
6.2 Dificuldades e Limitações	60
6.3 Recomendações para Trabalhos Futuros	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	69
ANEXO A: Questionário 1-3	69
ANEXO B: Questionário 2-3	70
ANEXO C: Questionário 3-3	71

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: RESUMO DOS CAPÍTULOS	6
FIGURA 2: TRILOGIA DE JURAN	10
FIGURA 3: DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO OU DIAGRAMA DE PEIXE.....	12
FIGURA 4: CICLO DE DEMING.....	13
FIGURA 5: MODELO DE QUALIDADE NOS SERVIÇOS	17
FIGURA 6: MODELO GAP.....	26
FIGURA 7: ESCALA DO TIPO LIKERT	26
FIGURA 8: DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO.....	40
FIGURA 9: DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA	41
FIGURA 10: DISTRIBUIÇÃO POR ESCOLARIDADE.....	43
FIGURA 11: EXPECTATIVA E PERSPECTIVA DAS DIMENSÕES.....	45
FIGURA 12: MÉDIAS DE IMPORTÂNCIA E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA DIMENSÃO TANGIBILIDADE	47
FIGURA 13: MÉDIAS DE IMPORTÂNCIA E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA DIMENSÃO CONFIABILIDADE	49
FIGURA 14: MÉDIAS DE IMPORTÂNCIA E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA DIMENSÃO CAPACIDADE DE RESPOSTA.....	50
FIGURA 15: MÉDIAS DE IMPORTÂNCIA E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA DIMENSÃO SEGURANÇA.....	51
FIGURA 16: MÉDIAS DE IMPORTÂNCIA E AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NA DIMENSÃO EMPATIA.....	53
FIGURA 17: MÉDIA E IC DE 95% DO VALOR DA EXPECTATIVA PARA AS DIMENSÕES ANALISADAS	54
FIGURA 18: MÉDIA E IC DE 95% DO VALOR DA PERSPECTIVA PARA AS DIMENSÕES ANALISADAS	55

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: DIFERENÇAS ENTRE PRODUTOS E SERVIÇOS.....	20
QUADRO 2: O INSTRUMENTO SERVQUAL.....	28

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: CLASSIFICAÇÃO DA CONFIABILIDADE A PARTIR DO COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH	35
TABELA 2: COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH PARA OS CRITÉRIOS EXPECTATIVA, PERSPECTIVA E AMBOS, SEGUNDO CADA DIMENSÃO ANALISADA	36
TABELA 3: ANÁLISE DEMOGRÁFICA	40
TABELA 4: DIMENSÕES X GÊNERO.....	41
TABELA 5: DIMENSÃO X FAIXA ETÁRIA.....	42
TABELA 6: DIMENSÕES X ESCOLARIDADE.....	43
TABELA 7: IMPORTÂNCIA DAS DIMENSÕES	44
TABELA 8: RESUMO DESCRITIVO DOS ITENS PERTENCENTES À DIMENSÃO TANGIBILIDADE	46
TABELA 9: RESUMO DESCRITIVO DOS ITENS PERTENCENTES À DIMENSÃO CONFIABILIDADE	47
TABELA 10: RESUMO DESCRITIVO DOS ITENS PERTENCENTES À DIMENSÃO CAPACIDADE DE RESPOSTA	49
TABELA 11: RESUMO DESCRITIVO DOS ITENS PERTENCENTES DA DIMENSÃO GARANTIA	51
TABELA 12: RESUMO DESCRITIVO DOS ITENS PERTENCENTES À DIMENSÃO EMPATIA.....	52
TABELA 13: RESUMO DESCRITIVO DO RESULTADO GERAL DAS DIMENSÕES NOS CRITÉRIOS DE EXPECTATIVA E PERSPECTIVA	54
TABELA 14: RESULTADO DA APLICAÇÃO POST-HOC PARA DETECTAR DIFERENÇAS ENTRE AS DIMENSÕES	56
TABELA 15: RESULTADO DA COMPARAÇÃO ENTRE OS VALORES DA EXPECTATIVA E PERSPECTIVA PARA CADA DIMENSÃO	57
TABELA 16: <i>GAPS</i> POR DIMENSÃO.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS

- ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- CEAD - Centro de Excelência em Atenção Domiciliar
- CQ - Controle de Qualidade
- CWQC - *Company Wide Quality Control*
- EFQM - *European Foundation of Quality Management*
- FQ - Fator de Qualidade
- HIMSS – *Health Care Information and Management Systems Society*
- IC - Intervalo de Confiabilidade
- IPCA - Índice Nacional De Preços ao Consumidor Amplo
- ISO - *International Organization for Standardization*
- JCI - *Joint Commission International*
- NEAD - Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
- ONA - Organização Nacional de Acreditação
- PDCA - *plan, do, check, act*
- PIB - Produto Interno Bruto
- QP - Qualidade Percebida
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TQC - *Total Quality Control*
- TQM - *Total Quality Management*
- UTI - Unidade de Tratamento Intensivo
- vs - *Versus*

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Enfrentamos nos dias de hoje, no Brasil, uma crise sem precedentes em diversos setores. E na Saúde não é diferente. O SUS (Sistema Único de Saúde), que deveria assegurar o direito constitucional a todos os brasileiros, não se sustenta e a Saúde Privada com a perda crescente de carteira e com o uso indiscriminado do beneficiário, também passa por grandes dificuldades.

Os recursos destinados à saúde são escassos em todo o mundo. A assistência à saúde não se paga. Como proporção da Receita Corrente, a despesa federal em saúde aumentou continuamente sua participação, passando de 6,7% para 8,3% no período 2008-2017. Em proporção ao PIB, essa participação também cresceu, passando de 1,6 para 1,8%.

Atualmente, o Brasil gasta em saúde pública cerca de 3,8% do PIB, o que coloca o país no 64º percentil da distribuição mundial (considerando 183 países), sendo esse valor próximo à média da América Latina e Caribe (3,6%) e inferior à da OCDE (6,5%), estes últimos com uma estrutura etária mais envelhecida relativamente ao caso brasileiro (Tesouro Nacional, 2018).

No setor de saúde há uma forte pressão de elevação das despesas em decorrência da tendência de crescimento dos custos dos serviços em função do aumento da tecnologia em velocidade superior ao índice de inflação médio da economia. O processo de envelhecimento da população também tende a aumentar as despesas de saúde, pois a maior proporção de pessoas idosas, as quais demandam maiores gastos em saúde, eleva o dispêndio total nessa área.

Num ambiente de grande competitividade, promovido pela globalização e diante da complexidade da prestação dos serviços em saúde, as empresas deste setor têm buscado atingir um nível de excelência, gerando valor para o cliente de forma sustentável. Para tal, o cliente deve ser o foco principal da empresa; é nele que esta deve concentrar a sua força e atenção, mostrando que conhece as suas necessidades e expectativas.

Com o advento e evolução das economias de escala global, as organizações precisam ser mais competitivas, eficientes, flexíveis e integradas na cadeia de valor em diferentes níveis.

Buscando por um contínuo aperfeiçoamento dos processos e a eliminação dos desperdícios para com isso fazer frente às transformações que vêm ocorrendo na economia mundial.

Em muitos países desenvolvidos há uma enorme lacuna entre a melhor prática e a verdadeira natureza do tratamento dispensado. O subtratamento, e não apenas o supertratamento são desvios. Outro problema é a qualidade de atendimento e o índice de erros médicos (Porter & Teisberg, 2007).

Na indústria de assistência médica, a qualidade da assistência é mais do que um conceito. Tornou-se essencial para o bem-estar do paciente e para a sustentabilidade dos serviços (Phill Buttell *et al.*, 2007). A qualidade do serviço de saúde é responsável não apenas pela saúde física do paciente, mas também pela saúde financeira de um provedor. Cuidados de saúde são diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, enfermidades, lesões e outras deficiências físicas e mentais em humanos. Os serviços de saúde são prestados a pacientes pelos médicos, enfermeiros, técnicos e muitos outros prestadores de cuidados em hospitais, clínicas, *homecare*.

Atualmente, os prestadores de serviços de saúde, gerentes e administradores reconheceram a importância da qualidade do serviço para a sobrevivência e o sucesso dos negócios. Pacientes e prestadores de serviços de saúde são as duas principais partes interessadas nos processos de atendimento de serviços de saúde. A perspectiva do provedor sobre a qualidade do serviço de saúde pode ser diferente da perspectiva do paciente. Os pacientes não são capazes de julgar a qualidade técnica (O que é fornecido) dos serviços de saúde, mas podem julgar a qualidade com base na qualidade funcional que é a forma como o serviço é prestado (Grönroos, 1984). Muitos pesquisadores desenvolveram uma escala para medir a qualidade dos serviços de saúde em diferentes países. Entretanto a literatura carece da aplicação dessa escala num serviço de *homecare*.

Hoje em dia, de acordo com Gurgel Junior e Vieira (2002), as organizações do setor da saúde buscam a implementação de programas de qualidade com o objetivo de reduzir custos, melhorar o seu gerenciamento e aumentar a eficiência destes serviços.

Dentro deste contexto, desenvolve-se no Brasil, já há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação da performance de organizações de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios), utilizando-se um conjunto de critérios que estas instituições devem preencher, a partir de padrões preestabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total

(Quinto, 2000). Fenômeno semelhante pode ser observado nos hospitais da rede privada suplementar, que fazem uso de certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional como diferencial de mercado, demonstrando uma crescente preocupação com a qualidade.

Para que as organizações consigam ampliar suas vantagens competitivas e manter o foco na melhoria contínua, é necessário agregar modelos de planejamento da qualidade à ação gerencial de serviços de saúde.

Esse setor possui particularidades que o torna altamente dependente dos clientes que os utiliza. Por serem consumidos ao mesmo tempo em que são produzidos, a satisfação do cliente é o “ponto-chave” da avaliação do desempenho de um serviço (Casas, 2008). Por esse motivo, entre outros, a utilização de métodos mais específicos para o alcance da percepção dos clientes quanto à qualidade do serviço recebido e suas expectativas podem contribuir para um melhor desempenho das organizações atuantes nesse setor.

O SERVQUAL é um modelo de pesquisa utilizado como uma técnica de diagnóstico para descobrir grandes áreas de qualidade através da identificação das forças e fraquezas das organizações (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988).

A questão norteadora deste trabalho é aplicar o questionário SERVQUAL numa unidade de saúde com o objetivo de identificar lacunas entre as expectativas do cliente e o serviço prestado para planejar e garantir os requisitos do cliente a fim de alcançar a excelência do serviço de saúde.

1.1 Problemática

No Brasil o sistema de saúde presta a sua atenção de duas formas: o modelo hospitalar e o modelo domiciliar. O primeiro durante muitos anos foi predominante o que contribuiu para encarecer a saúde. A atenção domiciliar “vem ressurgindo como uma forma de personalização e humanização da prática assistencial à saúde” (Lacerda, Oliniski & Giacomozzi, 2004, p.111). Essa prestação de serviço é indicada no tratamento de diversas patologias ou em casos de reabilitação, quando não há mais necessidade de internação hospitalar. Tal serviço envolve uma equipe multidisciplinar, com médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta (respiratória e motora), fonoaudiólogo, psicólogos, dentre outros, que prestarão os serviços

com a mesma qualidade daqueles realizados na internação hospitalar. Algumas vantagens deste modelo são:

- Favorecer uma recuperação mais rápida para o paciente que é tratado em casa, com a família, além da redução do risco de contrair infecção hospitalar e de sofrer complicações.
- O fato da família não precisar deslocar-se diariamente ao hospital e conseguir manter de forma mais regular sua rotina e tarefas.
- Permite ao hospital uma maior rotatividade de seus leitos, abrindo espaço para pacientes instáveis que precisam realmente de cuidados hospitalares, através de UTI's, cirurgias, etc.
- Econômica para os planos de saúde, já que os custos de uma internação domiciliar são muito menores que os da internação hospitalar.

A prestação deste serviço é regulada pela resolução normativa 428 de 07/11/2017 da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar que disponibilizou em seu portal na *internet* os documentos relativos à Consulta Pública nº 70, que propõe mudança nas regras do Fator de Qualidade (FQ). O Fator de Qualidade é aplicado ao índice de reajuste estabelecido pela ANS nos contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviço (hospitais, clínicas, profissionais de saúde, entre outros). Pela proposta da ANS, o Fator de Qualidade permanece com os percentuais de 105%, 100% ou 85% aplicados ao IPCA (Índice Nacional De Preços ao Consumidor Amplo). A aplicação, no entanto, exige que as partes cumpram critérios de qualidade pré-estabelecidos.

Para os prestadores que têm selo de Acreditação, esse reajuste é máximo (105%). Esse nível significativo, pode explicar os esforços das empresas na tentativa de implementar modelos de gestão que busquem a melhoria da qualidade.

Entretanto, mesmo atingindo os indicadores de qualidade, os níveis máximos de Acreditação não só a nível nacional (ONA), como internacional (JCI; Canadense; Niah; HIMSS) ou de Certificação (ISO 9000), na ponta, não documentamos a mesma percepção por parte dos clientes.

Com a finalidade de completar esses esforços o presente trabalho propõe a aplicação do questionário SERVQUAL com o objetivo de ajudar as organizações de saúde, em particular os serviços de *homecare* a avaliarem a satisfação do cliente, para orientar os esforços de

melhoria dos atributos fracos e direcionar de forma mais eficaz às ações necessárias para melhoria contínua destas instituições prestadoras de serviços.

1.2 Objetivos

Os objetivos, geral e específicos deste trabalho são descritos a seguir.

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é avaliar a satisfação dos Clientes e sua percepção da Qualidade, numa empresa prestadora de serviço de saúde, no segmento de *homecare*, através do emprego da Escala SERVQUAL. E com isso mensurar as lacunas existentes entre as expectativas e perspectivas dos clientes.

1.2.2 Objetivos Específicos

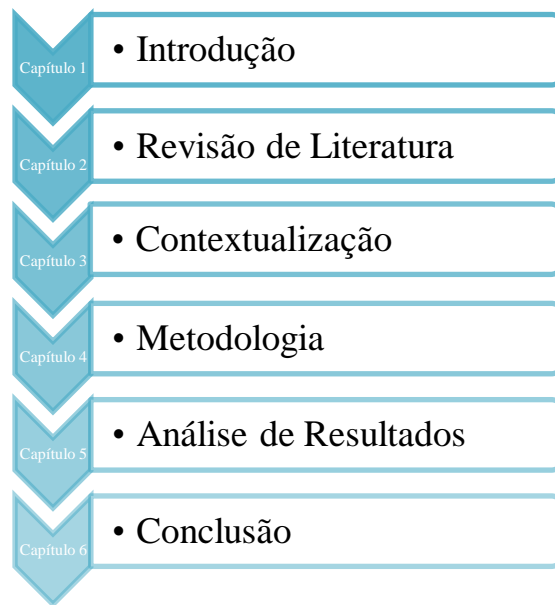
Para o alcance do objetivo geral aqui proposto faz-se necessário a realização dos seguintes objetivos específicos:

- Avaliar as ferramentas necessárias e apropriadas para mensurar a Qualidade no setor de saúde, em particular em serviços de *homecare*.
- Medir a diferença entre o serviço desejado e o serviço recebido através da Escala SERVQUAL segundo a percepção do cliente em serviços de *homecare*.
- Fazer um estudo de caso para consolidação do modelo SERVQUAL, dentro do contexto de empresas prestadoras de serviços de saúde, no âmbito do cuidado domiciliar, analisando os impactos positivos gerados por esta ferramenta para a satisfação dos clientes.

A aplicação da escala SERVQUAL permitirá identificar, de entre os fatores que influenciam a percepção do cliente, quais os que têm uma maior preponderância na avaliação de um serviço, tendo por objetivo compreender a relação que existe entre eles e a componente da satisfação.

Este trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, como se pode observar na Figura 1:

Figura 1: Resumo dos capítulos



Fonte: autoria própria.

No primeiro capítulo, é efetuada uma breve incursão sobre o tema do estudo, bem como os objetivos que se pretendem alcançar com o mesmo. Ao longo do segundo capítulo, apresenta-se a revisão da literatura, onde são abordados temas como a Qualidade, Qualidade em serviços e Qualidade em serviços de saúde, recorrendo ao modelo SERVQUAL, que servirá de ponte de ligação entre o quadro teórico e a componente prática deste trabalho. Os capítulos seguintes são dedicados à componente empírica, e, no último capítulo, apresentam-se as principais implicações desta dissertação, bem como as limitações e pistas de investigação futura identificadas no decorrer do trabalho e após a implementação da Escala de Likert.

CAPÍTULO 2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo contemplará os principais conceitos que nortearão a pesquisa dessa dissertação. De forma geral ao almejar à excelência e sustentabilidade, diante da concorrência acirrada, as empresas procuram a satisfação dos clientes que encontram-se a cada dia mais exigentes.

Fruto da globalização e do avanço tecnológico. Nos dias de hoje a informação é instantânea e não acontece pelo “boca a boca”, mas pelas redes sociais.

Os serviços são experiências que geram valor, mas, por terem particularidades como a intangibilidade e simultaneidade do consumo e da produção, sua avaliação depende de um resultado (Expectativa vs Experiência) que não só abrange o relacionamento empregue entre o cliente e a empresa, mas também toda a sua envolvente.

Dentre as principais temáticas que serão aqui abordadas, têm-se os aspectos gerais relacionados à Qualidade, aos Serviços, em particular os de Saúde e a aplicação da Escala SERVQUAL.

2.1 Qualidade

No tempo dos faraós, no Egito existiam dois tipos de trabalhos: uns realizavam algumas tarefas e outros fiscalizavam o que os primeiros tinham feito. Percebe-se o início pela busca da qualidade. A Lei do Direito de Talião (Código de Hammurabi, rei babilônico em 1700 a.C) também continha referências às características dos trabalhos e o castigo àqueles que não o realizavam a contento.

Qualidade é um conceito subjetivo, é o modo de ser, é a propriedade de qualificar, atribuir, distinguir, diferenciar e determinar a natureza dos mais diversos serviços, objetos, indivíduos etc. Do latim *qualitate*.

O conceito de qualidade pode ser definido como o conjunto de atributos de um produto ou serviço que atendem às necessidades do cliente. Inicialmente estava associado à conformidade

do produto com as suas especificações, mas posteriormente evoluiu para a geração de valor para o cliente.

A qualidade sempre foi considerada pelas organizações, no entanto, a gestão da qualidade teve maior ênfase a partir do século XX, quando o foco deixa de ser o produto e passa a ser o processo. O primeiro passo nesse sentido foi o controle estatístico do processo, desenvolvido por Shewhart (1939 como citado em António, Teixeira & Rosa, 2016). Para ele, a qualidade era definida pelo próprio consumidor.

Percebeu-se que atuando no processo era possível antecipar garantias de confiabilidade, uniformidade, conformidade do produto e, por fim, a satisfação do cliente. Com clientes cada vez mais exigentes, as empresas buscam os processos de gestão da qualidade não mais como uma vantagem competitiva, mas como uma necessidade para manterem-se no mercado. Qualidade está relacionada às percepções de cada indivíduo e diversos fatores como cultura, produto ou serviço prestado. Necessidades e expectativas influenciam diretamente nesta definição. Paladini (2004) menciona que dificilmente será encontrada uma definição com tanta propriedade e em poucas palavras quanto fizeram Juran and Godfrey (1998), ao conceituarem-na como *fitness for use* (adequação ao uso).

Para uns, representa a busca da satisfação do cliente. A simplicidade desse conceito esconde uma enorme revolução; a mudança de foco da atenção na produção para o consumidor. Para outros, além da satisfação do cliente, representa a busca pela excelência em todas as atividades referentes ao processo.

Atualmente a concorrência está acirrada em função do fluxo contínuo de informações que circulam pela *internet* e da rapidez das inovações tecnológicas. Esse contexto permitiu que novos rumos e estratégias fossem traçados para garantir o suprimento das necessidades dos clientes como resposta ao problema organizacional ocasionado pela expansão da concorrência.

Assim para fomentação de um diferencial estratégico, vários fatores foram desenvolvidos como forma de sobrevivência organizacional no mundo globalizado. São eles: competitividade, inovação, capacitação de funcionários e a qualidade.

Para a compreensão da definição de qualidade torna-se necessário estudar um conjunto de conceitos a partir dos principais nomes da temática: os gurus da qualidade.

Garvin (1992) propõe cinco principais abordagens para definir qualidade: a transcendente; a baseada no produto; a baseada no cliente; a baseada na produção e baseada no valor. Descreve ainda (1998) que uma das formas de se avaliar a qualidade é por meio de 8 dimensões:

- Desempenho: referindo-se às características básicas dos produtos;
- Características: se os adereços suplementam seu funcionamento;
- Confiabilidade: a probabilidade de falha;
- Conformidade: se o produto está de acordo com padrões pré-estabelecidos;
- Durabilidade: vida útil do produto;
- Atendimento: reflete a rapidez e profissionalismo do serviço prestado;
- Estética: uma das dimensões mais subjetivas, aparência;
- Qualidade percebida: é traduzida com a fidelidade do usuário.

No século XX, Frederick Taylor, deu ênfase à conformidade nos processos e produtos, onde existia uma separação entre planejamento e execução das atividades, fazendo-se a inspeção e reparação ou rejeição de itens defeituosos. Desta forma, dava-se a base de controle de qualidade.

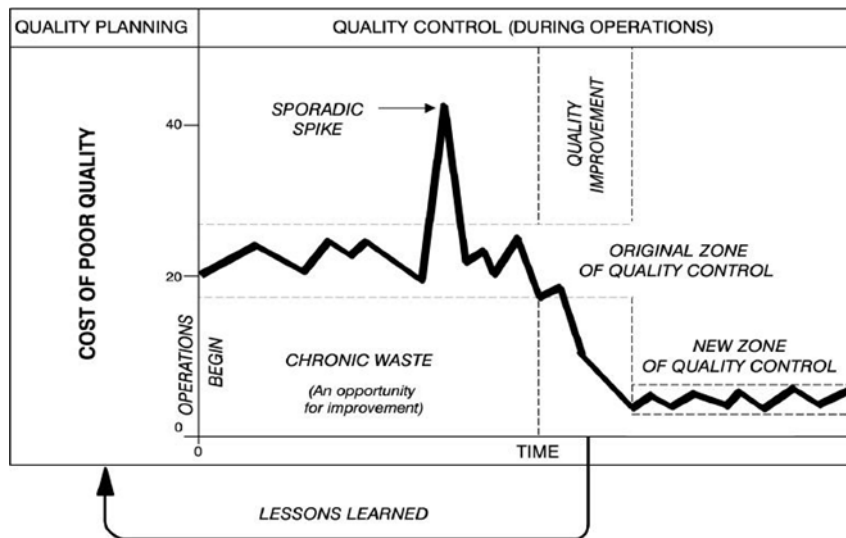
Esta abordagem foi radicalmente alterada quando Shewhart, estatístico norte-americano, reconheceu a variabilidade como inerente aos processos, utilizando técnicas estatísticas para controlá-los. O novo processo integra o *feedback* para o processo evolutivo e substituiu a linearidade pela circularidade com o ciclo: Inspeção; Especificação e Produção (Shewhart, 1939 como citado em António *et al.*, 2016).

Pela ótica de Juran and Godfrey (1998), além dos três elementos de um programa de qualidade: planejamento, controle e melhoria contínua, devemos quantificar o custo do desperdício, ou seja, o custo da má qualidade. Sua metodologia é louvada não só pelo foco na melhoria contínua, mas também pelo reconhecimento dos consumidores internos e externos na gestão de qualidade. É conhecido como “o pai da gestão moderna da qualidade.”

Conforme ilustrado na Figura 2, o gráfico mostra que os três processos da "Trilogia de Juran" estão inter-relacionados. A primeira zona é o planejamento de qualidade, em que os planejadores devem encontrar os requisitos de clientes por informações precisas. A próxima zona é onde os planejadores de controle de qualidade projetam um processo adequado para produzir o produto de acordo com as necessidades dos clientes. Na terceira zona os planejadores transformam os planos para as forças operacionais: “Você executa o processo,

produz o produto e atende às necessidades dos clientes ”.

Figura 2: Trilogia de Juran



Fonte: Juran and Godfrey (1998).

Juran and Godfrey (1998) viam a Gestão da Qualidade Total como “adequação ao uso” ou adequação ao cliente. Por outro lado, ele acreditava assim como Deming que o cliente tem que definir qualidade. Se a empresa quer ser bem-sucedida, deve usar indicadores adequados para determinar as necessidades dos clientes com precisão. E concentrar-se em “adequação ao uso” ajudando assim a evitar a sub ou sobre especificação de produtos e serviços. Portanto, ele acreditava que a qualidade tem uma relação direta com a satisfação dos clientes com os produtos ou serviços.

Feigenbaun (1991) desenvolve o conceito de Gestão Total da Qualidade que envolve o ambiente interno e os envolventes. Para ele a qualidade é uma estratégia de gestão e deve estar voltada para o cliente. Contribuiu substancialmente ao categorizar e gerir os custos da qualidade em separado: custos de prevenção; de avaliação; de falhas internas e externas. O controle de qualidade total, conhecido hoje como gerenciamento de qualidade total (TQM – *Total Quality Management*) equivale-se virtualmente ao nome de Feigenbaum, e ele foi um dos fundamentos da gestão moderna e tem sido amplamente aceito como uma filosofia operacional viável em todos os setores econômicos.

Ele investigou procedimentos de qualidade e entendeu que a abordagem à qualidade é a melhor maneira de resolver problemas de qualidade. Ele defendeu a inspeção para controle de qualidade após o fato, em vez de construí-lo em um estágio inicial do processo. Feigenbaum

adotou uma abordagem de qualidade que era diferente da de Deming e Juran (Omachonu & Ross, 2004). A sua abordagem tem três etapas para melhorar a qualidade: “liderança de qualidade, tecnologia de qualidade e comprometimento organizacional.” Feigenbaum, A. (1991).

Foi o primeiro guru a introduzir o conceito de “Controle Total de Qualidade”, ou “*Total Quality Control*” (TQC). Esta filosofia foi adaptada pelos japoneses gerando o conceito de “*Company Wide Quality Control*” (CWQC) mais tarde (Forbes & Ahmed, 2010). Sua filosofia é sobre o “sistema de prevenção com ênfase no design de produto, serviço e processo e simplificando a fonte de actividades”. O mecanismo deste sistema é baseado na documentação e auditoria para se certificar de que os produtos estão em conformidade com padrões.”(por exemplo, ISO 9000).

John Oakland (1995) reconhece que a Gestão Total da Qualidade é uma forma de aumentar a eficácia, eficiência e com isso a competitividade de uma organização.

Para Ishikawa (1993), a qualidade se manifesta de diversas formas, não apenas na qualidade do produto, mas também na do serviço, da informação; do processo; das pessoas; do sistema; da empresa; dos objetivos. Advoga ainda que se o preço for demasiado elevado, pode nunca atingir a satisfação do cliente.

É mais conhecido por introduzir e desenvolver muitas ferramentas de qualidade, como diagramas de causa e efeito (chamados espinha de peixe ou Diagramas de Ishikawa) e a utilização de as "sete ferramentas CQ", ele acredita que 95% dos problemas de qualidade podem ser resolvidos por ferramentas de teses. Assim, Ishikawa (1993) tem sido associado ao desenvolvimento e defesa da educação universal nas sete ferramentas de controle de qualidade, quais sejam:

- Diagrama de Pareto;
- Diagrama de causa e efeito (Diagrama de Ishikawa);
- Quadro de estratificação;
- Diagrama de Dispersão;
- Planilha de verificação;
- Histograma
- Gráfico de controle

O seu diagrama de peixe foi uma ferramenta eficaz para reduzir e prevenir os erros na organização. O efeito ou incidente sendo investigado é mostrado no final de uma seta horizontal. Causas potenciais são mostradas como setas marcadas que entram na seta da causa principal. Um exemplo de diagrama de espinha de peixe é apresentado na Figura 3.

Figura 3: Diagrama de Causa e Efeito ou Diagrama de Peixe



Fonte: adaptado de Kerzner (2017).

Segundo Crosby (1979), a qualidade define-se por princípios dirigidos à alta gestão, como criação de equipes para o aprimoramento da qualidade, avaliação dos resultados e dos custos estruturados na mudança da cultura organizacional. É conhecido por seu conceito de “Zero Defeitos”, acreditava que uma gestão eficiente da qualidade deveria ser “baseada na prevenção”, e alegou que os erros podem ser cometidos por causa da falta do conhecimento e da atenção dos funcionários da organização. Falava ainda em acertar da primeira vez e do custo da não conformidade.

Deming prega que a qualidade está ligada às técnicas estatísticas, conferindo rigor à análise utilizada na solução dos problemas apresentados, mediante o gráfico de controle. Segundo ele, 85% dos problemas de qualidade são da responsabilidade da gestão. Acredita numa abordagem quantitativa e sistemática para identificação e solução dos problemas, com o denominado ciclo PDCA (*plan; do; check; act*) (Deming, 1986).

O ciclo PDCA (Figura 4), foi introduzido no Japão após a guerra, idealizado por Shewhart (1939 como citado em António *et al.*, 2016), na década de 20, e divulgado por Deming, em 1950, quem efetivamente o aplicou. O ciclo de Deming tem por princípio tornar mais claros e

ágeis os processos envolvidos na execução da gestão, como, por exemplo, na gestão da qualidade, dividindo-a em quatro principais passos:

- **Plan** (planejamento): estabelecer missão, visão, objetivos (metas), procedimentos e processos (metodologias) necessárias para atingir os resultados.
- **Do** (execução): realizar, executar as atividades.
- **Check** (verificação): monitorar e avaliar periodicamente os resultados, avaliar processos e resultados, confrontando-os com o planejado, objetivos, especificações e estado desejado, consolidando as informações, eventualmente confeccionando relatórios.
- **Act** (ação): Agir de acordo com o avaliado e de acordo com os relatórios, eventualmente determinar e confeccionar novos planos de ação, de forma a melhorar a qualidade, eficiência e eficácia, aprimorando a execução e corrigindo eventuais falhas.

Figura 4: Ciclo de Deming



Fonte: adaptado de Deming (1990).

Atualmente, o “ciclo de Deming” tem sido aplicado extensivamente no desenvolvimento e implantação de políticas de qualidade, como Six Sigma Model-DMAIC que adicionou o rigor ao ciclo PDCA com suas fases: 1) Definir, 2) Medir, 3) Analisar, 4) Melhorar e 5) Controlar. Desta forma, o modelo Seis Sigma constrói uma abordagem para medir e analisar processos operacionais para definir a modalidade e causa da ocorrência de defeitos e, em seguida,

procurar melhorar essas causas raiz. O Seis Sigma ainda é um dos métodos bem sucedidos de melhoria da qualidade, especialmente em serviços financeiros e de saúde (Valencia S., 2006).

O ciclo PDCA tem sido usado na implementação de projetos e o Seis Sigma, Radar (modelo EFQM *Excellence*) no encerramento destes, para avaliação do desempenho organizacional. Além disso, o sistema de gestão de padrões como ISO 9001 podem melhorar a eficiência dos processos das organizações através da metodologia *Plan-Do-Check-Act* (PDCA) para alcançar com sucesso a satisfação dos objetivos do cliente e da qualidade.

Acreditando que a mudança começa pela gestão, Deming lançou seus quatorze princípios básicos da qualidade (Deming, 1993):

- Criar na organização um propósito constante direccionado à melhoria de produtos e serviços;
- Criar um clima organizacional onde falhas e negativismo não são aceitos, mas são encarados como oportunidades de melhoria;
- Terminar a dependência da inspecção em massa para garantir conformidade; desenhar produtos e processos com qualidade intrínseca;
- Terminar a prática de decidir contractos com base no preço mais baixo, em alternativa minimizar o custo total no ciclo de vida do produto. Desenvolver relações de longo prazo com fornecedores do processo;
- Procurar a melhoria contínua do processo produtivo, melhorando a qualidade e reduzindo os custos;
- Instituir um programa de treino e formação;
- Substituir a supervisão pela liderança em todos os níveis hierárquicos;
- Eliminar razões para receios; criar um clima de confiança.
- Eliminar barreiras entre áreas funcionais na empresa.
- Eliminar slogans que exortam aumentos de produtividade; os verdadeiros problemas residem na estrutura do sistema e não podem ser resolvidos somente pelos trabalhadores.
- Terminar com a prática de gestão por objectivos e quotas de trabalho; a liderança efectiva substitui estas práticas;
- Eliminar barreiras que impedem os colaboradores de sentirem orgulho no seu trabalho;
- Implementar técnicas de controlo estatístico da qualidade ao nível dos operadores;

- Envolver todos os colaboradores no processo de transformação da organização.

A metodologia *Lean* originou-se na fábrica da Toyota. Segundo ela, devemos reduzir o desperdício para melhorar o desempenho dos negócios, melhorando assim o fluxo de trabalho. Considerou que todas as atividades que não produzem valor são um desperdício e devem ser removidas. Desta forma o núcleo do *Lean* é a eliminação do valor não agregado ou desperdício, variabilidade e inflexibilidade. Suas cinco fases são: 1) Ordenar, 2) Endireitar, 3) Esfregar, 4) Sistematizar e 5) Sustentar (Radnor, 2010).

Atualmente, o *Lean* se torna um dos métodos de melhoria significativos que se expandiram para indústrias de manufatura e serviços (Buavaraporn, 2010).

A qualidade é um fator crucial na determinação da satisfação humana, enquanto a gestão da qualidade se aplicada de forma coerente denota um funcionamento eficaz e inovador em uma organização (Rajab *et al.*, 2012).

Qualidade é um valor conhecido por todos, porém definido diferentemente pelos distintos grupos da sociedade. A percepção dos indivíduos é diferente em relação aos mesmos produtos ou serviços, em função de suas necessidades, experiências e expectativas. Mesmo com toda a dificuldade de conceituar qualidade é fundamental buscá-la constantemente como uma maneira de se obter vantagem competitiva e diferencial estratégico.

Existem técnicas ou instrumentos que possuem a finalidade de definir, mensurar e propor soluções para os problemas que afetam as atividades, processos, produtos e serviços de uma organização. São as ferramentas da qualidade, já descritas anteriormente, que através da análise estatística destes dados buscam constantemente os melhores resultados.

2.2 Qualidade em Serviços

A importância crescente da qualidade em serviços exige que as organizações disputem espaço no mercado, sendo a satisfação do cliente o principal fator de vantagem competitiva entre as mesmas. Gerenciar a relação que ocorre entre clientes e prestadores de serviços é uma tarefa desafiadora, pois clientes exigentes pedem atendimento dedicado e personalizado por colaboradores preparados.

O setor de serviços está passando por uma mudança quase revolucionária, afetando drasticamente o modo como as pessoas vivem e trabalham, uma vez que, continuamente, novos serviços são lançados para satisfazer as necessidades existentes e também, aquelas que sequer são percebidas pelos consumidores (Lovelock, 2006).

Neste cenário, compreender o comportamento do consumidor se torna chave para conseguir mantê-los, em especial no setor de serviços que é, essencialmente, intangível (Kotler, 2000).

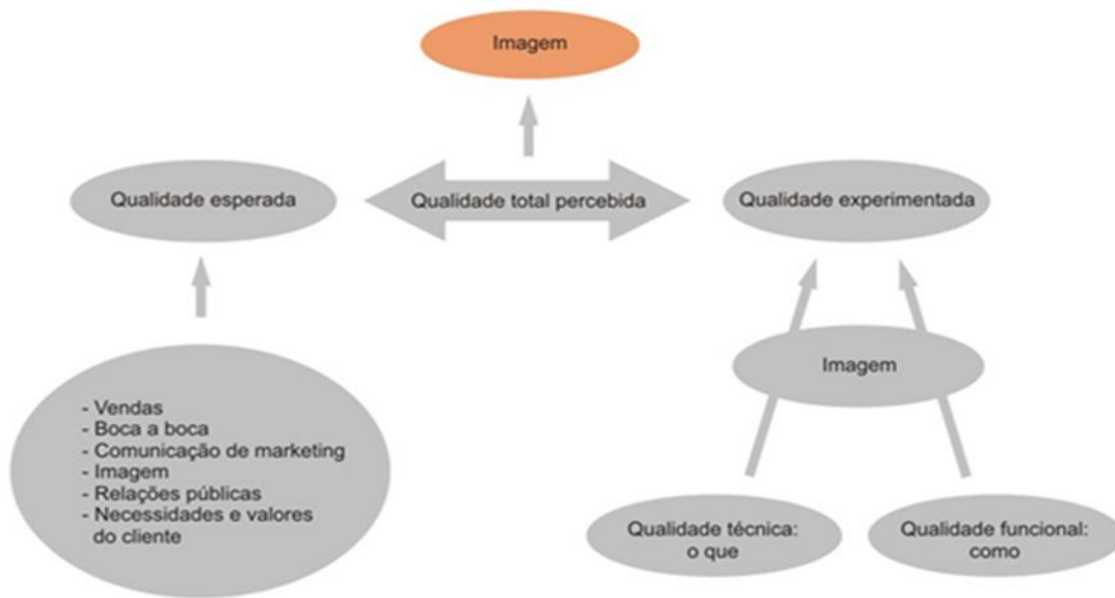
Durante o processo de prestação de serviços e percepção do cliente, ocorre um “encontro de serviço” que é composto de vários momentos de interação que impactam na percepção total da qualidade de um serviço. Além disso, são chamados de “momentos da verdade”, simbolizando as interações entre comprador e fornecedor (Casas & Luzzi, 2006).

A qualidade em serviços é frequentemente conceituada como a comparação entre o serviço que é entregue ao cliente e as expectativas do mesmo (Najafi, Saati & Tavana, 2015). Para demonstrar a importância que a qualidade em serviços tem, Khoshraftar and Rozan (2014) citam que estudos na área têm mostrado que serviços de qualidade atraem novos potenciais clientes, mantêm os clientes existentes, reduzem custos, melhoram a imagem da organização, aumentam o lucro, a eficiência e a satisfação do cliente, além de expandir a participação da empresa no mercado.

Segundo Grönroos (1996), esses momentos podem ser considerados, também, “momentos de oportunidade”, em que o prestador de serviço pode demonstrar ao cliente a qualidade de seus serviços. Segundo Grönroos (2004), uma boa qualidade percebida é obtida quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente, ou seja, a qualidade esperada. Assim, o processo de avaliação da qualidade do serviço feita pelo cliente, está em função de suas expectativas (qualidade esperada) e de sua percepção do serviço (qualidade experimentada).

Grönroos (2000) propõe um modelo de qualidade nos serviços (Figura 5):

Figura 5: Modelo de Qualidade nos Serviços



Fonte: adaptado de Grönroos (2000).

Nesse modelo, a “Qualidade Esperada”- “O QUE” – refere-se a uma dimensão técnica, sendo aquilo que os clientes recebem em suas interações com a empresa de forma objetiva, sendo denominada qualidade técnica do resultado. No que diz respeito à “Qualidade Funcional” - “COMO”- são as interações entre o prestador de serviços e o cliente, este último influenciado pela maneira como a qualidade técnica, as consequências ou o resultado final de um processo lhe são transferidos. Grönroos (2000). Ainda, conforme o autor (2004), a “IMAGEM” possui um caráter multifacetado, ou seja, é uma interpretação subjetiva da realidade, é formada a partir de percepções que podem ou não refletir a realidade.

Quanto à qualidade final dos serviços, ela representa para o autor - uma construção multidimensional da avaliação que o cliente projeta, tanto sobre a qualidade objetiva do serviço (a dimensão técnica, o que efetivamente é), como sobre a sua qualidade subjetiva (a dimensão funcional, como o serviço é transferido ao cliente); sendo ambas filtradas pela imagem que o cliente tem do próprio serviço, e sobre a imagem corporativa que configura não só a qualidade esperada, mas também a que condiciona a percepção do serviço recebido.

Albrecht (1995) define esse momento como sendo "a hora da verdade", em que o cliente entra em contato com determinado aspecto da organização e, então, obtém a chamada impressão de qualidade.

De acordo com Casas (1999), serviços são atos, ações, desempenho. Esta definição abrange todas as categorias de serviços, agregados ou não a um bem. Para melhor caracterizar os serviços e entender a complexidade que os cerca, precisamos primeiramente distinguir produtos e serviços.

A qualidade de serviços deixa de ser um diferencial competitivo e passa a ser uma das formas de sobrevivências das organizações. Diante disto, Campos (1992, p. 52) mostra que a qualidade dos serviços é medida pela satisfação do consumidor, nos seus aspectos de qualidade intrínseca, custo e atendimento.

Em geral, os conhecimentos sobre qualidade em serviços confundem-se com o de qualidade total. A diferença básica está no fato de que a qualidade de serviço teve origem em alguns países europeus, como Suécia e Inglaterra, carecendo ainda de um conjunto coerente de métodos próprios de trabalho, enquanto que a qualidade total provém do Japão e possui metodologia definida.

Através de Literatura, constata-se que não existe um conceito sobre qualidade de serviço aceito universalmente, porém pode-se constatar que há uma unanimidade de pensamentos no que se refere à satisfação do cliente. Como ressalva Corwin apud Garvin (1992.p.49) “qualidade consiste na capacidade de satisfazer desejos” .

Ou como diz Lobos (1993, p. 38) “Qualidade é a condição de perfeição ou se preferir, do exato atendimento das expectativas do cliente. Pode ser atribuída a qualquer coisa ou ação, integrante ou resultante de um processo. O autor conceitua a qualidade em serviços, como sendo uma abordagem organizacional abrangente que a faz tal como percebida pelos direitos, a principal força propulsora dos negócios da organização”.

Gianesi (1996) avalia que qualidade dos serviços deve levar em consideração tanto as expectativas como as necessidades de seus clientes como também apresente um sistema de operação de serviço apto, em curto e longo prazo, para atender as expectativas dos clientes, pois é baseado nelas que o serviço será avaliado.

A pesquisa sobre qualidade de serviço salienta a Qualidade Percebida (QP), baseada no cliente. Tanto para serviços quanto para bens, a QP envolve uma avaliação, subjetivamente realizada pelo cliente, de excelência ou superioridade de uma oferta (Garvin, 1984). Portanto, é imprescindível discernir entre atributos de uma oferta por si e as percepções dos clientes

sobre eles, porque os clientes podem diferir, e muito, em suas percepções e estas afetam o comportamento, não os atributos em si (Howard, 1977).

Um interessante modelo genérico da Qualidade Percebida de um serviço é o de Grönroos (1990). Nele, a QP resulta da comparação entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada pelo cliente. A QP é boa quando a qualidade experimentada ultrapassa (ou ao menos alcança) as expectativas do cliente (qualidade esperada).

Porém, devido à proliferação do uso da *internet* e das mídias sociais e o comportamento diferenciado das novas gerações, como os *Millennials*, muito mais engajados e com valores mais abrangentes em relação às marcas que consomem, os consumidores passaram a ficar mais exigentes em relação aos serviços que consomem.

Ferreira (1997) afirma que produtos são objetos tangíveis que existem no tempo e no espaço; serviços são exclusivamente ações ou processos, e existem somente no tempo. Para Meirelles (2006), é fundamental que se entenda que os serviços são diferentes de um bem ou de um produto, serviço é trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho; por esta razão elementar, não se produz um serviço, e sim se presta um serviço.

A intangibilidade da maioria dos serviços implica maior dificuldade na avaliação da qualidade dos resultados, em especial em alguns serviços da área da saúde. Além disso, a complexidade dos procedimentos pode tornar o problema mais difícil. Mesmo diante dos resultados, o cliente não tem como avaliar sua qualidade em virtude da especificação.

Outro aspecto importante é a variabilidade. Por exemplo: podemos padronizar a produção de canetas, mas dificilmente conseguiremos padronizar a forma como os profissionais de saúde escrevem em suas evoluções.

A ideia de perecibilidade está associada à perda de recursos pela não prestação de serviços programados, o que requer um ajuste entre oferta e demanda, evitando-se ociosidade de profissionais, instalações ou equipamentos. A produção e consumo simultâneo dos serviços implica na manutenção de qualidade durante todo o processo.

O fator mais difícil de controlar na prestação de serviços é o fator humano, representado pelo conjunto de atitudes (empatia, atenção, comunicabilidade, presteza, flexibilidade, humanidade), posturas (humildade; boa vontade; pró-atividade; cordialidade), capazes de gerar um bom relacionamento, confiança e segurança.

A incapacidade de estocagem de serviços decorrentes da simultaneidade traz implicações na percepção da qualidade. Além disso, todas as características dos serviços têm aspectos subjetivos, o que faz com que os usuários avaliem de forma diferente o serviço que está sendo prestado. E sua imaterialidade provoca uma maior sensação de insegurança.

Para reduzir a ansiedade e criar confiabilidade, devemos trazer tangibilidade para os serviços. O que ocorre através de certificações e no caso dos serviços de saúde, de acreditações. Além da propaganda por parte dos usuários que gostaram do serviço prestado.

Existe uma grande diferença entre serviços, bens ou produtos. Serviço é trabalho em processo, e não o resultado da ação do trabalho, por esta razão elementar, não se produz um serviço, e sim se presta um serviço (Meirelles, 2006). Essas diferenças podem ser analisadas no Quadro 1:

Quadro 1: Diferenças entre produtos e serviços

Produtos	Serviços
Tangíveis.	Intangíveis e perecíveis; consumidos no processo de sua produção.
Podem ser produzidos para estoque, tendo disponibilidade na prateleira.	Disponibilidade alcançada mantendo-se o sistema produtivo aberto para prestar o serviço.
Contato mínimo com o consumidor final.	Grande contato com os clientes ou consumidores.
Demanda variável numa base semanal, mensal ou sazonal.	Demanda normalmente variável em base horária, diária ou semanal.
Mercados atendidos pelo sistema produtivo são regionais, nacionais ou internacionais.	Mercados atendidos pelo sistema produtivo são normalmente locais.
Grandes unidades que se beneficiam de economias de escala.	Unidades relativamente pequenas para servir a mercados locais.
Localização do sistema está relacionada aos mercados regional, nacional e internacional.	Localização depende da localização dos usuários, clientes ou consumidores locais.

Fonte: adaptado de Buffa and Sarin, (1987 como citado em Ferreira, 1997, p. 27).

De acordo com Lovelock e Wirtz (2006:187), “ processos são a arquitetura de serviços e descrevem o método e a sequência em que sistemas operacionais de serviços se interligam para criar as experiências e os resultados que os clientes valorizarão”.

Um grande desafio é garantir que todas as pessoas envolvidas na prestação do serviço estejam comprometidas com a filosofia da eficácia (fazer a coisa certa), eficiência (fazer da maneira

certa) e efetividade (ao menor tempo e custo) da organização. Para tal, treinamento sistemático e educação continuada, acompanhados de supervisão, tornam as pessoas mais eficientes e produtivas, de maneira que possam assumir a autoridade que lhes é delegada (Mills, 1996).

Segundo Porter (1980 como citado em Giansesi & Corrêa, 1994), existem cinco forças que influenciam o posicionamento estratégico das empresas, as principais forças competitivas, como: as ameaças de novas empresas, ameaças de serviços substitutos, concorrência com as empresas já existentes, o poder de barganha dos fornecedores e dos consumidores.

Portando, a crescente competitividade exige das organizações de serviços, uma estratégia clara e bem definida, onde a empresa consiga detectar seus pontos fortes e fracos, suas oportunidades e ameaças, proporcionando assim, o sucesso da organização.

Para Giansesi e Corrêa (1994), os serviços necessitam de uma estratégia de operações formada por objetivos os quais são definidos pelos seguintes critérios: consistência, competência, prontidão da empresa e de seus funcionários em prestar o serviço, atendimento/atmosfera, flexibilidade, confiança/credibilidade, acesso, tangíveis e custo.

Conquistando esses objetivos, as empresas conseguem gerar valor para o cliente, assegurando sua fatia no mercado e retendo o cliente. O serviço ao cliente é um processo que tem como objetivo proporcionar benefícios significativos de valor agregado (Bowersox & Closs, 2001).

Uma definição mais adequada para processo no caso de serviços é uma sequência de atividades que se inicia na percepção das necessidades de um cliente e acaba na superação de suas expectativas através da transformação dos insumos recebidos em produtos ou serviços definidos (Milet, 1997).

2.3 Qualidade em serviços de saúde

Qualidade do serviço de saúde e satisfação do paciente são conceitos fundamentais que necessitam de atenção nas operações de serviços de saúde. A qualidade do serviço é considerada muito benéfica porque leva a uma maior satisfação do paciente, lucratividade, redução de custos, lealdade e retenção do paciente.

No final da década de 90, o movimento pela qualidade introduzido nos setores industrial e de serviços expandiu-se para o setor de saúde (Rooney & Ostenberg, 1999). Berwick (1995)

afirma que é possível adaptar os conceitos de qualidade utilizados na indústria, para o setor saúde, até com certa facilidade, dando exemplos concretos da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade.

Estudos iniciados por vários pesquisadores continuaram a gerar diferentes perspectivas e ideologias sobre quais os fatores que levam à satisfação do paciente, e como a qualidade do serviço pode ser medido. Dois acadêmicos proeminentes Grönroos (1984) e Lam (1997) definiram o termo “qualidade de serviço a ser mensurada como qualidade técnica e funcional, onde a qualidade técnica no setor de saúde é definida principalmente com base na acurácia técnica dos diagnósticos médicos e procedimentos, ou a conformidade com as especificações do profissional, enquanto a qualidade funcional refere-se à maneira com a qual o serviço de saúde é entregue aos pacientes.”

Implica que o serviço de qualidade pode ser definido com base no processo e método em que o serviço está sendo entregue para o consumidor.

A qualidade do serviço maximiza a possibilidade de os clientes retornarem aos prestadores de cuidados de saúde para mais serviços, e é um fator chave em termos de geração de lucro para as organizações, bem como um fator influente que fornece vantagem competitiva (Brown & Swartz, 1989).

Qualidade do serviço no setor de saúde, conforme definido pelos pesquisadores como Kalaja, Myshketa and Scalera (2016), é “a diferença entre a expectativa do cliente e a percepção como está sendo recebida pelo cliente, porque a percepção do consumidor é o principal indicador de qualidade na atenção à saúde serviço”.

É preciso mapear eventuais particularidades da qualidade de serviços de cuidado à saúde (Ford, Bach & Fottler, 1997). Pairam certas dúvidas sobre a transferibilidade, isto é, se os princípios e técnicas genéricos de qualidade de serviços podem ser aproveitados nas atividades de cuidado à saúde. As organizações de saúde têm muito em comum com as de vários outros ramos de serviços, mas três singularidades as marcam (Garvin, 1990): falta de clareza na conexão entre entradas e saídas, muito em função do tempo necessário para os resultados manifestarem-se; os pacientes podem ter dificuldade em avaliar aspectos técnicos; os grandes hospitais operam com duas linhas de autoridade distintas, o pessoal administrativo e os médicos, em vez da pirâmide de autoridade única predominante nas demais organizações.

No setor de saúde, a percepção e satisfação dos pacientes é muito importante porque a satisfação é a principal medida de qualidade do serviço, e também um paciente satisfeito trará um *feedback* positivo sobre a qualidade do serviço em questão e esta informação é geralmente mais influente ao convencer pacientes em potencial. O popular “boca a boca”. Isto torna-se especialmente evidente num serviço de *homecare*.

O pioneiro na avaliação da qualidade dos serviços de saúde foi Donabedian que em 1982, apresentou os pilares para essa avaliação utilizando os seguintes aspectos:

- Eficácia- Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente;
- Efetividade- É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtidas. Melhoria na saúde, alcançável nas condições usuais da prática cotidiana;
- Eficiência- É a medida do custo com a qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;
- Otimização- O ponto ótimo levando-se em consideração o resultado e o custo;
- Aceitabilidade- o nível em que a ação atende às expectativas e aos valores dos consumidores;
- Legitimidade- Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais;
- Equidade- Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população.

Os pacientes quase sempre conhecem bem pouco os detalhes do domínio técnico da qualidade, como ressalta Donabedian (1985), embora apreciem sua importância, especialmente em situações que tragam clara ameaça à saúde e ao bem-estar. Em geral, o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar. Mas esse autor evidencia como o paciente usualmente não tem dificuldade em avaliar a qualidade interpessoal, configurada nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais. De mais a mais, o gabarito do domínio interpessoal pode influenciar os resultados do domínio técnico para o paciente e vice-versa. Um domínio não é eficaz sem o outro (Donabedian, 1985).

Germmel *et al.* (2002) também enfatiza a importância da ótica dos usuários quanto aos serviços prestados. Estes autores propuseram que a qualidade em saúde é formada por duas

dimensões: a qualidade técnica, que corresponde a exatidão do diagnóstico e de procedimentos; e a qualidade funcional, que se refere à maneira com que os serviços são entregues aos pacientes.

Ao enfrentar a qualidade dos serviços prestados no *Homecare*, um questionário de instrução SERVQUAL (Parasuraman *et al.*, 1988), foi usado na coleção de dados primários. Esta instrução SERVQUAL foi criada pela primeira vez por Zeithaml, Parasuraman and Berry (1990), com o objetivo de medir a qualidade do serviço nas organizações.

Com o objetivo de contribuir na melhoria dos processos, produtos e serviços, a implementação de normas de qualidade, torna-se essencial para desenvolver a gestão da qualidade. Algumas organizações acreditam que essas normas sejam o primeiro degrau na busca pela excelência, outras as implementam por pressão dos *stakeholders* ou com instrumento de *marketing*, traduzindo confiança.

Existem alguns modelos de excelência como: ISO; Prêmio Deming; Prêmio Baldrige; EFQM que alicerçam a gestão de qualidade nos seguintes princípios: foco nos *stakeholders*; envolvimento de todos, incluindo os gestores; educação continuada para promover a melhoria contínua.

Uma outra forma de avaliar a qualidade de um serviço, muito usada nas empresas de saúde no Brasil, é o *Net Promoter Score*. Este ficou difundido após o lançamento de um artigo da Harvard Business Review em 2003, intitulado "O número que você precisa para crescer." A mensagem do artigo é que a medição da satisfação e retenção de clientes não ajuda as empresas a alcançar crescimento; em vez disso, o boca-a-boca é a métrica vinculada ao crescimento.

No entanto, a métrica boca a boca deve ser projetada de uma maneira específica para calcular um Escore Promotor da Rede (Reichheld, 2003; WOMMA, 2005 como citado em Keiningham, Aksoy, Cooil, Andreassen & Williams, 2008). Primeiro, os entrevistados são solicitados para avaliar a probabilidade de recomendar uma empresa. Segundo, a proporção de entrevistados classificando a empresa em 6 ou menos (chamados "detratores") é subtraído da proporção de entrevistados classificam a empresa em 9 ou 10 (chamados "promotores"); essa diferença representa a pontuação do Promotor líquido da empresa.

2.4 Escala SERVQUAL

Grandes esforços em pesquisa sobre serviço foram dedicados ao desenvolvimento de instrumentos confiáveis capazes de mensurar a qualidade. No entanto, a medição da qualidade de serviço permanece muitas vezes sendo um desafio, pelo fato de estar ligada diretamente com a satisfação do cliente e, essa ser formada por vários fatores intangíveis, o que dificulta sua medida (Babakus & Boller, 1992; Ngo & Nguyen, 2016; J. Fitzsimmons & M. Fitzsimmons, 2000).

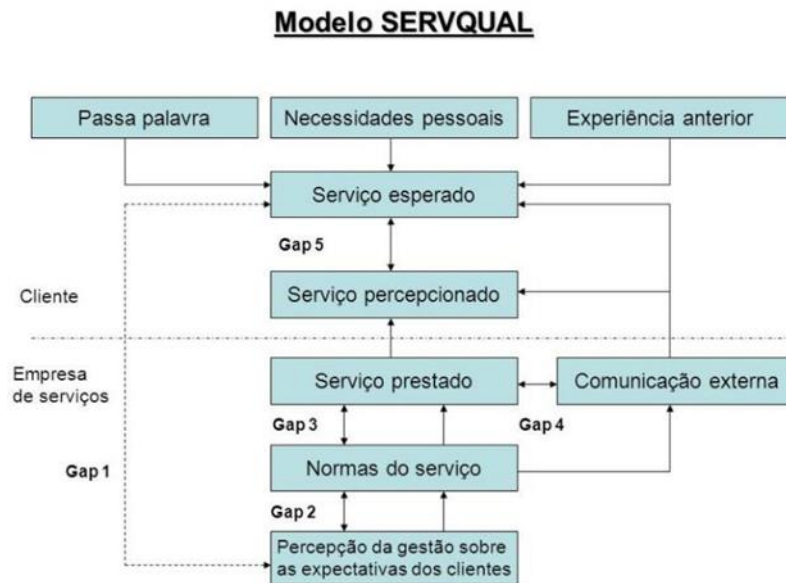
Escala SERVQUAL é o instrumento de mensuração da Qualidade Percebida criado por Parasuraman *et al.* (1988). Essa escala resultou da continuidade que deram à sua pesquisa acerca dos cinco tipos de lacunas ou *gaps* que afetam o nível de qualidade em serviços entregue ao consumidor final.

Os mesmos autores (1990) apresentam o seguinte modelo:

$$\text{Gap 5} = \text{Gap 1} + \text{Gap 2} + \text{Gap 3} + \text{Gap 4} \quad (1)$$

O primeiro *gap* trata da discrepância entre as expectativas do consumidor e a percepção das expectativas por parte dos gerentes. O segundo *gap* refere-se à lacuna existente entre a percepção dos gerentes sobre as expectativas dos usuários e os padrões de qualidade da empresa. O *gap* 3 origina-se na lacuna entre as normas de qualidade e o serviço efetivamente entregue ao usuário e o *gap* 4 é a diferença entre o serviço prometido e o serviço prestado. Enquanto o quarto *gap* trata da comunicação com o mercado ao projetar o nível de qualidade do serviço a ser prestado, o quinto *gap* corresponde à qualidade percebida do serviço; ou seja, a discrepância entre o serviço prestado e o serviço recebido (Figura 6).

Figura 6: Modelo *Gap*



Fonte: adaptado de Parasuraman *et al.* (1985).

Posteriormente, é desenvolvida a escala SERVQUAL, tendo por base o *Gap 5*, que avalia a diferença entre expectativas e percepções do cliente. Como essa expectativa não é algo dinâmico, as organizações devem estar sempre buscando alcançar resultados positivos, como uma busca contínua pela excelência e sustentabilidade.

A aplicação do questionário fundamenta-se em uma escala do tipo Likert (Likert, 1932), 5 pontos com extremos, mínimo e máximo, designados por “Discordo Totalmente” e “Concordo totalmente”, respectivamente.

Figura 7: Escala do tipo Likert



Fonte: adaptado de Likert (1932).

Quando o resultado for positivo, significa que o serviço superou a expectativa, gerando satisfação no cliente, caso contrário o serviço não está ao nível das expectativas do cliente (Johnston & Clark, 2002). Segundo Miranda; Pinto e Amaral (2002), a qualidade de um

serviço depende do tamanho da lacuna entre o serviço que o cliente espera receber e o serviço que ele realmente recebe (Veiga & Farias, 2005).

Essa escala é composta originalmente de 22 questões que representam cinco dimensões dos principais aspectos e valores com base nos quais os usuários avaliam o produto ou serviço que recebem. Em ordem decrescente de importância para os clientes, são estas: confiabilidade, responsabilidade, segurança, empatia e aspectos tangíveis.

- Tangíveis (4): Este critério tem quatro questões que concentra-se principalmente na análise da parte física da organização (mat/med, equipamentos) e sua aparência.
- Confiabilidade (5): Este critério, por outro lado, contém cinco questões que procuram identificar a capacidade do pessoal para conduzir serviços de forma adequada e confiável sem supervisão.
- Responsividade (4): Este critério também tem quatro questões que se concentra na prontidão com que a equipe organizacional, responde às necessidades dos clientes e sua vontade de ajudá-los através de processos.
- Segurança (4): Este critério tem quatro questões que identificam quanto conhecimento devem os trabalhadores de uma organização possuírem e a habilidade que incute aos clientes, confiança.
- Empatia (5): Neste critério, existem cinco questões concentrando-se na quantidade de atenção pessoal sendo fornecida aos clientes pela equipe organizacional.

Cada dimensão é constituída por diversos fatores, os quais são responsáveis pela identificação dos atributos mais importantes do serviço (Gosling, Souza & Araújo, 2006). Apesar das dimensões serem em função do cliente, elas variam de serviço para serviço e de cliente para cliente. Deste modo, torna-se importante esclarecer quais as dimensões mais indicadas para uma empresa, pois as dimensões de qualidade utilizadas têm a sua própria especificidade (Parasuraman *et al.*, 1985). No entanto, quanto mais dimensões as empresas atingirem maior é a probabilidade de estas superarem as expectativas dos clientes e de os deixarem satisfeitos com o serviço final (Quadro 2).

Quadro 2: O instrumento SERVQUAL

Dimensões	Fatores
Tangibilidade	01) Equipamento é moderno 02) O material/ medicamentos chegam bem embalados, lacrados 03) Funcionários com estão bem vestidos 04) Materiais/Equipamentos compatíveis com serviço de saúde
Confiabilidade	05) A empresa atende os cronogramas prometidos 06) A empresa tem interesse na resolução de problemas dos pacientes 07) Os profissionais são bem qualificados 08) A empresa presta o serviço na data combinada 09) A empresa mantém registro de tudo que envolve o serviço
Responsividade	10) Os profissionais informam com precisão a data da visita 11) Os colaboradores atendem rapidamente as demandas do paciente 12) Os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar 13) Os colaboradores estão ocupados demais para atender
Segurança	14) Funcionários são confiáveis 15) Os clientes sentem-se seguros ao conversar com os colaboradores 16) Os colaboradores são educados/ gentis 17) Funcionários sabem responder às perguntas dos clientes
Empatia	18) A empresa dá uma atenção individualizada 19) Os profissionais dão atenção individualizada 20) Os colaboradores compreendem as necessidades do paciente 21) Os colaboradores carregam consigo os interesses do paciente 22) Horário de funcionamento é conveniente

Fonte: adaptado de Parasuraman *et al.* (1994, p. 207).

O principal resultado das entrevistas foi um conjunto de falhas (*Gaps*) entre a percepção da qualidade dos serviços prestados nos setores questionados e as expectativas associadas à prestação destes serviços (Mello, Pereira & Silva, 2002; Neto, Sauer, Borges & Belizário, 2006). Essas lacunas constituem os obstáculos para se alcançar um nível de excelência na prestação de serviços (Brito & Vergueiro, 2011).

Se a qualidade do serviço oferecido for inferior à qualidade desejada, ocorre uma divergência, ou seja, uma lacuna entre o desempenho do fornecedor do serviço e as expectativas dos clientes (Lovelock & Wright, 2003). Dessa forma, a avaliação da qualidade Q_j de um serviço, por um cliente, é feita por meio da diferença entre a sua expectativa E_j e o seu julgamento do serviço D_j . A equação esboça este conceito de avaliação (Miguel, Satolo, Ferreira & Calarge, 2011).

$$Q_j = D_j - E_j \quad (2)$$

Em que:

D_j = Valores de medida de percepção de desempenho para característica j do serviço;

E_j = Valores de medida da expectativa de desempenho para característica j do serviço;

Q_j = Avaliação da qualidade do serviço em relação à característica j do serviço.

Inicialmente foram utilizadas 10 dimensões na escala SERVQUAL como determinantes da qualidade do serviço, porém depois de alguns refinamentos apenas cinco dimensões permaneceram (Paquette, Cordeau & Laporte, 2009): tangibilidade, credibilidade, presteza, segurança, empatia e aspectos tangíveis (Ladhari, 2008; Lovelock & Wright, 2003).

O método SERVQUAL oferece um modelo básico por meio de seu formato de expectativas e percepções que inclui afirmativas para cada uma das cinco dimensões da qualidade de serviços. Esse modelo pode ser adaptado quando necessário e complementado para atender às características e necessidades de pesquisas específicas de uma organização em particular (Loures, 2009).

CAPÍTULO 3 - CONTEXTUALIZAÇÃO

O sistema de saúde atual é dimidiado, o modelo hospitalar e o modelo domiciliar, esse último uma forma antiga de atenção à saúde que foi substituída pela internação hospitalar e que “vem ressurgindo como uma forma de personalização e humanização da prática assistencial à saúde” (Lacerda, Oliniski e Giacomozzi, 2004, p.111).

A Assistência Domiciliar (do inglês, *Homecare*) é uma especialização da área da saúde que permite o paciente, receber cuidados hospitalares no conforto de sua residência. Conta com uma estrutura de monitoramento em tempo integral com equipes multidisciplinares treinadas para acompanhamento clínico, suporte básico de emergência e atendimento de intercorrências.

O atendimento a pessoas doentes em seus domicílios aparece desde a era cristã como forma de caridade e solidariedade. Quando surgem os primeiros hospitais, de caráter laico e comunitário, a partir do século XVIII, a assistência domiciliar começa a relacionar-se com o atendimento hospitalar. E, em meados do século XIX surgem às primeiras organizações de assistência a doentes em suas residências, as atividades destas organizações eram referentes a procedimentos de enfermagem (Albieiro, 2003; Mendes, 2001).

Segundo Tavolari, Fernandes e Medina (2000), a atenção domiciliar à saúde existe nos Estados Unidos desde o final do século XIX, quando um grupo de enfermeiras foi constituído para prestar serviços em domicílios. Falcão (1999) comenta que em 1947, era pós-guerra, esse atendimento passou a ser frequente pelas enfermeiras que atendiam e cuidavam dos doentes em casa, mas foi na década de 60 que esta forma de atenção à saúde se tornou mais utilizada e levada a sério como forma de “desospitalização precoce”, visto que havia deficiência de leitos nos hospitais, filas para internação e muitos idosos precisando de cuidados médicos.

Em outros países o interesse por esse tipo de atendimento surgiu com a necessidade de diminuição dos custos e a mudança do perfil da condição de saúde da população (Feuerwerker; Merhy, 2008).

Os principais objetivos da atenção domiciliar são: redução de custos, redução de infecções cruzadas, aumento da oferta de leitos hospitalares; humanização da assistência, conforto para pacientes e familiares. O foco é manter o paciente certo, no lugar certo na hora certa. Evitando assim, internações desnecessárias.

O setor de cuidados em casa desempenha um papel vital nos sistemas integrados de saúde, permitindo a passagem dos cuidados agudos, aos cuidados de longo prazo e atendendo as necessidades de cuidados às condições crônicas decorrentes do envelhecimento populacional.

Martins e Lacerda (2008) se referem ao atendimento domiciliar como o fornecimento de assistência a usuários de qualquer idade em seus domicílios buscando a manutenção ou restauração da saúde. Para Tavolari *et al.* (2000), o atendimento domiciliar é tratado como ações menos complexas, podendo ser preventivas ou terapêuticas, sendo realizadas por equipes multiprofissionais ou não.

Segundo Tavolari *et al.* (2000), a internação domiciliar é um cuidado mais intensivo e realizado multiprofissionalmente no domicílio, sendo comparado pelos autores a um hospital em casa, devido ao acompanhamento e a realização de ações de saúde que necessitam ser realizadas, de acordo com o grau de complexidade alta ou moderadas dos usuários, que por vezes necessitam de uma parte da estrutura hospitalar em seus domicílios.

Os prestadores de serviços de *homecare* utilizam uma tabela de classificação quanto às necessidades dos pacientes que é a tabela de avaliação para programação do atendimento domiciliar (NEAD) (Savassi, 2016). Esta tabela é dividida em 3 grupos:

- Grupo 1- elegibilidade: questiona se o paciente possui cuidador em tempo integral; se o domicílio é livre de riscos e se existe algum impedimento para o paciente deslocar-se à rede credenciada. Caso a resposta a cada um destes questionamentos seja negativa, consideramos a não elegibilidade.
- Grupo 2- critérios para indicação imediata de internação domiciliar: alimentação parenteral, ventilação mecânica, aspiração de traqueostomia, uso de medicação parenteral ou de hipodermóclise.

- Grupo 3- critérios para indicação do planejamento de atenção domiciliar: estado nutricional; alimentação ou medicação enteral; escore de Katz (avaliação de dependência de terceiros para os cuidados de vida diários); internações no último ano; aspirações de vias aéreas superiores; existência de lesões cutâneas; vias das medicações; exercícios ventilatórios; uso de oxigenioterapia e nível de consciência.

De acordo com a pontuação aferida neste questionário, classifica-se o paciente quanto ao nível de atenção necessário.

Nesse sentido, o estabelecimento de um sistema de avaliação e certificação da qualidade dos serviços se torna necessário. Um dos sistemas mais conhecidos é o da Acreditação que busca a implementação de um modelo voltado para a melhoria contínua dos serviços de saúde, proporcionando segurança ao paciente e minimizando riscos.

A busca pela qualidade nos serviços de saúde é alcançada através de indicadores. No caso particular dos serviços de atenção domiciliar são índices de: infecção domiciliar; reinternação hospitalar; úlcera de pressão; quedas; não conformidades; eventos adversos na administração de medicamentos; satisfação do cliente.

Dentre todos os indicadores a serem alcançados, o mais difícil nos serviços de saúde é o grau de satisfação do cliente. Em especial na atenção domiciliar, onde o serviço é prestado na casa do usuário, o que dificulta muito essa avaliação.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA

Diante da dificuldade de mensurar a qualidade dos serviços de saúde, torna-se necessário avaliar a expectativa e percepção do cliente. No que tange à saúde, os clientes em sua maioria, não conseguem avaliar o serviço diante do aspecto técnico. Mas conseguem fazê-lo diante do aspecto interpessoal.

Para mensurar a percepção da qualidade pelos clientes, gerando vantagem competitiva e buscando-se atingir a excelência, existem diversos modelos. Para este estudo o modelo escolhido foi o SERVQUAL.

O presente trabalho pode ser caracterizado como descritivo, exploratório, do tipo *Survey* ou levantamento, tendo como principal ferramenta a aplicação do questionário SERVQUAL e a análise qualitativa e quantitativa dos resultados encontrados.

A análise dos resultados obtidos, na sua forma qualitativa e quantitativa, é fundamental para que as conclusões a serem extraídas dos dados disponíveis sejam as mais realistas possíveis quanto ao cenário avaliado para que desta forma, as ações a serem tomadas com base nestas conclusões possam contribuir com a melhoria do sistema de interesse.

O questionário foi aplicado num serviço de atenção domiciliar, o Homecare Grupo Geriatrics, localizado na cidade do Rio de Janeiro, no bairro Barra da Tijuca, com o intuito de percebermos as lacunas existentes entre o serviço dispensado e a expectativa do usuário.

De acordo com Marconi e Lakatos (1999), os dados devem ser expressos como medidas numéricas, medida tomada por esse estudo. Por outro lado, esta pesquisa também faz uso da abordagem qualitativa, pois tratou os dados de forma a evidenciar nas descrições uma melhor visão e compreensão do contexto do problema, explicando os resultados obtidos na pesquisa quantitativa (Malhotra, 2012).

O principal instrumento de coleta de dados para pesquisas quantitativas é o questionário e este precisa ser interessante, objetivo, preciso, fácil de preencher, sem dar muito trabalho, a fim de

motivar os entrevistados a responder de forma sincera e completa ao mesmo (Schiffman, 2000).

Os questionários utilizados na pesquisa são do tipo Likert, em escala de 5 pontos. A Escala SERVQUAL, possui o seu grau de concordância com relação às afirmações contidas no questionário.

No questionário, as dimensões do SERVQUAL são cinco (Tangíveis, Confiabilidade, Responsividade, Garantia e Empatia) e são categorizadas em vinte e duas perguntas a para medir a qualidade de cuidados de saúde no Homecare Geriatrics, percebidas pelas famílias. A classificação foi baseada na escala Likert de 5 pontos, na qual os pacientes deveriam classificar esses itens de acordo com o seu significado individual, desde discordo totalmente até concordo totalmente. Foram realizadas 22 perguntas nos questionários e a média ponderada líquida foi calculada. A escala variou de discordo totalmente a concordo totalmente. Os dados foram imputados numa planilha Excel e ferramentas estatísticas simples foram empregadas para análise.

A aplicação do questionário fundamenta-se em uma escala do tipo Likert (Likert, 1932), sendo necessário que a pessoa indique seu grau de concordância ou discordância nas respostas. É formado por duas partes, cada uma contendo 22 questões onde a primeira corresponde às expectativas dos clientes e a segunda às percepções (Neto *et al.*, 2006; Carrasco, 2012). Saleh and Ryan (1991) propõem uma escala SERVQUAL modificada que apresenta cinco pontos na escala Likert sobre as cinco dimensões. As notas obtidas foram imputadas numa tabela Excel. Posteriormente, a pesquisa foi validada pelo coeficiente Alfa de Cronbach.

4.1 Alfa de Cronbach

Confiabilidade é uma avaliação do grau de consistência entre os itens de um constructo. Para alcançar a confiabilidade do instrumento analisado adota-se, geralmente, duas metodologias, uma é o teste/reteste - que avalia as respostas dos indivíduos em dois momentos distintos - a outra é o conhecido Alfa de Cronbach. Seu objetivo é avaliar se os itens ou indicadores da escala medem o mesmo constructo (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009), pode ser calculado pela seguinte fórmula (Corrar, Paulo & Dias, 2011):

$$\alpha = \frac{k \left(\frac{COV}{var} \right)}{1 + (k - 1) \left(\frac{COV}{var} \right)} \quad (3)$$

onde: k= número de variáveis consideradas

cov = média das covariâncias

var = média das variâncias

A medida de confiabilidade do Alfa de Cronbach assume que os itens medidos na escala tipo Likert medem um mesmo constructo e que estão altamente correlacionados.

O valor assumido pelo alfa está entre 0 e 1. Não há um consenso do quão bom é um valor para o alfa. Hair *et al.* (2009) sinalizam que um valor mínimo de 0,70 deve ser considerado como de boa confiabilidade. O autor também assegura que aumentando o número de itens da escala, aumenta o valor da confiabilidade, dessa forma faz-se necessária exigências com a escala (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente alfa de Cronbach

Confiabilidade	Muito Baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito Alta
Valor de α	$\alpha \leq 0,30$	$0,30 < \alpha \leq 0,60$	$0,60 < \alpha \leq 0,75$	$0,75 < \alpha \leq 0,90$	$\alpha > 0,90$

Fonte: Freitas e Rodrigues (2005).

Observando o trabalho de Streiner (2003a), o autor aponta um certo cuidado do uso desse indicador, valor de alfa acima de 0,90 causa redundância entre os itens. O valor de alfa pode sofrer influências com base nas correlações negativas inerentes entre os itens da escala, pois o mesmo é considerado como a média dessas correlações (Streiner, 2003b).

Conforme Nichols (1999 como citado em Hora, Monteiro & Arica, 2010), os valores negativos do alfa devem ser considerados como escalas sem confiança (Tabela 2).

Tabela 2: Coeficiente Alfa de Cronbach para os critérios expectativa, perspectiva e ambos, segundo cada dimensão analisada

Dimensão	Expectativa	Perspectiva	Todos os itens
Tangibilidade	0,708	0,644	0,741
Confiabilidade	0,701	0,783	0,779
Capacidade de resposta	0,391	0,812	0,748
Garantia	0,748	0,802	0,827
Empatia	0,781	0,836	0,816

Fonte: autoria própria.

Desse modo, percebe-se que em todos os critérios e dimensões o Alfa de Cronbach comporta-se de maneira como esperado pela literatura, cujo valores estão acima do mínimo de 0,7, exceto a dimensão Capacidade de Resposta no quesito Expectativa, ver Tabela 1.

4.2 Teste de Friedman

O teste não paramétrico de Friedman é aplicado para comparar mensurações dos indivíduos avaliados mais de uma vez no estudo, ou mais precisamente, quando dispomos de dados pareados (Conover, 1971). Esse pareamento pode ser através de aplicações k tratamentos ou indicadores ao mesmo indivíduo ou analisar um determinado fenômeno por k períodos (tempo 0, tempo 1 e tempo 2, por exemplo). O teste de Friedman tem a vantagem de transformar os dados em postos, assim não é necessário nenhum tipo de suposição para a sua aplicação, além disso pode ser considerado com uma extensão do teste de Conover (1971). Nesse sentido, o interesse principal do teste pode ser resumido em duas hipóteses:

H_0 : Não existe diferença entre os indivíduos nas k realizações, portanto todos possuem a mesma distribuição de dados.

H_1 : Existe pelo menos uma realização que produz distribuições distintas das demais.

Após obtido resultado significativo no teste de Friedman faz-se a etapa da comparação múltipla dos testes. Com esse objetivo, aplica-se o Teste de Dunn, para examinar as diferenças entre os grupos (Dinno, 2015). Esse teste avalia se ou não as duas condições em teste produzem o mesmo resultado.

Adota-se 5% como nível de significância, isto é, p-valor menor que 0,05 sinaliza resultado significativo a favor da hipótese H_1 , se não, se o p-valor for maior que 0,05 conclui-se que não houve efeito do teste estatístico, logo há indícios a favor de H_0 .

4.3 Informações sobre a organização

Em 1986 surge o Grupo Geriatrics, primeira empresa privada de *homecare* do Brasil, fundada pelo Dr. Ricardo Rodrigues e pela Dra. Marenízia B. S. Rodrigues, com uma visão de que a atenção domiciliar é, acima de tudo, um tipo de assistência que une a eficácia do tratamento interdisciplinar ao conforto do domicílio em benefício dos pacientes assistidos e de seus familiares.

Em sua primeira década de funcionamento, o Grupo Geriatrics prestava serviço exclusivamente para o Grupo Amil e tinha sede na Rua Barão de Mesquita, 793, Andaraí – Rio de Janeiro – RJ, onde hoje se encontra o CEAD – Centro de Excelência em Atenção Domiciliar, sua unidade de treinamento e seleção.

Hoje, sua sede localiza-se na Barra da Tijuca, na Rua José de Figueiredo, 320, Rio de Janeiro. A missão da empresa é “ Levar Vida aos Dias”. Seus valores são: compromisso com o resultado; competência técnica; espírito de equipe; proatividade; humanização e ética nas realizações.

4.4 População e Amostra

Quando desejamos colher informações sobre um ou mais aspectos de um grupo grande ou numeroso, verifica-se, muitas vezes, ser praticamente impossível fazer um levantamento do todo. Assim, algumas vezes se faz necessário o emprego de apenas uma parte deste grupo, isto é, de uma amostra, Marconi (1985).

Quanto à amostragem, Gil (2002) afirma que nos levantamentos sociais, podem-se assumir formas diversas, em função do tipo da população, da sua extensão e das condições materiais para realização da pesquisa. Nesse sentido, a amostra é não probabilística acidental, pois os elementos da população são referentes às famílias ou cuidadores responsáveis presentes e predispostas a responderem no momento do contato telefônico, durante os meses em que foi realizada a pesquisa.

A pesquisa foi realizada com os familiares e/ ou cuidadores responsáveis pelos pacientes de internação domiciliar com técnico de enfermagem durante doze ou vinte e quatro horas. “A pesquisa busca identificar, descrever e analisar as questões pesquisadas na perspectiva dos indivíduos que vivenciam determinadas situações ou experiências”. Bertucci (2008, p. 60). Assim, a amostra foi constituída por 107 clientes de um universo de 117 clientes atendidos no sistema de *homecare* por 12h ou 24h. O questionário foi aplicado no período de julho a agosto de 2019, nas famílias em que os paciente encontravam-se em atendimento, através de contato telefônico. Alguns não quiseram responder em outros casos os familiares responsáveis não encontravam-se em casa no momento da realização da entrevista.

Este tipo de pesquisa generaliza através dos dados obtidos junto a uma amostra da população-alvo as características e necessidades do segmento. Como geralmente não é possível fazer o censo, seleciona-se uma parte da população para executar a pesquisa, sendo que a escolha e definição do tipo de amostragem é uma das principais fases do processo de pesquisa (Mattar, 2000).

Para avaliação da adequabilidade do questionário, após sua elaboração foi realizado um pré-teste para verificar se havia a necessidade da realização de ajustes no mesmo, com o objetivo de verificar a adequação do vocabulário empregado, o número e a ordem das perguntas formuladas, para identificar e corrigir possíveis falhas ou dificuldades na compreensão das questões.

Apenas após essa avaliação a aplicação do questionário para geração dos dados de interesse foi realizada.

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DE RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados encontrados nesta pesquisa através da análise e interpretação dos dados obtidos a partir da aplicação do questionário elaborado e da entrevista realizada com as famílias/ cuidadores responsáveis pelos pacientes que encontravam-se no modelo de internação domiciliar com técnicos de enfermagem por 12 ou 24h, no Homecare Grupo Geriatrics.

A análise dos resultados foi feita partindo dos atributos relacionados à qualidade do serviço, sempre com o objetivo de encontrar quais deles eram responsáveis pela qualidade no atendimento e satisfação do cliente. Posteriormente, foi realizada uma análise procurando classificar quais dimensões foram mais bem avaliadas pelos clientes e quais precisavam ser focadas para melhorar a satisfação.

5.1 Resultados por Perfil Demográfico

Segundo Giansi & Corrêa (1994), os fatores demográficos, psicográficos, psicológicos, culturais e sociais são fatores que influenciam o comportamento do usuário quanto à escolha e o uso de um determinado tipo de serviço. A investigação desses fatores é essencial para a compreensão do comportamento do usuário.

Baseado nisto, este tópico avalia os clientes que responderam ao questionário nos seguintes aspectos: sexo, faixa etária e grau de instrução, características que definem o perfil dos clientes que utilizam os serviços de *homecare*.

Os fatores demográficos, psicográficos, psicológicos, culturais e sociais são fatores que influenciam o comportamento do usuário quanto à escolha e o uso de um determinado tipo de serviço. A investigação desses fatores é essencial para a compreensão do comportamento do usuário (Giansi & Corrêa, 1994).

Baseado nisto, este tópico avalia os clientes do Homecare Grupo Geriatrics que responderam ao questionário nos seguintes aspectos: sexo, faixa etária e escolaridade, características que definem o seu perfil.

A Tabela 3 mostra a distribuição dos respondentes em relação ao sexo, faixa etária e escolaridade.

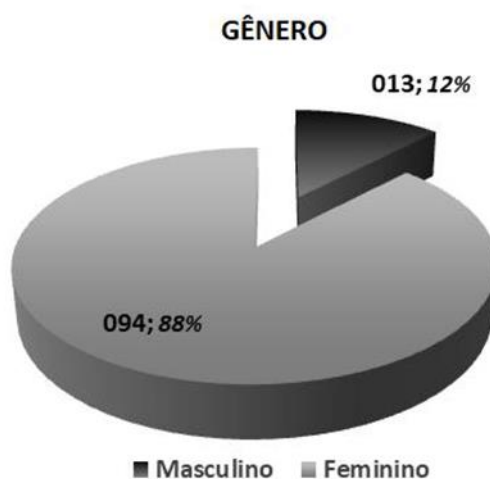
Tabela 3: Análise demográfica

Características		Contagem	%
Gênero	Masculino	013	12,1
	Feminino	094	87,9
Escolaridade	Fundamental	010	9,3
	Média	037	34,6
	Superior	060	56,1
Faixa Etária	20 - 39	008	7,5
	40 - 59	046	43,0
	≥ 60	053	49,5

Fonte: autoria própria.

Verifica-se que destes, 87,9% são do sexo feminino enquanto 12,1% do sexo masculino. Percebeu-se que mães e filhas estão mais à frente no que se refere aos cuidados de seus entes. Podendo estas serem mais exigentes em relação à qualidade esperada e percebida (Figura 8).

Figura 8: Distribuição por gênero



Fonte: autoria própria.

Podemos perceber que na distribuição das dimensões em relação ao gênero, o sexo feminino apresenta uma maior expectativa em todas as dimensões em relação ao sexo masculino, com exceção da capacidade de resposta. Para as mulheres a percepção de qualidade no serviço

prestado foi maior nas dimensões: tangibilidade, capacidade de resposta e garantia. Esta percepção foi menor que o sexo masculino na dimensão confiança e igual na empatia. Como observa-se na Tabela 4:

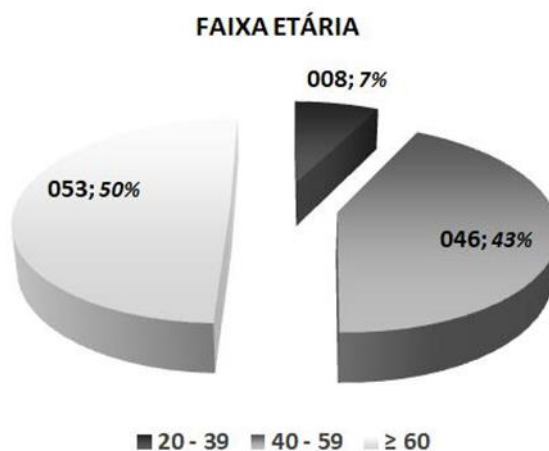
Tabela 4: Dimensões x Gênero

Dimensão	Gênero	Expectativa	Perspectiva
Tangibilidade	Masculino	4,77	4,38
	Feminino	4,78	4,39
Confiança	Masculino	4,75	4,28
	Feminino	4,79	4,21
Capacidade de Resposta	Masculino	3,87	3,54
	Feminino	3,86	3,58
Garantia	Masculino	4,73	4,56
	Feminino	4,82	4,58
Empatia	Masculino	4,77	4,35
	Feminino	4,78	4,35

Fonte: autoria própria.

Em relação à faixa etária, de acordo com as informações obtidas junto aos entrevistados, observa-se que 7,5% destes têm entre 20 e 39 anos; 43,0% estão inseridos no grupo entre 40 e 59 anos; 49,5% nos acima de 60 anos (Figura 9).

Figura 9: Distribuição por faixa etária



Fonte: autoria própria.

Observamos na Tabela 5, que os extremos etários são mais exigentes em relação às expectativas. Estas foram mais elevadas na faixa etária de 20 a 39 anos nas dimensões confiança, capacidade de resposta e empatia. Já os clientes acima de 60 anos tiveram expectativas maiores na garantia e na tangibilidade. Esta faixa etária também alcançou as maiores perspectivas.

Tabela 5: Dimensão x Faixa Etária

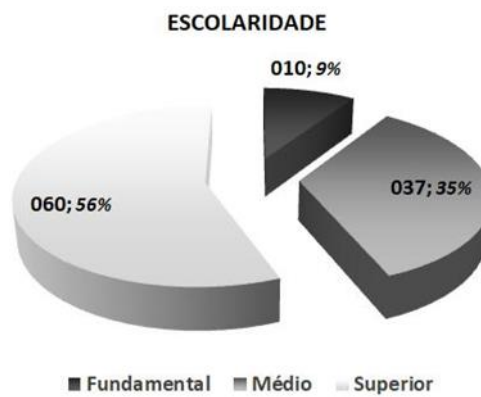
Dimensão	Faixa Etária	Expectativa	Perspectiva
Tangibilidade	20 - 39	4,78	4,38
	40 - 59	4,74	4,38
	≥ 60	4,81	4,40
Confiança	20 - 39	4,83	4,08
	40 - 59	4,75	4,19
	≥ 60	4,81	4,26
Capacidade de Resposta	20 - 39	3,94	3,38
	40 - 59	3,85	3,58
	≥ 60	3,85	3,60
Garantia	20 - 39	4,81	4,41
	40 - 59	4,73	4,56
	≥ 60	4,87	4,61
Empatia	20 - 39	4,85	4,25
	40 - 59	4,74	4,34
	≥ 60	4,81	4,37

Fonte: autoria própria.

A faixa etária pode ser um fator que influencie no comportamento do usuário na escolha de qual critério da qualidade é mais importante, usuários mais novos podem ser menos exigentes em relação a algum atributo do que os usuários mais experientes.

Quanto ao nível de escolaridade dos respondentes, observou-se que 9,3% tinham o ensino fundamental; 34,6% tinham cursado o ensino médio e 49,1% haviam feito faculdade, pós-graduação.

Figura 10: Distribuição por escolaridade



Fonte: autoria própria.

Percebemos que o nível médio é o mais exigente em relação às expectativas em todas as dimensões com exceção da dimensão confiança, onde quase se iguala ao nível superior. No que tange à perspectiva, o comportamento é diferente. Sendo esta maior no nível médio nas dimensões tangibilidade, confiança e capacidade de resposta. Para os clientes que estudaram até o nível fundamental as perspectivas referentes à garantia e empatia foram maiores (Tabela 6).

Tabela 6: Dimensões x Escolaridade

Dimensão	Escolaridade	Expectativa	Perspectiva
Tangibilidade	Fundamental	4,65	4,35
	Média	4,80	4,51
	Superior	4,79	4,36
Confiança	Fundamental	4,72	4,38
	Média	4,79	4,40
	Superior	4,80	4,10

Fonte: autoria própria.

Tabela 6: Dimensões x Escolaridade (Continuação)

Dimensão	Escolaridade	Expectativa	Perspectiva
Capacidade de Resposta	Fundamental	3,80	3,58
	Média	3,91	3,70
	Superior	3,84	3,49
Garantia	Fundamental	4,75	4,75
	Média	4,84	4,72
	Superior	4,79	4,46
Empatia	Fundamental	4,74	4,56
	Média	4,83	4,51
	Superior	4,75	4,23

Fonte: autoria própria.

5.2 Resultados por Dimensão

O questionário da Escala SERVQUAL, teve como finalidade avaliar a prioridade atribuída a cada dimensão da qualidade (Tangibilidade, Confiabilidade, Responsividade, Segurança e Empatia) através do ponto de vista de cada respondente quanto ao serviço prestado. Atribuiu-se notas as cinco dimensões, conforme a importância das mesmas, para os clientes do Homecare Grupo Geriatrics. A Tabela 7 apresenta essas informações.

Tabela 7: Importância das dimensões

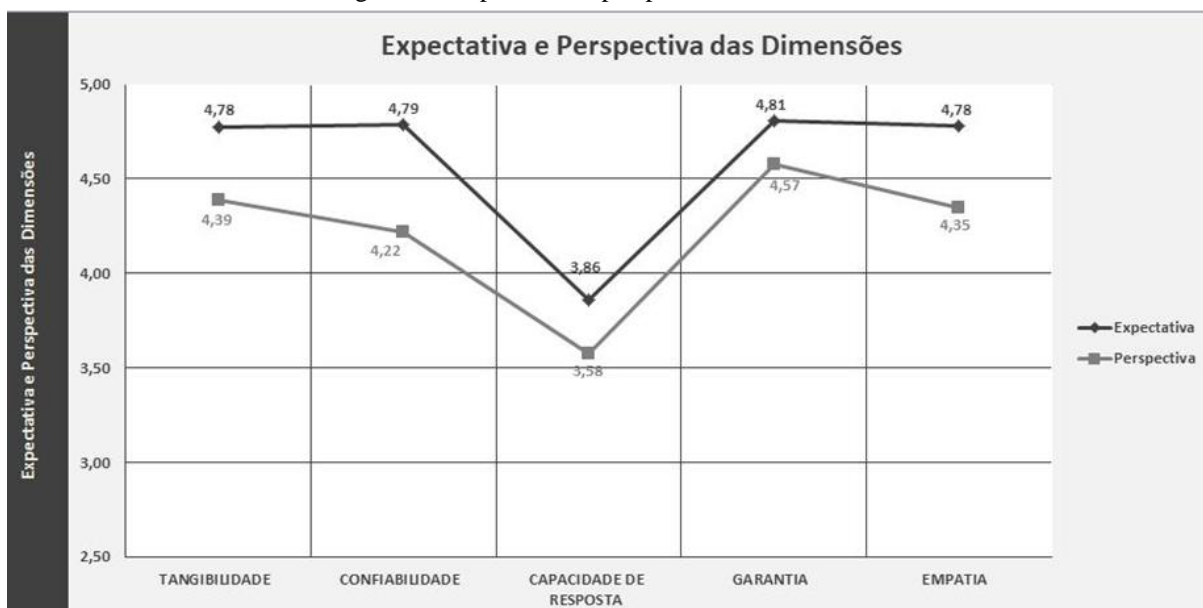
Dimensão	Atributos	Nota
Tangibilidade	Equipamentos, materiais, medicamentos adequados	4,39
Confiança	Capacidade de prestar o serviço no tempo prometido de forma confiável	4,22
Responsividade	Boa vontade para ajudar, rápido retorno ao cliente	3,58
Segurança	Competência técnica, transmissão de segurança	4,57
Empatia	Atenção, cordialidade no atendimento	4,35

Fonte: autoria própria.

Observa-se que a dimensão mais importante para os entrevistados foi a Segurança. O que já é esperado ao avaliar-se a qualidade em um serviço de saúde. As outras dimensões são muito importantes, mas sem Segurança a percepção de qualidade não é a mesma.

Podemos verificar no gráfico abaixo a discrepância existente entre a expectativa e perspectiva das dimensões. As médias referentes às perspectivas da capacidade de resposta foram as mais baixas, já as referentes à segurança, garantia foram as mais elevadas. Visto isso, torna-se necessário a gerência da empresa focalize sua prioridade em melhorar a velocidade de resposta.

Figura 11: Expectativa e perspectiva das dimensões



Fonte: autoria própria.

Analisando-se o afastamento entre os pontos na Figura 11, percebe-se que a diferença mais significativa entre a expectativa e perspectiva esteve nas dimensões: Confiabilidade e Empatia.

Isso significa que está havendo uma discrepância maior entre o que o cliente desejaria receber como serviço, de acordo com o que ele valoriza, e o que ele efetivamente recebeu. Nota-se que, no desempenho, as dimensões Confiabilidade (4,22) e Capacidade de resposta (3,58) obtiveram notas menores ou iguais a média geral de avaliação (4,22).

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo. Os

dados serão dispostos em forma de tabela, onde serão contabilizadas a média, desvio-padrão e o respectivo intervalo de confiabilidade de 95% para a média (Tabela 8).

Tabela 8: Resumo descritivo dos itens pertencentes à dimensão tangibilidade

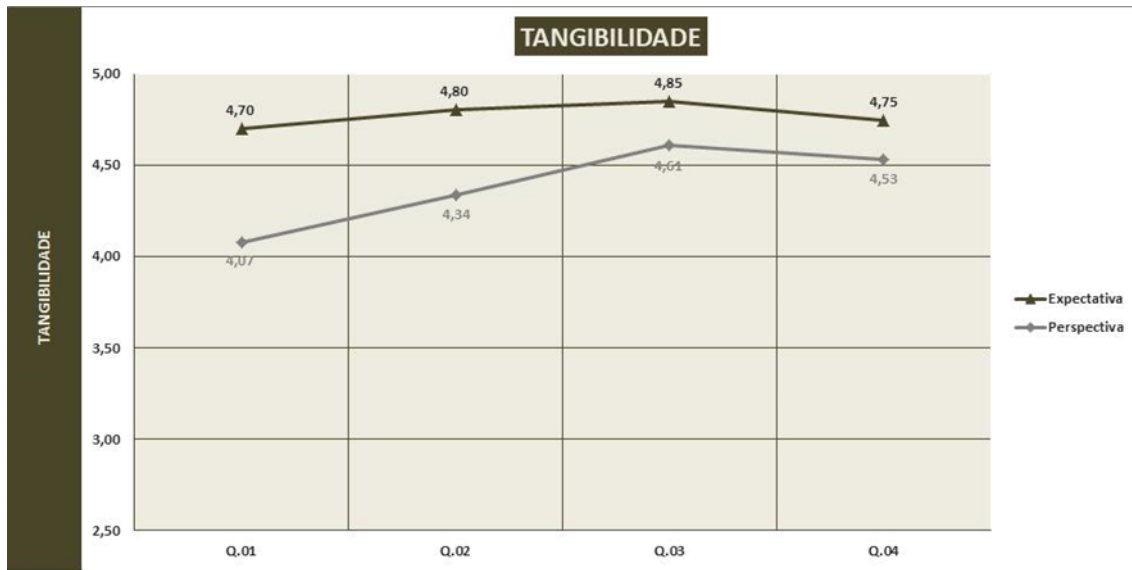
Item	Média	DP	IC de 95%	
			LI	LS
Expectativa				
01. Equipamento é moderno	4,70	0,46	4,613	4,789
02. O material / medicamentos chegam bem embalados, lacrados	4,80	0,40	4,727	4,880
03. Funcionários estão bem vestidos	4,85	0,36	4,782	4,919
04. Materiais / Equipamentos compatíveis com serviço de saúde	4,75	0,44	4,664	4,831
Perspectiva				
01. Equipamento é moderno	4,07	0,94	3,895	4,255
02. O material / medicamentos chegam bem embalados, lacrados	4,34	0,96	4,152	4,521
03. Funcionários estão bem vestidos	4,61	0,76	4,461	4,753
04. Materiais / Equipamentos compatíveis com serviço de saúde	4,53	0,74	4,390	4,675

Fonte: autoria própria.

Os aspectos tangíveis foram bem avaliados pelos clientes, tendo três dos seus atributos acima da média geral de importância. Os dois primeiros atributos: “O equipamento enviado à casa é moderno?” (Q1) e “Os materiais e medicamentos chegam da forma adequada, lacrados?”(Q2) estão abaixo da média da expectativa e apresentam uma diferença entre expectativa-perspectiva maior em relação aos outros atributos desta dimensão.

Os outros atributos: “Os profissionais estão bem vestidos” e “Os materiais são condizentes com um serviço de saúde” apresentam um grau de importância maior para os respondentes e um *gap* menor entre expectativa e perspectiva (0,24 e 0,23 respectivamente).

Figura 12: Médias de importância e avaliação do desempenho na dimensão Tangibilidade



Fonte: autoria própria.

A Tabela 9 apresenta o resumo descritivo dos itens pertencentes à dimensão da confiabilidade.

Tabela 9: Resumo descritivo dos itens pertencentes à dimensão confiabilidade

Item	Média	DP	IC de 95%	
			LI	LS
Expectativa				
05. A empresa atende os cronogramas prometidos	4,77	0,43	4,68	4,85
06. A empresa tem interesse na resolução de problemas dos pacientes	4,85	0,36	4,78	4,92
07. Os profissionais são bem qualificados	4,85	0,36	4,78	4,92
08. A empresa presta o serviço na data combinada	4,75	0,44	4,66	4,83
09. A empresa mantém registro de tudo que envolve o serviço	4,71	0,46	4,62	4,80

Fonte: autoria própria.

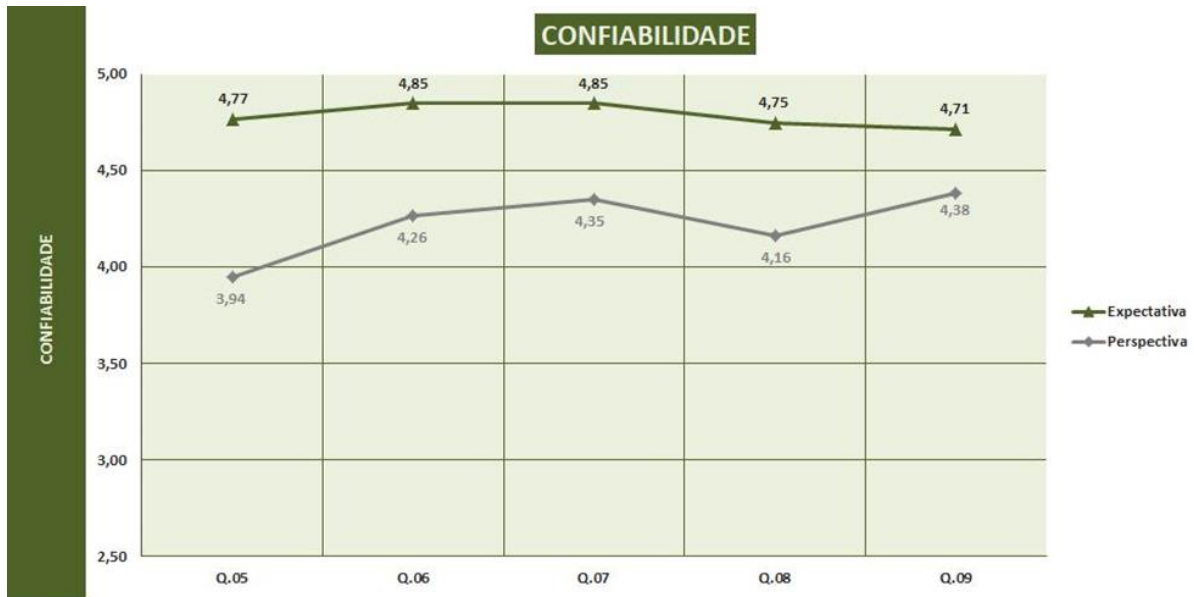
Tabela 9: Resumo descritivo dos itens pertencentes à dimensão confiabilidade (continuação)

Item	Média	DP	IC de 95%	
			LI	LS
Perspectiva				
05. A empresa atende os cronogramas prometidos	3,94	1,12	3,73	4,16
06. A empresa tem interesse na resolução de problemas dos pacientes	4,26	0,97	4,07	4,45
07. Os profissionais são bem qualificados	4,35	0,89	4,46	4,75
08. A empresa presta o serviço na data combinada	4,16	0,92	4,39	4,67
09. A empresa mantém registro de tudo que envolve o serviço	4,38	0,77	4,24	4,53

Fonte: autoria própria.

A Figura 9 representa as médias de expectativas e perspectivas dos atributos da dimensão confiabilidade. Os atributos representados são: “A empresa atende os cronogramas” (Q5), “Interesse em resolver os problemas do serviço” (Q6), “Os profissionais são bem qualificados” (Q7), “A empresa presta o serviço na data combinada” (Q8), “A empresa mantém registro de tudo que envolve o serviço” (Q9). A dimensão confiabilidade apresentou dois dos seus atributos acima da média geral de importância. Apenas dois quesitos ficaram abaixo da média do desempenho deste atributo, que foram: o atendimento aos cronogramas (3,94) e a prestação do serviço na data combinada (4,16). O quesito em que houve maior discrepância entre expectativa/perspectiva foi o Q5 (0,84). Ficou claro que os atributos de maior relevância são o interesse em resolver os problemas, a qualificação profissional e o registro do serviço em si, o que está sendo realizado a contento. Contudo a empresa deve atentar para o cumprimento mais preciso dos cronogramas.

Figura 13: Médias de importância e avaliação do desempenho na dimensão Confiabilidade



Fonte: autoria própria.

A dimensão responsividade foi representada pela Tabela 10, onde encontraram-se expostos média, desvio padrão e intervalo de confiança de cada item pertencente a esta dimensão.

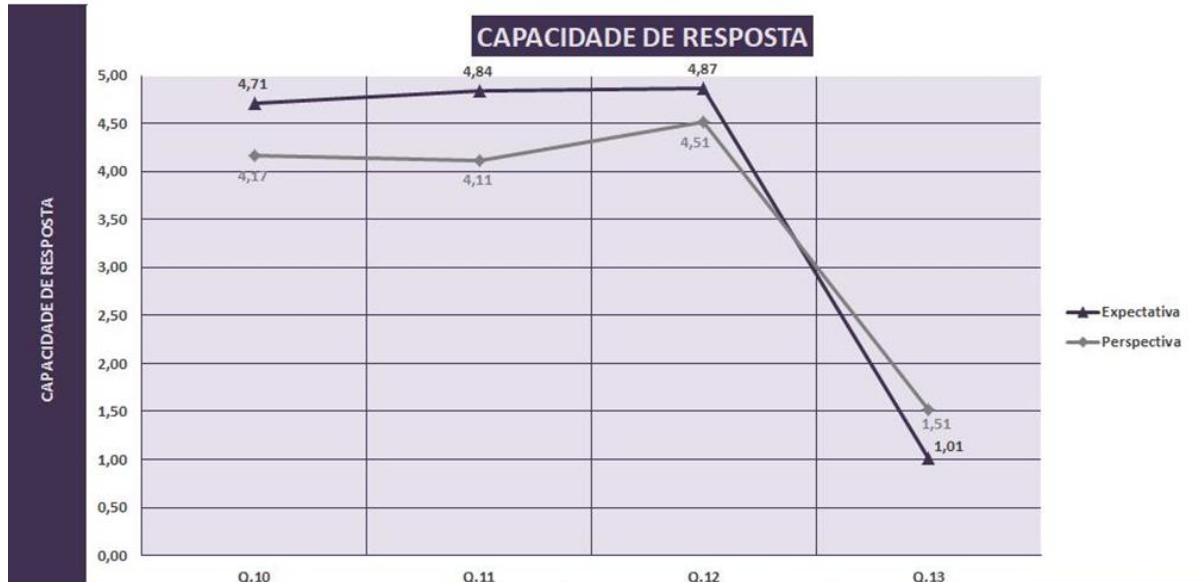
Tabela 10: Resumo descritivo dos itens pertencentes à dimensão capacidade de resposta

Item	Média	DP	IC de 95%	
			LI	LS
Expectativa				
10. Os profissionais informam com precisão a data da visita	4,71	0,46	4,62	4,80
11. Os colaboradores atendem rapidamente as demandas do paciente	4,84	0,37	4,77	4,91
12. Os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar	4,87	0,34	4,80	4,93
13. Os colaboradores estão ocupados demais para atender	4,99	0,10	4,97	5,00
Perspectiva				
10. Os profissionais informam com precisão a data da visita	4,17	1,01	3,97	4,36
11. Os colaboradores atendem rapidamente as demandas do paciente	4,11	1,09	3,90	4,32
12. Os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar	4,51	0,87	4,35	4,68
13. Os colaboradores estão ocupados demais para atender	4,49	0,79	4,33	4,64

Fonte: autoria própria.

A Figura 14, evidencia as médias de importância e desempenho dos seus atributos, que são: “Os profissionais informam com precisão a data da visita” (Q10), “ Os profissionais atendem rapidamente às demandas dos pacientes” (Q11), “Os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar” (Q12) e “Os colaboradores estão sempre ocupados demais para atender” (Q13).

Figura 14: Médias de importância e avaliação do desempenho na dimensão Capacidade de resposta



Fonte: autoria própria.

Na dimensão responsividade, que obteve média de desempenho 3,57, três de seus atributos estiveram abaixo da média geral de desempenho, de valor 4,22. Este fato é consequência em parte da superação das expectativas dos respondentes em relação à questão 13. A expectativa deste quesito era que de fato os colaboradores não estivessem ocupados demais para atender aos clientes, em contrapartida o pior *gap* deu-se no quesito 11(0,73), onde as necessidades dos pacientes deveriam ser atendidas mais prontamente.

A dimensão garantia ou segurança apresenta o resumo descritivo de seus itens na Tabela 11:

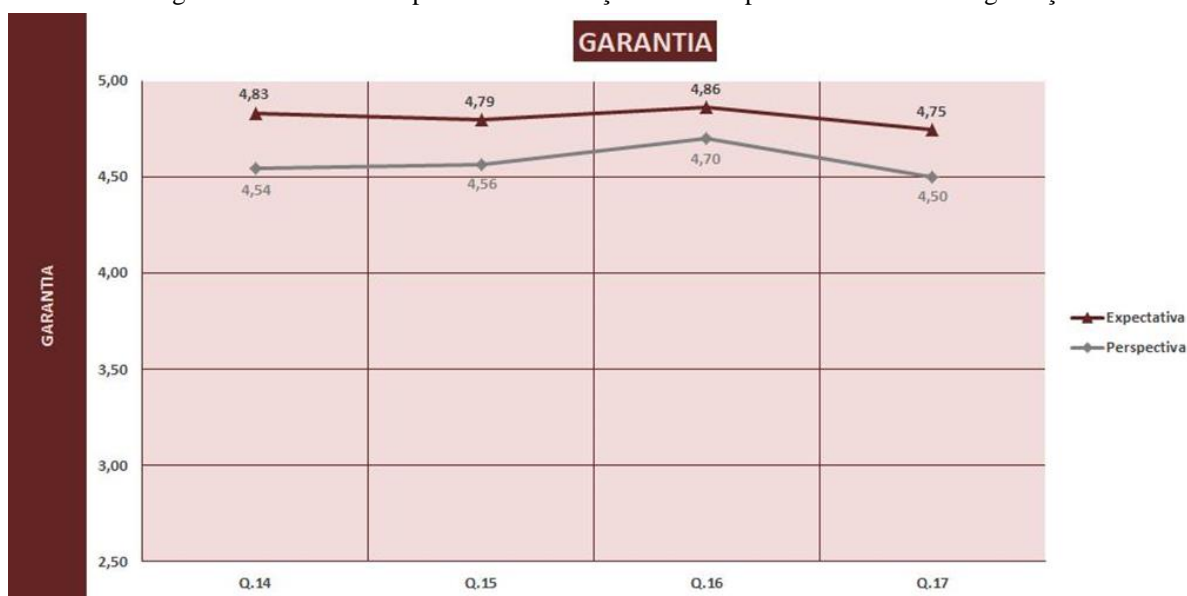
Tabela 11: Resumo descritivo dos itens pertencentes da dimensão garantia

Item	Média	DP	IC de 95%	
			LI	LS
Expectativa				
14. Empregados são confiáveis	4,83	0,38	4,76	4,90
15. Os clientes sentem-se seguros ao conversar com os colaboradores	4,79	0,41	4,72	4,87
16. Os colaboradores são educados / gentis	4,86	0,35	4,79	4,93
17. Funcionários sabem responder às perguntas dos clientes	4,75	0,44	4,66	4,83
Perspectiva				
14. Empregados são confiáveis	4,54	0,76	4,40	4,69
15. Os clientes sentem-se seguros ao conversar com os colaboradores	4,56	0,75	4,42	4,71
16. Os colaboradores são educados / gentis	4,70	0,62	4,58	4,82
17. Funcionários sabem responder às perguntas dos clientes	4,50	0,69	4,36	4,63

Fonte: autoria própria.

As médias de expectativa e perspectiva dos atributos da dimensão segurança estão representadas na Figura 15. Os seus atributos componentes são: “Empregados são confiáveis” (Q14), “Os clientes sentem-se seguros em negociar com os colaboradores” (Q15), “Os colaboradores são educados e gentis” (Q16), “Os colaboradores sabem responder às perguntas dos clientes” (Q17).

Figura 15: Médias de importância e avaliação do desempenho na dimensão Segurança



Fonte: autoria própria.

A dimensão segurança obteve as notas mais altas tanto em relação às expectativas (4,8) quanto às perspectivas (4,57) por parte dos clientes, em relação à média geral (4,6 / 4,22 respectivamente). Todos os constructos analisados receberam notas altas dentro de um contexto que vai até o valor 5. Isso ressalta como a dimensão segurança é a mais importante para exprimir qualidade dentro de um serviço de saúde e como o serviço prestado está a contento nesta dimensão.

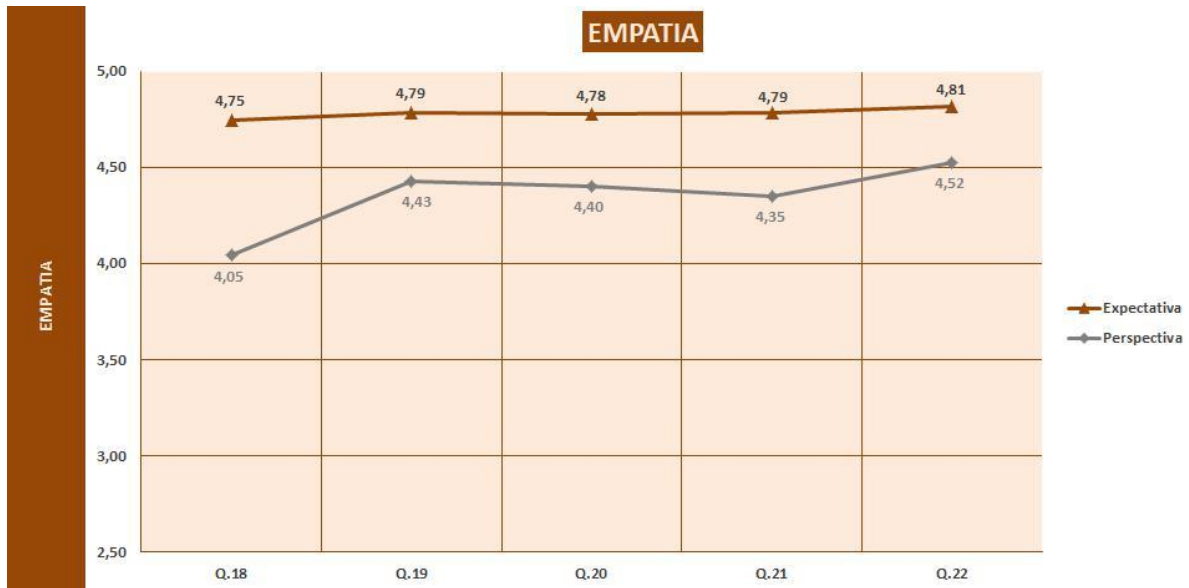
Quanto à dimensão “empatia”, esta teve apenas uma média de perspectiva abaixo da média geral, o que levou à dimensão média de 4,35. Nesta dimensão os quesitos analisados foram: “A empresa dá uma atenção individualizada ao cliente” (Q18), “Os colaboradores dão atenção individualizada ao cliente” (Q19), “Os colaboradores compreendem as necessidades dos clientes” (Q20), “Os colaboradores carregam consigo os interesses dos clientes” (Q21) e por fim “A empresa funciona em horário conveniente para o cliente” (Q22).

Tabela 12: Resumo descritivo dos itens pertencentes à dimensão empatia

Item	Média	DP	IC de 95%	
			LI	LS
Expectativa				
18. A empresa dá uma atenção individualizada	4,75	0,44	4,66	4,83
19. Os profissionais dão atenção individualizada	4,79	0,41	4,71	4,86
20. Os colaboradores compreendem as necessidades do paciente	4,78	0,42	4,70	4,86
21. Os colaboradores carregam consigo os interesses do paciente	4,79	0,41	4,71	4,86
22. Horário de funcionamento é conveniente	4,81	0,39	4,74	4,89
Perspectiva				
18. A empresa dá uma atenção individualizada	4,05	1,06	3,84	4,25
19. Os profissionais dão atenção individualizada	4,43	0,80	4,28	4,58
20. Os colaboradores compreendem as necessidades do paciente	4,40	0,88	4,23	4,57
21. Os colaboradores carregam consigo os interesses do paciente	4,35	0,88	4,18	4,51
22. Horário de funcionamento é conveniente	4,52	0,69	4,39	4,66

Fonte: autoria própria.

Figura 16: Médias de importância e avaliação do desempenho na dimensão Empatia



Fonte: autoria própria.

Dentro desta dimensão o quesito com pior desempenho comparado à média da dimensão foi o Q18 (4,05) e conseqüentemente o maior *gap* também ocorreu neste quesito. O que nos faz refletir que precisamos melhorar o acolhimento destas famílias para que elas tenham a percepção de um atendimento individualizado.

5.3 Análise *Post-hoc*

Com base na metodologia exposta nesta seção estão mostrados os resultados. Na Tabela 13, encontra-se o resumo descritivo das dimensões, segundo os critérios da expectativa e perspectiva. Fez-se o cálculo da média com seu respectivo IC de 95%, desvio-padrão e da mediana com seu respectivo IC de 95%.

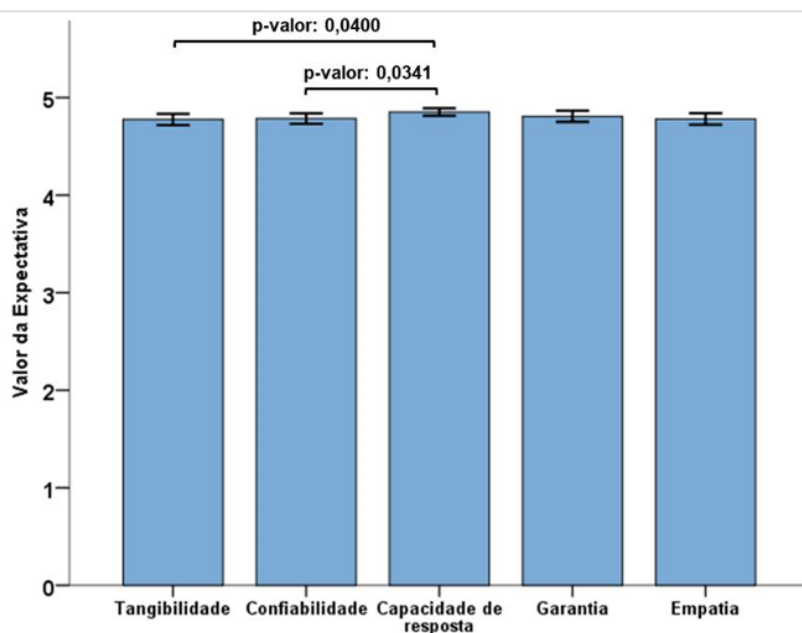
Aplicou-se o Teste de Friedman para avaliar as diferenças entre os resultados das dimensões. Foi possível detectar diferenças entre as dimensões nos critérios da expectativa (p-valor = 0,015) e perspectiva (p-valor < 0,001), respectivamente.

Tabela 13: Resumo descritivo do resultado geral das dimensões nos critérios de expectativa e perspectiva

Dimensão	Média	DP	IC de 95%		Mediana	IC de 95%	
			LI	LS		LI	LS
Expectativa							
(*p-valor = 0,015)							
Tangibilidade	4,78	0,30	4,72	4,83	5,00	5,00	5,00
Confiabilidade	4,79	0,28	4,73	4,84	5,00	5,00	5,00
Capacidade de resposta	4,85	0,20	4,81	4,89	5,00	5,00	5,00
Garantia	4,81	0,30	4,75	4,87	5,00	5,00	5,00
Empatia	4,78	0,30	4,72	4,84	5,00	5,00	5,00
Perspectiva							
(*p-valor < 0,001)							
Tangibilidade	4,39	0,60	4,27	4,50	4,50	4,50	4,75
Confiabilidade	4,28	0,64	4,16	4,41	4,40	4,40	4,60
Capacidade de resposta	4,32	0,76	4,17	4,47	4,50	4,50	4,75
Garantia	4,57	0,56	4,47	4,68	4,75	4,75	5,00
Empatia	4,41	0,63	4,29	4,53	4,40	4,40	4,80

Fonte: autoria própria.
* Teste de Friedman

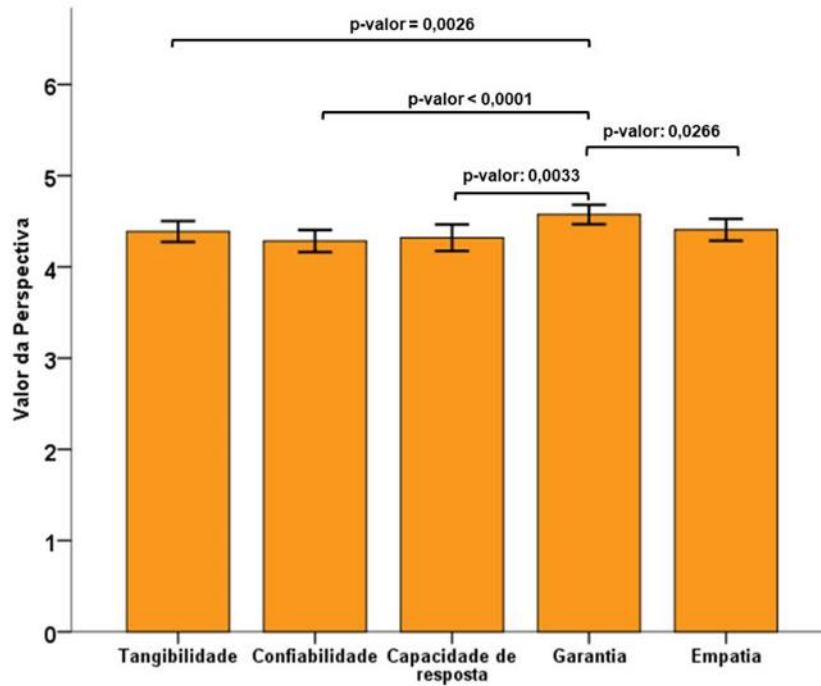
Figura 17: Média e IC de 95% do valor da expectativa para as dimensões analisadas



Fonte: autoria própria.

Para melhor compreensão dos resultados as Figuras 17 e 18 mostram o valor médio e IC de 95% para as dimensões. Nota-se que os resultados obtidos das dimensões são diferentes para ambos os critérios.

Figura 18: Média e IC de 95% do valor da perspectiva para as dimensões analisadas



Fonte: autoria própria.

Para descobrir quais diferenças entre as dimensões foram significativas, aplicou-se o teste de Dunn para comparações múltiplas. Na Tabela 14, encontra-se os resultados dos testes.

Em relação ao quesito expectativa, observou-se os seguintes resultados:

- A Capacidade de Resposta produziu resultados de expectativa maior, quando comparada as dimensões Tangibilidade (p-valor = 0,0400) e Confiabilidade (p-valor = 0,0341).

Em relação ao quesito perspectiva, observou-se os seguintes resultados:

- Os valores médios da Garantia foram em média maiores que Tangibilidade (p-valor = 0,0003), Confiabilidade (p-valor < 0,001), Capacidade de Resposta (p-valor = 0,0033) e Empatia (p-valor = 0,0266).

Tabela 14: Resultado da aplicação post-hoc para detectar diferenças entre as dimensões

Comparações	P-valor*
Expectativa	
Tangibilidade vs Confiabilidade	0,9483
Tangibilidade vs Capacidade de resposta	0,0400
Tangibilidade vs Garantia	0,2610
Tangibilidade vs Empatia	0,8120
Confiabilidade vs Capacidade de resposta	0,0341
Confiabilidade vs Garantia	0,2345
Confiabilidade vs Empatia	0,7622
Capacidade de resposta vs Garantia	0,3526
Capacidade de resposta vs Empatia	0,0694
Garantia vs Empatia	0,3755
Perspectiva	
Tangibilidade vs Confiabilidade	> 0,9999
Tangibilidade vs Capacidade de resposta	> 0,9999
Tangibilidade vs Garantia	0,0026
Tangibilidade vs Empatia	> 0,9999
Confiabilidade vs Capacidade de resposta	> 0,9999
Confiabilidade vs Garantia	< 0,0001
Confiabilidade vs Empatia	0,4673
Capacidade de resposta vs Garantia	0,0033
Capacidade de resposta vs Empatia	> 0,9999
Garantia vs Empatia	0,0266

Fonte: autoria própria.
* Teste Dunn

5.4 Comparação entre Expectativa e Perspectiva

De modo similar ao que foi empregado na seção anterior, comparou-se os valores da expectativa e perspectiva para cada dimensão. Nota-se que os resultados dos testes foram significativos (p -valor $< 0,001$), portanto há diferenças nos valores obtidos da expectativa e perspectiva. De acordo com a Tabela 15, nota-se que a média e a mediana da expectativa foram maiores do que o da perspectiva, em cada dimensão.

Tabela 15: Resultado da comparação entre os valores da Expectativa e Perspectiva para cada dimensão

Comparações	P-valor*
Tangibilidade (Expectativa vs Perspectiva)	< 0,001
Confiabilidade (Expectativa vs Perspectiva)	< 0,001
Capacidade de resposta (Expectativa vs Perspectiva)	< 0,001
Garantia (Expectativa vs Perspectiva)	< 0,001
Empatia (Expectativa vs Perspectiva)	< 0,001

Fonte: autoria própria.

*Teste de Friedman

Desta forma, percebemos na Tabela 16 que os maiores *gaps* entre as expectativas e perspectivas dos clientes do *Homecare* do Grupo Geriatrics foram nas dimensões Confiabilidade e Empatia.

Tabela 16: *Gaps* por Dimensão

Dimensão	Questões	Expectativa	Perspectiva	Gap
Tangibilidade	01-04	4,78	4,39	- 0,39
Confiabilidade	05-09	4,79	4,22	- 0,57
Capacidade de Resposta	10-13	3,86	3,58	- 0,28
Garantia	14-17	4,81	4,57	- 0,23
Empatia	18-22	4,78	4,35	- 0,43

Fonte: autoria própria.

Percebemos também que os clientes sentem-se seguros em relação à empresa, já que o menor *gap* foi em relação à dimensão Garantia. Assim como consideram-na com uma boa Capacidade de resposta. Segunda dimensão com o menor *gap*.

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÃO

O objetivo proposto pelo trabalho foi realizar a aplicação do modelo SERVQUAL no Homecare Grupo Geriatrics e avaliar os resultados obtidos junto aos clientes (familiares) quanto à qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, foi verificada a opinião dos clientes da amostra e analisado se existe uma discrepância entre a expectativa e a perspectiva dos atributos da qualidade, conforme a investigação teórica. Os resultados encontrados revelaram que os clientes que avaliaram os vinte e dois constructos agrupados em cinco dimensões, na opinião geral, os resultados na avaliação das expectativas foram: os tangíveis (4,78); a confiança (4,79), a responsividade (3,85), a segurança (4,81) e a empatia (4,78) - sendo que a média de cada dimensão foi formada, a partir do resultado das médias dos seus respectivos atributos. Os mesmos clientes também avaliaram os serviços prestados, segundo seu desempenho, seguindo os mesmos vinte e dois atributos usados na valoração da expectativa. O resultado da avaliação do desempenho foi: os tangíveis (4,39), confiabilidade (4,22); responsividade (3,58), segurança (4,57) e empatia (4,35).

A partir da contribuição específica deste trabalho e do estudo sobre qualidade dos serviços, pode-se concluir que os clientes, famílias encontram-se satisfeitas quanto a avaliação das perspectivas sobre os atributos de qualidade do *Homecare*, ou seja, numa escala de 5 pontos, obteve-se 4,22. No entanto, a nota da expectativa atribuída por eles foi de 4,6 o que revela que, mesmo sendo pequena, existe uma diferença, um *gap* entre expectativa e perspectiva que se repetiu em todas as dimensões, conforme sugerido pela teoria.

Trata-se de um resultado importante para a gerência, já que demonstra que os clientes não estão plenamente satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados. Sempre existindo pontos a serem melhorados.

Vale ressaltar que foi utilizada uma escala de 1 a 5 para a medição das opiniões, e a maioria das notas situou-se entre 4 e 5, podendo ser classificadas, no geral, como notas altas. Nota-se que os maiores *gaps* ocorreram nas seguintes dimensões: confiabilidade, no quesito 5, em relação ao cumprimento dos cronogramas (0,83); capacidade de resposta, no constructo 11, no que diz respeito à rápida resposta da empresa como um todo às demandas dos pacientes (0,73)

e empatia, no quesito 18, em relação à atenção individualizada que a empresa disponibiliza a cada paciente/família.

Conclui-se que as notas mais baixas e conseqüentemente as maiores lacunas entre a expectativa e a perspectiva por parte dos respondentes atribui-se a uma falha na comunicação. Tanto interna quanto externa. Ao analisarmos e eliminarmos as falhas de comunicação interna, conseguiremos atender de forma mais eficaz aos cronogramas. Melhorando a comunicação externa com as famílias, estaremos acelerando nossa resposta às demandas e diminuindo essas duas lacunas estaremos criando uma percepção de valor por parte do cliente e da atenção individualizada por parte da empresa.

Assim, nota-se que a questão da pesquisa levantada foi respondida e a escolha do referencial teórico permitiu a compreensão da qualidade dos serviços percebida pelos clientes do Homecare Grupo Geriatrics, contribuindo, assim, para a ampliação do conhecimento relacionado aos critérios gerenciais do universo investigado.

6.1 Considerações Finais

Este trabalho buscou avaliar a qualidade do serviço prestado pelo Homecare Geriatrics, sob a óptica do cliente. O modelo proposto foi baseado na Escala SERVQUAL, o qual permitiu identificar os fatores que precisam de mais atenção por parte dos gestores que são o Treinamento dos Funcionários, Melhorar a Comunicação da Empresa, a Implantação de Programas de Qualidade e a Melhoria Contínua. Desta forma, é importante que a Geriatrics busque meios de potencializar esses itens para garantir a satisfação e a fidelidade de seus clientes.

Para alcançar os objetivos específicos, o trabalho foi estruturado de forma a realizar a revisão da literatura sobre qualidade, qualidade em serviços, qualidade em serviços de Saúde, Escala SERVQUAL e sua utilização na identificação dos *gaps*, isto é, as lacunas entre a expectativa e percepção da qualidade do serviço prestado.

Por fim, acredita-se que a qualidade é o ponto de partida de qualquer esforço no alcance da satisfação dos clientes e ouvir uma reclamação e buscar meios de resolvê-la é uma forma de conquistar os clientes e, desta forma, fidelizá-los à instituição. Por isso, deve haver uma metodologia que seja apropriada na identificação das deficiências na prestação do serviço, e

que se encontrem meios de minimizá-las, assim como buscar alcançar a satisfação dos consumidores.

6.2 Dificuldades e Limitações

Dentre as dificuldades encontradas neste trabalho, a maior consistiu na aplicação dos questionários. Foram dois questionários do modelo Servqual. Um avaliando a expectativa dos clientes em relação ao serviço e outro avaliando a percepção do serviço recebido. A maioria dos entrevistados referiu dificuldade em dar notas para a expectativa, pois na sua maioria, esta era sempre a mais alta. Muitos disseram querer sempre o melhor para seus entes.

Outro ponto importante é que ao avaliar um serviço que é realizado na casa do cliente é mais difícil. Já existe a perda de privacidade, imposta pelo tipo de serviço. A exigência torna-se maior. Os aspectos tangíveis acabam recaindo sob o vestuário dos profissionais que frequentam a casa.

Quanto às limitações, elas estão relacionadas à ferramenta que foi adotada na composição do modelo proposto. A Escala SERVQUAL recebe crítica de vários autores. Além disso, não encontrei a aplicação deste questionário em serviços de Saúde no Brasil. São poucos os artigos com aplicação em serviços de Saúde. A sua maioria na África e Ásia. A qualidade na maioria dos serviços de Saúde é avaliada mediante critérios de Acreditação e através do *Net Promoter Score*. No primeiro, ter um selo de Acreditação muitas vezes não se traduz em Qualidade sob a perspectiva do cliente. E no segundo, as perguntas são muito genéricas, dificultando a identificação dos principais pontos a serem melhorados.

6.3 Recomendações para Trabalhos Futuros

Em trabalhos futuros, pode-se aplicar essa mesma metodologia para análise em outro setor de saúde ou até mesmo em outra categoria de serviço. Uma etapa bastante interessante para futuras pesquisas relacionadas à qualidade no setor de saúde é tentar tornar o questionário mais específico para este setor, acrescentando ao SERVQUAL outras perguntas.

Por fim, sugiro aplicação do questionário Servqual em conjunto com o *Net Promote Score* a fim de compararmos a percepção da qualidade do serviço prestado por parte do cliente. O primeiro questionário traz perguntas mais específicas, avaliando cada dimensão da Qualidade.

E o segundo avalia de uma forma mais global esta percepção, sendo um promotor ou detrator deste serviço avaliado.

REFERÊNCIAS

Antônio, N. S., Teixeira, A., & Rosa, A. 2016. *Gestão da qualidade: De Deming ao modelo de excelência da EFQM* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Babakus, E., & Boller, G. W. 1992. An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24 (3): 253-268.

Bowersox, D. J., & Closs, D. J. 2001. *O processo de integração da cadeia de suprimentos*. São Paulo: Atlas.

Brito, G. F. de, & Vergueiro, W. 2011, ago., 7-10. Avaliação da qualidade orientada ao usuário: Estudo de caso em biblioteca acadêmica utilizando o método Servqual. *XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação*. Recuperado em 25-out.-2019, 21h05min de https://www.researchgate.net/publication/277236624_Avaliacao_da_qualidade_orientada_ao_usuario_estudo_de_caso_em_biblioteca_academica_utilizando_o_metodo_SERVQUAL

Brown, S. W., & Swartz, T. A. 1989. A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, 53 (2): 92-98.

Buavaraporn, N. 2010. Business process improvement methodology adoption for improving service quality: Case studies of financial institutions in Thailand. Doctoral dissertation, University of Nottingham, UK.

Buffa, E. S., & Sarin, R. K. 1987. *Modern production/operations management* (8th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Campos, V. F. 1992. *TQC: Controle da qualidade total (no estilo japonês)*. Rio de Janeiro: Bloch.

Casas, A. L. L. 2008. *Qualidade total em serviços: Conceitos, planejamento e aplicações à realidade brasileira* (6a ed.). São Paulo: Atlas.

Casas, A. L. L., & Luzzi, A. 2006. *Administração de marketing: Conceitos, planejamento e aplicações à realidade brasileira*. São Paulo: Atlas.

Conover, W. L. 1971. *Practical nonparametric statistics*. s.l.: John Wiley.

Corrar, L., Paulo, E., & Dias, J. M. F. (Coords.). 2011. *Análise multivariada para os cursos de administração, ciências contábeis e economia*. São Paulo: Atlas.

Crosby, P. B. 1979. *Quality is free: The art of making quality certain* (Vol. 94). New York: McGraw-Hill.

Deming, W. E. 1986. *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.

Deming, W. E. 1990. *Qualidade: A revolução da administração*. In *Qualidade: A revolução da administração*.

Deming, W. E. 1993. *The new economics: For industry, government, education*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.

Dinno, A., 2015. Nonparametric pairwise multiple comparisons in independent groups using Dunn's test. *The Stata Journal*, 15 (1): 292-300.

Donabedian, A. 1985. *Explorations in quality assessment and monitoring, volume III: The methods and findings of quality assessment and monitoring – An illustrated analysis*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Falcão, H. A. 1999, jul.-set. *Home care: Uma alternativa ao atendimento da saúde*. *Medicina On line - Revista Virtual da Medicina*, 2 (7). Ano II.

Ferreira, A. M. 1997. *Desdobramento da qualidade em serviços: Projeto de modernização da biblioteca da escola de engenharia da UFRGS*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Fitzimmons, J. A., & Fitzimmons, M. J. 2000. *Administração de serviços: Operações estratégia e tecnologia de informação* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.

- Forbes, L. H., & Ahmed, S. M. 2010. Modern construction: Lean project delivery and integrated practices. s.l.: CRC press.
- Ford, R. C., Bach, S. A., & Fottler, M. D. 1997. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review*, 22 (2): 74-89.
- Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. 2005. A avaliação da confiabilidade de questionários: Uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *Simpósio de Engenharia de Produção*, Bauru, São Paulo, Brasil, 12.
- Gianesi, I. G., & Corrêa, H. L. 1994. Administração estratégica de serviços: Operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. 2002. *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gosling, M., Souza, B. B. P., & Araújo, G. C. D. 2006, out., 9-11. Dimensões da qualidade de serviços, satisfação e lealdade: Um modelo teórico. *Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, Fortaleza, Ceará, Brasil, 26.
- Grönroos, C. 1984. A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18: 36-44.
- Grönroos, C. 1990. Service management and marketing: Managing the moments of truth in service competition. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Grönroos, C. 1996. Relationship marketing: Strategic and tactical implications. *Management Decision*, 34 (3): 5-14. <https://doi.org/10.1108/00251749610113613>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. 2009. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hora, H. R. M. da, Monteiro, G. T. R., & Arica, J. 2010. Confiabilidade em questionários para qualidade: Um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11 (2): 85-103. <https://doi.org/10.22456/1983-8026.9321>
- Ishikawa, K. 1993. *Controle de qualidade total à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campus.

- Johnston, R., & Clark, G. 2002. *Administração de operações em serviços*. São Paulo: Atlas.
- Juran, M. & Godfrey, A. 1998. *Juran's quality handbook* (5th ed.). Washington, DC: McGraw-Hill.
- Kalaja, R., Myshketa, R., & Scalera, F. 2016. Service quality assessment in health care sector: The case of Durres public hospital. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 235: 557-565.
- Kerzner, H. 2017. *Project management: A systems approach to planning, scheduling, and controlling* (12th ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Keiningham, T. L., Aksoy, L., Cooil, B, Andreassen, T. W., & Williams, L. 2008. A holistic examination of Net Promoter. *Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management*, 15 (2): 79-90. DOI:10.1057/dbm.2008.4
- Khoshraftar, A., & Rozan, M. Z. A. 2014. Review of ten years of research in services quality. *Journal of Information Systems Research and Innovation*, 7 (1): 1-9. ISSN: 2289-1358.
- Kotler, P. 2000. *Administração de marketing: A edição do novo milênio*. São Paulo: Prentice Hall.
- Lacerda, M. R., Oliniski, S. R., & Giacomozzi, C. M. 2004. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 6 (2): 110-118.
- Ladhari, R. 2008. Alternative measures of service quality: A review. *Managing Service Quality: An International Journal*, 18 (1): 65-86.
- Lam, S. S. 1997. SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8 (4): 145-152.
- Likert, R. 1932. *A technique for the measurement of attitudes*. (Archives of Psychology, number 140). New York: The Science Press.
- Loures, C. A. S. 2009. *Razões para a ocorrência dos gaps de gestão da qualidade de serviço: Estudo de caso numa organização de transporte metroviário*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, Brasil.

Lovelock, C. H., & Wright, L. 2003. *Serviços: Marketing e gestão*. São Paulo: Saraiva. Hospitalidade.

Malhotra, N. K. 2012. Pesquisa de marketing: Uma orientação aplicada. Porto Alegre: Bookman.

Marconi, M. D. A., & Lakatos, E. M. 1999. *Técnicas de pesquisa: Planejamento e execução* (5a ed.). São Paulo: Atlas.

Meirelles, D. S. 2006. The concept of service. *Brazilian Journal of Political Economy*, 26 (1): 119-136.

Miguel, P. A. C., Satolo, E., Ferreira, S., & Calarge, F. A. 2011. Avaliação da qualidade em serviços em uma livraria utilizando o instrumento SERVQUAL. *Revista Gestão Organizacional*, 4 (2): 113-121.

Milet, E. B. 1997. *Qualidade em serviços: Princípios para a gestão contemporânea das organizações*. Rio de Janeiro: Ediouro.

Najafi, S., Saati, S., & Tavana, M. 2015. Data envelopment analysis in service quality evaluation: An empirical study. *Journal of Industrial Engineering International*, 11 (3): 319-330.

Neto, L. F., Sauer, L., Borges, G. R., & Belizário, J. B. 2006, nov., 6-8. Método Servqual: Um estudo de satisfação em uma escola de idiomas. *Simpósio de Engenharia de Produção*, Bauru, São Paulo, Brasil, 13.

Ngo, V. M., & Nguyen, H. H. (2016). The relationship between service quality, customer satisfaction and customer loyalty: An investigation in Vietnamese retail banking sector. *Journal of Competitiveness*, 8 (2):103-116. DOI: 10.7441/joc.2016.02.08

Omachonu, V. K., & Ross, J. E. 2004. *Principles of total quality* (3rd ed.). Crc Press.

Paladini, E. P. 2004. *Gestão da qualidade: Teoria e prática* (3a ed.). São Paulo: Atlas.

Paquette, J., Cordeau, J. F., & Laporte, G. 2009. Quality of service in dial-a-ride operations. *Computers & Industrial Engineering*, 56 (4): 1721-1734.

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.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. 2007. *Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.

Quinto, A. N. 2000. *Processo de acreditação: A busca da qualidade nas organizações de saúde*. Porto Alegre: Dacasa / Palmarica.

Radnor, Z. J. 2010. Review of business process improvement methodologies in public services. Recuperado em 26-out.-2019, 18h49min de https://www.researchgate.net/publication/266868980_Review_of_Business_Process_Improvement_Methodologies_in_Public_Services

Rajab, A., Shaari, R., Panatik, S. A., Wahab, S. R. A., Rahman, H. A., Shah, I. M., & Ali, N. A. M. 2012. Quality management: From effective service to innovative facility. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 40: 509-513.

Reichheld, F. F. 2003, December. The one number you need to grow. *Harvard Business Review*, 81: 46-54.

Rooney, A. L., & Ostenberg, P. 1999. Licenciamento, acreditação e certificação: Abordagens à qualidade de serviços de saúde. *Projeto de Garantia de Qualidade*, Centro dos Serviços Humanos. Estados Unidos: USAID.

Saleh, F., & Ryan, C. 1991. Analysing service quality in the hospitality industry using the SERVQUAL model. *Service Industries Journal*, 11 (3): 324-345.

Savassi, L. C. M. 2016. Os atuais desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde: Uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11 (38): 1-12.

Streiner, D. L. 2003a. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80 (3): 217-222.

Streiner, D. L. 2003b. Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80 (1): 99-103.

Tavolari, C. E. L., Fernandes, F., & Medina, P. 2000. O desenvolvimento do *home health care* no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, 3 (9): 15-18.

Tesouro Nacional. 2018. *Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil*. Recuperado em 10-mai.-2019 de <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/AspectosFiscaisSau%CC%81de2018.pdf>

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. 1990. *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. United States: Simon and Schuster.

ANEXOS

ANEXO A: Questionário 1-3

(INFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS)

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida No Homecare Geriatrics. Os resultados individuais desta pesquisa serão confidenciais e NÃO SERÃO REVELADOS. O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelo *Homecare*.

Idade: _____ anos

20 a 39

40 a 59

60 ou mais

Sexo: F () M ()

Qual o seu nível de escolaridade?

Fundamental

Médio

Superior

ANEXO B: Questionário 2-3

INSTRUÇÕES: Baseado em sua experiência como cliente/paciente, imagine um serviço de *Homecare* como você gostaria que ele fosse que forneceria serviços de saúde de excelente qualidade e no qual você teria prazer em ser atendido. Por favor, para cada item demonstre a real necessidade da empresa imaginando possuir as características apresentadas a seguir. Se você sente que a característica não é de forma alguma essencial para este tipo de serviço, assinale 1 (discordo totalmente); Caso você sinta que a característica é absolutamente essencial para este tipo de serviço, assinale 5 (concordo totalmente).

01. Equipamento é moderno
02. O material/ medicamentos chegam bem embalados, lacrados
03. Funcionários com estão bem vestidos
04. Materiais/ Equipamentos compatíveis com serviço de saúde
05. A empresa atende os cronogramas prometidos
06. A empresa tem interesse na resolução de problemas dos pacientes
07. Os profissionais são bem qualificados
08. A empresa presta o serviço na data combinada
09. A empresa mantém registro de tudo que envolve o serviço
10. Os profissionais informam com precisão a data da visita
11. Os colaboradores atendem rapidamente as demandas do paciente
12. Os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar
13. Os colaboradores estão ocupados demais para atender
14. Funcionários são confiáveis
15. Os clientes sentem-se seguros ao conversar com os colaboradores
16. Os colaboradores são educados/ gentis
17. Funcionários sabem responder às perguntas dos clientes
18. A empresa dá uma atenção individualizada
19. Os profissionais dão atenção individualizada
20. Os colaboradores compreendem as necessidades do paciente
21. Os colaboradores carregam consigo os interesses do paciente
22. Horário de funcionamento é conveniente

ANEXO C: Questionário 3-3

O conjunto de frases a seguir refere-se à sua percepção sobre os Serviços prestados pelo *Homecare* que o atende. Para cada uma das afirmações indique o quanto você acredita que a empresa avaliada atinge. Ou seja: caso você assinale o número 1, isto quer dizer que você discorda totalmente que a empresa avaliada tenha alcançado esta característica; e caso você assinale 5, isto quer dizer que você concorda totalmente que a empresa avaliada atingiu esta característica.

01. Equipamento é moderno
02. O material/ medicamentos chegam bem embalados, lacrados
03. Funcionários com estão bem vestidos
04. Materiais/ Equipamentos compatíveis com serviço de saúde
05. A empresa atende os cronogramas prometidos
06. A empresa tem interesse na resolução de problemas dos pacientes
07. Os profissionais são bem qualificados
08. A empresa presta o serviço na data combinada
09. A empresa mantém registro de tudo que envolve o serviço
10. Os profissionais informam com precisão a data da visita
11. Os colaboradores atendem rapidamente as demandas do paciente
12. Os colaboradores estão sempre dispostos a ajudar
13. Os colaboradores estão ocupados demais para atender
14. Funcionários são confiáveis
15. Os clientes sentem-se seguros ao conversar com os colaboradores
16. Os colaboradores são educados/ gentis
17. Funcionários sabem responder às perguntas dos clientes
18. A empresa dá uma atenção individualizada
19. Os profissionais dão atenção individualizada
20. Os colaboradores compreendem as necessidades do paciente
21. Os colaboradores carregam consigo os interesses do paciente
22. Horário de funcionamento é conveniente