

O CONCEITO DE QUALIDADE E SUA APLICAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

The quality concept and its application in public health services

Edson de Oliveira Andrade*; Elinaldo Ferreira Costa**; Ricardo Jorge da Cunha Costa Nogueira***

Professor Adjunto do Curso de Medicina da UFAM e Aluno do Curso de Administração da FES/UFAM*

**Aluno do Curso de Administração da FES/UFAM.

*** Professor Adjunto do Curso de Administração da FES/UFAM.

RESUMO

A qualidade é uma preocupação antiga da humanidade. O estudo sistemático de suas características e da possibilidade de sua aplicação no campo da atividade produtiva tem sido cada vez mais presente. Dada à crescente importância dos serviços de saúde em nossa sociedade, as pesquisas sobre a qualidade, neste setor, passaram a adquirir uma importância maior. Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica sobre o tema qualidade, e mais especificamente sobre a sua aplicação nos serviços de saúde. As referências bibliográficas levantadas reforçaram este entendimento, demonstraram a dificuldade em se conceituar a qualidade nos serviços de saúde, em face dos seus aspectos multifatoriais, embora a sua avaliação possa ser realizada com razoável sucesso através de escalas validadas onde é possível a mensuração de sua percepção, destacando-se os modelos SERVQUAL e SERVPERF, sendo este último o mais utilizado.

Palavras-chave: Serviços de saúde; qualidade na saúde; satisfação do paciente. SERVQUAL. SERVPERF.

ABSTRACT

Quality is an ancient human concern. The systematic study of its characteristics and the possibility of its application in the field of productive activity has been increasingly present. Given the growing importance of health services in our society, research on the quality in this sector became more important. This work consists of a literature review on the subject quality, and more specifically on its application in health services. The references studied reinforced this understanding, demonstrated the difficulty in conceptualizing the quality of health services in the face of the multifactorial aspects, although the evaluation can be carried out with reasonable success by validated scales where the measurement of their perception is possible, highlighting the SERVQUAL and SERVPERF models, the latter being the most used.

Key-words: Health services; quality in health; patient satisfaction; SERVQUAL; SERVPERF.

INTRODUÇÃO

O que é qualidade? É possível que este atributo das coisas e das pessoas seja mais facilmente percebido que adequadamente definido. O senso comum nos indica que um produto tem qualidade quando está em conformidade com o prometido ao consumidor, assim como um serviço é dito de qualidade quando atende as nossas expectativas.

A preocupação com a qualidade, tão em voga em nossos tempos, sempre existiu entre os homens. Aristóteles, em seu livro, *Ética para Nicômaco*¹, chama a atenção para a necessidade da busca de uma *aretê*, em tudo aquilo que fazemos. *Aretê*, normalmente traduzida como virtude, é a excelência de uma propriedade que permite a um ente, no caso o homem, realizar bem sua função específica – a racionalidade; e por analogia, em sua atividade fabril, criar um produto com excelência, ou qualidade.

A qualidade do serviço público, por seu lado, é, antes de tudo, qualidade de um serviço, onde se deve buscar sempre o melhor resultado, através do uso adequado dos recursos disponíveis, de forma a alcançar a satisfação do usuário destes serviços².

Este artigo tem como objetivo efetuar uma revisão bibliográfica sobre o conceito de Qualidade, sua influência e aplicação nos serviços públicos de saúde, principalmente que tange aos aspectos conceituais, processos (atividade de suporte e interface com o usuário); qualidade do serviço propriamente dita e a qualidade da gestão.

METODOLOGIA

A revisão bibliográfica incluiu a leitura da literatura clássica sobre o tema e uma pesquisa realizada nas seguintes bases de dados e bibliotecas virtuais existentes na internet: Scielo; Lilacs; Google Acadêmico; Pubmed; EBSCO; *Web of Science* e Periódicos CAPES.

Foram utilizadas as seguintes palavras ou expressões nesta busca: *customer satisfaction; functional independence measure; health care service quality; hospital service quality; perceived service quality; service quality; service performance; SERVQUAL e SERVPERF* no idioma inglês e suas correspondentes versões no vernáculo.

O critério de validação das referências obedeceu aos seguintes critérios de importância: Ensaio randomizados; revisões sistemáticas; livros clássicos; revisões simples e estudos de casos.

Os artigos identificados como válidos para o presente estudo foram organizados no software Reference Manager®.

CONSTRUINDO UM CONCEITO E UMA CULTURA DE QUALIDADE

Os pioneiros

Os estudos sobre a qualidade no processo produtivo têm início na década de 1920, com os trabalhos de Walter A. Shewhart sobre a abordagem estatística do processo produtivo na busca de uma conformidade dos produtos à normas e padrões pré-estabelecidos, procurando identificar sinais de desvio. Em 1931, Shewhart publicou o livro *“Economic Control of Quality of Manufactured Product”*, e que foi considerado desde a sua publicação uma destacada contribuição para o controle da qualidade no processo produtivo³.

Em seus estudos seminiais, Shewhart⁴ chamava a atenção para a dificuldade de se definir a qualidade de um produto, posto que isto fosse influenciado pelas características

das coisas, por exemplo, a qualidade da água definida através de suas propriedades físico-químicas; pelos seus atributos, como, por exemplo, os valores atribuídos às coisas, e que, portanto influenciariam na valorização delas.

Suas principais contribuições foram a implantação o Controle Estatístico do Processo (CEP) através dos cartões de controle estatístico para a média do processo produtivo (\bar{X}) e o sistema *Plan-Do-Study-Action* (PDSA).

O Controle Estatístico do Processo (CEP) possibilita a criação de um padrão de produção, onde o desperdício seja minimizado, considerando que costuma haver uma grande variabilidade no processo produtivo. Com base nestes estudos, Shewhart disse que a qualidade de um produto poderia ser medida numericamente a partir de duas constatações:

1. A comparação de um produto produzido em períodos de tempo diferentes.
2. Verificando o quanto da diferença encontrada em produtos produzidos em períodos de tempo diferente decorria do acaso ou eram causa-dependentes.

Porém, o CEP, como proposto por Shewhart (1931), apresentava um problema por ser incapaz de determinar a magnitude da alteração no processo, ao não ser capaz de identificar rapidamente grandes mudanças dentro de pequenas amostras.⁵

Já o sistema PDSA consistia em planejar (P), com conseqüentes ações (D) de execução daquilo planejado. A seguir, este processo deveria ser acompanhado e analisado (S) a fim de se verificar a conformidade como planejamento e repetido em uma ação cíclica (A) de controle para eliminar ou ao menos diminuir a um nível aceitável os defeitos no processo produtivo.

Na execução deste sistema podemos discriminar, de modo a exemplificar as suas possíveis etapas de implementação, os seguintes passos:

- **Plan** (planejamento): estabelecer missão, visão, objetivos (metas), procedimentos e processos (metodologias) necessários para atingir os resultados;
- **Do** (execução): realizar, executar as atividades.
- **Study** (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.

O segundo grande estudioso da Qualidade foi o americano Wilson Edwards Deming, engenheiro elétrico de formação, que conheceu Shewhart e suas ideias, quando trabalhava para o Ministério da Agricultura americano. Deming foi o grande divulgador do CEP de Shewhart e de seu sistema PDSA, a ponto deste ser mais conhecido com ciclo de Deming, embora, este sempre tenha afirmado que a descoberta deste sistema se devia à Shewhart.

Deming participou ativamente do esforço de guerra americano, introduzindo na indústria bélica o sistema de controle de qualidade preconizado por Shewhart, com imenso sucesso. Findado o grande conflito, o sistema foi deixado de lado pelos americanos.

Em 1950, Deming, que se encontrava no Japão trabalhando para o Governo Americano, foi convidado pela Associação dos Cientistas e Engenheiros Japoneses para ministrar cursos de gestão de qualidade naquele país, que havia saído recentemente do grande conflito que fora a Segunda Guerra Mundial.

O trabalho de Deming foi extremamente positivo a ponto de ser considerado um dos principais motivos da melhoria da qualidade dos produtos japoneses.

As ideias de gestão de qualidade professadas por ele estão em diversos livros publicados, em especial no livro *Out of the Crisis*, reeditado em 2000, pelo MIT - *Massachusetts Institute of Technology*.^{6,7}

Suas ideias sobre qualidade expressadas são resumidas em 14 princípios que ficaram conhecidos como os Princípios para Gestão de Qualidade de Deming.

Estes centram-se na motivação dos trabalhadores, mas principalmente na responsabilidade da gestão em garantir as condições que possibilitem que o trabalho executado resulte em melhorias no sistema produtivo.

Apesar do reconhecimento alcançado, encontram-se algumas discordâncias em relação ao seu conceito de qualidade por considerá-lo demasiado restrito, focado, exclusivamente, nos aspectos técnicos do produto.⁸

Joseph Moses Juran, engenheiro elétrico, nascido na Romênia e naturalizado norte-americano, é o terceiro grande formulador dos primórdios da política de gestão de qualidade. Trabalhou com Shewhart nos Laboratórios Bell, tendo integrado a equipe que visitou o Japão no período pós-guerra. Tal como Deming, Juran teve um forte impacto no pensamento japonês sobre sistemas de qualidade.

O seu conceito de qualidade envolvia a adequação de um produto à sua utilização pretendida. Isto trazia a perspectiva do cliente para dentro do processo produtivo. Já não bastavam as condições de produção e custos envolvidos; agora o cliente era tão importante quantos os processos na validação de um produto.⁸

Em 1951, Juran publicou o livro *Quality Control Handbook*⁹, onde apresentou o modelo de custos da qualidade. O seu modelo de gestão de qualidade baseia-se na identificação dos custos de falhas internas, como os produtos defeituosos; e os custos de falhas externas, como aqueles decorrentes das garantias, que poderiam ser reduzidos através de investimentos em inspeção e prevenção.

A segunda geração

Kaoru Ishikawa foi um químico japonês, passou a se interessar por controle de qualidade a partir do contato com a missão americana do pós-guerra que Deming participou. A sua grande contribuição foi a criação do Diagrama de causa-efeito (*Fishbone Diagram*), uma ferramenta sistemática para encontrar, classificar e documentar as causas da variação da qualidade na produção e organizar a relação mútua entre eles. Além disso, Ishikawa se destacou por incentivar a educação como processo catalisador da qualidade em todas as fases da produção.¹⁰

Armand Valin Feigenbaum foi o proponente do conceito de “Qualidade Total” através da publicação do sucesso de vendas “*Total Quality Control*”¹¹. O controle de qualidade total pode ser definido como um sistema integrador de todo o processo produtivo, desde o desenvolvimento efetivo para integrar o desenvolvimento, a manutenção e os esforços de melhoria para a qualidade dos vários grupos em uma organização, bem como para habilitar o marketing, a engenharia, a produção e o serviço em níveis mais econômicos que permitam a completa satisfação do cliente.

Philip B. Crosby foi o idealizador do conceito “zero defeitos”. Este conceito está expresso no seu livro “*Quality is free*”¹², onde defende a ideia de que qualidade é algo a ser buscado desde os primeiros passos da produção e em todo o processo. Assim agindo, deixam de ser necessárias as inspeções, os testes e os controles, pois são atitudes que ocorrem a posteriori e com pouca capacidade de intervir no problema.

Entre suas contribuições destacam-se ainda, o conceito dos Quatro Absolutos da Gestão de Qualidade¹³:

- Qualidade significa conformidade com os requisitos, não bondade.
- Qualidade é atingida por prevenção, não por avaliação.
- Qualidade tem um padrão de Zero Defeitos, não níveis de qualidade aceitáveis de desempenho.
- A qualidade é medida pelo preço de Não Conformidade, não índices.

A qualidade aplicada aos serviços de saúde

Uma característica importante nos serviços encontra-se em sua própria natureza constitutiva: a simultaneidade entre a produção e o consumo¹⁴. Os serviços de saúde exemplificam de forma perfeita esta situação. Senso amplo, todo serviço de saúde traz consigo a instantaneidade; o momento presente, ainda que o principal venha a ser somente no futuro oferecido, por exemplo, uma cirurgia, é no presente que ela é agendada e viabilizada.

Este atendimento, no entendimento de Donabedian¹⁵, possui dois componentes: um técnico e um interpessoal. A qualidade da gestão técnica depende do equilíbrio de seus benefícios e riscos esperados. A qualidade do processo interpessoal consiste em conformidade com as expectativas legítimas dos doentes e às normas sociais e profissionais. Uma vez que este acordo é esperado para resultar em um benefício social e pessoal, uma definição unificada de qualidade pode ser derivada, incluindo os benefícios e riscos de ambos os aspectos do cuidado.

Alguns autores consideram que o processo de avaliação de serviços possua duas vertentes: uma avaliativa, que consiste em realizar um julgamento de valor, a partir de um procedimento científico; e uma normativa, realizada a partir da aplicação de critérios e normas¹⁶.

Semelhantes características foram identificadas como indicadores de qualidade por Vuori,¹⁷ que chamou a atenção para o fato de que ao se abordar a dimensão “qualidade”, é necessário definir, previamente, qual aspecto desta qualidade desejamos avaliar, o que muitas vezes pode levar a um conflito de interesses entre os interessados na avaliação, dependendo do campo de interesse de cada um.

Esta visão positivista predominante, já começa a ser questionada, com experiências de avaliação, incluindo a subjetividade ao processo avaliativo¹⁸.

Outra situação que enseja dúvidas e discussões no processo avaliativo dos serviços de saúde tem a ver com a qualidade versus quantidade.

Uchimura e Bosi¹⁹, defendem que os termos quantidade e qualidade não são inteiramente separados, posto que fazem parte da mesma realidade fática. Para eles, “para qualidade, é a base e condição, enquanto que a quantidade, por sua vez aponta para a dimensão da intensidade”.

Todas estas possibilidades conceituais são fontes de conflitos de visões. Os médicos, por exemplo, tendem a analisar a qualidade sem levar em consideração os custos, enquanto os administradores pensam nos limites da capacidade do sistema arcar com estes custos, adotando uma política distributiva onde a individualidade dos direitos do paciente, por vezes é relegada a um plano secundário, em nome de uma maior abrangência dos benefícios dentro de uma população.

A questão primordial é definir o que é qualidade em um serviço, ou organização de saúde. Lima²⁰, leciona que a subjetividade exerce uma importância grande no entendimento dos valores de qualidade de um serviço de saúde. Para ele, a qualidade tem a ver com manter todos envolvidos com as atividades do serviço; a percepção e o entendimento de todos os processos que ocorrem no âmbito do serviço; e por fim, a contínua preocupação com os resultados visando sempre atender às demandas dos usuários.

Por seu lado, Assada²¹, em análise de serviços de odontologia, advoga que a ótica do cliente é quem define a qualidade de um serviço. Para isso ele destaca que algumas características, com base nos estudos de Parasuraman et al.²², que chama de interfaces, determinam a qualidade do serviço, elas são: *Tangibilidade*; *Confiabilidade*; *Prontidão*; *Competência*; *Empatia*; *Credibilidade*; *Segurança*; *Acessibilidade*; *Comunicação e Compreensão das necessidades dos pacientes*.

Mesmo com esta grande dificuldade de conceituação, existe uma crescente demanda social por serviços de qualidade, e o setor de saúde não ficou isento desta cobrança. Considerando que no Brasil o setor público é o principal fornecedor de serviços na área da saúde, é natural que esta cobrança de qualidade impacte na gestão do setor, que passa a adotar condutas visando atender esta demanda^{23,24}.

Os principais problemas enfrentados nas organizações de saúde têm sido a má alocação dos recursos, a ineficiência, os custos crescentes e a desigualdade nas condições de acesso dos usuários²⁵, o que gera insatisfação com a qualidade do serviço ofertado.

Mensurando a qualidade de serviços

Existem diversos estudos a este respeito. De maneira sistemática todos partem dos estudos de Oliver²⁶ que aponta para a expectativa e a satisfação do consumidor como os determinantes da qualidade de um serviço.

No processo de mensuração da qualidade de um serviço, um terceiro fator, a imagem da empresa, é também determinante na avaliação da qualidade de um serviço. Por imagem da empresa incluímos diversas características empresariais, que são construídas no imaginário do consumidor pelo bom conceito, preço, bons funcionários, informações e suporte, a ponto do usuário estar, às vezes, mais interessado no processo de prestação do serviço que no resultado final. Isto é o que ele chama de qualidade funcional, e é decorrente do nível de desempenho, cuja percepção é subjetiva. Por isso é intensamente influenciada pela maneira como o serviço é prestado e intensamente dependente do contato com o prestador de serviço¹⁴.

Parasuraman et al.²² propuseram a medição de qualidade do serviço (SERVQUAL), baseados no modelo de satisfação de Oliver²⁶, afirmando que a satisfação do cliente é uma função da diferença entre expectativa e desempenho. Para estes autores, a avaliação (Q_i) de um serviço pelos clientes em relação a uma dimensão i é feita pela diferença entre a sua expectativa inicial (E_i) e o seu julgamento sobre o serviço oferecido (D_i), para dimensões i da qualidade em serviço. Esta função se expressa na seguinte equação: $Q_i = D_i - E_i$

Neste estudo, o padrão das respostas identificou dez critérios avaliativos nos quais o usuário pode se referenciar, não importando o tipo de serviço, quando for expressar a sua sensação de qualidade, a saber: *tangibilidade* (aparência física das instalações, equipamentos e quadro funcional); *confiabilidade* (completa correção entre o prometido e o cumprido); *responsividade* (resposta rápida, precisas às necessidades dos usuários); *competência* (capacidade técnica expressa); *cordialidade* (polidez, urbanidade e respeito);

credibilidade (demonstração de confiança e honestidade); *segurança* (ausência de perigo, risco ou dúvidas); *acessibilidade* (facilidade acesso aos serviços, tanto por razões físicas quanto funcional); *comunicação* (comunicação de forma adequada a todos os públicos) e *empatia* (ter interesse pelo usuário e suas necessidades, interesse real).

Estudos subsequentes levaram a um aprimoramento desta escala, sendo definidas cinco dimensões finais para avaliar qualidade de um serviço, sendo estas a: Tangibilidade, Confiabilidade; Responsividade; Segurança e Empatia^{27,28}.

Cronin e Taylor²⁹ propuseram um modelo diferente, e agora, não mais baseado nos pressupostos de Oliver²⁶ da diferença entre o que se espera e o que obtém de desempenho do serviço. Esta nova visão de ver a qualidade de um serviço pode ser exposta com a seguinte equação: $Q_i = D_i$

A esta nova escala foi atribuída o nome de SERVPERF, como uma alternativa ao instrumento SERVQUAL, mantendo os vinte e dois itens constantes nas cinco dimensões da qualidade em serviço, propostos por Parasuraman et al. (1988).

Os autores consideraram, com base em análises estatísticas, que esta nova escala apresentava superioridade sobre as demais, e que o SERVPERF se encontra mais condizente com os pressupostos teóricos.

Apesar das discordâncias entre os autores dos dois modelos (SERVQUAL e SERVPERF), o que motivou diversos estudos comparativos entre eles,³⁰⁻³³ eles continuam sendo os utilizados nas pesquisas de qualidade dos serviços, mediante a utilização de questionários³⁴.

A utilização das escalas SERVQUAL e SERVPERF na mensuração de qualidade nos serviços de saúde.

Diversas pesquisas de qualidade em serviços de saúde foram realizadas utilizando um dos dois questionários, com variações de ambiente de estudos, tais como hospitais^{35,36}, serviços odontológicos³⁷ e serviços de reabilitação^{25,38,39}.

Estes estudos foram precedidos por um processo de validação dos questionários adaptados aos serviços estudados, confirmando a possibilidade de sua utilização naquelas situações^{30,40}.

A facilidade decorrente da utilização de apenas um questionário, no caso do SERVPERF, é um fato que o torna mais facilmente executado, e, portanto preferível, que o modelo SERVQUAL, que exige uma entrevista pré-serviço, para medir a expectativa, e uma posterior ao serviço para mensurar o desempenho⁴¹. Deve-se enfatizar a considerável vantagem de utilização da escala SERVPERF que é a redução das questões a serem respondidas pelos entrevistados, simplificando sobremaneira a operacionalização da pesquisa e, também, evitando a desmotivação do respondente devido ao grande número de questões³³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cultura de qualidade é uma das características dos nossos tempos. Nestes cem anos muito se evoluiu em termos de objeto do processo de qualidade, dos estudos iniciais de Shewhart, Deming e Juran sobre o controle do processo produtivo até a valorização da subjetividade no processo avaliativo da qualidade, tem-se procurado identificar aquilo que traz satisfação para o consumidor do produto ou serviço ofertado.

Os serviços de saúde não poderiam ficar a parte desta evolução na relação entre o processo produtivo de coisas ou serviços e os compradores ou usuários deles. A qualidade, ainda que de difícil conceituação e mensuração, é um valor cada vez mais apreciado em nossa sociedade e, portanto, deve estar sempre entre as primeiras preocupações daqueles que produzem coisas ou serviços.

Embora a mensuração de um valor tão subjetivo quanto a qualidade seja algo difícil e desafiador, diversos estudos existem neste sentido. A adoção de escalas que procuram identificar as diversas dimensões que compõem a qualidade constitui uma boa opção metodológica. Entre estas escalas já testadas validadas encontram-se os modelos SERVQUAL e SERVPERF, sendo este último o mais utilizado.

REFERÊNCIAS

1. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. Aristóteles. São Paulo: Ed. Nova Cultural; 1996. p. 118-319.
2. Tironi LF, Silva LCE, Vianna SM, Medici AC. *Crítérios para a geração de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público*. Rio de Janeiro: IPEA-MEFP; 1991.
3. Hotelling H. Economic Control of Quality of Manufactured Product: An Review. *Journal of the American Statistical Association* 1932 Jun 1;27(178):215-7.
4. Shewhart WA. Economic control of quality of manufactured product. Disponível em: <<http://babelhathitrust.org/cgi/pt?id=wu89047216890;view=1up;seq=1> 1931>. Acesso em 05-11-2014.
5. Machado JF. *Método Estatístico: Gestão de Qualidade para Melhoria Continua*. São Paulo: Saraiva; 2010.
6. Deming WE. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva; 1990.
7. Deming WE. *Out of the crisis*. Massachusetts: MIT; 2000.
8. Gomes PJP. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD* 2004;6-18.
9. Juran JM, Godfrey AB. *Juran's Quality Handbook*. 5ª ed. New York: McGraw-Hill; 1999.
10. Ishikawa K. *Controle de Qualidade Total: A Maneira Japonesa*. Rio de Janeiro: Campus; 1993.
11. Feigenbaum AV. *Controle de Qualidade Total*. São Paulo: Makron Books; 1994.
12. Crosby PB. *Quality is free*. New York: Mentor Books; 1992.
13. Crosby PB. *Qualidade: Falando sério*. São Paulo: Makron Books; 1990.
14. Gönroos C. A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing* 1984 Apr 1;18(4):36-44.
15. Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J Fam Pract* 1979 Aug;9(2):277-84.

16. Contrandiopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz, editor. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 29-47.
17. Vuori H. Research needs in quality assurance. Qual Assur Health Care 1989;1(2-3):147-59.
18. Bosi MLM, Affonso KC. Citizenship, people's participation, and health: beneficiaries of the public health services network have their say. Cad Saude Publica 1998 Apr;14(2):355-65.
19. Uchimura KY, Bosi ML. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cad Saude Publica 2002 Nov;18(6):1561-9.
20. Lima CRM. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. RAP-Revista de Administração Pública 1998;38(2):62-73.
21. Assada RM. A equipe como vetor de qualidade. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/ricardo/artricarado9.htm>>. 2001. Acesso em: 19-11-2014.
22. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. The Journal of Marketing 1985;49(4):41-50.
23. D'Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm 2006;59(1):84-8.
24. Angelo MLB. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. RAS 2011;13(52):157-64.
25. Fadel MAV, Regis Filho GI. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. RAP-Revista de Administração Pública 2009;43(1):07-22.
- 26). Oliver RL. A Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. Journal of Marketing Research 1980;17(4):460-9.
27. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A Multi-item Scale Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing 1988;64(1):12-37.
28. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Refinement and Reassessment of SERVQUAL scale. Journal of Retailing 1991;67(4):420-50.
29. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. Journal of Marketing 1992;56(3):55-68.
30. Bayraktaroglu G, Atrek B. Testing the superiority and dimensionality of SERVQUAL vs. SERVPERF in higher education. The Quality Management Journal 2010;17(1):47.
31. Lewlyn LRR, Gopalakrishna B, Varambally KVM, Farahnaz GM. Comparison of SERVQUAL and SERVPERF metrics: an empirical study. The TQM Journal 2011 Oct 4;23(6):629-43.

32. Miguel PAC, Salomi GE. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista Produção* 2004;14(1):12-30.
33. Salomi GGE, Miguel AC, Abackerli AJ. SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gestão e Produção* 2005;12:279-93.
34. de Faria LFP, Freitas ALP, Molina-Palma MA. Qualidade em serviços sob a perspectiva dos métodos SERVQUAL e SERVPERF: um estudo bibliométrico. *Gepros: Gestão da Produção, Operações e Sistemas* 2015;10(3):53.
35. Pedrosa RCV. Avaliação da qualidade em um serviço público de saúde com a aplicação do modelo de kano e servperf. Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
36. Chaprão MF. Satisfação do cliente-cidadão como medida da qualidade do serviço de um hospital público infantil brasileiro. Brasília: Uniceub; 2015.
37. Matsubara SM. Diretrizes Estratégicas para uma Clínica Odontológica Politécnica-USP; 2009.
38. Dehanov SF. Avaliação da Qualidade de Serviço numa Unidade de Saúde de Reabilitação. Lisboa: UAL; 2013.
39. Moraes DR. Avaliação da Qualidade dos serviços hospitalares com a adaptação do Modelo SERVQUAL em dois hospitais de Bauru/SP. Baurú: Universidade Estadual Paulista; 2012.
40. da Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção* 2010;11(2):85-103.
41. Freitas ALP, Cozendey MI. Um modelo SERVPERF para avaliação de serviços hospitalares. 2008 p. 1-13.