UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

HELIELZE DA CUNHA SILVEIRA ALVES DA SILVA

**Proposta de sistematização para avaliação da prestação de
serviços oferecidos por uma equipe Saúde da Família utilizando a
escala SERVQUAL**

São Carlos

2016

HELIELZE DA CUNHA SILVEIRA ALVES DA SILVA

Proposta de sistematização para avaliação da prestação de serviços oferecidos por uma equipe Saúde da Família utilizando a escala SERVQUAL

Dissertação apresentada a Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Área de concentração: Processos e Gestão de Operações

Orientador: Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti

São Carlos

2016

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

S586p

Silva, Helielze da Cunha Silveira Alves da
Proposta de sistematização para avaliação da
prestação de serviços oferecido por uma equipe saúde da
família utilizando a escala SERVQUAL / Helielze da
Cunha Silveira Alves da Silva; orientador Marcel
Andreotti Musetti. São Carlos, 2016.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação
em Engenharia de Produção e Área de Concentração em
Processos e Gestão de Operações -- Escola de Engenharia
de São Carlos da Universidade de São Paulo, 2016.

1. Programa saúde da família. 2. Estratégia saúde
da família. 3. Equipe saúde da família. 4. GAP. 5.
SERVQUAL. 6. Qualidade. 7. Serviços na saúde. I.
Título.

FOLHA DE JULGAMENTO

Candidata: Engenheira **HELIELZE DA CUNHA SILVEIRA ALVES DA SILVA.**

Título da dissertação: "Proposta de sistematização para avaliação da prestação de serviços oferecido por uma equipe Saúde da Família utilizando a escala SERVQUAL".

Data da defesa: 26/01/2017.

Comissão Julgadora:

Resultado:

Prof. Dr. **Marcel Andreotti Musetti**
(Orientador)
(Escola de Engenharia de São Carlos/EESC)

APROVADA

Prof. Dr. **José Carlos de Toledo**
(Universidade Federal de São Carlos/UFSCar)

APROVADA

Profa. Dra. **Lillian do Nascimento Gambi**
(Universidade Federal de Viçosa/UFV)

Aprovada

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção:
Prof. Associado **Aldo Roberto Ometto**

Presidente da Comissão de Pós-Graduação:
Prof. Associado **Luis Fernando Costa Alberto**

Aos meus pais,

João Donizeti Pedro e Patrícia da Cunha Silveira.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me proporcionar esta oportunidade e me consagrar com suas bênçãos.

À minha família e ao meu noivo, em especial aos meus pais João Donizeti Pedro e Patricia da Cunha Silveira, por todo o apoio, incentivo e compreensão nesta etapa de minha vida.

Ao Professor Marcel Andreotti Musetti, por transferir seu conhecimento no decorrer desta orientação.

Aos professores membros da comissão julgadoras do exame da qualificação, Walter, Fabio Guerrini, pelas contribuições para a melhoria desta pesquisa.

Aos professores membros da comissão julgadora da defesa, Lilian Gambi, José Carlos Toledo pelas contribuições para a melhoria desta pesquisa.

Aos professores e funcionários do Departamento de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia de São Carlos, em especial a Sueli Regina Ferreira e Jessyca Aparecida Duarte.

Aos funcionários da biblioteca da Escola de Engenharia de São Carlos, em especial a Elena Luzia Palloni Gonçalves.

Aos colegas de laboratório de Gestão de Operações, em especial as amigas Catarina Barbosa Careta e Nadya Galo que me acolheram e me concederam a oportunidade de aprender mais nesta nova etapa de minha vida.

Ao amigo e professor de graduação Luiz Carlos de Marino Schiavon, pelo apoio no ingresso na pós-graduação.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde do município estudado que se prontificaram em atender ao nosso pedido para que fosse possível realizar o teste piloto.

E a todos aqueles que de alguma forma ajudaram na conclusão deste trabalho, meu muito obrigado.

RESUMO

SILVA, H. C. S. A. **Proposta de sistematização para avaliação da prestação de serviços oferecidos por uma equipe saúde da família utilizando a escala SERVQUAL.** 2016. 177p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2016.

A investigação está fundamentada no estudo de satisfação dos usuários quanto ao serviço de saúde prestado pela equipe Saúde da Família (eSF) para analisar as diferenças existentes entre a expectativa e as percepções dos usuários através das cinco dimensões (elementos tangíveis, confiabilidade, empatia, responsividade e segurança) identificando assim, as dimensões com pontuação negativa que ocasiona a abertura do *gap* 5. O trabalho também requer a aplicação de questionários devidamente estruturado para identificar quais são os *gaps* (lacunas) 1, 2, 3 e 4 existentes dentro da Unidade Saúde da Família (USF) avaliando os profissionais que compõem a eSF, para que seja possível diminuir o *gap* 5. O objetivo do estudo é propor uma sistematização para que seja utilizada por gestores para análise do serviço de saúde prestado pela equipe nas áreas de um município no interior do estado de São Paulo que estão parcialmente cobertas pelo PSF. Neste estudo foi utilizada pesquisa bibliográfica para elaboração da sistematização e uma possível aplicação dos questionários de *gaps* com os profissionais que compõe a eSF e da escala SERVQUAL com os usuários da USF, analisando as lacunas existentes nestes dois focos de estudo (profissionais responsáveis pela USF e usuários). Como resultado a sistematização é composta por uma sequência de passos e etapas servirá como suporte para aqueles que tem o interesse em identificar lacunas, verificando quais *gaps* estão abertos e com isto, a partir dos questionários aplicados verificar o porquê isto ocorre e aplicar uma ação para diminuir estas lacunas identificadas. Para aplicar a escala SERVQUAL e identificação dos *gaps* foi necessário adequar algumas afirmações para condizer mais próximo da realidade das unidades que foram analisadas. A sistematização tem como intuito avaliar a qualidade da prestação dos serviços de atendimento dos profissionais envolvidos e também a diferença do que os usuários esperam e percebem com relação ao atendimento, buscando preencher o viés teórico e prático.

Palavras-chave: Programa saúde da família. Estratégia Saúde da Família. Equipe saúde da família. Gap. SERVQUAL. Qualidade. Serviços na saúde.

ABSTRACT

SILVA, H. C. S. A. **Proposal for systematizing evaluation of performance offered by a Family health team using a SERVQUAL scale.** 2016. 177p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2016.

The research is based on the study of the users' satisfaction with the health service provided by a Family Health Team (eSF) to analyze the differences between users' expectations and perceptions through the five dimensions (the tangible aspects, reliability, empathy, responsiveness and safety) thus identifying the dimensions with negative score causing the *gap* 5. The project requests a survey properly structured to identify what are the *gaps* 1, 2, 3 e 4 existing within Family Health Unit (USF) evaluating the professionals who make up the eSF in order to be possible to decrease the *gap* 5. The study's objective is to create a sistematization to be used by managers to analyse the health service provided by the team in the areas of a municipality in the countryside of the state of São Paulo that is partially covered by the PSF. On this study was used bibliografic research to the elaboration of sistematization and a possible application of *gaps* surveys with professionals that make up the eSF and SERVQUAL scale with USF's users, analyzing the existing *gaps* in these two foci areas (professionals responsible for the USF and users). As a result the sistematization is compose of a sequence of steps that will serve like a support for those who have interest to identify *gaps*, checking what *gaps* are open and, from the surveys applied verify why these occur and apply an action to decrease these *gaps*. To apply the SERVQUAL scale and the identification of *gaps* was necessary to adapt some affirmations in order to better suit the reality of the units analyzed. The sistematization is intended to evaluate the quality of the service provided by the professionals involved and also the difference of what users expect and receive from their attendance, looking to fill the theoretical and practical bias.

Keywords: Family Health Program. Family Health Strategy. Family Health team. Gap. SERVQUAL. Quality. Health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS.....	31
Figura 2	Sete lacunas na qualidade que resultam em insatisfação do cliente.....	40
Figura 3	Resumo das dez dimensões da qualidade de serviços.....	52
Figura 4	Modelo conceitual (<i>gap</i>) de qualidade em serviços.....	59
Figura 5	Discrepância entre expectativas dos clientes e percepção do serviço.....	63
Figura 6	O modelo de <i>gap</i> estendido para a qualidade dos serviços.....	66
Figura 7	Modelo de entrega em serviços na saúde.....	70
Figura 8	Diferença do <i>gap</i> 1 entre o modelo de Parasuraman e Perrott.....	74
Figura 9	Diferença do <i>gap</i> 2 entre o modelo de Parasuraman e Perrott.....	75
Figura 10	Diferença do <i>gap</i> 3 entre o modelo de Parasuraman e Perrott.....	76
Figura 11	Diferença do <i>gap</i> 4 entre o modelo de Parasuraman e Perrott.....	77
Figura 12	Diferença do <i>gap</i> 5 entre o modelo de Parasuraman e Perrott.....	78
Figura 13	Modelo de processo para medição e melhoria contínua da qualidade do serviço.....	84
Figura 14	Ilustração aplicada junto aos usuários de como eles imaginam que deveria ser a eSF.....	86
Figura 15	O que é a ESF.....	87
Figura 16	Fatores que serão priorizados em cada <i>gap</i>	97
Figura 17	Modelo conceitual (<i>gap</i>) de qualidade em serviços aplicado no Programa Saúde da Família (PSF).....	99
Figura 18	Fatores <i>gap</i> 1.....	106
Figura 19	Fatores <i>gap</i> 2.....	107
Figura 20	Fatores <i>gap</i> 3.....	115
Figura 21	Fatores <i>gap</i> 4.....	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Resumo dos modelos de qualidade da literatura.....	42
Quadro 2	Os elementos de um programa de pesquisa de marketing de serviços eficaz, para a escala SERVQUAL.....	50
Quadro 3	Determinantes da qualidade proposta inicial dos pesquisadores.....	51
Quadro 4	Riscos de falhas em serviços de saúde.....	72
Quadro 5	Aplicação do check list com os usuários entrevistados.....	85
Quadro 6	Questionário da escala SERVQUAL para mensurar a expectativa do usuário da USF.....	88
Quadro 7	Questionário da escala SERVQUAL para mensurar a percepção do usuário da USF.....	91
Quadro 8	Avaliação da importância de cada dimensão pelo usuário da USF.....	93
Quadro 9	Número de afirmações incluídas em cada dimensão.....	95
Quadro 10	Exemplo de avaliação da importância da dimensão empatia pelo usuário do PSF.....	95
Quadro 11	Questionário que avalia o que os coordenadores acreditam que seria importante para os usuários sobre o atendimento de uma unidade “excelente”.....	101
Quadro 12	Exemplo de avaliação da importância de cada dimensão pelo coordenador da USF.....	104
Quadro 13	Questionário dos fatores do <i>gap</i> 1.....	106
Quadro 14	Questionário dos fatores do <i>gap</i> 2.....	108
Quadro 15	Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 1 e 2 aplicados à Unidade.....	111
Quadro 16	Questionário dos fatores do <i>gap</i> 3.....	116
Quadro 17	Questionário dos fatores do <i>gap</i> 4.....	119
Quadro 18	Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 3 e 4.....	120

Quadro 19	Conjunto de afirmações dos antecedentes dos <i>gaps</i> 1 e 2.....	129
Quadro 20	Conjunto de afirmações dos antecedentes dos <i>gaps</i> 3 e 4.....	130
Quadro 21	Perfil dos atores.....	133
Quadro 22	Comparação das sobreposições quanto ao que foi utilizado pelo Ministério da Saúde, o que é utilizado e a escala SERVQUAL estudada nasistematização.....	138
Quadro 23	Cálculo da SERVQUAL com os usuários da USF A.....	143
Quadro 24	Média por dimensões com os cinco usuários entrevistados da USF A.....	144
Quadro 25	Cálculo da escala SERVQUAL com o coordenador da USF A e a diferença da média da escala SERVQUAL com os usuários entrevistados.....	145
Quadro 26	Cálculo dos antecedentes potenciais <i>gap</i> 1 e <i>gap</i> 2 com o coordenador da USF A.....	145
Quadro 27	Cálculo dos antecedentes potenciais (<i>gap</i> 3 e <i>gap</i> 4) com os profissionais da USF A.....	146
Quadro 28	Cálculo da escala SERVQUAL com o coordenador da USF F e a diferença da média da escala SERVQUAL com o usuário entrevistado 131.....	147
Quadro 29	Cálculo dos antecedentes potenciais (<i>gap</i> 1 e <i>gap</i> 2) com o coordenador da USF F.....	147
Quadro30	Cálculo dos antecedentes potenciais (<i>gap</i> 3 e <i>gap</i> 4) com os profissionais da USF F.....	148
Quadro31	Cálculo da escala SERVQUAL com os usuários da USF G.....	148
Quadro32	Média por dimensões com os cinco usuários da USF G.....	149
Quadro33	Cálculo da escala SERVQUAL com o coordenador da USF G e a diferença da média da escala SERVQUAL com os usuários entrevistados.....	150
Quadro34	Cálculo dos antecedentes potenciais (<i>gap</i> 1 e <i>gap</i> 2) com o coordenador da USF G.....	150
Quadro 35	Cálculo dos antecedentes potenciais (<i>gap</i> 3 e <i>gap</i> 4) com os profissionais da USF G.....	151

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atendimento Básico de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Auto Avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da estratégia saúde da família
APS	Atenção Primária de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DI	Demanda Imediata
DRS	Departamento Regional de Saúde
eAB	equipe de Atenção Básica
eCR	equipe Consultório na Rua
ESB	Equipe da Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SERVQUAL	<i>Service Quality Gap Analysis</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	24
1.1 Contextualização do Problema de Pesquisa	24
1.2 Objetivos Específicos.....	27
1.3 Justificativas	27
1.4 Desenvolvimento da Pesquisa	28
1.5 Estrutura do Trabalho	29
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	30
2.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)	30
2.2 Criação do PSF e Implantação da ESF	32
2.3 Conceitos Principais de Serviços	38
2.4 Qualidade em Serviços	38
2.5 Caracterização de Serviços na Saúde	47
2.6 Qualidade em Serviços na Saúde	48
2.7 Service Quality <i>Gap</i> Analysis (SERVQUAL)	50
2.8 Modelo de <i>gap</i>	56
2.9 Modelo Estendido de Qualidade de Serviços.....	65
3 COMPARANDO OS MODELOS DE GAP DESENVOLVIDO POR PARASURAMAN, (1985) E <i>gap</i> NA SAÚDE DESENVOLVIDO POR PERROTT, (2011)	70
4 MÉTODO DA PESQUISA	79
4.1 Caracterização do Método de Pesquisa.....	79
5 FASES DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	82
5.1 Fundamentação Teórica.....	82
5.2 Desenvolvimento de uma Sistematização	82
5.3 Aplicação da Sistematização – Teste Piloto	83
6 APLICAÇÃO DO TESTE PILOTO	132

6.1	Localização do Estudo.....	132
7	ANÁLISE DE RESULTADOS	136
7.1	Comparação da Sistematização com os Instrumentos Utilizados pela USF	136
7.2	Análise da Aplicação da Sistematização - Teste Piloto	143
8	CONCLUSÕES.....	154
8.1	Quanto aos Objetivos e Resultados Obtidos	154
8.2	Quanto às Limitações da Pesquisa	156
8.3	Sugestões para T1rabalhos Futuros	156
	REFERÊNCIAS	158
	APÊNDICES.....	164
	ANEXOS.....	172

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo introdutório apresenta os problemas e as questões que direcionam o trabalho, os objetivos principais, as justificativas para sua elaboração.

1.1 Contextualização do Problema de Pesquisa

Para auxiliar na contribuição para melhoria do atendimento público de saúde os gestores buscam se especializar a fim de sanarem alguns problemas encontrados no cotidiano, tais como: falta de médicos, alocação deficitária de recursos básicos para atendimento, falta de leitos, geração de filas, entre outros. Todos estes problemas estão interligados com a qualidade do serviço entregue e percebida pelo usuário.

Após 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), foram identificados inúmeros desafios que precisam ser enfrentados, e as manifestações que ocorreram em junho de 2013 comprovaram a insatisfação dos usuários perante o SUS quanto a qualidade do serviço prestado (VAZ MENDES; BITTAR, 2014).

A saúde pública no país encontra-se desgastada e insuficiente para atender as necessidades dos usuários, este problema ocorre há mais de vinte e cinco anos, tornando-se um problema cíclico. De acordo com uma entrevista concedida pelo ministro da saúde Arthur Chioro à H. Braun, locutor, em 2015 *“aumentar os recursos não resolverão o problema da saúde no país, o que ocorre é um problema de gestão nos serviços de saúde pública nas quais o ministério da saúde não executa as políticas, o ministério por sua vez faz apenas a coordenação interna”*. Tal afirmação foi em decorrência de várias manchetes e que resultou na declaração acima concedida pelo próprio ministro.

Para a origem dos problemas alguns apontam como sendo a má gestão e outros acreditam ser a falta de verbas. No relatório de 2003 divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil situa-se no 3º lugar entre os países que menos destinam verbas para a área da saúde na América Latina. Em 2001, o país gastou cerca de 8,8% de seu orçamento com a saúde, estando à frente apenas do Paraguai e da República Dominicana. Para efeito comparativo, em 2000 a Argentina havia investido 21,3% nesse mesmo setor. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde mostram que os investimentos do Brasil no setor estão aumentando, porém de maneira modesta, sendo que em 2000 o total de despesas na saúde

financiadas por recursos próprios foi de 3,09% do Produto Interno Bruto (PIB); 3,33% em 2001 e 3,53% em 2002 e em 2011 o gasto nacional total em saúde no país está em torno de 8% do PIB (COUTO; PEDROSA, 2007; SILVA, 2011). Por conseguinte, a falta de verbas não é o único ou o principal problema observado.

Outra pesquisa realizada pelo instituto Datafolha a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM) em agosto de 2014 apontou que 93% dos eleitores brasileiros estão insatisfeitos com a qualidade oferecida pelo Sistema de Saúde tanto público quanto o privado, e quando nos referimos aos usuários do SUS a taxa de insatisfação é de 87%. Ao analisar estes dados alarmantes se torna imprescindível a necessidade de estudos com ênfase na saúde pública do país que é de extrema importância para tentar desenvolver uma diretriz a ser seguida para atender as necessidades dos usuários, respondendo dessa forma as suas expectativas.

O SUS tem como estrutura de níveis de atenção aos seus usuários descritos como: básica, média e alta complexidade. A atenção básica foi definida como “a porta de entrada do sistema e centro ordenador das redes de atenção”. As ações da atenção primária estão inclusas no Programa Saúde da Família (PSF), que tem por objetivo principal realizar os primeiros contatos entre o paciente e o profissional de saúde, mediante suporte da qualidade dos serviços fornecidos (MOREIRA et al., 2015).

O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994, porém só foi consolidado em 1998 como Estratégia Saúde da Família (ESF) com intuito de priorizar grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. A ESF no Brasil é composto por uma equipe de saúde que é formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a partir do ano 2000 foram incluídas as equipes de saúde bucal (BRASIL, 2006).

Junto com esta percepção ampliada sobre saúde, a mesma foi firmada como direito e foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e centralizadas. A construção de redes tornou-se então, uma estratégia indispensável que permite a criação de múltiplas propostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (BRASIL, 2009).

As redes públicas locais possuem características gerais, como por exemplo: natureza, estrutura e desempenho da rede considerando-se que estas redes são atualmente compostas pelo Departamento Regional de Saúde (DRS). É possível observar que o objetivo da DRS é satisfazer a demanda da população com qualidade ou não, ou seja, atendendo as expectativas do usuário ou não (SPAN et al., 2012).

A implantação das redes básicas de saúde são como sistemas integrados de atenção a qual atenderia uma população pré-definida de maneira coordenada, para tentar dessa forma sanar a precariedade existente na atenção secundária e terciária (de urgência/emergência, de internação geral e especializada ou de especialidades ambulatoriais respectivamente) (VAZ MENDES; BITTAR, 2014). Seguindo o mesmo objetivo imposto pelo Ministério da Saúde ao desenvolver as redes básicas de saúde, o PSF foi um programa criado pelo Governo Federal como estratégia para fortalecer o sistema de saúde brasileiro, a fim de erradicar os problemas de saúde na esfera municipal, dentre eles: a falta de atendimento primário aos usuários e encaminhamento as consultas especializadas (MOREIRA et al., 2015).

A partir dessa informação, este trabalho buscou desenvolver uma sistematização para analisar as expectativas e percepções dos usuários do Atendimento Básico de Saúde (ABS) que atualmente está interligado com a ESF e também verificar as lacunas (*gaps*) existentes dentro do Programa. O primeiro modelo de *gap* foi proposto por Parasuraman; Zeithaml e Berry (1985), sendo que este modelo de *gap* e a escala SERVQUAL foram os instrumentos mais utilizados para se estudar a qualidade em serviços. O trabalho desses três autores se tornou referência para outros pesquisadores da área (LOURES, 2009; MAURI; MINAZZI; MUCCIO, 2013).

Alguns fatores estão relacionados para determinar a qualidade em serviços, como: qualidade esperada e a qualidade percebida pelos usuários após execução do serviço prestado e também a qualidade oferecida pela equipe Saúde da Família (eSF) que compõe o SUS.

Diante deste contexto, a satisfação do cliente é um critério sobre a qualidade do serviço prestado que não pode ser visto, tocado ou sentido caracterizando-se como intangíveis diferentemente dos bens físicos. Esta satisfação é constituída na representação de certas dimensões da qualidade (confiabilidade, empatia, tangibilidade, responsividade e segurança), que compõem os fatores determinantes da qualidade dos serviços (MOREIRA et al., 2015).

A questão de pesquisa que se apresenta frente à problemática observada é: Qual a percepção e a expectativa dos usuários quanto ao atendimento da eSF mediante análise das dimensões de avaliação (elementos tangíveis, confiabilidade, empatia, responsividade e segurança)? Outra avaliação a ser feita será para descobrir os *gaps* que impactam no atendimento que é entregue pelas equipes Saúde da Família aos usuários.

1.2 Objetivos Específicos

Com intuito de responder à questão proposta, declara-se o seguinte objetivo:

Propor uma sistematização para que seja feito a avaliação do serviço de saúde prestado pelas equipes de Saúde da Família. Buscando, dessa forma, identificar os *gaps* com base na proposta da escala SERVQUAL para analisar o que é esperado e percebido pelo usuário quanto ao serviço de saúde prestado pela eSF e mensurar a qualidade do serviço em questão.

1.3 Justificativas

De modo geral, o trabalho tem como justificativa a importância da qualidade para as organizações prestadoras de serviços, sendo que a entrega de um serviço de qualidade é um fator dominante para o sucesso, conhecimento e sobrevivência no ambiente competitivo.

A partir da análise dos modelos de *gaps* e também do instrumento SERVQUAL proposto desde a década de 80 que podem auxiliar na identificação de *gaps* existentes dentro das equipes, podendo assim melhorar a gestão dos serviços de saúde através de um impacto positivo para os usuários do SUS, avaliando e executando as melhorias do atendimento.

São encontrados, de maneira geral na literatura, pesquisas quantitativas com a utilização do instrumento SERVQUAL. Todavia, o presente trabalho utilizou pesquisa bibliográficas para estudar os *gaps* existentes dentro do setor de serviço, para possibilitar a construção da sistematização e assim, fazer a aplicação do teste piloto, fazendo também um comparativo do presente trabalho com os instrumentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

O tema do trabalho teve como interesse inicial a carência acadêmica na análise da migração das UBS para ESF sendo composta por equipes Saúde da Família (eSF), de que maneira é estruturada, qual a sua abrangência, como o serviço fornecido pela equipe aos usuários são realizados e qual o nível de qualidade deste atendimento. Tendo em vista que, de acordo com pesquisas realizadas anteriormente, observou-se que vários autores pesquisaram e aplicaram a escala SERVQUAL em diversas áreas do segmento de mercado, porém em unidades de saúde a escala foi pouco utilizada. E quanto a carência prática, o desenvolvimento da sistematização tem como intuito auxiliar na utilização de uma sequência a ser seguida pelos gestores para uma melhoria de qualidade oferecida aos usuários.

Este trabalho visa atender não apenas a comunidade acadêmica, como também trazer melhorias para as Unidades Saúde da Família do município estudado localizado no interior do estado de São Paulo que foi escolhido tendo em vista a facilidade do contato para uso do teste piloto como os objetos deste trabalho:

- a) Aos pesquisadores da qualidade de serviços na saúde;
- b) As faculdades/universidades interessadas em ampliar o conhecimento sobre o tema através do presente trabalho desenvolvido e possibilitar a aplicação do teste piloto em questão;
- c) Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e também aos gestores das unidades em reduzir os *gaps* encontrados;
- d) Propor acessibilidade a novas metodologias e aplicações;
- e) Aos usuários e profissionais da unidade na compreensão de como podem auxiliar na melhoria da qualidade de atendimento básico mediante utilização da escala SERVQUAL.

Com esta apresentação houve o interesse neste tema de pesquisa em serviços de saúde sendo um ponto de partida para um trabalho estruturado entre serviços de maneira geral e a qualidade aplicada nele, qualidade em serviços na saúde e atendimento primário do pertencente ao SUS.

1.4 Desenvolvimento da Pesquisa

Após a apresentação do objetivo do trabalho, é possível verificarmos que o mesmo é composto por três fases. No início foi realizada uma revisão bibliográfica junto à algumas bases de dados referentes aos conceitos que compreendem o tema do trabalho. Com essa revisão foi possível identificar quais são os instrumentos utilizados na qualidade em serviços e em serviços na saúde para que pudessem atender às necessidades, expectativas e qualidade percebida pelo usuário e também corpo clínico, identificando as envolvidas.

Na segunda fase foi desenvolvido a proposta da sistematização para sua utilização como um instrumento de coleta de dados para verificar como é a qualidade do atendimento dentro das USF perante os usuários e análise de *gaps* junto aos profissionais envolvidos.

Na terceira fase, foi feito a elaboração do teste piloto que serviu como base para a composição dos resultados quanto aos requisitos identificados na literatura e da formulação da conclusão deste trabalho.

1.5 Estrutura do Trabalho

Composto juntamente com o capítulo introdutório que exhibe os aspectos principais da investigação científica, como o problema e a questão de pesquisa; os objetivos, as justificativas e também as fases de desenvolvimento do trabalho, existe também mais seis capítulos que fundamentam o texto.

A revisão bibliográfica está estruturada no capítulo 2 no qual é apresentado os principais conceitos que direcionam o trabalho: PSF/eSF e UBS, serviços e caracterização de serviços na saúde; qualidade em serviços e qualidade em serviços na saúde; SERVQUAL; *gaps*.

No capítulo 3, é apresentado a comparação do modelo de *gap* desenvolvido por Parasuraman (1985) e *gap* na saúde desenvolvido por Perrot (2011).

No capítulo 4, é apresentado o método utilizado para o desenvolvimento do trabalho, expondo suas características e principais fases de execução, mediante definição do instrumento de coleta de dados.

No capítulo 5, é apresentado fases de desenvolvimento da pesquisa e uma sistematização contendo a proposta e recomendações da utilização do teste piloto que propõe a aplicação de *gaps* em USF juntamente com a escala SERVQUAL.

No capítulo 6, é apresentado a aplicação do teste piloto, contendo os atores que responderam aos questionários.

No capítulo 7, é apresentado a análise dos resultados da aplicação do teste piloto nas USF estudadas. Comparando também com os instrumentos que foi/é utilizado pelo Ministério da Saúde.

No capítulo 8, apresenta-se as considerações finais, com as contribuições e limitações do trabalho e também sugestões para trabalhos futuros.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Unidade Básica de Saúde (UBS)

A atenção básica tem como característica o conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, englobando a: promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento e reabilitação. Sendo que, foi desenvolvido mediante exercício de práticas de cuidado e gestão; democráticas; participativas; sob forma de trabalho em equipe e; com o mais alto grau de descentralização. Desta maneira, a atenção básica é definida como a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2012; MOREIRA et al., 2015).

O SUS admite a constituição de uma rede de serviços organizada de maneira regionalizada e hierarquizada, para que assim tenha um maior conhecimento dos problemas existentes na área da saúde de uma dada região, como por exemplo: em atendimentos ambulatoriais (BOTTI; SCOCHI, 2006; SOLLA; CHIORO, 2008). Segundo Span et al. (2012), o desempenho das redes públicas está sendo estudado na literatura.

A tendência destas redes é a descentralização de políticas governamentais de nível nacional para políticas governamentais estaduais e municipais visto que, com a governança local a capacidade de governar é mais adequada de acordo com a realidade de cada região, atendendo da melhor maneira possível a necessidade dos usuários. A organização do SUS é construído principalmente por redes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tendo como prioridade a atenção básica (BOTTI; SCOCHI, 2006).

O primeiro acesso da população a esta rede deve acontecer no nível primário, que tem como intenção sanar os principais problemas que demandam os serviços na saúde, e quando os problemas não forem resolvidos neste nível, o usuário deve ser transferido para serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares. A figura 1 mostra como é esta lógica organizacional devido à regionalização do SUS (SOLLA; CHIORO, 2008).

Figura 1 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS
Fonte – Solla e Chioro (2008)

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2004), a assistência prestada pela UBS pode reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, em especial os de maior complexidade, reservando desta maneira, os recursos públicos para garantir realmente os procedimentos necessários. O SUS tem como interesse fazer com que o atendimento básico consiga sanar quase 80 % dos problemas com a saúde. Isto acontece no atendimento primário pois, o paciente necessita dar entrada no sistema de saúde para fazer uma triagem destes pacientes permitindo a redução e sobrecarga dos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares de acordo com a demanda. A construção desta alternativa foi feita para priorizar a atenção básica e reestruturar todo o sistema, a rede básica foi escolhida por ser mais suscetível a mudanças.

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2004), a geração de problemas dentro da UBS é o excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, não esgotando as possibilidades diagnosticadas na rede básica, tornando assim, o sistema de saúde pouco eficaz sendo incapaz de atender ao usuário de modo correto.

Dentro das esferas de governo há um crescente consenso entre os gestores e os trabalhadores do SUS de que, a gestão dos recursos humanos afeta profundamente a qualidade e o desempenho dos serviços prestados e por consequência, o grau de satisfação dos usuários. Há também uma evidencia científica sobre uma grave crise da situação de trabalho dos profissionais de saúde do SUS, sendo este, desde a questão salarial, carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais (COTTA et al., 2006). Pode-se mencionar que tanto

esta crise, quanto a satisfação dos usuários estão interligados com a estrutura de gestão da atenção básica que contempla o encontro de dois eixos: vertical e horizontal (política nacional de saúde e a análise da situação de saúde nas cidades respectivamente), podendo ser um modelo compatível de gestão da atenção básica (PAIM; 2003).

2.2 Criação do PSF e Implantação da ESF

Segundo Moreira et al. (2015), as ações de atenção primária estão inclusas no PSF que tem por objetivo realizar o primeiro contato entre o paciente e o profissional de saúde com suporte da qualidade de serviços disponíveis aos usuários. O PSF foi criado pelo governo federal para fortalecer o SUS e erradicar os problemas de saúde da esfera municipal (falta de atendimento primário e encaminhamento a consultas especializadas). Desta maneira, o PSF foi assumido pelo governo como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país (ELIAS et al., 2006).

Nas cidades aonde está implantado a ESF as crianças adoecem menos, as gestantes tem seu pré-natal garantido, os casos de hipertensão e diabetes são controlados e os idosos recebem mais atenção (BRASIL, 2001)

A implantação da Saúde da Família tem como início somente com o os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro das unidades de saúde. Ou então, pela implantação imediata da ESF. Em ambos os casos a lógica de implantação é a mesma como:

1. A decisão política é do prefeito da cidade;
2. Elaborar e discutir a proposta de implantação com o Conselho Municipal de Saúde;
3. Definir e mapear as áreas prioritárias;
4. Levantar o número de habitantes destas áreas;
5. Calcular o número necessário de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou de equipes Saúde da Família por área;
6. Selecionar, contratar e treinar os profissionais;
7. Cadastrar as famílias;
8. Diagnosticar os problemas de saúde da comunidade;
9. Organizar as rotinas das UBS.

Desde 1994, o PSF está sendo implantado em todo o país pelo Ministério da Saúde com o intuito de incluir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, com uma maior integração e racionalidade quanto a utilização do sistema de saúde dos níveis de maior complexidade assistencial, sendo mais resolutiva com a capacidade de assistir aos problemas de saúde mais comuns (BRASIL, 2000).

Com este princípio operacional do PSF incorporada à UBS é possível reafirmar os princípios básicos do SUS e as equipes precisam conhecer a realidade da população (universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade) e a partir disto, cada equipe é responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 e deve respeitar os critérios de equidade para esta definição (BRASIL, 2000; 2012; CAETANO; DAINTE, 2002). Segundo Elias et al. (2006), em 2004 o PSF abrangia 80,2% dos municípios brasileiros cobrindo apenas 36,4% da população, sendo mais facilmente disseminada em cidades de pequeno e médio porte.

A equipe é responsável por um acompanhamento do número definido de famílias, localizados em uma área geográfica delimitada. A ESF é responsável sobre a saúde de uma população composta por 600 a 1000 (mil) famílias e não deve exceder o total de 4000 (quatro mil) pessoas moradoras de uma área geográfica definida (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, 2007).

A ESF tem a responsabilidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Há alguns princípios da estratégia conforme apresentado a seguir (BRASIL, 2005):

1. Caráter substitutivo: a ESF não propõe a criação de novas estruturas, ela substitui as práticas tradicionais de assistência com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a prevenção, promovendo a qualidade de vida da população;

2. Integralidade e intersetorialidade: a USF está inserida no âmbito da atenção básica, configurando-se como o primeiro contato da população com o sistema de saúde do município. A equipe deve atender aos requisitos essenciais da promoção de saúde e prevenção das doenças.

3. Territorialização: Com a atuação das equipes, a definição de micro-áreas para o acompanhamento das condições de vida e de saúde das famílias permite com a observação de eventuais desigualdades, executem uma atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis;

A implantação do PSF teve como motivação inicial a redução das desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde, ficando mais próxima das famílias, devido ao

atendimento ser nas unidades de saúde ou nos domicílios porém, há uma heterogeneidade quanto a sua implantação no território nacional (CAETANO; DAIN, 2002; MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2008). Quanto a motivação dos gestores de nível nacional seria que esta estratégia pudesse contribuir para a organização do SUS e o reordenamento do sistema, enquanto que para os gestores estaduais (secretários de estado da saúde e coordenadores) a motivação é contemplada por um potencial de mudança do modelo assistencial e para os gestores municipais (secretários e coordenação da atenção básica – ESF) apontam que a ESF pudesse de fato reorganizar a atenção básica (SOUZA, 2008).

A estratégia Saúde da Família estabelecem vínculos com a população, possibilitando o compromisso e co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em UBS.

As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e também na manutenção da saúde desta comunidade, com isto, é caracterizada como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, porque presta assistência integral, permanente e de qualidade realizando atividades de educação e promoção de saúde.

O Agente Comunitário da Saúde (ACS) é um dos moradores daquela rua, bairro ou região, que possui um bom relacionamento com os vizinhos, tendo condições de se dedicar oito horas por dia como ACS. Os agentes são capacitados para coletar informações de saúde sobre a comunidade onde mora e sob orientação do médico e enfermeira vai de casa em casa para anotar tudo o que pode para ajudar a saúde da comunidade, sendo que em sua grande maioria os agentes são mulheres (BRASIL, 2001).

É durante as visitas que são observadas as atividades diárias da família, sua alimentação, seus hábitos de higiene, saneamento, condições de moradia, do meio ambiente e os possíveis fatores de risco à saúde pertencente ao local. Para um diagnóstico mais preciso é necessário detalhes sobre quantidade de membros da família, escolaridade, situação conjugal, ocupação de cada um, por isto é importante a colaboração de cada usuário (BRASIL, 2001).

De acordo com Brasil (2012); Marques e Mendes (2002) e Monteiro, Figueiredo e Machado (2008), a ESF tem como um dos princípios básicos uma equipe multiprofissional, sendo composto por um médico generalista ou médico da família (conhecem pessoalmente as famílias de que tratam, sendo responsável pela saúde da comunidade); Um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família (acompanham e promovem a capacitação dos agentes e são co-responsáveis pela administração da unidade e ainda atuam na assistência) e;

Auxiliar ou técnico de enfermagem (prepara os usuários para exames, tratamentos e zela pela limpeza dos equipamentos) e; Cinco a seis ACS, podendo acrescentar a esta composição os profissionais da saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, esta equipe é implementada na maioria das estratégias Saúde da Família.

Segundo Elias et al. (2006), todavia as UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico. Há também a presença de médicos de diversas especialidades (dentre os quais oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, pneumologistas), distribuídos irregularmente pelas unidades. A demanda atendida se apresenta como espontânea e/ou encaminhada por outros serviços.

A diferença entre UBS e Unidade Saúde da Família (USF) desenvolvida pelo PSF vai muito além da mudança de nome, enquanto que nos postos e centros de saúde tradicionais é adotado um modelo passivo de atenção, limitados a encaminhar doentes para centros especializados ou hospitais, a eSF em atividade na USF identificam os problemas e necessidades das famílias e da comunidade, planejando, priorizando e organizando o atendimento.

Os profissionais que compõe a eSF dispõe de meios e profissionais capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde ali mesmo, na USF. Quando necessário a eSF faz atendimento em domicílio aos acamados e só nos casos excepcionais que representam em média menos de 15% do total atendido pela USF são encaminhados para unidades onde haja profissionais específicos (BRASIL, 2001).

Para garantir que as pessoas não fiquem doentes, é preciso fazer com que os usuários tenham acesso ao serviço de atenção básica como se dá a ESF: promoção da saúde, assistência básica e prevenção, cada pessoa da comunidade é assistida antes que os problemas se agravem ou então que apareçam. A eSF atribuiu algumas funções:

- ✓ Cadastrar todas as famílias que vivem nas áreas onde cada equipe atua, vinculando-as à UBS. Estas tarefas são realizadas pelos ACS (cadastramento) e pelos enfermeiros e médicos;
- ✓ Realizar o diagnóstico dos problemas de saúde destas famílias, a partir deste cadastramento, permitindo que a UBS esteja preparada para atendê-los;
- ✓ Acompanhar os grupos da população mais vulnerável a adoecer, por meio de ações programadas, com o objetivo de minimizar ou reduzir os riscos;

- ✓ Prestar assistência integral na UBS ou no domicílio, através de consultas médicas e de enfermagem;

- ✓ Registrar dados para alimentar os sistemas de informação sobre os principais indicadores de saúde juntamente com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);

- ✓ Desenvolver atividades de educação em saúde.

Segundo o BRASIL (2005) a qualidade é atribuída de acordo com a experiência, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências. No ano de 2005, foi lançado o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), com o objetivo de impulsionar processos avaliativos e de melhoria da qualidade no âmbito municipal, sendo assim, uma melhoria de auto gestão na qual os gestores municipais aderem livremente (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente as normas e protocolos que organizam as ações e práticas. Considerando ainda, o atendimento as necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias e as respostas às necessidades definidas tecnicamente.

De acordo com o Brasil (2015), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ajuda na melhoria da qualidade da Atenção Básica, que é composta por uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica. Esta composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de Atenção Básica, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

As possibilidades de composição do NASF são: Assistente social; Profissional de educação física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; Terapeuta ocupacional; Médico ginecologista/obstetra; Médico homeopata; Médico pediatra; Médico veterinário; Médico psiquiatra; Médico geriatra; Médico internista (clínica médica); Médico do trabalho; Médico acupunturista; Profissional com formação em arte e educação e; Profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área da saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

As ações desenvolvidas pelo NASF tem então, via de regra, dois principais públicos-alvo: as equipes de referência apoiadas (eSF, eAB para populações específicas) e diretamente aos usuários do SUS.

2.3 Conceitos Principais de Serviços

Quanto ao apoio e referência bibliográfica do trabalho, a revisão bibliográfica inicial sobre teoria de serviços contempla a necessidade de se ter uma boa gestão em serviços para atender a qualidade do serviço oferecido e necessidades do cliente dentre outros quesitos. Pois, segundo Johnston e Clark (2014), o conceito de serviços é fundamental na gestão de operações de serviços

As transformações transcorridas pelas atividades econômicas durante os últimos 90 anos fizeram com que a sociedade evoluísse deixando de ser predominantemente baseada pela manufatura para ser baseada em serviços (CASAS, 2008; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010; LOVERLOCK; WRIGHT, 2001).

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010), alguns economistas que estudam o crescimento econômico argumentam que a medida com que as nações se industrializam é inevitável a transferência dos empregos de um setor da economia para outro. Com este crescimento econômico em países desenvolvidos, por exemplo, o setor de serviços é o segmento de mercado que mais cresce. No Brasil como sendo um país em desenvolvimento esta estatística pode sinalizar para uma possível evolução para que esta situação seja semelhante (GONÇALVES et al., 2005).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1999), o setor de serviços assumiu um papel importante para o desenvolvimento da economia mundial, tanto para a geração de empregos quanto para a economia brasileira que se estabeleceu em 58,3%. Já no ano de 2005 a participação do PIB do setor de serviços foi de 54,1%. Em contrapartida no ano de 2007 os serviços passaram a participar em 64% (MELLO et al., 2010).

De acordo com Zeithaml, Parasuraman e Berry, (2014), avaliar a qualidade em serviços é diferente do que avaliar a qualidade de bens tangíveis, dados que diferem de como são produzidos, consumidos e avaliados. Os serviços são basicamente intangíveis, são heterogêneos principalmente aqueles que envolvem muita mão de obra (não podendo ser padronizados por completo), a produção e o consumo dos serviços são inseparáveis.

Segundo Johnston e Clark (2014), a satisfação é o modo que a organização gostaria que seus serviços fossem percebidos pelos seus clientes (percepção do serviço). No setor de serviços há alguns desafios que segundo Davis e Heineke (1994) são: o balanceamento da satisfação dos clientes e a produtividade dos trabalhadores que é o custo entre a espera dos clientes e o custo de fornecer o serviço. E segundo Adenso-Díaz, González-

Torre e García (2002), outro problema identificado neste setor é a sazonalidade da demanda e a presença do cliente para a execução do serviço, sendo também relevante a relação entre os níveis de capacidade e os níveis de qualidade oferecidos pelo serviço.

Entretanto o controle de qualidade dos serviços oferecidos aos clientes, possui uma dificuldade na mensuração desse desempenho devido ao envolvimento do cliente durante todo o processo e, por conseguinte, os clientes não desejam que ocorram variações na qualidade do serviço prestado. Pode-se mencionar que a qualidade é definida pelo cliente e tais definições baseadas em serviços igualam qualidade e satisfação do cliente.

A teoria resume que a qualidade do serviço é o grau em que o mesmo atende ou supera as expectativas dos clientes, sendo assim, as expectativas dos clientes desempenham um papel importante nas três etapas do processo de compra dos serviços: pré-compra, encontro de serviço e pós-compra (LOVERLOCK; WRIGHT, 2001).

Segundo Brown e Swartz (1989), a satisfação só ocorre quando o resultado ou a entrega do serviço satisfaz ou excede a expectativa do cliente. Entretanto a insatisfação ocorre quando uma discrepância negativa está presente entre o resultado esperado pelo cliente e o resultado do que realmente foi entregue.

2.4 Qualidade em Serviços

De acordo com a definição feita por Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), a qualidade de serviços na percepção dos clientes é a diferença entre as expectativas ou desejos dos clientes e suas percepções de serviços prestados.

Muitas empresas acreditam que os anseios dos clientes são extravagantes e fantasiosos, contudo, as expectativas dos clientes são simples: em síntese, os clientes esperam que estas empresas prestadoras de serviços cumpram com o que prometem executar. Eles esperam o fundamental e não o excesso, o desempenho ou as promessas vazias (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

Com frequência os clientes sentem-se decepcionados devido a incapacidade das empresas em atenderem a essas expectativas básicas de serviço, e cumprirem as promessas o que resulta na confiabilidade para com essas empresas. Quanto mais o setor se apresentar competitivo ou conturbado, mais assíduo deve ser o monitoramento das expectativas dos clientes (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

Os modelos de qualidade em serviços surgiram no final da década de 1970, propondo conceituações, operacionalizações e sistematizações para a qualidade em serviços. Os primeiros modelos apresentados comparam o que é fornecido e o que os clientes consideram importante e sendo assim que deveria ser fornecido (PENA et al., 2013).

A qualidade segundo Deming (1990), pioneiro deste conceito, afirma que a mesma só pode ser definida por quem a avalia. Outro conceito oferecido pela ISO (*International Organization for Standardization*), caracteriza a qualidade como: todas as características de um produto ou serviço que são requeridas pelo consumidor e a gestão da qualidade sendo aquilo que a organização faz para assegurar que seus produtos e serviços estejam de acordo com os requisitos do cliente (LOURES, 2009).

Segundo Mello et al. (2010), a mensuração do serviço ao cliente é a variável mais importante que uma organização tem para gerenciar, isto ocorre porque prover serviço de alta qualidade parece ser um pré-requisito para o sucesso, ou para a sobrevivência das organizações de serviços a partir da década de 80.

Segundo Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), os critérios de avaliação da qualidade dos serviços não são facilmente compreendidos pelos profissionais de *marketing*. Para avaliar os serviços ao cliente, não é considerado apenas o resultado da avaliação, mas também o processo durante o qual os serviços são prestados. Em serviços, os únicos critérios que contam na avaliação da qualidade são aqueles definidos pelos clientes, que garantem que uma boa qualidade em serviços deve atender ou exceder as expectativas dos clientes.

Devido a estas características únicas, os clientes avaliam o serviço comparando o serviço recebido (percepção) com o serviço que eles desejam (expectativa). Desse modo, diversas ferramentas para a mensuração de qualidade do serviço e por consequência da expectativa do cliente foram desenvolvidas. Na verdade, o que é compensatório para uma empresa é a melhora dos serviços sob o ponto de vista do cliente, quando a melhoria do serviço é percebida por eles, a qualidade torna-se uma estratégia de lucro (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Os clientes decidem o quão estão satisfeitos com a entrega e também fazem um julgamento com relação a qualidade do serviço. Assim, pode-se dizer que existe uma estreita relação entre expectativa, satisfação do cliente e qualidade do serviço. Imediatamente antes dos consumidores comprarem um serviço eles possuem uma expectativa sobre a qualidade deste serviço e após a compra e o consumo, esses clientes comparam sua qualidade esperada com aquilo que realmente receberam (LOVERLOCK; WRIGHT, 2001).

Se a qualidade real estiver abaixo do nível de serviço adequado e esperado pelo cliente, ocorre uma discrepância (lacuna na qualidade) entre o desempenho do fornecedor e a expectativa do cliente. Estas lacunas podem ocorrer durante várias partes do desempenho de um serviço conforme figura 2 (LOVERLOCK; WRIGHT, 2001).

Figura 2 – Sete lacunas na qualidade que resultam em insatisfação do cliente
Fonte – Loverlock e Wright (2001)

A lacuna no serviço é a mais decisiva porque é a avaliação geral do cliente sobre aquilo que era esperado, comparado àquilo que foi recebido. E tem-se como objetivo principal estreitar essa lacuna o máximo possível, para melhorar a qualidade do serviço. Para isso, os fornecedores devem reduzir ou fechar as outras seis lacunas. As sete lacunas potenciais na qualidade do serviço são (LOVERLOCK; WRIGHT, 2001):

1 - Lacuna no conhecimento: diferença entre o que os fornecedores acreditam que os clientes esperam e as necessidades e expectativas reais dos clientes;

- 1 – Lacuna nos padrões: diferença entre as percepções da administração sobre as expectativas dos clientes e os padrões de qualidade estabelecidos para a entrega do serviço;
- 2 – Lacuna na entrega: diferença entre padrões de entrega especificados e o desempenho real do fornecedor do serviço;
- 3 – Lacuna nas comunicações internas: a diferença daquilo que a equipe de propaganda julga que são características do serviço e nível de qualidade e aquilo que a companhia realmente é capaz de entregar ao cliente;
- 4 – Lacuna nas percepções: diferença daquilo que realmente é entregue daquilo que é percebido pelo cliente;
- 5 – Lacuna na interpretação: diferença daquilo que a organização realmente promete e aquilo que um cliente acha que foi prometido pela empresa;
- 6 – Lacuna no serviço: diferença entre o que os clientes esperam receber e suas percepções do serviço que realmente é entregue.

Qualquer uma das sete lacunas apresentadas acima prejudicam as relações com os clientes e evitar tais lacunas no serviço ajudam a empresa a melhorar sua reputação de qualidade do serviço.

Segundo Mauri, Minazzi e Muccio (2013), o conceito de qualidade em serviços é considerado multidimensional, sendo percebido pelo cliente de acordo com um conjunto de componentes essenciais o qual, foi originalmente agrupado por dez categorias e cinco dimensões. Um dos desdobramentos desta visão foi a ferramenta SERVQUAL.

A escala SERVQUAL foi desenvolvida para avaliar a qualidade do serviço, calculando-se a diferença (*gap*) entre o que o cliente espera e o que ele realmente recebe, em conjunto com o que ele percebe.

Por conseguinte, as sete lacunas apresentadas no serviço não são as únicas maneiras pelas quais os clientes julgam a qualidade do serviço, podendo se utilizar também das cinco dimensões existentes: confiabilidade, tangibilidade, sensibilidade, segurança e empatia. E dentre essas cinco dimensões a confiabilidade é considerada a mais importante na avaliação da qualidade do serviço pelo cliente (LOVERLOCK; WRIGHT, 2001; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Uma das últimas ferramentas citadas na literatura para avaliação da qualidade do serviço é a abordagem de investigação direta. Esta abordagem envolve a presença de um avaliador se passando por cliente e dessa forma, permitindo que o mesmo experimente o nível de serviço da organização sob avaliação. O avaliador entra na organização e avalia primeiramente os elementos tangíveis (iluminação, equipamentos, etc) e posteriormente ao

abordar um funcionário da linha de frente ele avalia os aspectos de confiabilidade, responsividade, empatia e segurança. Imediatamente após a visita, o avaliador completa o questionário detalhando os níveis da qualidade do serviço fornecido pela organização (MELLO et al., 2010).

Com isto, a confiabilidade é uma medida de resultado uma vez que os clientes avaliam depois da experiência do serviço, se o serviço foi entregue no tempo previsto ou não. Já as outras quatro dimensões (tangibilidade, sensibilidade, segurança e empatia) são consideradas dimensões de processos pela possibilidade de serem avaliadas pelos clientes durante a entrega do serviço (LOVERLOCK; WRIGHT, 2001).

Segundo apresentado por Miguel e Salomi (2004), quadro 1 descreve os modelos de qualidade de serviços, visando fornecer uma referência para trabalhos nesta área. Neste quadro são apresentados os autores, modelos e as características de cada modelo quanto a sua aplicação e também as principais conclusões desses trabalhos.

AUTOR	MODELO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS	CONCLUSÕES	ÁREA DE APLICAÇÃO
Grönroos, (1984)	Não apresenta modelo com representação algébrica	Qualidade = f (expectativa, desempenho e imagem).	- Interação comprador/vendedor é mais importante que as atividades de marketing; - Contato comprador/vendedor tem mais influência na formação da imagem que as atividades de marketing.	Diversos tipos de serviços.
Continua				

Quadro 1 – Resumo dos modelos de qualidade da literatura

Fonte – Adaptado de Miguel e Salomi (2004)

Continuação				
Grönroos, (1984)	Não apresenta modelo com representação algébrica	Qualidade = f (expectativa, desempenho e imagem).	<ul style="list-style-type: none"> - Interação comprador/vendedor é mais importante que as atividades de marketing; - Contato comprador/vendedor tem mais influência na formação da imagem que as atividades de marketing. 	Diversos tipos de serviços.
Parasuraman; et. al., (1985, 1988)	<p>SERVQUAL</p> $Q_i = E_i - D_i$ <p>(Satisfação de uma determinada dimensão i = a diferença da Expectativa desta determinada dimensão E_i – Percepção desta dimensão D_i avaliada)</p>	22 itens distribuídos em cinco dimensões de qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - A qualidade de serviços pode ser quantificada; - Determina 5 dimensões genéricas para todos os tipos de serviços; - A qualidade dos serviços é diferença entre expectativa e desempenho ao longo das dimensões. 	Diversos tipos de serviços.
Continua				

Quadro 1 – Resumo dos modelos de qualidade da literatura
 Fonte – Adaptado de Miguel e Salomi (2004)

Continuação				
Brown; Swartz, (1989)	$Q_i = D_i - E_i$ Avaliação de uma determinada dimensão i = diferença do julgamento pelo serviço D_i – A expectativa E_i do cliente da dimensão avaliada	Utiliza as 10 dimensões desenvolvidas por Parasuraman; et. al., (1985)	A qualidade dos serviços é a diferença entre desempenho e expectativa ao longo das dimensões.	Atendimento em consultório da área médica.
Bolton; Drew, (1991)	Modelo de Avaliação do serviço e valor. Representa-do por várias equações algébricas.	- Utiliza 4 dimensões desenvolvidas por Parasuraman; et. al., (1988). - Introduz o conceito do valor na avaliação da qualidade do cliente.	- Concluem que as características dos clientes influenciam as avaliações de qualidade e valor pelo cliente. - A não confirmação das expectativas está mais fortemente correlacionada com a qualidade dos serviços.	Serviço de telefonia.
Continua				

Quadro 1 – Resumo dos modelos de qualidade da literatura

Fonte – Adaptado de Miguel e Salomi (2004)

Continuação				
Cronin; Taylor, (1992)	SERVPERF $Q_i = D_i$ A qualidade de uma determinada dimensão i do serviço resultará na intenção de compra e satisfação dos clientes desta dimensão i avaliada	Utiliza as 5 dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman; et. al., (1988).	Avaliação de qualidade de serviços é melhor representada pelo desempenho ao longo das dimensões.	Diversos tipos de serviços.
Teas, (1993)	Modelo de desempenho ideal	Utiliza as 5 dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman; et. al., (1988).	O modelo do desempenho ideal tem maior correlação com as preferências de compra, intenções de recompra e satisfação com os serviços.	Lojas de varejo.
Loverlock; Wright (2001)	Modelo das sete lacunas da qualidade	Similar ao modelo de <i>gap</i> , compara o que era esperado e aquilo que foi recebido	As sete lacunas apresentadas resultam em insatisfação do cliente	Diversos tipos de serviços
				Continua

Quadro 1 – Resumo dos modelos de qualidade da literatura
 Fonte – Adaptado de Miguel e Salomi (2004)

Continuação				
Loures (2009)	Modelo de qualidade estendida	Utiliza o modelo de <i>gap</i> , detalhando cada lacuna	Detalhar os <i>gaps</i> de 1 a 5	Diversos tipos de serviços
Perrot (2011)	Modelo de entrega em serviços na saúde	Similar ao modelo de <i>gap</i>	Identificar os eventos e as lacunas potenciais entre o que é esperado e o que é entregue dentro do sistema	Serviços de saúde

Quadro 1 – Resumo dos modelos de qualidade da literatura
 Fonte – Adaptado de Miguel e Salomi (2004)

Dentre os modelos apresentados, foi escolhido o trabalho de Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), como referência, por ser este o modelo que deu origem aos demais. Sendo assim, foi realizada a busca no trabalho de Brown e Swartz (1989), para analisar o que foi encontrado dentro da área da saúde. Outro trabalho que foi pesquisado foi o do Cronin e Taylor (1992). Estes três trabalhos serão apresentados nos tópicos de SERVQUAL e *gap*.

O modelo desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) ou modelo de *gap* e a escala SERVQUAL foram avaliados e testados por inúmeros pesquisadores, sendo também revisados e atualizados pelos próprios autores na década de 90. Embora este modelo tenha sido objeto de críticas ou melhorias ao longo do tempo, não encontramos uma literatura referente a qualidade de serviços que tenha substituído este modelo ao longo dos últimos 20 anos (LOURES, 2009).

Segundo Cruz e Melleiro (2010), é imprescindível a necessidade de desenvolvimento de sistemas avaliativos de satisfação do usuário na área da saúde, podendo desta maneira ter uma importante ferramenta quanto ao aperfeiçoamento de estratégias de gestão para este setor.

2.5 Caracterização de Serviços na Saúde

Segundo Novaes (2004), a pesquisa de serviços da saúde pode ser definida como estudo científico das tarefas, recursos, atividades e resultados da prática clínica e dos serviços de saúde. Alguns trabalhos sobre serviços da saúde também questionam como são estruturadas as organizações, o financiamento e os custos de atenção à saúde e também o nível de qualidade do serviço oferecido ao usuário. Trabalhos sobre serviços na saúde são oportunidades para também sistematizar as investigações empíricas (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A saúde na América Latina possui uma dificuldade quanto ao financiamento público dos serviços de saúde pelo fato de que os mais ricos gastam menos com a saúde do que os mais pobres e essa regressão não tem sido compensada pelo governo. Deve-se considerar também a dificuldade existente pelos usuários mais pobres quanto ao acesso de serviço de saúde em sistemas supostamente gratuitos e universais, uma vez que esses usuários vivem em regiões desprovidas ou localizadas a uma longa distância dos serviços de saúde (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Segundo Perrott (2011) as falhas existentes em serviços de saúde tem impacto quanto aos aspectos psicológicos, sociais e de dimensões econômicas. Um importante desafio existente na discussão das possíveis falhas dos serviços da saúde seria construir uma compreensão melhor “de onde” e do “porque” essas falhas ocorrem e, dessa forma desenvolverem estratégias para minimizarem essas ocorrências, impactos e gravidades da falha do serviço.

Segundo Vecina Neto e Malik (2011) os serviços de saúde estruturam-se em uma rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas as quais devem ser distribuídas espacialmente de forma exemplar e sem diferença entre cuidados de atenção primária, secundária ou terciária. A partir desta distribuição teremos como desfecho final a eficiência, efetividade e qualidade dos serviços.

Quanto ao aspecto das UBS's pode-se mencionar que são organizações de serviços de grande amplitude e complexidade, seus serviços são intangíveis e se esgotam no momento de prestação. Os pacientes são ao mesmo tempo: entrada, processos, saídas e também clientes na linguagem sistêmica (PICCHIAI, 2009).

Segundo Vecina Neto e Malik (2011) e Minvielle et al. (2014), para os pacientes um dos fatores predominantes neste tipo de serviço é a qualidade na área da saúde e um dos objetivos dos serviços é justamente a de saúde com qualidade.

2.6 Qualidade em Serviços na Saúde

A qualidade em serviços na área da saúde está ligada diretamente com quais informações o serviço é capaz de fornecer ao paciente, uma vez estabelecido quais são as informações mais relevantes, úteis e compreensíveis essa qualidade pode ser mensurada (VECINA NETO; MALIK, 2011).

Segundo Perrott (2011), a qualidade do serviço na saúde é geralmente mensurado no desempenho de entrega em relação aos padrões de práticas profissionais aceitas. Em um estudo conduzido por Perrott (2011), no sistema de entrega de serviços dentro da saúde pública dos EUA (Estados Unidos da América), revela que as avaliações dos empregados quanto a entrega do serviço foram inferiores aos dos usuários.

Segundo Donabedian (1966) estudos de qualidade na área da saúde estão geralmente concentradas em três objetivos: (1) o que realmente é fornecido por uma determinada categoria de profissionais da saúde; (2) o que realmente é recebido por um grupo específico de pacientes ou usuários e; (3) a capacidade de um grupo específico de profissionais de saúde para fornecer o serviço de saúde.

Segundo Vecina Neto e Malik (2011) as definições de qualidade mais recentes tendem a complementar as mais antigas, podendo ser estendido junto a excelência, valor, conformidade a critérios definidos e satisfação dos usuários dos serviços de saúde. A constante avaliação da qualidade dos serviços de saúde é vital para o sucesso das organizações sendo desejável a utilização de indicadores que permitam mensurar e avaliar a qualidade dos serviços.

A qualidade e a produtividade em serviços de saúde são temas de trabalhos que apresentam oportunidades de avanço, e se alguns parâmetros são dispostos de maneira correta dentro deste tipo de organização tais preceitos tendem a contribuir com a melhoria contínua da qualidade (GONÇALO et al., 2012).

Além das características e do foco através do qual o usuário faz a avaliação, a literatura destaca diferentes perspectivas metodológicas na abordagem da satisfação dos usuários quanto ao serviço de saúde. Os estudos de avaliação e satisfação dos usuários utilizam de maneira geral, escalas e questionários compostos de subitens com ampla gama de questões, dentre eles, estrutura, funcionamento e avaliação do serviço de saúde feito pelo usuário (NOVAES, 2004).

Para mensurar a avaliação do serviço prestado pela eSF, o Ministério da Saúde a partir do modelo desenvolvido por Donabedian, elaborou o caderno de Avaliação para

Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, tendo como foco a análise dos serviços de saúde e as práticas assistenciais (BRASIL, 2005).

De acordo com Donabedian (1978) a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico (aplicação da tecnologia e conhecimento médico de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com a preferência de cada paciente; 2) o relacionamento pessoal com o paciente, afim de satisfazer os preceitos éticos e expectativas além das necessidade dos pacientes.

O objetivo da avaliação da qualidade é impedir a incompetência e o monitoramento da qualidade, e está conectado aos desvios dos padrões precocemente detectados e corrigidos.

O estudo de Donabedian (1978) avalia as características dos recursos que se empregam na atenção médica como: medidas que se referem à organização administrativa, descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente com as normas vigentes, perfil dos profissionais, seu tipo, preparação e experiência (REIS et al., 1990). Porém, no estudo de Donabedian (1978), não é mensurável a qualidade percebida e esperada pelos pacientes, e por isto, não está de acordo com o propósito do trabalho.

De acordo com Donabedian (1978), o estudo da satisfação do paciente é o mais importante objetivo no estudo de cuidado médico, no entanto, alguns fatores utilizados para avaliar a satisfação do paciente não são considerados quando se utilizam o estudo de processo e resultado desenvolvido por ele. Dentre estes fatores que não são relevantes estão: experiências anteriores de cuidado médico recebido e em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde (REIS et al., 1990).

Segundo Vecina Neto e Malik (2011), os serviços de saúde tem qualidade quando a) são prestados de acordo com os padrões ótimos predefinidos; b) quando são submetidos a níveis de desempenho nos níveis de estruturas, processos e resultados e; c) quando são ofertados para atender as necessidades dos usuários e assim sendo, devem aplicar programas de controle de qualidade e apresentar segurança para os profissionais de saúde e seus usuários.

De acordo com Vecina Neto e Malik (2011), a satisfação em qualquer área se avalia em relação as expectativas do cliente. Na área da qualidade em saúde os usuários tendem a ser muito generosos quando são avaliados, tendo em vista que muitas vezes, tem medo de sofrerem represálias e buscam agradecer fazendo uma “boa” avaliação por estarem vivos. Quando aplicado o questionário para avaliar a satisfação dos pacientes, para não distorcer a realidade com a positividade das avaliações é aconselhável que façam uma

investigação da insatisfação dos usuários, pois é nesse local que estão às oportunidades de melhoria.

Segundo Vecina Neto e Malik (2011), o problema não será resolvido apenas com o questionário de avaliação para obtenção da opinião dos usuários do serviço, mas as respostas destes questionários precisam ser analisadas criticamente por um responsável para que posteriormente alguma ação possa ser implementada.

2.7 Service Quality *Gap* Analysis (SERVQUAL)

Segundo Mello et al. (2010), a escala SERVQUAL foi desenvolvida para ser aplicável em vários segmentos de serviços, oferecendo um roteiro básico através de suas declarações de expectativa e percepção para cada uma das dimensões da qualidade do serviço. Entretanto esse roteiro deve ser ajustado conforme a necessidade específica de cada organização.

Quanto as aplicações da escala SERVQUAL, o mesmo é utilizado como “esqueleto” básico podendo ser modificado para atender as características ou necessidades de pesquisa específica de uma organização, sendo que a escala SERVQUAL tem maior eficácia quando utilizado periodicamente, para acompanhar as tendências de qualidade (LOURES, 2009).

A escala SERVQUAL tem alguns objetivos de trabalhos conforme ilustrado no quadro 2:

Tipos de trabalhos utilizando a escala SERVQUAL	Objetivos para utilização da escala SERVQUAL	Qualitativa/Quantitativa	Financeiro	Tempo	Frequência
Questionários sobre relacionamentos e SERVQUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorar e rastrear o desempenho do serviço; - Avaliar o desempenho geral da empresa em comparação com a concorrência; - Determinar os elos entre satisfação e as intenções //comportamentais; - Avaliar as lacunas entre as expectativas e as percepções dos clientes 	Pesquisa Quantitativa	Investimento financeiro Médio	Tempo para sua aplicação considerado Médio	Frequência sugerida para a aplicação dos questionários Anual

Quadro 2 - Os elementos de um programa de pesquisa de marketing de serviços eficaz, para a escala SERVQUAL

Fonte – Zeithaml, Bitner e Gremler (2011)

Para aplicar o questionário da escala SERVQUAL com os clientes, é necessário que eles forneçam duas notas para cada uma das cinco dimensões. O primeiro questionário a ser aplicado deve ser o nível de serviços que esperam da empresa (expectativa) e o segundo questionário deve ser aquele que contem a percepção do serviço executado pela mesma empresa. A diferença entre as notas das expectativas e de percepção constitui na mensuração quantificada da qualidade do serviço (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

A proposta inicial da escala SERVQUAL era representada por dez dimensões da qualidade sendo critérios de referência utilizados pelos clientes para julgar a qualidade dos serviços, dando como nomes de elementos tangíveis, confiabilidade, responsividade, competência, cortesia, credibilidade, garantia, acessibilidade, comunicação e entendimento do cliente, conforme quadro 3 (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014):

Dimensão	Definição
Elementos tangíveis	Aparência de instalações físicas, equipamento, pessoal e materiais de comunicação.
Confiabilidade	Capacidade de realizar o serviço prometido de forma confiável e correta.
Presteza/ Responsividade	Disposição para ajudar os clientes e prestar o serviço sem demora.
Competência	Posse de habilidades e conhecimentos necessários para realização do serviço.
Dimensão	Definição
Cortesia	Abrange educação, respeito, consideração e cordialidade do pessoal de atendimento.
Credibilidade	Idoneidade e honestidade do prestador de serviços para atender ao cliente.
Garantia	Ausência de perigos, riscos e dúvidas.
Empatia/ Acessibilidade	Disponibilidade e facilidade de contato
Comunicação	Significa manter os clientes informados, em uma linguagem que eles possam entender e ouvir o que eles tem a dizer
Entendimento do cliente	Esforço para conhecer os clientes e suas necessidades.

Quadro 3 – Determinantes da qualidade proposta inicial dos pesquisadores
Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Segundo Miguel e Salomi (2004), após a análise das lacunas, os consumidores também utilizaram destas dez dimensões para chegarem a um julgamento sobre a qualidade do serviço prestado.

Com isto, tomando como base as dez dimensões da qualidade apresentada no quadro, os autores desenvolveram um questionário chamado SERVQUAL, utilizando diversas ocorrências de satisfação por meio do modelo *gap*. As dimensões não são necessariamente independentes umas das outras como, por exemplo, aspectos de credibilidade e garantia e podem de fato, apresentarem uma sobreposição.

Deste modo a partir do estudo de Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), pode-se determinar:

- Definir a qualidade de serviços como a diferença entre as expectativas e as percepções dos clientes;
- Sugerir fatores chave (comunicação “boca a boca”, necessidades pessoais, experiência anterior e comunicação externa), que influenciam as expectativas dos clientes;
- Identificar as dez dimensões gerais que representam os critérios que os clientes usam para avaliar a qualidade em serviços.

A figura 3 apresenta o resumo do estudo feito pelos autores:

Figura 3 – Resumo das dez dimensões da qualidade de serviços
Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Ao desenvolver a SERVQUAL (instrumento para medir a percepção dos clientes relativa a qualidade em serviços), teve como início a projeção de 97 itens que englobavam as dez dimensões de qualidade em serviços já mencionadas. Em seguida cada item foi transformado em um duo de afirmações (uma afirmação mensurava a expectativa sobre a empresa e outra para medir a percepção sobre a empresa). Estas afirmações eram acompanhadas de uma Escala Likert 7 pontos em que a pontuação 7 correspondia a “concordo totalmente” e 1 “discordo totalmente” (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Após esta proposta inicial dos pesquisadores, devido a algumas falhas encontradas, o instrumento com 97 itens foi compilado. A análise dos dados com os clientes das empresas estudadas pelos autores levou a um aperfeiçoamento adicional do instrumento, o que confirmou a confiabilidade e a validade e resultou em um instrumento de 22 itens, que contempla cinco dimensões da qualidade em serviços como: elementos tangíveis, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Segundo Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014) com este refinamento resultou um instrumento simples composto de duas seções: (1) uma de expectativa contendo 22 afirmações para verificar o que os clientes esperam do serviço; e (2) uma de percepções contendo também um conjunto correspondente de 22 afirmações para mensurar a avaliação dos clientes sobre a empresa analisada. No final, a avaliação da qualidade do serviço é obtida pela comparação dos valores das expectativas e das percepções (MELLO et al., 2010)

Os 22 itens da pesquisa descrevem os aspectos das cinco dimensões da qualidade em serviços já descrita (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010). As inúmeras análises estatísticas realizadas durante a construção da SERVQUAL revelaram uma correlação considerável entre as sete ultimas dimensões apresentadas na figura 5 para apenas duas mais amplas e já denominadas (segurança e empatia), as demais dimensões permaneceram intactas (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Deste modo, os itens que compõem as cinco dimensões da qualidade são:

- Elementos tangíveis: aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação;
- Confiabilidade: capacidade de realizar o serviço prometido de forma confiável e correta;
- Responsividade: disposição para ajudar os clientes e prestar o serviço sem demora;

- Segurança: conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança e segurança;
- Empatia: atenção cuidadosa e individualizada que a empresa proporciona aos clientes.

Portanto, o SERVQUAL é uma escala padronizada de 22 itens que mede as expectativas e percepções sobre as dimensões críticas da qualidade, sendo muito utilizada por profissionais de *marketing* para coletar informações dos clientes quanto a qualidade do serviço oferecido (LOVELOCK; WRIGHT, 2001).

A confiabilidade; a capacidade de resposta; a segurança e a empatia são elementos tangíveis que compõe fatores determinantes da qualidade de serviços. Os dados coletados pela pesquisa de escala SERVQUAL podem ser empregados para: (1) avaliar a qualidade do serviço de uma empresa em relação as cinco dimensões do SERVQUAL; (2) rastrear as expectativas e as percepções dos cliente ou; (3) avaliar a qualidade do serviço interno (KOTLER, 2006; MOREIRA et al., 2015).

Para Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), estudos feitos com os clientes de vários segmentos de mercado, mostram que a confiabilidade é a dimensão essencial para qualquer setor de serviços a ser estudado. Os resultados revelam uma mensagem dos clientes para as empresas: tenham boa aparência e organização, sejam responsivos e transmitam segurança, sejam empáticos e acima de tudo sejam confiáveis (façam o que disseram que vão fazer).

Por meio de afirmações e negações, representando características específicas para cada dimensão, utilizando uma Escala Lickert de 7 pontos variando de (1) discordo fortemente e (7) concordo fortemente.

Segundo Moreira et al. (2015), a escala SERVQUAL foi um dos primeiros indicadores desenvolvidos especificamente para mensurar a qualidade de um serviço, avaliando as expectativas e percepções dos clientes. Esta escala SERVQUAL já foi aplicada por pesquisadores direcionados em serviços de saúde, tendo como objetivo entender as prioridades e percepções dos pacientes (SILVESTRO, 2003).

Segundo Silvestro (2003), a adaptação da escala SERVQUAL facilita a visualização do descompasso entre as prioridades dos pacientes e a sua percepção de serviços de saúde.

No Brasil, o instrumento foi desenvolvido e validado para os serviços de saúde, os quais apresentam os atributos que permitem aos usuários avaliarem as diferentes dimensões

do serviço tomando como base as dimensões desenvolvidas por Parasuraman, a partir do modelo da escala SERVQUAL (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

Segundo Zeithaml, Bitner e Gremler (2011) os dados coletados mediante uma pesquisa da escala SERVQUAL podem ser empregados para:

- Determinar o escore médio da lacuna (entre a percepções do cliente e suas expectativas) para cada atributo do serviço;
- Avaliar a qualidade do serviço de uma empresa em relação as cinco dimensões do SERVQUAL;
- Rastrear as expectativas e as percepções dos clientes ao longo do tempo;
- Comparar os escores no SERVQUAL de uma empresa com os de empresas concorrentes;
- Identificar e eliminar os segmentos dos clientes que diferem expressivamente em suas avaliações do desempenho do serviço de uma empresa;
- Avaliar a qualidade de um serviço interno (entre departamentos).

Segundo Miguel e Salomi (2004), pode-se afirmar que não existe ainda um consenso na literatura sobre qual instrumento seria mais apropriado. Alguns trabalhos empíricos apontam, por exemplo, que o modelo SERVPERF(*Service Performance*) retratam melhor a qualidade de serviços do que o SERVQUAL.

O SERVPERF possui uma abordagem diferente da usada pelo SERVQUAL para tentar sanar os problemas existentes com a expectativa e percepção da qualidade. O modelo SERVPERF investiga relações entre a qualidade do serviço, a satisfação dos clientes e as intenções de compra. A teoria do SERVPERF menciona que é a satisfação do cliente e não a qualidade do serviço que influenciam nas intenções de compra (MELLO et al., 2010).

De acordo com Taylor e Cronin (1994), aqueles que trabalham com serviços na saúde devem ter cautela com relação a aplicação das teorias e escalas SERVQUAL e SERVPERF, utilizados em outros conjuntos de serviços tendo em vista que o resultado neste caso pode ser insuficiente aos cuidados com a saúde.

Conforme revelado por Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), a chave para a prestação de serviços de alta qualidade encontra-se no equilíbrio das expectativas e das percepções dos clientes fechando-se as lacunas ou (*gaps*) existentes entre ambos.

Ao tentarmos fechar as lacunas ou (*gaps*) identificados pela SERVQUAL, uma empresa se beneficia com o entendimento das deficiências ou lacunas internas que poderiam ser as causas das deficiências externas (percebidas pelo cliente). Um dos pontos mais

importantes da pesquisa é identificar os *gaps* internos e relacioná-los à percepção dos clientes sobre a qualidade dos serviços.

2.8 Modelo de *gap*

A qualidade em serviços tem apresentado um forte crescimento nas últimas décadas, em decorrência do aumento da participação deste tipo de atividade na economia, conforme relatado no tópico de serviços.

Embora alguns modelos de qualidade sejam suscetíveis na utilização no ambiente de serviços, é necessário que seja realizada uma customização para cada caso (BATALHA et al., 2008).

O modelo de qualidade no setor de serviços mais difundido é o modelo de *gap* ou lacunas. Este modelo permite identificar de forma sistemática a composição na formação da percepção do cliente ajudando a identificar as causas de um eventual problema de qualidade (BATALHA et al., 2008).

De acordo com Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014) ocorreram quatro fases para alcançarmos esse modelo de *gap*:

I) Extenso estudo qualitativo com clientes de serviços executivos de empresas prestadoras de serviços, que resultou no desenvolvimento de um modelo de qualidade em serviços;

II) Estudo empírico em grande escala com o foco no cliente, realizado a partir do modelo de qualidade em serviços criado. Como seguimento desta fase, foi desenvolvido pelos pesquisadores uma metodologia para a mensuração de qualidade em serviços, denominado SERVQUAL, refinando conclusões a respeito dos critérios que os clientes usam para avaliar a qualidade do serviço que consomem;

III) Estudo empírico com foco no prestador de serviços a partir desse modelo, sendo feito pesquisas em 89 escritórios de cinco empresas prestadoras de serviços. Em conjunto as fases I, II, III incluíram *focus groups* com clientes e funcionários, entrevistas em profundidade com executivos das empresas pesquisadas, além de *surveys* com clientes, gerentes e funcionários que lidam diretamente com o público.

IV) Fase centrada nas expectativas dos clientes quanto aos serviços, ou seja, em como eles formam suas expectativas e quais são as principais influências que os atingem nesse processo. Para isto, foi utilizado o seguinte protocolo: (1) explorar o assunto por meio

de pesquisa qualitativa, criando um modelo a partir das descobertas; (2) testar as relações dentro desse modelo, quantitativamente. Na pesquisa de expectativa (fase IV), a utilização deste protocolo colaborou quanto a divisão dos grupos de clientes, de acordo com o foco da pesquisa.

Com a publicação do artigo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) iniciou-se a revolução no estudo da qualidade de serviços, buscando suprir a falta de trabalhos sobre o tema. No trabalho destes pesquisadores, foram investigadas as categorias de serviços: assistência técnica de eletrodomésticos, telefonia a longa distância, bancos de varejo, cartões de crédito, seguros e corretoras de valores (LOURES, 2009; ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014)

Quando foi realizado o estudo de *gap*, foram escolhidos executivos pertencentes as áreas, que naturalmente deveriam ter forte interesse pela qualidade de serviços, como: *marketing*, operações, relação com os clientes e gerência sênior. A partir desses dados, esses executivos escolhidos forneceram algumas informações sobre possíveis causas de falhas na qualidade de serviços (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014):

- O que os executivos percebiam como qualidade dos serviços sob a perspectiva dos clientes;
- Quais critérios-chave eles achavam que os clientes adotavam para julgar a qualidade dos serviços prestados por sua empresa;
- Que problemas enfrentavam para entregar consistentemente serviços de alta qualidade;
- Que medidas adotavam para controlar ou melhorar a qualidade de seus serviços.

Uma vez que o prestador de serviço já analisou e definiu (ou revisou) os critérios competitivos do serviço que ele está prestando ou então tem a intenção de prestar; já avaliou a sua posição no mercado e seu segmento; já definiu a estratégia de serviço a ser prestado, se faz necessário avaliar as diferenças (*gap*) percebidas entre o que o mercado necessita, o que o prestador de serviço oferece e o que os seus concorrentes estão oferecendo. Para esta análise de *gap* pode-se utilizar duas ferramentas o *benchmarking* ou o SERVQUAL (MELLO et al., 2010).

Segundo Mello et al. (2010), o *benchmarking* é mais utilizado para uma comparação entre desempenho da concorrência com a organização enquanto que, a segunda

seria mais utilizada para uma análise da percepção dos clientes em relação à experiência com o serviço prestado pela organização.

A figura 4 descreve de maneira explícita as lacunas ou *gaps*, proposto por Parasuraman; Zeithaml e Berry, (1985) que foram baseados no modelo de satisfação de Oliver (1980) afirmando que a satisfação do usuário é uma função da diferença entre expectativa e desempenho (CRONIN; TAYLOR, 1992; MIGUEL; SALOMI, 2004):

O modelo conceitual apresentado na figura 3 transmite uma mensagem inequívoca aos gerentes dispostos a melhorar a qualidade de seus serviços: os *gaps* 1,2,3 e 4 devem ser fechados e mantidos fechados, mediando o fechamento do *gap* 5. À medida em que um ou mais desses *gaps* se abrirem, deficiências na qualidade do serviço serão percebidas pelos clientes.

Desta maneira, as quatro lacunas (*gap*) apresentadas posteriormente são as principais causas das falhas na qualidade dos serviços que os clientes são capazes de perceber, ou seja, a discrepância entre suas expectativas e percepções (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Figura 4 – Modelo conceitual (*gap*) de qualidade em serviços

Fonte – Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)

Para facilitar a abordagem dos *gaps*, foram identificados aqueles que ocorrem dentro das organizações prestadoras de serviços como *gaps* 1, 2, 3, 4 e o que relaciona com a qualidade dos serviços percebida pelos clientes como *gap* 5 (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

De acordo com Zeithaml, Bitner e Gremler (2011), eles consideram que o modelo de lacunas é dividido como: o primeiro a lacuna do cliente (*gap* 5) e as demais como lacunas das empresas compostas do *gap* 1 ao *gap* 4.

Na lacuna do cliente é considerado o serviço esperado e o serviço percebido e, para fechar esta lacuna é preciso fechar as demais existentes que são pertencentes a empresa.

As lacunas da empresa são constituídas por:

O gap 1 –Discrepância ou (divergência) entre as expectativas dos clientes e a percepção da gerência ou lacuna da compreensão do cliente: representa a diferença na comparação da expectativa dos clientes sobre os serviços e a percepção dos gestores sobre as expectativas dos clientes.

Para saber quais são as expectativas dos clientes, é necessário coletar esta informação mediante entrevistas com os clientes, utilizando sistemas de reclamações e levantamentos. Isto está associado, de modo geral, com alguns fatores como: falta de orientação para conhecer o cliente, quantidade excessiva de níveis gerenciais e comunicação inadequada. Quem realmente terá conhecimento dessas expectativas são os funcionários da linha de frente o que sugere que os gestores precisam manter contato com estes funcionários para diminuir essa lacuna.

Os gerentes das organizações nem sempre compreendem quais as características que um serviço deve ter para atender as necessidades dos clientes e quais níveis de desempenho destes atributos são necessários para prestar um serviço de alta qualidade (LOURES, 2009).

Segundo Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), para melhorar a qualidade do serviço, ou seja, reduzir o *gap 5* o gerente deve primeiramente obter informações fidedignas sobre as expectativas dos clientes através do fechamento do *gap 1*.

A percepção correta das expectativas dos clientes pela gerência é necessária, no entanto, não é suficiente para entregar serviços de qualidade elevada. O motivo concreto para uma possível lacuna entre o conhecimento das expectativas dos clientes e a tradução deste conhecimento em metas de serviços apropriadas pode ser a ausência de comprometimento da gerência com a qualidade do serviço.

Gap 2 – Discrepância entre a percepção da gerência e as especificações da qualidade do serviço ou lacuna dos padrões dos serviços: representa a diferença na comparação entre as especificações de qualidade do serviço e as percepções dos gestores sobre as expectativas dos clientes. Ainda que a gerência tenha uma percepção correta das expectativas do cliente, pode-se resultar numa discrepância ao analisar-se a lacuna entre a percepção gerencial sobre as expectativas dos clientes com as especificações da qualidade estabelecida para os serviços.

Traduzir as expectativas dos clientes para as especificações de qualidade que os funcionários consigam entender e executar não é uma tarefa simples. Esta lacuna diferencia a compreensão das expectativas dos clientes e o desenvolvimento de projetos e padrões de serviço por ele definido.

Sempre que os padrões de avaliação e comparação da qualidade do serviço executado refletirem nas expectativas dos clientes, terá como impacto positivo a percepção da qualidade do serviço recebido.

Isto ocorre em decorrência de alguns fatores como: inadequação da padronização de tarefas, ausência de metas e objetivos, compromisso inadequado dos gestores com a qualidade dos serviços.

Apesar das limitações percebidas de recursos e de mercado associadas à indiferença gerencial poderem levar ao *gap 2*, esta é uma lacuna que pode ser fechada ou reduzida. Portanto, fechar/reduzir o *gap 2* definindo metas de desempenho que reflitam nas expectativas dos clientes deve possuir um impacto favorável sobre a percepção de qualidade do serviço pelos clientes (*gap 5*) (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Gap 3 – Discrepância entre as especificações da qualidade do serviço e a entrega do serviço ou (lacuna do desempenho do serviço): representa uma diferença na comparação entre o serviço prestado e as especificações de qualidade dos serviços. Isto ocorre em consequência dos seguintes itens: problemas de adequação do colaborador/tarefa; problemas de adequação da tecnologia; sistemas de supervisão; controle adequado e também a falta de trabalho em equipe. Ainda que existam orientações para que os colaboradores possam desempenhar bem suas atividades e tratar os clientes corretamente, não se pode afirmar que o serviço será entregue de acordo com as orientações.

Depois que os projetos e padrões de serviços forem definidos, se faz necessário que a empresa possua sistemas, processos e pessoas disponíveis para garantir que a execução do serviço alcance os projetos e padrões existentes.

Os gestores reconhecem que os colaboradores exercem uma forte influência sobre a qualidade do serviço percebida pelo cliente e que o desempenho por parte dos colaboradores não pode ser padronizado sempre (LOURES, 2009).

Segundo Zeithaml, Bitner e Gremler (2011) e Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014) existem inúmeras razões para que o *gap 3* ocorra (discrepância entre as metas de desempenho no serviço e a entrega efetiva do serviço), e a maioria destas razões estão relacionadas com: a dificuldade dos funcionários em compreender qual o seu papel na empresa; tecnologias inadequadas; falta da consciência do trabalho em equipe; sistema

inapropriado de recompensa aos funcionários e a variável mais importante que é o cliente, porque se por exemplo, os clientes não fornecem informações necessárias ao prestador do serviço, a qualidade no serviço fica exposta a riscos.

Outro fator importante é a sincronização da demanda e da capacidade, a falta de empenho e/ou a incapacidade dos funcionários de entrarem em contato com os clientes para cumprir as metas. Pode-se mencionar que as limitações estão também conectadas com funcionários mal qualificados, sistemas inadequados de apoio ao pessoal de contato com os clientes e capacidade insuficiente para atender a demanda. Para tornarmos as metas de serviços eficazes devem não apenas refletir as expectativas dos clientes, como também estarem apoiadas nestes recursos citados de maneira adequada e sincronizado.

Assim sendo, reporta-se que quando o grau de desempenho na entrega do serviço fica abaixo das metas (*gap* 3), o serviço entregue também fica aquém do que os clientes esperam (*gap* 5), e fazendo-se uma associação direta com estas lacunas, sugere redução do *gap* 3, assegurando que todos os recursos necessários para alcançarem as metas estejam disponíveis a fim de proporcionarem também a redução do *gap* 5.

Gap 4 – Discrepância entre a entrega do serviço e as comunicações externas ou lacuna da comunicação: A organização necessita certificar-se de não conectar desempenho com promessas, porque isto eleva as expectativas do cliente e, em contrapartida, diminuem as percepções de qualidade quando as promessas ou expectativas não são cumpridas. Não torna-se suficiente oferecer um serviço de qualidade, o cliente precisa experimentar esse sentimento de satisfação. Dessa forma, se faz necessário analisar as lacunas existentes entre as promessas e o que realmente é oferecido e entregue ao cliente.

A discrepância entre o “serviço prometido” e o “serviço executado” aumenta as lacunas do cliente (*gap* 5).

Sendo assim, as comunicações externas podem afetar tanto as expectativas dos clientes sobre um serviço quanto a sua percepção sobre esse serviço prestado. O que justifica que coordenar de maneira eficaz o processo de entrega do serviço com as comunicações externas faz com que ocorra a redução do *gap* 4 e conseqüentemente, afete de maneira favorável o *gap* 5.

O foco principal para preencher a lacuna do cliente é eliminar as lacunas 1, 2, 3 e 4 da empresa e mantê-las preenchidas. Dependendo da extensão das lacunas da empresa, os clientes percebem as deficiências da qualidade do serviço. O modelo se inicia a partir do processo de melhoria na qualidade mediante: o entendimento da natureza e da extensão da lacuna do cliente.

Gap 5 – Discrepância entre a expectativa e a percepção do cliente: A qualidade que um cliente percebe em um serviço é atribuída pela lacuna entre serviço esperado e serviço percebido. Desta maneira, o *gap* 5 representa a diferença na comparação (ou a discrepância) entre o serviço percebido e a expectativa do cliente quanto ao serviço prestado, que ocorre devido as falhas do tipo de *gap* 1 ao 4 e se colocado em formato de uma função, dessa forma, podemos afirmar que $gap\ 5 = f(gap\ 1, gap\ 2, gap\ 3, gap\ 4)$, sendo a somatória dos *gaps* 1 ao 4. O segredo para fechar o *gap* 5 é bloquear os *gaps* entre 1 ao 4 e mantê-los fechados, portanto a atuação do prestador de serviços deve-se concentrar entre os *gaps* 1 ao 4 (LOURES, 2009).

Figura 5 – Discrepância entre expectativas dos clientes e percepção do serviço
Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

A figura 5 mostra que o *gap* 5 é a diferença potencial, na percepção do cliente, entre o serviço esperado e o recebido. Os principais determinantes do serviço esperado pelos clientes são: comunicações “boca a boca”, necessidades pessoais, experiência anterior e comunicações externas do prestador de serviço (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

As lacunas ou (*gaps*) apresentadas estão relacionadas com a diferença entre o que é esperado pelo cliente e qual o serviço oferecido, podendo se transformar no principal

obstáculo para a percepção dos clientes com relação a qualidade do serviço oferecido (LOURES, 2009; MIGUEL; SALOMI, 2004; PENA et al., 2013).

As dimensões de qualidade representam os pontos críticos na prestação de um serviço podendo causar discrepância entre expectativa e desempenho, tais disparidades devem ser minimizadas para alcançarmos um padrão adequado de qualidade.

O modelo *gap* apresentado expressa influências das várias discrepâncias ocorridas na qualidade dos serviços, divididas em gerencial e no contexto do cliente. No contexto gerencial a análise de cada *gap* é para uma melhoria no fornecimento de serviço enquanto que na análise de cliente mostra como este fez a avaliação do serviço (MIGUEL; SALOMI, 2004; PERROTT, 2011).

Estudos feitos por Brown e Swartz (1989), focados no setor da saúde continha serviços médicos como estudo primário. Os autores exploraram o conceito da qualidade de serviços dos profissionais de saúde e também a avaliação das perspectivas de ambos (profissionais e usuários). O estudo realizado com os médicos e pacientes foi realizado para analisar as lacunas da qualidade de serviço oferecida por estes profissionais. Contudo, além de avaliarem as expectativas dos pacientes e as percepções dos médicos sobre as suas expectativas, os autores procuraram mensurar também as experiências dos pacientes e as percepções dos médicos com relação a suas experiências, e desta forma, mensurando as expectativas e experiências dos usuários e também fazendo tal análise sob a visão dos profissionais médicos. O estudo de Brown e Swartz (1989) foi um dos primeiros a verificar empiricamente a percepção de ambas.

Para Brown e Swartz (1989), as percepções dos profissionais afetam diretamente a configuração do processo de entrega do serviço oferecido por eles, enquanto, as percepções do usuário determinam diretamente a avaliação do serviço consumido. Os resultados mostram que a análise de *gap* é uma forma apropriada para identificarmos inconsistências entre percepção do fornecedor e do cliente relativamente ao desempenho do serviço.

No estudo de Brown e Swartz (1989), com relação aos *gaps* propostos por Parasuraman, Zeithaml e Berry, (1988), tem-se como lacunas relevantes:

- *Gap* 1: expectativa do cliente – experiência do cliente;
- *Gap* 2: expectativa do cliente – percepção dos profissionais quanto a expectativa do cliente e;
- *Gap* 3: experiência do cliente – percepção dos profissionais quanto a experiência do cliente.

No *gap* 1 foi realizada uma suposição pelos pesquisadores para mensurar a diferença entre a expectativa do cliente e sua experiência, desenvolvendo dessa forma uma abordagem padrão para determinar a satisfação. Os *gaps* 2 e 3 foram pressupostos para relatar uma avaliação positiva do usuário pois, tais lacunas refletem na diferença entre a expectativa e a experiência do usuário e também a percepção que os fornecedores (profissionais) tem com relação a esse contexto.

No estudo de Taylor e Cronin (1994), sobre a avaliação tanto da qualidade de serviço quanto da satisfação do paciente foi avaliado segundo o mesmo paradigma de não conformidade de expectativas medida por meio do SERVQUAL.

Taylor e Cronin (1994), testaram um modelo para avaliar a possível relação existente entre a satisfação do paciente e outro modelo para avaliar a qualidade do serviço. O mesmo afirma que há uma dificuldade em distinguir (de maneira prática e teórica) a satisfação e a qualidade de serviços na saúde e ainda que as expectativas falham em demonstrar uma relação direta com a satisfação do paciente ou com a não conformidade.

2.9 Modelo Estendido de Qualidade de Serviços

A partir do modelo desenvolvido por Parasuraman, foi realizado outro modo para identificar um conjunto de fatores que afetam a magnitude e a direção dos *gaps* 1, 2, 3 e 4 da qualidade de serviço já apresentadas anteriormente.

Os fatores descritos até o momento são pertinentes ao entendimento das deficiências na qualidade dos serviços, ou seja, dos *gaps* 1, 2, 3 e 4 e à adoção de medidas corretivas destinadas a garantir a prestação de serviços de alta qualidade. A figura 14 é conhecida como “modelo estendido de qualidade em serviços” que demonstra os vários fatores organizacionais e a relação destes aspectos com as lacunas a que dizem respeito a qualidade de serviços (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Este modelo foi testado mediante a coleta de dados sobre os fatores organizacionais e as lacunas em cinco grandes empresas. Neste modelo de *gap* estendido, assim como no modelo básico já apresentado, a lacuna entre as expectativas dos clientes quanto à qualidade do serviço e a percepção que eles tem desta qualidade (*gap* 5) resulta dos quatro *gaps* que podem existir nas empresas (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 2014).

Na figura 6, na coluna à direita, encontram-se as cinco dimensões da qualidade, que determinam as expectativas e as percepções dos clientes quanto a qualidade do serviço. Enquanto que na coluna à esquerda, encontram-se os fatores que, associados ao *gap* 5, causam os quatro *gaps* organizacionais.

Figura 6 – O modelo de *gap* estendido para a qualidade dos serviços
Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

O modelo de *gap* estendido foi desenvolvido como uma estrutura para compreender e buscar a qualidade dos serviços nas organizações.

A partir do trabalho de Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014) há três fatores conceituais que contribuem para o *gap* 1:

A falta de orientação para pesquisa de *marketing*: Evidenciada por pesquisas de marketing insuficiente, uso inadequado dos resultados da pesquisa que estão voltadas para questões sobre a qualidade de serviços e falta de interação entre a gerência e os clientes para averiguar como é o processo de serviços;

Comunicação vertical inadequada: aquela entre funcionários de contato com os clientes e a gerência;

Número excessivo de níveis de gerência: Quanto maior for o número de níveis entre o pessoal de contato e os gestores de altos níveis hierárquicos maior será o *gap* 1.

A partir do trabalho feito por Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014) existem quatro fatores conceituais que contribuem para o *gap* 2:

Compromisso da gerência com a qualidade do serviço: É necessário avaliar se a gerência não protela o compromisso com a qualidade dos serviços. Pode fazer uma comparação do objetivo destinado a qualidade de serviços com outros objetivos e se existem, por exemplo, programas internos de qualidade de serviços.

Percepção de viabilidade: O tamanho do *gap* 2 da qualidade de serviços é afetado pela percepção dos gestores na possibilidade de atenderem com qualidade as expectativas do usuário.

Padronização de tarefas: A tecnologia de uma organização poderá ser utilizada para padronizar o comportamento dos colaboradores. Para serviços customizados, esses padrões são mais complexos de serem estabelecidos em comparação aos serviços rotineiros. No entanto, para os serviços customizados como, por exemplo, serviços médicos, o que pode ser padronizado é o atendimento, entrega de prontuários e agendamento de consultas.

Estabelecimento de metas: O desenvolvimento de metas de serviços envolvem a definição da qualidade de serviço e permitem proporcionar aos fornecedores deste serviço uma compreensão sobre o que a gerência planeja entregar.

Já o *gap* 3 é representado pelo desempenho do serviço, quando os colaboradores não conseguem e/ou não se dispõem a executar o serviço no nível desejado pelos gerentes. A falta de disposição de colaboradores para se ter um bom desempenho envolve redução de seu esforço espontâneo, o que resulta, por exemplo, em extensas filas. Infelizmente este é um *gap* comum em empresas de serviços.

Segundo Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), as organizações que oferecem serviços altamente interativos (quando o prestador de serviço e o cliente se comunicam), com a utilização intensiva de mão de obra (a variabilidade pode acontecer em serviços que demandam mais trabalho humano) e executados em diversos locais (quando o serviço é executado em vários locais, dificultando a comunicação e avaliação do desempenho), são vulneráveis ao *gap* 3.

A partir do trabalho feito por Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014), existem sete fatores organizacionais que contribuem para o *gap* 3 de desempenho do serviço:

Ambigüidade de função: Esta ambigüidade ocorre porque os colaboradores não sabem exatamente o que os gerentes e supervisores esperam deles e de que maneira eles necessitam satisfazer esta expectativa ou então eles desconhecem como seu desempenho será avaliado e recompensado.

Conflito de função: A função é definida por meio da expectativa, demanda e pressões comunicadas aos colaboradores pelos gestores do alto nível hierárquico, supervisores e clientes que possuem alguns interesses na forma como o colaborador desempenha suas atividades. No momento em que os colaboradores de contato se transformam na ligação entre a organização e o consumidor, será necessário satisfazer as necessidades de ambos e em alguns casos a expectativa da organização e do consumidor são conflitantes.

Adequação funcionário-função: Os gestores muitas vezes não destinam recursos suficientes e de qualidade aos processos de recrutamento e seleção (recursos humanos).

Adequação tecnologia-trabalho: A tecnologia e os equipamentos utilizados pelos colaboradores para entregarem o serviço possibilitam a melhoria no desempenho dos colaboradores.

Sistema de controle: Em algumas organizações de serviços, os sistemas de controle de produção podem ser inapropriados para mensurar/avaliar o desempenho dos colaboradores quanto ao fornecimento de um serviço de qualidade.

Percepção de controle: Quando o colaborador percebe que se encontra no controle do esquema que ocorre diariamente, experimentam uma situação de redução no nível de estresse.

Trabalho em equipe: O trabalho em equipe é o foco de programas de qualidade de serviços em organizações que se destacam na prestação de serviços aos usuários.

O *gap* 4 possui um forte impacto sobre as percepções dos clientes quanto à qualidade do serviço, e por consequência, se faz necessário que a empresa divulgue os

esforços especiais realizados para assegurar a qualidade do serviço que lhes será entregue. O modelo de qualidade estendida identifica os fatores (problemas) que provocam o *gap* 4:

Comunicação horizontal: A proposta deste tipo de comunicação é o de coordenar as pessoas e os departamentos de forma que as metas da organização sejam alcançadas. Esta comunicação está relacionado com o que é ofertado e o que realmente é fornecido, sendo necessário atender a expectativa do usuário.

Propensão a promessas em excesso: Tendo em vista o ambiente competitivo, algumas organizações tendem a prometer mais do que se pode cumprir para superar a concorrência.

As medidas dos fatores do modelo de qualidade estendida apresentados expõem que as lacunas podem ser vistas como indicadores ou razões para ocorrência de um determinado *gap*. Os autores deste modelo de qualidade estendida tinham como objetivo examinar empiricamente o limite em que os fatores organizacionais delineados pelo modelo influenciavam no desempenho do serviço percebido pelos consumidores (LOURES, 2009).

No modelo de *gap* apresentado, é necessário os dados dos consumidores para medir o *gap* 1 e 5 e também, são necessários dados do pessoal das empresas (colaboradores de contato e gestores) para medir os *gaps* 1, 2, 3 e 4.

O *gap* 2 está ligado diretamente com o comprometimento da gerência com a qualidade de serviços, quanto ao estabelecimento de metas e padronização de tarefas, sendo necessário a alocação de recursos financeiros.

Já o *gap* 3 está associado ao trabalho em equipe, e é necessário contratar colaboradores certos para as funções de serviços e fornecer a eles os equipamentos e ferramentas necessárias para executarem bem suas funções, dando flexibilidade para que possam servir e satisfazer os consumidores de maneira eficaz, sendo necessário estimular um ambiente de trabalho e uma cultura de trabalho em equipe.

A comunicação interna assegura o que é comunicado aos consumidores e o que realmente é entregue, formando o *gap* 4.

Segundo Loures (2009) o modelo de *gap* serve como um referencial para entender a entrega da qualidade de serviços. Já o modelo estendido de qualidade de serviços decompõe os processos de comunicação e controle para gerenciar os colaboradores na organização e as consequências destes processos.

3 COMPARANDO OS MODELOS DE *Gap* DESENVOLVIDO POR PARASURAMAN, (1985) E *Gap* NA SAÚDE DESENVOLVIDO POR PERROTT, (2011)

Segundo Perrott (2011), estes *gaps* devem ser favoráveis ou desfavoráveis e o tamanho de alguns *gaps* terão impactos na qualidade do serviço prestado.

Um importante desafio existente está relacionado com a falha do serviço de saúde, havendo necessidade de analisarmos o local e a razão da ocorrência dessas falhas. Descobrimos a lacuna ou (*gap*), é possível desenvolvermos estratégias para minimizar a falha em serviços. A figura 7 propõe este modelo de *gap* de serviços em saúde localizando as falhas e as lacunas, tendo como referência o modelo apresentado por Parasuraman na década de 80 (PERROTT, 2011).

Figura 7 – Modelo de entrega em serviços na saúde
Fonte – Perrott (2011)

Segundo Perrott (2011), o objetivo de propor este modelo seria analisar o número de dimensões existentes dentro do serviço em saúde, para primeiramente identificarmos os principais elementos e os eventos realizados quanto a entrega de serviços executados na saúde. A segunda dimensão é identificar as lacunas potenciais entre o que é esperado e o que é entregue dentro do sistema.

A Figura 7 mostrou cada um dos pontos críticos na especificação do serviço na saúde, como: entrega e sequência de avaliação da qualidade.

Segundo Perrott (2011), o primeiro evento contribui para especificar o serviço a ser entregue. Tal fato, deve ser agrupado à partir das melhores informações práticas. Nos eventos seguintes estão descritos como um número de interpretações e percepções dos serviços na saúde que deveriam ser entregues e como estes serviços realmente são entregues. Cada evento detém os seus próprios riscos na interpretação específica do serviço e entrega.

A figura 7 também mostra o *gap* potencial que deve ocorrer entre a percepção da expectativa do serviço em saúde e o que realmente é entregue:

Gap 1: Um *gap* potencial entre a percepção dos profissionais de saúde quanto ao que eles acreditam que deve ser entregue e a expectativa do paciente quanto ao serviço a ser entregue;

Gap 2: Um *gap* potencial entre a percepção dos profissionais de saúde quanto ao serviço que realmente é entregue e a percepção do paciente quanto ao serviço que realmente é entregue;

Gap 3: Um *gap* potencial entre a expectativa do paciente quanto ao serviço a ser entregue e o que está realmente sendo entregue;

Gap 4: Um *gap* potencial entre a especificação do serviço na saúde e a interpretação dos profissionais de saúde com relação ao serviço a ser entregue;

Gap 5: Um *gap* potencial entre a especificação do serviço na saúde e a percepção do que realmente é entregue.

O quadro 4 resume os riscos das falhas de serviço na saúde em cada um dos seis eventos ou processos de serviços (evento A ao F) ilustrado na figura 7. A primeira coluna do quadro 4 identifica os seis eventos de serviços na saúde. Os riscos das falhas dos serviços na saúde estão descritos na segunda coluna. As possíveis causas das falhas da entrega dos serviços na saúde ou a falha de cada evento, encontra-se identificado na terceira coluna. Na quarta coluna é estabelecida uma série possível de medidas normativas que podem ser tomadas para minimizar ou eliminar a falha da entrega de serviços na saúde que ocorre na especificação de serviços na saúde, na entrega e no processo de avaliação.

Tarefa	Riscos das falhas de serviços na saúde	Possíveis causas	Medidas Normativas
A Especificar os serviços de saúde a serem entregues.	Especificação do serviço de saúde está incorreto ou inadequado.	<ul style="list-style-type: none"> - Especificação inadequada; - Especificação incorreta; - Suposições equivocadas; - Má comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar a especificação e treinamento na comunicação; - Resistência em pesquisa e desenvolvimento de serviço da saúde.
B Interpretação feita pelos profissionais de saúde quanto a especificação dos serviços.	Erro ou falha dos serviços de saúde entregues.	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiência dos profissionais na capacidade de interpretar as especificações; - Tempo escasso para estudar ou entender as especificações; - Distração enquanto está estudando as especificações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento e educação dos profissionais de saúde; - Melhorar o processo de aprendizagem das especificações; - Examinar/testar o conhecimento das especificações.
C Entrega do serviço de saúde.	Serviço não ser entregue de acordo com as especificações.	<ul style="list-style-type: none"> - Distração durante a entrega do serviço; - Falta de competência ou de conhecimento dos profissionais da saúde; - Deficiência dos serviços de apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controle rigoroso de qualidade; - Revisar as estratégias de apoio e capacidade; - Testes e atualizações do conhecimento e habilidade.
Continua			

Quadro 4 – Riscos de falhas em serviços de saúde
Fonte – Perrot (2011)

Continuação			
D Percepção dos profissionais da saúde quanto ao serviço que realmente é entregue.	Compreensão inadequada do que foi entregue.	<ul style="list-style-type: none"> - Informação após a execução do serviço insuficiente; - Processo de avaliação dos serviços executados feito de maneira inadequada; - Conhecimento inadequado da especificação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento para avaliar os serviços já executados; - Melhorar a avaliação da entrega de serviços; - Melhorar a análise e interpretação dos dados dos serviços já executados.
E Percepção dos pacientes quanto ao serviço de saúde que realmente é entregue.	Equívoco ou interpretação errada do serviço prestado, gerando uma série de conseqüências.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento médico inadequado; - Complicações médicas; - Informações insuficientes; - Interpretação errada dos resultados dos serviços prestados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação do paciente; - Melhorar a comunicação de “pós” tratamento.
F Percepção dos pacientes quanto ao serviço de saúde que deveria ser entregue.	Serviço entregue de maneira errada.	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento médico inadequado; - As informações comunicadas sobre o serviço a ser entregue são insuficientes; - Incompreensão dos serviços de saúde a serem entregues. 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação do paciente é relevante; - Melhorar a informação e a comunicação do serviço prévio.

Quadro 4 – Riscos de falhas em serviços de saúde
Fonte – Perrot (2011)

Figura 8 – Diferença do *gap* 1 entre o modelo de Parasuraman e Perrott
Fonte - Autor

O *gap* 1 dos modelos apresentados apresenta uma diferença, o modelo de Parasuraman; Zeithaml e Berry (1985), indaga a diferença entre a percepção do coordenador do Programa sob as expectativas dos usuários, enquanto que no modelo de Perrott (2011), é questionável a interpretação que os profissionais tem quanto ao serviço de saúde entregue.

No intuito de atribuímos uma interpretação adequada destes dois modelos, de acordo com o modelo de Parasuraman; Zeithamle Berry (1985), é correto afirmar que a interpretação que os profissionais tem quanto ao serviço de saúde entregue está presente entre os *gaps* 3 e 4.

<i>Gap 2</i>	
Modelo Parasuraman	Modelo Perrott

<p><i>Gap 2:</i> Discrepância entre as especificações de qualidade do serviço e a <u>percepção</u> dos gestores sobre as <u>expectativas</u> dos usuários</p>	<p><i>Gap 2:</i> <i>gap</i> potencial entre a <u>percepção</u> dos profissionais de saúde quanto ao serviço que realmente é entregue e a <u>percepção</u> do paciente quanto ao serviço que realmente é entregue</p>

Figura 9 – Diferença do *gap 2* entre o modelo de Parasuraman e Perrott

Fonte – Autor

No *gap 2*, o modelo de Perrott sobrepõe o atendimento percebido (*gap 5*) com a percepção daqueles que compõe a eSF (coordenadores, médicos, enfermeiros, atendentes, etc) sobre as expectativas dos usuários (*gap 1*).

Com isto, ressaltamos que o modelo de Parasuraman; Zeithaml e Berry (1985) é mais adequado porque com ele, os *gaps 1* e *5* serão diminuídos com o auxílio do *gap 2*.

<i>Gap 3</i>	
Modelo Parasuraman	Modelo Perrott

<p><i>Gap 3</i>: Discrepância entre as especificações de qualidade do serviço e a entrega do serviço prestado</p>	<p><i>Gap 3</i>: <i>gap</i> potencial entre a <u>expectativa</u> paciente quanto ao serviço que deveria ser entregue e o que está realmente está sendo entregue</p>

Figura 10 – Diferença do *gap* 3 entre o modelo de Parasuraman e Perrott
 Fonte – Autor

No modelo de Perrott, o *gap* 3 foi confundido com o *gap* 5 de Parasuraman; Zeithaml e Berry (1985), com esta controvérsia tal modelo não pode ser considerado coerente e aplicável.

<i>Gap 4</i>	
Modelo Parasuraman	Modelo Perrott
<p>Atendimento oferecido ↔ GAP 4 Comunicações externas para os usuários da ESF</p>	<p>Especificação de serviço de saúde a serem entregues ↔ GAP 4 Interpretação dos profissionais de saúde quanto a especificação do serviço na saúde</p>
<i>Gap 4</i> : Discrepância entre a entrega do serviço e as comunicações externas	<i>Gap 4</i> : <i>gap</i> potencial entre a especificação do serviço na saúde e a interpretação dos profissionais de saúde com relação ao serviço a ser entregue

Figura 11 – Diferença do *gap* 4 entre o modelo de Parasuraman e Perrott

Fonte - Autor

Como discutido no *gap* 1, podemos afirmar que a interpretação dos profissionais de saúde quanto ao serviço de saúde entregue (modelo de Perrott), está mascarado nos *gaps* 3 e 4 do modelo de Parasuraman.

<i>Gap 5</i>	
Modelo Parasuraman	Modelo Perrott

<i>Gap 5</i> : Discrepância entre o serviço percebido e a expectativa do usuário quanto ao serviço prestado	<i>Gap 5</i> : <i>gap</i> potencial entre a especificação do serviço na saúde e a percepção do que realmente é entregue

Figura 12 – Diferença do *gap 5* entre o modelo de Parasuraman e Perrott
Fonte– Autor

O *gap 5* apresentado por Perrott, nada mais é do que o *gap 2* apresentado no modelo de Parasuraman.

Sendo assim, há equívocos existente no modelo de Perrott, tal modelo não apresenta fundamentos teóricos embasados na literatura. Após a análise dos *gaps* apresentado pelos modelos distintos, foi considerado o modelo de Parasuraman para ser utilizado na pesquisa, devido a sua coerência e validação do mesmo, adaptando apenas para a realidade existente no serviço oferecido pela ESF.

4 MÉTODO DA PESQUISA

Neste capítulo discorre a caracterização do método e dos procedimentos que foram utilizados para a elaboração e execução do trabalho. Foram avaliados aspectos de estrutura e do processo executado nos cuidados prestados pelos serviços sob a perspectiva e expectativa dos usuários e dos profissionais que estão inseridos na eSF.

4.1 Caracterização do Método de Pesquisa

O método deve estar associado ao problema da pesquisa. Os métodos adequados são necessários para facilitar a execução dos objetivos propostos em trabalhos científicos e que posteriormente possam ser comprovados. Segundo Marconi e Lakatos (2008) a classificação de pesquisas com base em sua abordagem, objetivos e procedimentos geralmente são utilizados. De acordo com uma proposta de pesquisa, uma classificação detalhada da mesma viabiliza e torna-se fácil o trabalho do pesquisador na definição do campo de atuação (PARRA FILHO; SANTOS, 2002).

Segundo Lakatos e Marconi (1992) a pesquisa contempla a busca de resposta para questões propostas utilizando métodos científicos. Para isto, há dois processos pelos quais pode obter respostas as estas questões: documentação direta, na qual o levantamento de dados acontece no próprio local onde os fenômenos ocorrem. Derivando assim, pesquisa de campo e pesquisa de laboratório, na qual ambas utilizam de observação direta intensiva (observação e entrevista) e observação direta extensiva (questionário, formulário, entre outros). O outro processo existente para se obter resposta é mediante pesquisa documental (fontes primárias) e pesquisa bibliográfica (fontes secundárias).

De acordo com teorias existentes, uma pesquisa pode ser definida como qualitativa ou quantitativa. Nas pesquisas qualitativas, há aspectos como a interpretação do tema, descrição do contexto e o desdobramento dos eventos ao longo do tempo sendo estes enfatizados. Na pesquisa qualitativa é usualmente utilizada três fontes de dados: sendo estas entrevistas, observação de participantes e análise de documentos. Todavia, a pesquisa quantitativa é composta por uma teoria e a partir desta, são formuladas hipóteses nas quais são posteriormente testadas (MARCONI; LAKATOS, 2008).

As pesquisas qualitativas tem caráter exploratório, preliminar, e são conduzidas para esclarecer a definição do problema, para que posteriormente sejam feitas pesquisas mais

formais. Quando comparado as características descritas com o caráter da presente pesquisa, verifica-se que a mesma é delimitada como uma pesquisa qualitativa (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011)

À partir da definição do objetivo da pesquisa é necessário identificar em quais dos três grupos estão ligados: exploratórias, descritivas e explicativas. Ao determinar os objetivos gerais, o trabalho fará uso de pesquisa com cunho exploratório (fundamento lógico), pois buscam uma compreensão do fenômeno estudado e também uma nova compreensão desta ocorrência e tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito e descritivo. Trabalhos de caráter exploratório envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tem experiência sobre o tema em questão tendo como forma de questão para este tipo de pesquisa (como?Porque?Quem?Onde? E o que?), focalizando acontecimentos contemporâneos (GIL, 1991; MATTAR, 2001; YIN, 2005).

Segundo Yin (2005), ao selecionar os procedimentos é necessário observar três condições: 1) qual o tipo de questão de pesquisa proposta; 2) a extensão de controle que o pesquisador tem sobre os eventos comportamentais atuais e; 3) o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos. Segundo o autor, os principais procedimentos em pesquisas qualitativas são: pesquisa-ação, experimento, estudo de caso, levantamento, análise de arquivo e pesquisa histórica.

Quanto a primeira condição é necessária ser bem fundamentada para que haja uma conclusão concisa do trabalho e responder à questão proposta é necessária para que a teoria e os procedimentos propostos auxilie no avanço da teoria e estudos comportamentais. Já a segunda condição permite que o trabalho desenvolva o controle que o pesquisador tem sobre o evento posto que, as possibilidades de interação são limitadas.

Esta condição exclui dois procedimentos: pesquisa-ação e experimentos que possuem caráter participativo. Quanto a segunda condição a ser considerada sendo o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos. No trabalho é dada ênfase em acontecimentos contemporâneos para que estes contribuam com avanço da teoria, desta maneira é excluído também a pesquisa histórica porque foca em acontecimentos passados.

O desenvolvimento do trabalho foi restringido como um desenvolvimento de uma sistematização e ao seu dimensionamento com a elaboração do teste piloto com toda a equipe que faz parte da ESF e dos usuários da USF.

5 FASES DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Sob as recomendações de Meredith, (1998), Voss, Tsikriktsis e Frohlich, (2002), Miguel, (2007) e Yin, (2005) o presente trabalho foi desenvolvido e estruturado nas seguintes fases: fundamentação teórica, desenvolvimento da sistematização, aplicação do teste piloto para análise de dados, análise dos resultados obtidos e conclusão da pesquisa.

5.1 Fundamentação Teórica

Segundo Creswell (2010), a pesquisa bibliográfica cumpre vários propósitos e compartilha com o leitor os resultados de outros estudos que estão intimamente relacionados àquele que está sendo realizado. Proporciona uma estrutura para estabelecer a importância do estudo e também uma referência para comparar os resultados encontrados com outros resultados. A partir destas recomendações a revisão bibliográfica foi desenvolvida fundamentando alguns temas relevantes: Qualidade em serviços, escala SERVQUAL e *gap*, contemplando na sequência conceitos encontrados como serviços, Unidade Básica de Saúde e Programa Saúde da Família.

As bases de dados internacionais consultadas foram: *Web of Science*, *Scopus* e *Scholar Google*, a última base foi consultada devido à falta de obtenção de texto integral nas primeiras bases apresentadas. E como bases nacionais foram utilizadas: bases de teses nacionais da Universidade de São Paulo (USP).

Como dados secundários que deram apoio ao trabalho foi utilizado *websites* do Ministério da Saúde, Conselho Regional de Medicina e Secretaria do Estado de São Paulo, IBGE. As palavras-chaves utilizadas foram: *GAP*, *SERVQUAL*, *service*, *quality*, e *medicine* nas bases internacionais e as palavras-chave utilizadas nas bases de dados nacionais foram: SUS, Unidade Básica de Saúde, Programa Saúde da Família, qualidade de serviços na saúde e PMAQ em ambas as bases de dados foi pesquisado também como palavra-chave *gap* e *SERVQUAL*.

5.2 Desenvolvimento de uma Sistematização

Tem-se como objetivo da construção de uma sistematização o fornecimento de um modelo que os coordenadores das USF e o secretário municipal de saúde possam de fato

utilizar, a fim de entender o que é qualidade em serviços e de que maneira pode melhorar a qualidade dos atendimentos que prestam aos usuários, oferecendo orientações teóricas e práticas para a melhoria do atendimento de maneira geral. Transmitindo, a sensação de urgência caso houver quanto a melhora da qualidade do atendimento.

Sendo assim, busca-se definir uma maneira de como as USF podem fazer para resolver os problemas de atendimento e, com isto, melhorar seus serviços prestados aos usuários.

5.3 Aplicação da Sistematização – Teste Piloto

Para auxiliar no desenvolvimento do teste piloto, foi necessária uma sistematização, propondo uma seqüência de passos:

Passo 1 – Manter contato com o gestor da Secretária Municipal de Saúde. O secretário municipal de saúde ou o coordenador (a) geral das Unidades Saúde da Família pode utilizar este método na qual permite fazer um *feedback* da qualidade do atendimento, monitorando a expectativa e percepção do usuário. Este método é um processo lógico que terá mais eficácia se o gestor utilizar para medir e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelas equipes Saúde da Família, o qual está esquematizado na figura 13.

Figura 13 – Modelo de processo para medição e melhoria contínua da qualidade do serviço
 Fonte - Adaptado de Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Na figura, as perguntas correspondem aos cinco *gaps* incluídos no modelo conceitual (*gap*) da figura 4. Na qual o processo começa com o entendimento da natureza e da extensão do *gap* 5 e então, busca evidências dos *gaps* 1,2,3 e 4 para adotar medidas corretivas, quando necessário.

Este modelo só poderá ser utilizado pelo secretário municipal de saúde ou coordenador geral da Unidade Saúde da Família, porque apenas eles conseguirão tomar uma decisão final e então efetuar melhorias no atendimento ao usuário.

A aplicação do questionário SERVQUAL (*Service Quality Gap Analysis*) aos usuários e a aplicação dos questionários apresentados pelo modelo *gap*, subsidiará este

modelo para que uma medida seja feita por parte do gestor municipal para que haja uma melhoria da qualidade.

Em conjunto com a aplicação deste modelo ao gestor municipal será necessária a aplicação do questionário aos profissionais de saúde conforme passo 2.

Passo 2 – Desenvolver entrevista com os usuários da USF.

CHECK LIST

Antes de iniciar a entrevista é necessário fazer um check list para verificar se o usuário está apto a responder as afirmações. Se duas respostas forem negativas (não) o usuário não está apto a responder aos questionários.

Afirmações do check list	Sim	Não
Você já foi ao menos uma vez em uma Unidade Saúde da Família (USF)		
Ao menos uma vez a Agente Comunitário da Saúde (ACS) foi a sua casa		
Você já utilizou ao menos uma vez o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)		

Quadro 5 – Aplicação do check list com os usuários entrevistados
Fonte - Autor

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Será apresentado uma régua com algumas imagens para identificar os níveis de satisfação de cada afirmação abordada (Figura 14), para facilitar a interpretação dos questionários (expectativa e percepção):

O entrevistador irá ler cada uma das afirmações e para auxiliar na melhoria do teste piloto irá responder aos questionamentos feitos pelo entrevistado, indagando qual a dúvida do mesmo sobre tal afirmação, anotando-as para possíveis melhorias.

Na parte detrás da régua está uma figura ilustrativa e explicativa sobre o que é uma USF, eSF, ACS, NASF e ESF, que será explicada durante a aplicação dos questionários, se caso houver dúvida sobre alguma sigla (Figura 15).

COMO VOCÊ IMAGINA QUE DEVERIA SER A eSF

Figura 14 – Ilustração aplicada junto aos usuários de como eles imaginam que deveria ser a eSF

Fonte - Autor

Figura 15 – O que é a ESF
Fonte - Autor

		compõe uma USF “excelente” cuida de sua aparência, estando com roupas apropriadas para executar as suas funções								
	4	Para você usuário os materiais associados ao serviço oferecido em uma USF “excelente” (como folhetos, demonstrativos e cartazes) são visualmente agradáveis.								
Confiabilidade	5	Para você usuário, uma Secretaria Municipal de Saúde “excelente” faz o agendamento de consultas com especialistas e exames em curto prazo e transfere estas informações sobre a data do exame e de consultas específicas para a USF, caso você queira mais informações.								
	6	Quando você usuário, apresenta algum problema de saúde para uma equipe com nível de atendimento “excelente” eles demonstram interesse sincero em solucioná-lo.								
	7	Para você usuário, uma USF “excelente” faz o atendimento certo já na primeira vez.								
	8	Para você usuário, uma USF “excelente” fornece um atendimento no momento prometido. Não havendo atrasos ou falta de médicos.								
	9	Para você usuário, uma USF “excelente” valoriza seu cadastro livres de erros, mantendo sempre sua atualização.								
	10	Para você usuário, a atendente de uma USF “excelente” lhe informa exatamente quando será atendido.								
Responsividade	11	Para você usuário as equipes inseridas em uma USF “excelente” lhe atendem prontamente.								
	12	Para você usuário, os atendentes, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e dentistas que trabalham em uma USF “excelente” sempre estão dispostos a ajudar você. Sendo assim, quando necessita de atendimento Urgente você sempre é atendido.								

Segurança	13	Para você usuário as equipes inseridas dentro de uma USF “excelente” nunca estão ocupados demais para atender às suas solicitações e responder suas dúvidas.								
	14	Para você usuário, o comportamento das equipes de uma USF “excelente” transmite confiança à você.								
	15	Para você usuário de uma USF “excelente”, é importante se sentir seguro ao ser atendido pelo médico da família.								
	16	Para você usuário, todos da equipe inseridos em uma USF “excelente” serão sempre educados e atenciosos com você								
	17	Para você usuário as equipes de Saúde da Família inseridas em uma USF “excelente” têm conhecimento para responder a qualquer pergunta sua.								
Empatia	18	Para você usuário uma USF “excelente” dá atenção individualizada à você (como acamados, domiciliados e remédio em casa)								
	19	Para você usuário uma USF “excelente” têm horário de funcionamento conveniente pra você.								
	20	Para você usuário uma USF “excelente” têm equipes que dão atenção personalizada à você.								
	21	Para você usuário as equipes de uma USF “excelente” têm como objetivo/meta os interesses e necessidades dos usuários								
	22	Para você usuário as equipes de uma USF “excelente” compreendem às suas necessidades e problemas específicos.								

Quadro 6 – Questionário da escala SERVQUAL para mensurar a expectativa do usuário da USF

Fonte - Autor

Responsividade	10	Você usuário, percebe que a atendente da USF lhe informa exatamente quando será atendido.							
	11	Você usuário, percebe que as equipes inseridas na USF lhe atendem prontamente.							
	12	Você usuário, percebe que os atendentes, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e dentistas que trabalham na USF sempre estão dispostos a lhe ajudar. Sendo assim, quando necessita de atendimento Urgente você sempre é atendido.							
	13	Você usuário, percebe que as equipes inseridas dentro da USF nunca estão ocupados demais para atender às suas solicitações e responder suas dúvidas.							
Segurança	14	Você usuário, percebe que o comportamento das equipes da USF lhe transmite confiança.							
	15	Você usuário da USF se sente seguro em ser atendido pelo médico da família.							
	16	Você usuário, percebe que todos da equipe inseridos na USF são sempre educados e atenciosos com você							
	17	Você usuário, percebe que as equipes de Saúde da Família inseridas na USF têm conhecimento para responder a qualquer pergunta sua.							
Empatia	18	Você usuário, percebe que a USF lhe dá atenção individualizada (como acamados, domiciliados e remédio em casa)							
	19	Você usuário, percebe que a USF têm horário de funcionamento conveniente pra você.							
	20	Você usuário, percebe que a USF têm equipes que lhe dão atenção personalizada.							
	21	Você usuário, percebe que as equipes da USF têm como objetivo/meta os interesses e necessidades dos usuários							
	22	Você usuário, percebe que as equipes da USF compreendem às suas necessidades e problemas específicos.							

Quadro 7 – Questionário da escala SERVQUAL para mensurar a percepção do usuário da USF

Fonte - Autor

As 22 questões existentes em ambos os questionários são similares, isto acontece para possibilitar a comparação entre a expectativa (o que deveria ser) com a percepção (o que realmente é).

Após a aplicação dos questionários, será averiguado a importância de cada uma das cinco dimensões apresentadas na primeira coluna do lado esquerdo do questionário, quando é feito a avaliação da qualidade do atendimento oferecido pela equipe Saúde da Família na qual compõe a USF à você usuário. Para isto:

- ✓ O usuário deve distribuir um total de 100 pontos entre as cinco dimensões de acordo com a importância de cada uma delas para ele;
- ✓ Quanto mais importante uma dimensão for para o usuário, mais pontos deve ser atribuído a ela;
- ✓ Preste atenção para que os pontos distribuídos entre as cinco dimensões somem 100.

	Dimensão (Zeithaml; Parasuraman; Berry, 2014)	Dimensão considerada pelos usuários da USF	Pontos
1	Elementos tangíveis – A aparência de instalações físicas, equipamento, funcionários e materiais de comunicação da empresa de ____.	Elementos tangíveis – A aparência das instalações físicas, equipamentos, das equipes, dos materiais de comunicação da USF e tamanho da Unidade.	_____ pontos
2	Confiabilidade – A capacidade da empresa de ____ prestar o serviço prometido de forma confiável e correta.	Confiabilidade – A capacidade da USF de prestar o atendimento prometido de forma confiável e correta, não havendo falta de profissionais	_____ pontos
3	Responsividade – A disposição da empresa de ____ a ajudar os clientes e proporcionar o serviço sem demora.	Responsividade – A disposição da USF em ajudar os usuários e proporcionar um atendimento sem demora, atendendo os usuários de urgência e de Demanda Imediata (DI)	_____ pontos
Continua			

Continuação			
4	Segurança – O conhecimento e a cortesia dos funcionários da empresa de _____ e sua capacidade de transmitir confiança e segurança	Segurança – O conhecimento e a cortesia da eSF e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança	_____ pontos
5	Empatia – A atenção individualizada e cordial que a empresa de _____ proporciona a seus clientes.	Empatia – A atenção individualizada e cordial que a USF proporciona aos usuários (acamados, domiciliados e remédio em casa)	_____ pontos
	Total de pontos distribuídos	Total de pontos distribuídos	100 pontos

Quadro 8 – Avaliação da importância de cada dimensão pelo usuário da USF
 Fonte - Adaptado de Zeithaml; Parasuraman e Berry (2014)

Passo 3 – Cálculo das pontuações na escala SERVQUAL (expectativa e percepção) do usuário.

O *gap 5* é composto pela pontuação da SERVQUAL de cada par de afirmações: 01 questão referente à expectativa e 01 questão referente à percepção, totalizando duas questões (um par) para cada cliente, é calculado como:

$$\text{Pontuação SERVQUAL} = (\text{Pontuação da seção de expectativas} - \text{Pontuação da seção de percepções})$$

O cálculo da SERVQUAL será feito mediante média geral ponderada, porque neste caso é considerado a importância relativa das dimensões para o usuário, sendo mais eficaz porque pode-se verificar quais aspectos são mais relevantes aos usuários e quais precisam de mais atenção para melhoria do atendimento. Este cálculo será apresentado de acordo com as seguintes etapas:

Etapas 1) Calcular a média individual por dimensão (de cada usuário para cada dimensão). Por exemplo, se for averiguar a dimensão empatia (se a soma desta dimensão (das cinco questões apresentadas) no questionário da expectativa for de 20 pontos) e (se a soma desta dimensão, das cinco questões apresentadas, no questionário da percepção for de 25 pontos) significa que, a dimensão empatia de acordo com este usuário é de (20 pontos – 25 pontos = -5 pontos).

Para calcular a média individual da dimensão empatia basta dividir o valor de (-5 pontos por 5 = -1), divide-se por 5 porque é a quantidade de afirmações desta dimensão, conforme ilustrado no quadro 9:

Dimensão	Afirmações referentes à dimensão
Elementos tangíveis	1 a 4 – quatro afirmações
Confiabilidade	5 a 9 – cinco afirmações
Responsividade	10 a 13 – quatro afirmações
Segurança	14 a 17 – quatro afirmações
Empatia	18 a 22 – <u>cinco afirmações</u>

Quadro 9 – Número de afirmações incluídas em cada dimensão
Fonte – Zeithaml; Parasuraman e Berry (2014)

A partir disto, o mesmo processo para averiguar o cálculo deve ser feito com as demais dimensões: elementos tangíveis, confiabilidade, responsividade e segurança.

Etapa 2) Após fazer os cálculos das médias individuais de cada dimensão (etapa 1) é necessário multiplicar cada uma destas médias pelo peso da importância atribuída pelo usuário à esta dimensão. Este peso pode ser calculado a partir do (quadro 8, passo 2) e utilizando o exemplo de que o usuário esteja analisando a dimensão empatia:

	Dimensão	Pontos
1	Elementos tangíveis – Aparência das instalações físicas, dos equipamentos, da ESF e dos materiais de comunicação da USF	11 pontos
2	Confiabilidade – A capacidade da ESF de prestar o atendimento prometido de forma confiável e correta	16 pontos
3	Responsividade – A disposição da ESF de ajudar os usuários e proporcionar um atendimento sem demora	22 pontos
4	Segurança – O conhecimento e a cortesia da ESF e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança	19 pontos
5	Empatia – A atenção individualizada e cordial que a ESF proporciona aos usuários	32 pontos
	Total de pontos distribuídos	100 pontos

Quadro – 10 Exemplo de avaliação da importância da dimensão empatia pelo usuário do PSF
Fonte – Zeithaml; Parasuraman e Berry (2014)

Com isto, a partir da distribuição dos 100 pontos nesta tabela, significa que o peso da importância para a dimensão empatia é de (32 pontos ÷ 100 pontos = 0,32 pontos).

Para calcular a média individual ponderada da dimensão empatia que o usuário pesquisado determinou deve-se pegar o valor da etapa 1 (cálculo da média individual da dimensão) no caso do exemplo este valor é equivalente à -1 com isto, basta multiplicar a média individual pelo peso de importância da dimensão empatia:

$$-1 \text{ (etapa 1)} \times 0,32 \text{ (valor atribuído à partir da tabela 2)} = -0,32 \text{ (média individual ponderada para dimensão empatia)}$$

A partir disto, o mesmo processo para averiguar o cálculo deve ser feito com as demais dimensões: elementos tangíveis, confiabilidade, responsividade e segurança.

Etapa 3) Nesta etapa será obtido a média individual SERVQUAL ponderada combinada para isto, deve-se somar as médias individuais ponderadas de cada dimensão (foram obtidas na etapa 2).

Por exemplo, a média ponderada de empatia foi de - 0,32, suponha-se que as demais sejam: elementos tangíveis = 0,11; responsividade = - 0,11; segurança = - 0,114 e confiabilidade = - 0,064 com isto, soma-se todas as médias individuais ponderadas, para que assim tenha a média individual ponderada combinada:

$$\begin{array}{r}
 -0,32 \\
 0,11 \\
 -0,11 \\
 -0,114 \\
 -0,064 \\
 \hline
 -0,498
 \end{array}$$

(média individual ponderada combinada do usuário entrevistado)

Lembre-se que todas estas etapas deverão ser feitas com cada usuário pesquisado.

Etapa 4) Nesta etapa será somado a média individual ponderada combinada (foram obtidos na etapa 3) de cada um dos usuários pesquisados e com isto, divide-se este valor pelo total de usuários participantes da pesquisa.

Por exemplo, suponha-se que a soma das médias individuais ponderadas combinadas (obtidos na etapa 3) dos 300 usuários pesquisados tenha sido de - 133,97 então, a média geral da SERVQUAL ponderada será:

$$- 133,97 \text{ (média individual ponderada combinada)} \div 300 \text{ (usuários)} =$$

$$- 0,447 \text{ média geral da SERVQUAL ponderada}$$

Etapa 5) Análise do resultado: Quando a USF detectar qual é a classificação dos pacientes (público-alvo) e quais os critérios de dimensões de qualidade são mais importantes para estes pacientes, com base nas pontuações do *gap* 5 (percepção e expectativa) para os itens referentes a essas dimensões. Com tais dados o coordenador da USF poderá ter uma melhor compreensão do que precisa ser feito para melhorar a imagem dela na visão deste grupo muito importante, que são estes usuários dentro do principal segmento-alvo da USF.

Conforme no exemplo, se a média geral ponderada da SERVQUAL der negativo, significa que a qualidade do atendimento não está satisfazendo a perspectiva do usuário. Podendo identificar também individualmente quais aspectos estão aquém das necessidades dos usuários.

Passo 4 – Entrevistar os profissionais envolvidos com a ESF utilizando questionários do modelo de *gap*. Os questionários que serão aplicados neste passo será utilizado para a pesquisa com a eSF que posteriormente será incluído à seção de expectativas da SERVQUAL (com algumas modificações, neste caso será direcionado quanto a visão do coordenador da USF sobre as expectativas dos usuários – quadro 11), bem como a importância relativa que estes atribuem as cinco dimensões de qualidade (quadro 12) que será utilizado na fase empírica do trabalho. Primeiro será descrito a abordagem e as perguntas usadas para quantificar a medida dos *gaps* 1, 2, 3 e 4 e em seguida será apresentado os fatores (antecedentes) associados a cada um destes quatro *gaps*.

Assinale com um x quais os fatores que são prioridades dentro da USF (figura 16):

<i>Gap</i> 1	PRIORIDADE DA USF	
Fatores aplicado à USF	Sim	Não
Níveis de gestão dentro da USF: Se ter coordenador na Unidade, coordenador geral de USF, e secretário municipal é prioridade ou não		
Comunicação vertical (secretaria municipal de saúde e todos os envolvidos dentro da USF)		
Pesquisa de satisfação dos usuários		

Gap 2		
Fatores aplicado à USF		
Comprometimento do coordenador da USF com a qualidade do atendimento		
Estabelecimento de metas de atendimento para a eSF (quantas casas visitar, quantos usuários atender, etc)		
Padronização de tarefas perante a eSF como por exemplo: de que maneira atender um usuário, processo de triagem, como agendar um horário.		
Esforço do coordenador em acreditar que as expectativas dos usuários possam ser atendidas		
Gap 3		
Fatores aplicado à USF		
Trabalho em equipe da ESF		
Adequação da função de cada profissional da USF/eSF		
Percepção de controle quanto a poderem agir com flexibilidade		
Sistemas de controle: adequação dos sistemas de recompensa da USF.		
Conflito de função: quando toda a equipe percebe que não conseguem satisfazer todas as exigências (usuários, profissionais de equipe e secretaria) às quais precisam atender		
Grau de incerteza de toda a equipe quanto ao que os coordenadores esperam deles e como satisfazer essas expectativas		
Gap 4		
Fatores aplicado à USF		
Comunicação horizontal (usuários)		
Propensão a promessas em excesso: Prometer um atendimento que não conseguirá cumprir		

Figura 16 – Fatores que serão priorizados em cada *gap*

Fonte - Zeithaml; Parasuraman e Berry (2014)

Os fatores de cada um dos *gaps* serão aplicados nos próximos questionários, para descobrimento das lacunas existentes no atendimento aos usuários.

A figura 17 Descreve o modelo *gap* de qualidade em serviços aplicado ao PSF.

Figura 17 – Modelo conceitual (*gap*) de qualidade em serviços aplicado no Programa Saúde da Família (PSF)

Fonte - Autor

Com a figura 17, pode-se mencionar que o *gap* 1 é diferente dos demais porque cruza a fronteira entre o lado do usuário e da equipe. Isto requer uma comparação de respostas sobre a expectativa de duas amostras (usuário e equipe). Sendo assim, o mais adequado seria medir o *gap* 1 e *gap* 2 com os coordenadores e o *gap* 3 e *gap* 4 medir com a eSF incluindo os agentes da família.

Gap 1 – a lacuna acontece devido a falta de entendimento dos coordenadores sobre a expectativa do usuário. Neste caso, aqueles que saberão das expectativas dos usuários são os profissionais da linha de frente sendo assim, os coordenadores precisam ter uma boa relação com estes profissionais para diminuir esta lacuna. A USF deve saber o que os usuários querem e entregar o serviço esperado. Sendo assim, a medida do *gap* 1 pode ser encontrada determinando a diferença entre as pontuações dos usuários e as pontuações dos coordenadores para perguntas correspondentes no questionário SERVQUAL.

Se as respostas a estas questões forem negativas, os gestores da USF ou PSF não entendem perfeitamente o que os usuários esperam e o que realmente é importante para eles quanto a prestação do serviço. Resultando em uma percepção aquém de suas expectativas na qual forma o *gap* 5. Para confrontar com a aplicação do SERVQUAL com os usuários será aplicado o mesmo questionário aos coordenadores para confrontar as informações relacionada em como os coordenadores acham que os usuários sentem em relação a USF em contrapartida o que realmente os usuários percebem em relação ao atendimento (passo 2).

Instruções para a aplicação da escala SERVQUAL aos coordenadores da USF

Nesta parte da pesquisa, será examinado como o coordenador acha que os usuários se sentem em relação a uma USF que, na opinião deles, proporcione uma qualidade de atendimento “excelente”.

Quando você coordenador achar que os usuários consideram que uma característica não é nenhum pouco essencial para a USF marque o número 1, ou seja, “discordam totalmente”;

✓ Quando você coordenador achar que os usuários consideram que uma característica é absolutamente essencial marque o número 7, ou seja, “concordo totalmente”;

✓ Quando uma afirmação referir-se a uma característica que você coordenador acredita que os usuários não tem uma opinião forte marque um dos números intermediários.

	8	Você acredita que para os usuários uma USF “excelente” fornece um atendimento no momento prometido. Não havendo atrasos ou falta de médicos.							
	9	Você acredita que para os usuários uma USF “excelente” valoriza o cadastro dos usuários livres de erros, mantendo sempre sua atualização.							
Responsividade	10	Você acredita que para os usuários a atendente de uma USF “excelente” informa aos usuários exatamente quando serão atendidos.							
	11	Você acredita que para os usuários as equipes inseridas em uma USF “excelente” atendem os usuários prontamente.							
	12	Você acredita que para os usuários os atendentes, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e dentistas que trabalham em uma USF “excelente” sempre estão dispostos a ajudar o usuário. Sendo assim, quando o usuário necessita de atendimento Urgente sempre é atendido.							
	13	Você acredita que para os usuários as equipes inseridas dentro de uma USF “excelente” nunca estão ocupados demais para atender às solicitações e responder às dúvidas dos usuários.							
Segurança	14	Você acredita que para os usuários o comportamento das equipes de uma USF “excelente” transmite confiança aos usuários.							
	15	Você acredita que para os usuários os usuários de uma USF “excelente” se sente seguro em ser atendido pelo médico da família.							
	16	Você acredita que para os usuários todos da equipe inseridos em uma USF “excelente” serão sempre educados e atenciosos com os usuários.							
	17	Você acredita que para os usuários as equipes de Saúde da Família inseridas em uma Unidade “excelente” têm conhecimento para responder a qualquer pergunta dos usuários.							

Empatia	18	Você acredita que para os usuários uma USF “excelente” dá atenção individualizada aos usuários.								
	19	Você acredita que para os usuários uma USF “excelente” têm horário de funcionamento conveniente aos usuários.								
	20	Você acredita que para os usuários uma USF “excelente” têm equipes que dão atenção personalizada aos usuários (como atendimentos a acamados, domiciliados e remédio em casa)								
	21	Você acredita que para os usuários as equipes de uma USF “excelente” têm como objetivo/meta os interesses e necessidades dos usuários.								
	22	Você acredita que para os usuários as equipes de uma USF “excelente” compreendem às necessidades e problemas específicos dos usuários.								

Quadro 11 – Questionário que avalia o que os coordenadores acreditam que seria importante para os usuários sobre o atendimento de uma unidade “excelente”

Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Cálculo das pontuações da escala SERVQUAL aos coordenadores da USF

O cálculo da SERVQUAL aos coordenadores será feito de maneira similar ao cálculo da escala SERVQUAL aos usuários (passo 3) mediante média geral ponderada. Este cálculo será apresentado de acordo com as seguintes sequencias:

Sequência 1) Calcular a média individual (do coordenador para cada dimensão). Para isto, soma-se as pontuações das afirmações referentes a cada dimensão e depois divide o resultado pelo número de afirmações que compõe a dimensão, obtendo assim, as médias individuais.

Após fazer os cálculos das médias individuais de cada dimensão é necessário multiplicar cada uma destas médias pelo peso da importância atribuída pelo coordenador quanto ao que ele acha que cada uma destas características tem para o usuário à esta dimensão quando eles avaliam a qualidade do atendimento. Este peso pode ser calculado a partir do quadro 12. Para isto:

- ✓ Distribua um total de 100 pontos entre as cinco dimensões de acordo com a importância que você coordenador acha que cada uma delas tem para os usuários;
- ✓ Pela percepção do coordenador, quanto mais importante for considerado uma característica aos usuários, mais pontos deve atribuir a ela;
- ✓ Os pontos distribuídos entre as cinco dimensões devem somar 100.

	Dimensão considerada pelos coordenadores da USF sobre a visão das expectativas dos usuários	Pontos
1	Elementos tangíveis – A aparência das instalações físicas, dos equipamentos, das equipes e dos materiais de comunicação da USF e tamanho da Unidade	11 pontos
2	Confiabilidade – A capacidade da USF de prestar o atendimento prometido de forma confiável e correta, não havendo falta de profissionais	32 pontos
Continua		

Quadro 12 – Exemplo de avaliação da importância de cada dimensão pelo coordenador da USF
Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Continuação		
3	Responsividade – A disposição da USF em ajudar os usuários e proporcionar um atendimento sem demora, atendendo os usuários de urgência e de Demanda Imediata (DI)	16 pontos
4	Segurança – O conhecimento e a cortesia da eSF e a sua capacidade de transmitir confiança e segurança	19 pontos
5	Empatia – A atenção individualizada e cordial que a USF proporciona aos usuários (acamados, domiciliados e remédio em casa)	22 pontos
	Total de pontos distribuídos	100 pontos

Quadro 12 – Exemplo de avaliação da importância de cada dimensão pelo coordenador da USF
 Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Deve dividir o ponto atribuído de cada dimensão por 100 pontos (total): ponto da empatia $\div$ 100; ponto da segurança $\div$ 100 e assim sucessivamente.

Para calcular a média individual ponderada de cada dimensão que o coordenador pesquisado determinou deve-se pegar o valor da sequência 1 (cálculo da média individual da dimensão), com isto, basta multiplicar a média individual pelo peso de importância da dimensão.

Sequência 2) Subtraia a pontuação média encontrada na aplicação do questionário junto aos usuários (passo 3 – etapa 2) da pontuação média encontrada na aplicação do questionário junto aos coordenadores (sequência acima), obtendo assim, a pontuação do *gap* 1 para a dimensão (quanto mais negativa for a pontuação pior o *gap*).

Com isto, é detectado as discrepâncias entre os usuários e os coordenadores da USF quanto a importância relativa das dimensões.

A partir disto, o mesmo processo para averiguar o cálculo deve ser feito com as demais dimensões: elementos tangíveis, confiabilidade, responsividade e segurança.

Sequência 3) Nesta sequência será obtido a média individual SERVQUAL ponderada combinada do coordenador para isto, deve-se somar as médias individuais ponderadas de cada dimensão (foram obtidas na sequência acima).

Com este modelo de qualidade em serviços é possível identificar alguns problemas que provocam o *gap* 1. Conforme ilustrado na figura 18:

Figura 18 – Fatores *gap* 1

Fonte –Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Além disto, com estes fatores identificados na figura 18, para diminuir o *gap* 1 é necessário encontrar os antecedentes potenciais para analisar com exatidão o porquê o *gap* ocorre aplicando questionário:

Fator		Afirmações aplicadas à USF	Sim	Não	
Orientação de pesquisa para compreender as necessidades e expectativas dos usuários da Unidade	1	São feitas pesquisas regularmente para gerar informações sobre o que os usuários da Unidade querem			GAP 1
	2	As pesquisas que a Unidade faz foca na qualidade do serviço prestado pela equipe			
	3	Os coordenadores da Unidade entendem e utilizam os resultados das pesquisas			
	4	Os coordenadores da Unidade interagem com os usuários para descobrir o que eles pensam e querem			

Comunicação vertical: a secretaria da saúde e coordenador deve estimular e facilitar o fluxo de informações com a equipe	6	O coordenador da Unidade estimulam sugestões com a equipe em relação a qualidade do serviço			
	7	A equipe tem oportunidades para explicar a situação do serviço atual com o coordenador			
	8	O coordenador da Unidade tem contato com a equipe com muita frequência			
Níveis de gestão dentro do PSF: número de níveis de gestão entre o topo e a base hierárquica	10	Há muitos níveis de gestão (gerentes) separando o secretário municipal de saúde das equipes, não havendo muito contato com o usuário			

Quadro 13 – Questionário dos fatores do *gap* 1

Fonte –Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Gap 2 – a lacuna acontece devido a falha dos coordenadores da Unidade com relação a expectativa do usuário quanto ao atendimento e também da especificação da qualidade deste atendimento.

O modelo de *gap* identifica alguns fatores (problemas) que provocam esta lacuna. Conforme ilustrado na figura 19:

Figura 19 – Fatores *gap* 2

Fonte –Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Além disto, com estes fatores identificados na figura 19, para diminuir o *gap 2* é necessário encontrar os antecedentes potenciais para analisar com exatidão o porquê o *gap* ocorre:

Fator		Afirmações aplicada à USF	Sim	Não	GAP 2
Compromisso dos coordenadores para identificar que a qualidade do serviço deve ser uma meta estratégica chave	1	A secretaria da saúde oferece recursos para melhorar a qualidade de atendimento da equipe			
	2	O Programa Saúde da Família tem programas internos dentro de cada Unidade para melhorar a qualidade do serviço			
	3	Os coordenadores são recompensados pela melhoria de qualidade de atendimento da equipe			
	4	A Unidade enfatiza mais a quantidade de usuários atendidos do que a qualidade deste atendimento			
	5	A Secretaria Municipal de Saúde e os coordenadores estão comprometidos com a qualidade de atendimento aos usuários			
Os coordenadores devem acreditar que as expectativas dos usuários podem ser atendidas	6	A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de recursos necessários para que as exigências do atendimento ao usuário sejam atendidas			
	7	As expectativas dos usuários sempre são atendidas com o orçamento concedido pelo governo			
	8	Os sistemas operacionais oferecido pelo governo permite ajustes para que a expectativa dos usuários sejam atendidas			
	9	Dentro da Unidade há uma equipe qualificada e recursos disponíveis para proporcionar a qualidade de atendimento que os usuários querem			
	10	Os coordenadores da Unidade realizam mudanças nos procedimentos ou nas políticas existentes para atender as necessidades dos usuários			
		Existem programas de melhoria de			

Utilizar tecnologias para padronizar algumas tarefas relacionadas aos serviços oferecido pela equipe	11	atendimento dentro da Unidade destinados a atender de maneira consistente			
	12	Há uma padronização adequada das tarefas desenvolvidas pela Unidade e também da equipe			
As metas da USF devem ser fundamentadas em padrões e expectativa dos usuários e não da própria USF	13	Existe um programa formal de metas de qualidade de atendimento do serviço para a equipe			
	14	A secretaria municipal de saúde mede o desempenho no cumprimento das metas de qualidade de serviço de cada Unidade			
	15	As metas de qualidade de atendimento são estabelecidas com base em padrões orientados pelo usuário			
	16	A secretaria municipal de saúde transmite para cada Unidade e posteriormente para cada equipe as metas e objetivos de atendimento de saúde			

Quadro 14 – Questionário dos fatores do *gap* 2
 Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Para que o *gap* 2 seja diminuído ou fechado, é necessário a Secretaria Municipal de Saúde em definir metas de desempenho que reflitam as expectativas dos usuários do PSF e com isto, haverá um impacto favorável sobre a percepção de qualidade do serviço por estes usuários (*gap* 5).

Após aplicar os questionários dos *gaps* 1 e 2 e examinar os fatores-chave de cada um deles, é necessário neste momento, aplicar um outro questionário (quadro 15) junto aos coordenadores do USF na qual contém um conjunto de informações referentes aos antecedentes potenciais dos dois *gaps* gerenciais (GAP 1 e 2) e deve-se seguir as seguintes instruções de preenchimento:

- ✓ Quando discordar verdadeiramente de uma afirmação marque o número 1;
- ✓ Quando concordar verdadeiramente com uma afirmação marque o número 7;
- ✓ Quando uma afirmação não despertar uma opinião tão forte a ponto de discordar ou de concordar totalmente, marque algum dos números intermediários;
- ✓ Há afirmações formuladas em termos negativos, estes são os casos em que a pontuação é invertida. Então deve prestar muita atenção.

✓ Não há informações certas ou erradas. É necessário que informe com sinceridade qual seria a sua percepção.

			Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 1 e 2 (Literatura)	Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 1 e 2 aplicados à USF	Discordo totalmente						Concordo totalmente
GAP 1	Pesquisa de satisfação com os usuários	1	Coletamos regularmente informações sobre as necessidades de nossos clientes	Coletamos regularmente informações sobre as necessidades dos usuários	1	2	3	4	5	6	7
		2	Raramente usamos informações de pesquisa de marketing que são coletadas sobre nossos clientes (-)	Raramente usamos informações de pesquisa de <i>marketing</i> que são coletadas sobre os usuários (-)	1	2	3	4	5	6	7
		3	Coletamos regularmente informações sobre as expectativas de nossos clientes sobre a qualidade do serviço	Coletamos regularmente informações sobre as expectativas dos usuários sobre a qualidade do atendimento	1	2	3	4	5	6	7
		4	Os gerentes em nossa empresa raramente interagem com os clientes (-)	O coordenador da Unidade raramente interage com os usuários (-)	1	2	3	4	5	6	7
	Comunicação vertical (secretaria municipal de saúde e todos os envolvidos dentro da USF)	5	O pessoal de contato com os clientes em nossa empresa comunica-se com frequência com a gerência	A equipe e os agentes de saúde comunica-se com frequência com o coordenador	1	2	3	4	5	6	7
		6	Os gerentes em nossa empresa raramente buscam sugestões do pessoal de contato com o cliente sobre como atender os clientes (-)	O coordenador da Unidade raramente busca sugestões com a equipe inclusive com os agentes de saúde sobre como atender aos usuários (-)	1	2	3	4	5	6	7
			Os gerentes em nossa empresa têm	Os coordenadores têm com frequência							

			Antecedentes potenciais dos gaps 1 e 2 (Literatura)	Antecedentes potenciais dos gaps 1 e 2 aplicados à USF	Discordo totalmente						Concordo totalmente
GAP 2		7	com frequência interações frente a frente com o pessoal de contato com os clientes	interações frente a frente com a eSF e os agentes de saúde	1	2	3	4	5	6	7
		8	O principal meio de comunicação em nossa empresa entre o pessoal de contato e os níveis superiores da gerência é por memorandos (-)	O principal meio de comunicação dentro da Unidade entre a equipe e o coordenador é por memorandos (-)	1	2	3	4	5	6	7
		9	Nossa empresa tem um número excessivo de níveis de gerência entre o pessoal de contato e a alta gerência (-)	Dentro do Programa Saúde da Família tem um número excessivo de níveis de gerência entre a equipe e a alta gerência (coordenador geral) (-)	1	2	3	4	5	6	7
	Compromisso do coordenador da USF com a qualidade do atendimento	10	Nossa empresa não dedica os recursos necessários à qualidade do serviço (-)	A secretaria municipal de saúde não dedica os recursos necessários à qualidade do atendimento (-)	1	2	3	4	5	6	7
		11	Nossa empresa tem programas internos para melhorar a qualidade do serviço aos clientes	A Unidade tem programas internos subsidiados pelo governo para melhorar a qualidade do atendimento aos usuários	1	2	3	4	5	6	7
		12	Em nossa empresa os gerentes melhoram a qualidade do serviço têm mais chance de ser premiados do que outros gerentes	Dentro do Programa Saúde da Família os coordenadores que melhoram a qualidade do atendimento tem mais chance de serem premiados que os outros	1	2	3	4	5	6	7

			Antecedentes potenciais dos gaps 1 e 2 (Literatura)	Antecedentes potenciais dos gaps 1 e 2 aplicados à USF	Discordo totalmente						Concordo totalmente
	Estabelecimento de metas de atendimento para a eSF	13	Nossa empresa enfatiza as vendas tanto ou mais do que enfatiza o serviço aos clientes (-)	A Unidade enfatiza a quantidade de atendimento tanto ou mais do que a qualidade do atendimento aos usuários (-)	1	2	3	4	5	6	7
		14	Nossa empresa tem um processo formal para definir metas de qualidade do serviço para os funcionários	O Programa Saúde da Família tem um processo formal para definir as metas de qualidade do atendimento para a equipe	1	2	3	4	5	6	7
		15	Em nossa empresa tentamos definir metas específicas para a qualidade do serviço	Dentro da Unidade tentamos definir metas específicas para a qualidade do atendimento	1	2	3	4	5	6	7
	Padronização de tarefas perante a eSF	16	Nossa empresa usa efetivamente a automação para obter uniformidade no serviço aos clientes	A Unidade usa efetivamente a padronização para obter uniformidade no atendimento aos usuários	1	2	3	4	5	6	7
		17	Há programas em nossa empresa para melhorar os procedimentos operacionais de modo a proporcionar serviços consistentes	Há programas subsidiados pelo governo dentro da Unidade para melhorar os procedimentos operacionais de modo a proporcionar atendimentos consistentes	1	2	3	4	5	6	7
	Esforço do em acreditar que as	18	Nossa empresa tem as capacidades necessárias para atender as exigências de serviços dos clientes	A Unidade tem capacidade necessária para atender as exigências de serviço dos usuários	1	2	3	4	5	6	7
			Se déssemos a nossos clientes o	Para que déssemos aos usuários o							

			Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 1 e 2 (Literatura)	Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 1 e 2 aplicados à USF	Discordo totalmente						Concordo totalmente
		19	nível de serviços que eles realmente querem iremos à falência (-)	atendimento que eles realmente querem precisaria de ter mais recursos financeiros do governo (-)	1	2	3	4	5	6	7
		20	Nossa empresa tem os sistemas operacionais necessários para proporcionar o nível de serviços que os clientes exigem	A Unidade tem os sistemas operacionais necessários para proporcionar o nível de atendimento que os usuários exigem	1	2	3	4	5	6	7

Quadro 15 – Antecedentes potenciais dos *gaps* 1 e 2 aplicados à Unidade

Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Gap 3 – alguns profissionais (da linha de frente ou de contato) apresentam um desempenho que não corresponde a especificação da qualidade do atendimento feito pelo PSF. Esta lacuna acontece porque alguns profissionais de saúde às vezes, têm dificuldade para alcançar os padrões de qualidade que são estabelecidos para eles.

Será entregue aos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e administrativo formulários para que possam responder a algumas informações sobre a qualidade do atendimento realizado por eles, que compõem a equipe Saúde da Família (eSF).

Com o modelo de *gap* é possível identificar alguns problemas que provocam o *gap* 3. Conforme ilustrado na figura 20:

Figura 20 – Fatores *gap* 3

Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Além disto, com estes fatores identificados na figura 20, para diminuir o *gap* 3 é necessário encontrar os antecedentes potenciais para analisar com exatidão o porquê este *gap* ocorre aplicando questionário:

Fator		Afirmações aplicado à USF	Sim	Não	GAP 3
Se a eSF estiver com uma incerteza referente ao que os coordenadores esperam deles e como irão satisfazer estas expectativas	1	O coordenador oferece informações precisas à equipe a respeito da política e procedimento a ser executado, bem como da avaliação de desempenho			
	2	A equipe Saúde da Família (eSF) compreende o atendimento que deve ser oferecido aos usuários			
	3	A eSF consegue acompanhar as mudanças que afetam o seu trabalho			
	4	A equipe é treinada para interagir efetivamente com os usuários			
	5	Com que frequência o coordenador comunica as metas e expectativas da Secretaria Municipal de Saúde às equipes			
	6	A equipe entende o que os coordenadores esperam deles e como satisfazer essas expectativas			
Percepção da eSF quanto a não poderem satisfazer todas as exigências de todas as pessoas (internas – entre profissionais e externas – usuários e secretaria municipal) às quais precisam atender	7	Os usuários e coordenadores tem as mesmas expectativas em relação à equipe			
	8	A equipe depende de outros funcionários de serviços de apoio (outra USF, UBS, Posto de Saúde ou NASF) com muita frequência para proporcionar um serviço básico de qualidade aos usuários			
	9	A equipe tem mais atendimento a realizar do que o tempo disponível para isto			
	10	O número de exigência do trabalho dificulta o atendimento efetivo ao usuário			
	11	Há um número excessivo de usuários querendo ser atendido ao mesmo tempo			

Adequar as habilidades de todos aqueles que compõe a eSF com as funções	12	A equipe acredita que é capaz de realizar bem o seu trabalho			
	13	A Secretaria Municipal de Saúde contrata pessoas qualificadas para sua função dentro da USF			
	14	A secretaria municipal de saúde dedica tempo e recursos suficientes para a contratação e seleção de profissionais da saúde			
Adequar os materiais, equipamentos, ferramentas, sistemas e tecnologia que a eSF utiliza para executarem o seu trabalho	15	A equipe recebe materiais, ferramentas e equipamentos necessários para fazer bem o seu trabalho			
	16	Os equipamentos apresentam defeito com frequência			
Adequar o sistema de avaliação e de recompensa da USF	17	A equipe sabe quais aspectos de seu trabalho serão mais enfatizados na avaliação de desempenho desenvolvido pelo PMAQ			
	18	A equipe são avaliados quanto à sua interação com os usuários			
	19	Dentro do PSF a equipe que faz um melhor atendimento aos usuários são recompensados			
	20	O profissional que compõe a equipe quando faz um esforço especial ao usuário é reconhecido ou recompensado			
	21	A equipe se sente valorizada por contribuir para a saúde da família			
Grau de percepção da eSF quanto a poderem agir com flexibilidade e não segundo a rotina em situações problemáticas encontradas no	22	A equipe gasta tempo de seu atendimento tentando resolver problemas sobre os quais tem pouco controle como: distúrbios psicológicos dos usuários			
	23	A equipe tem permissão para tomar decisões que satisfaçam as necessidades dos usuários do Programa			
		A equipe é incentivada a aprender			

atendimento básico de saúde pública	24	novas maneiras atender melhor o usuário			
	25	A equipe precisa de aprovação de outro departamento antes de oferecer atendimento			
Grau de união da ESF e gestores ou coordenadores por uma meta comum	26	A equipe e o coordenador da Unidade atua sinergicamente no atendimento ao usuário			
	27	O pessoal de serviço de apoio (limpeza, entrega de suprimentos) proporciona bons serviços para a equipe			
	28	Os profissionais que compõe a equipe estão envolvidos e comprometidos com o Programa			
	29	Os profissionais que compõe a cooperam mais do que competem um com o outro			
	30	Os profissionais da Unidade são incentivados a trabalhar juntos para prestar atendimento de qualidade aos usuários			

Quadro 16 – Questionário dos fatores do *gap* 3
Fonte – Zeithmal, Parasuraman e Berry (2014)

Há inúmeras razões para que o *gap* 3 aconteça dentro da USF como: a falta de empenho dos profissionais da linha de frente com usuários, muitas vezes focando apenas em cumprir metas sem qualidade de atendimento; capacidade insuficiente para atender a demanda e má qualificação dos profissionais envolvidos.

Nota-se que quando o grau de desempenho do atendimento ficar aquém das metas das esferas (federal, estadual, regional e municipal – *gap* 3), o atendimento entregue também ficará aquém do que os usuários esperam *gap* 5.

Gap 4 – a lacuna acontece devido às promessas feitas aos usuários por meio de comunicação externa, porque isto faz com que a expectativa do usuário fique elevada e a percepção da qualidade seja diminuída.

Com o modelo de *gap* é possível identificar alguns problemas que provocam o *gap* 4. Conforme ilustrado na figura 21:

Figura 21 – Fatores *gap* 4

Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Barry (2014)

Além disto, com estes fatores identificados na figura 21, para diminuir o *gap* 4 é necessário encontrar os antecedentes potenciais para analisar com exatidão o porquê este *gap* ocorre aplicando questionário:

Fator		Afirmações aplicadas à USF	Sim	Não	GAP 4
Comunicação que ocorre dentro da USF e também dentro da secretaria municipal de saúde	1	A equipe tem ciência das comunicações externas para os usuários antes que elas ocorram? (Ex: aplicação de vacina, etc)			
	2	A equipe interage com o coordenador para discutir o padrão de qualidade do atendimento que pode ser entregue aos usuários			
	3	As políticas e os procedimentos para atender aos usuários são consistentes entre todos do município			
As comunicações externas da		A secretaria municipal de saúde faz muitas promessas para atrair os usuários de			

secretaria municipal de saúde não refletem com precisão no atendimento que os usuários recebem	4	atendimento básico, para desafogar o atendimento secundário ou terciário do município			

Quadro 17 – Questionário dos fatores do *gap* 4
 Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Nota-se que a discrepância entre o atendimento prometido e o atendimento oferecido realmente aumenta a lacuna do usuário (*gap* 5).

Após aplicar os questionários dos *gaps* 3 e 4 e examinar os fatores-chave de cada um deles, é necessário neste momento, aplicar um outro questionário (quadro 18) junto aos profissionais que compõe a equipe Saúde da Família na qual contém um conjunto de informações referentes aos antecedentes potenciais dos dois *gaps* (profissionais da linha de frente - *gap* 3 e 4) e deve-se seguir as seguintes instruções de preenchimento:

- ✓ Quando discordar verdadeiramente de uma afirmação marque o número 1;
- ✓ Quando concordar verdadeiramente com uma afirmação marque o número 7;
- ✓ Quando uma afirmação não despertar uma opinião tão forte a ponto de discordar ou de concordar totalmente, marque algum dos números intermediários;
- ✓ Há afirmações formuladas em termos negativos, estes são os casos em que a pontuação é invertida. Então deve prestar muita atenção.

Não há informações certas ou erradas. É necessário que informe com sinceridade qual seria a sua percepção.

Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 3 e 4				Antecedentes potenciais dos <i>gaps</i> 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
GAP 3	Trabalho em	1	Sinto que sou parte de uma equipe em minha empresa	Sinto que sou parte de uma equipe dentro da unidade	1	2	3	4	5	6	7

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
		2	Todos em minha empresa contribuem para um esforço de equipe no atendimento aos clientes	Todos contribuem para um esforço de equipe no atendimento aos usuários	1	2	3	4	5	6	7
		3	Há um clima de responsabilidade de ajudar meus colegas a fazer bem seu trabalho	Há um clima de responsabilidade de ajudar meus colegas e fazer bem seu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
		4	Meus colegas e eu cooperamos com mais frequência do que competimos	Meus colegas e eu cooperamos com mais frequência do que competimos	1	2	3	4	5	6	7
		5	Sinto que sou um membro importante desta empresa	Sinto que sou um membro importante desta unidade	1	2	3	4	5	6	7
		6		Profissionais como eu interagem com o pessoal operacional da unidade para discutir o nível de atendimento que pode oferecer aos usuários							
	Adequação	7	Sinto-me confortável em meu trabalho, no	Sinto-me confortável em meu trabalho, no	1	2	3	4	5	6	7

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
			sentido de que sou capaz de fazer bem o trabalho	sentido de que sou capaz de fazer bem o trabalho							
		8	Minha empresa contrata pessoas que são qualificadas para fazer seu trabalho	A Secretaria Municipal de Saúde contrata pessoas qualificadas para fazer seu trabalho dentro da unidade	1	2	3	4	5	6	7
	Adequação tecnologia-trabalho	9	Minha empresa me proporciona as ferramentas e equipamentos de que preciso para fazer bem meu trabalho	A unidade me proporciona medicamentos, instrumentos, equipamentos e materiais de que preciso para fazer bem meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
		10		Sinto que há um descaso com a unidade por parte da Secretaria Municipal de Saúde (-)							
		11		Há uma necessidade dos médicos especialistas pertencentes ao NASF ter uma melhor atuação dentro da unidade							

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
				prestando atendimento aos usuários (-)							
		12		O agendamento de exames e consultas com especialistas deveriam estar interligadas no sistema disponibilizado pelo governo para que a unidade disponibilize estas informações aos usuários (-)							
	Percepção de controle quanto a poderem agir com flexibilidade	13	Gasto muito tempo em meu trabalho tentando resolver problemas sobre os quais tenho pouco controle	Gasto muito tempo em meu trabalho tentando resolver problemas sobre os quais tenho pouco controle (-)	1	2	3	4	5	6	7
		14	Tenho liberdade em meu trabalho para realmente satisfazer as necessidades de meus clientes	Tenho liberdade em meu trabalho para realmente satisfazer as necessidades dos usuários	1	2	3	4	5	6	7
		15	Às vezes sinto falta de controle do meu trabalho	Às vezes, sinto falta de controle do meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
			porque há clientes demais solicitando o serviço ao mesmo tempo (-)	porque há muitos usuários solicitando o atendimento ao mesmo tempo (-)							
		16	Uma de minhas frustrações no trabalho é que eu às vezes tenho que depender de outros funcionários para atender meus clientes (-)	Uma das frustrações em meu trabalho é que eu às vezes tenho que depender de outros profissionais para atender os usuários (-)	1	2	3	4	5	6	7
	Sistema de controle	17	A avaliação de meu desempenho no trabalho por meu supervisor inclui o modo como eu interajo com os clientes	A avaliação que o coordenador faz sobre mim inclui o modo de como eu interajo com os usuários	1	2	3	4	5	6	7
		18	Em nossa empresa, fazer um esforço especial para atender bem os clientes não resulta em aumento de salário ou reconhecimento (	Dentro da unidade, fazer um esforço especial para atender bem aos usuários não resulta em aumento de salário ou reconhecimento (-)	1	2	3	4	5	6	7

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente	
			-)									
		19	Em nossa empresa, os funcionários que trabalham melhor no atendimento aos seus clientes têm mais chance de ser recompensados do que os outros funcionários	Na unidade os profissionais de saúde que trabalham melhor no atendimento aos usuários têm mais chance de ser recompensados do que os outros	1	2	3	4	5	6	7	
		20		A secretaria municipal de saúde está criando cada dia mais pressão dentro da unidade para gerar atendimentos com mais qualidade do que quantidade								
	Conflito de função	21	A quantidade de papelada necessária em meu trabalho dificulta meu atendimento efetivo dos clientes (-)	A quantidade de papelada necessária para ser preenchida em meu trabalho dificulta no meu atendimento efetivo com os usuários (-)	1	2	3	4	5	6	7	
		22	A empresa enfatiza tanto as vendas para os	O Programa Saúde da Família enfatiza tanto a quantidade	1	2	3	4	5	6	7	

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
			clientes que isso dificulta o atendimento adequado a eles (-)	de atendimentos realizados que isto dificulta o atendimento adequado a eles (-)							
		23	O que meus clientes querem que eu faça e o que a gerência quer que eu faça geralmente são a mesma coisa	O que os usuários querem que eu faça e o que o coordenador quer que eu faça geralmente são a mesma coisa	1	2	3	4	5	6	7
		24	Minha empresa e eu temos as mesmas idéias sobre como meu trabalho deve ser feito	A unidade e eu temos as mesmas idéias sobre como o meu trabalho deve ser feito	1	2	3	4	5	6	7
	Ambiguidade de função	25	Recebo uma quantidade de informações suficiente da gerência sobre o que devo fazer em meu trabalho	Recebo uma quantidade de informações suficiente do coordenador sobre o que devo fazer em meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
		26	Sinto com frequência que não entendo os serviços oferecidos por minha empresa (-)	Sinto com frequência que não entendo o tipo de atendimento que é oferecido pela equipe (-)	1	2	3	4	5	6	7

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
GAP 4		27		Sei qual o objetivo do Programa, pois está no manual	1	2	3	4	5	6	7
		28		Você sabe o que está no manual do PSF (qual a função do trabalho que você desempenha dentro do Programa	1	2	3	4	5	6	7
		29	Sou capaz de acompanhar as mudanças em minha empresa que afetam o meu trabalho	Sou capaz de acompanhar as mudanças na unidade que afetam o meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
	Comunicação horizontal (usuários)	30	Sinto que não fui bem treinado por minha empresa sobre como interagir efetivamente com os clientes (-)	Sinto que não fui bem treinado e qualificado pela secretaria municipal de saúde sobre como interagir efetivamente com os usuários (-)	1	2	3	4	5	6	7
		31	Não tenho certeza sobre quais aspectos de meu trabalho meu supervisor enfatizará mais ao avaliar meu desempenho	Não tenho certeza sobre quais aspectos de meu trabalho o coordenador enfatizará mais ao avaliar meu desempenho	1	2	3	4	5	6	7

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente						Concordo totalmente
Propensão a promessas em excesso			(-)	(-)							
	32	As pessoas que criam nossa propaganda consultam funcionários como eu sobre o realismo das promessas feitas nas propagandas	As pessoas que criam a propaganda do tipo de atendimento que uma unidade faz consultam funcionários como eu sobre o realismo das promessas feitas nas propagandas	1	2	3	4	5	6	7	
	33		Com frequência não tenho conhecimento prévio das propagandas feitas pelo governo sobre as unidades (-)	1	2	3	4	5	6	7	
	34		As políticas em todas as unidades são uniformes nos vários departamentos que atendem aos usuários	1	2	3	4	5	6	7	
	35		A secretaria municipal de saúde faz promessas que nós da unidade não poderemos cumprir a fim de ganhar mais verbas	1	2	3	4	5	6	7	

Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4				Antecedentes potenciais dos gaps 3 e 4 aplicados à Unidade Saúde da Família (USF)	Discordo totalmente					Concordo totalmente
				(-)						

Quadro 18 – Antecedentes potenciais dos GAPs 3 e 4

Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Passo 5 – Cálculo dos antecedentes potenciais dos GAPs (1, 2, 3 e 4)

Os antecedentes potenciais foram apresentados nos quadros 15 e 17 com uma pontuação média para cada antecedente na escala de 1 a 7 em que quanto maior for a pontuação mais favorável a situação atual de cada antecedente, sendo calculado como:

Processo 1) Some a pontuação que cada participante atribuiu as informações dos antecedentes (quadros 15 e 17) e divida o resultado pelo número de afirmações (quadro 19 e 20), obtendo desta forma a média individual do antecedente;

Processo 2) Some todas as médias individuais do antecedente (resultado do processo 1) e divida o total pelo número de participantes.

O quadro 19 contém um conjunto de afirmações utilizados na pesquisa com os coordenadores da USF para averiguar os antecedentes potenciais dos GAPs 1 e 2:

Antecedentes do GAP 1	Afirmações correspondentes
Pesquisa de satisfação dos usuários	1 a 4 – quatro afirmações
Comunicação vertical (secretaria municipal de saúde e todos os envolvidos dentro da USF)	5 a 8 – quatro afirmações
Níveis de gestão dentro da USF	9 – uma afirmação
Antecedentes do GAP 2	Afirmações correspondentes
Comprometimento do coordenador da USF com a qualidade do atendimento	10 a 13 – quatro afirmações
Estabelecimento de metas de atendimento para a eSF	14 e 15 – duas afirmações
Padronização de tarefas perante a eSF	16 e 17 – duas afirmações
Esforço do coordenador em acreditar que as expectativas possam ser atendidas	18 a 20 – três afirmações

Quadro 19 – Conjunto de afirmações dos antecedentes dos GAPs 1 e 2

Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

Já o quadro 20 contém um conjunto de afirmações utilizados na pesquisa com o pessoal de contato (linha de frente: médicos, enfermeiros, agentes de saúde e atendentes) da USF com os usuários para averiguar os antecedentes potenciais dos GAPs 3 e 4 representando a deficiência de desempenho por parte deste pessoal de contato:

Antecedentes do GAP 3	Afirmações correspondentes
Trabalho em equipe da USF	1 a 5 – cinco afirmações (após a observação nas unidades houve a necessidade de colocar mais 1 afirmação) 1 a 6 – seis afirmações
Adequação da função de cada profissional da USF/eSF	7 e 8 – duas afirmações
Adequação tecnologia-trabalho	9 – uma afirmação (após a observação nas unidades houve a necessidade de colocar mais 3 afirmações) 9 a 12 – quatro afirmações
Percepção controle quanto a poderem agir com flexibilidade	13 a 16 – quatro afirmações
Sistemas de controle: Adequação do sistema de recompensa da USF	17 a 19 – três afirmações (após a observação nas unidades houve a necessidade de colocar mais 1 afirmação) 17 a 20 – quatro afirmações
Conflito de função: quando toda a equipe percebe que não conseguem satisfazer todas as exigências (usuários, profissionais de equipe e secretaria municipal de saúde) as quais precisam atender	21 a 24 – quatro afirmações
Ambigüidade de função: grau de incerteza de toda a equipe quanto ao que os coordenadores esperam deles e como satisfazer essas expectativas	25 a 29 – cinco afirmações
Antecedentes do GAP 4	Afirmações correspondentes
Comunicação horizontal (usuários)	30 e 31 – duas afirmações
Propensão a promessas em excesso:	32 a 35 – quatro afirmações

prometer um atendimento que não conseguirá cumprir	
--	--

Quadro 20 – Conjunto de afirmações dos antecedentes dos GAPs 3 e 4
 Fonte – Zeithaml, Parasuraman e Berry (2014)

GAP 5 – esta lacuna ocorre devido as falhas do GAP 1 ao 4 e por isto devem ser fechadas. O GAP 5 foi descrito no passo 2, sendo a diferença entre o serviço percebido e a expectativa do usuário da USF quanto ao atendimento da equipe Saúde da Família.

6 APLICAÇÃO DO TESTE PILOTO

O objetivo da aplicação do teste piloto foi de avaliar os procedimentos de aplicação da sistematização, visando identificar se os dados obtidos nos conceitos fundamentais da literatura de GAP contribui para o alcance dos objetivos da pesquisa. A partir da aplicação do teste piloto, foi feita modificações para deixar as questões de acordo com a realidade da Unidades Saúde da Família, inserindo e excluindo algumas afirmações.

Antes de aplicar o teste piloto com os usuários e os profissionais das unidades em análise, foi necessário fazer uma observação direta dentro destas unidades para verificar o fluxo de usuários e profissionais, analisando as suas limitações, diferenças e similaridades. Para isto, foi necessário desenvolver um *check list* para que a coleta de dados fosse feito de maneira padrão (Anexo - B) e a partir disto, foram feitas adaptações no teste piloto e ressalvas com as particularidades de cada unidade estudada.

6.1 Localização do Estudo

Primeiramente, foi estabelecido contato com o Secretário Municipal da Saúde, que tinha condições de autorizar a condução da pesquisa, como também indicar os respondentes da pesquisa. Para início do contato foi apresentado uma carta de apresentação da pesquisa ao coordenador da educação em Saúde da Família (Anexo - A).

O estudo foi desenvolvido em um município no interior do estado de São Paulo. Foi escolhido este local devido a fácil disponibilidade de locomoção e contato ser mais acessível.

Segundo os dados do censo 2015 a cidade é composta por 119.243 habitantes aproximadamente (IBGE, 2015). Para a escolha deste cenário foi considerado a transição dentro do atendimento básico em UBS para Unidade Saúde da Família (USF), porque de acordo com a literatura, esta transição só está ocorrendo devido a cidade ser considerada de pequeno porte.

Para compor os três níveis de atenção, a rede da saúde da cidade estudada é composta por 15 UBS, 01 Ambulatório Médico de Especialidades (AME), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em funcionamento, 01 hospital municipal (Santa Casa), 01 hospital oncológico privado, porém que oferece atendimento SUS.

Atualmente o município estudado possui 07 unidades Saúde da Família:

(USF A) – 01 equipe saúde da família

(USF B) – 01 equipe saúde da família

(USF C) – 01 equipe saúde da família

(USF D) – 01 equipe saúde da família

(USF E) – 01 equipe saúde da família

(USF F) – 02 equipes saúde da família

(USF G) – 03 equipes saúde da família

A escolha da aplicação do teste piloto foi feita de acordo com o número de equipes que cada unidade possui (Unidade A - 01, Unidade F - 02 e Unidade G - 03 equipes), como as demais unidades possuem 01 equipe saúde da família não foi feito a aplicação do teste piloto.

Nas unidades estudadas, os profissionais do NASF que dão suporte diretamente fazendo atendimentos e consultas são: um psicólogo, uma nutricionista, uma assistente social e um fisioterapeuta. As demais especialidades como ginecologista dão apenas suporte educativo, já a pediatra presta atendimento em algumas unidades uma ou duas vezes ao mês.

O piloto foi realizado em Agosto de 2016 feito junto às Unidades Saúde da Família (USF A, USF F e USF F), e também em justaposição com os usuários das três Unidades analisadas, sendo este produzido a partir da escala SERVQUAL.

O período da aplicação do teste piloto foi de 3 meses (de Agosto a Outubro de 2016). O tempo médio das entrevistas foi de (10 minutos com os Agentes, técnicos de enfermagem, enfermeiro e médicos, 15 minutos com os usuários e 1 hora e 15 minutos com os coordenadores). Em todas as Unidades o teste piloto foi aplicado com os seguintes atores, conforme quadro 40.

Unidade	Atores
A	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Coordenadora (enfermeira) • 01 Médico • 09 Agentes Saúde da Família • 01 Administrativo • 02 Técnicas de Enfermagem • 05 Usuários
Continua	

Quadro 21 – Perfil dos atores

Fonte - Autor

Continuação	
F	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Coordenadora (enfermeira) • 02 Médicas • 09 Agentes Saúde da Família • 01 Administrativo • 01 Técnica de Enfermagem • 05 Usuários
G	<ul style="list-style-type: none"> • 01 Coordenadora (enfermeira) • 01 Enfermeira • 02 Médicos • 20 Agentes Saúde da Família • 03 Administrativos • 03 Técnicas de Enfermagem • 05 Usuários

Quadro 21 – Perfil dos atores

Fonte - Autor

Foram escolhidas estas unidades por apresentarem perfis diferentes de atendimento. A Unidade A possui uma equipe Saúde da Família, a Unidade F possui duas equipes Saúde da Família e a unidade G possui três equipes Saúde da Família.

Para a aplicação dos questionários foram adotadas múltiplas fontes e evidências: as entrevistas semi-estruturadas, a análise documental, e as observações diretas do processo de modo a favorecer a triangulação dos dados, sendo necessário para o entendimento de diferentes formas que o fenômeno pesquisado ocorre.

Quanto a composição da equipe na Unidade A que possui apenas 01 eSF é similar a Unidade F que possui 02 equipes. Com isto, pode-se analisar que a regulamentação proposta não condiz com a prática.

O agendamento de consultas são similares tendo um prazo mínimo de dez dias. Atendem os pacientes agendados e também atendem os pacientes de Urgência ou Demanda Imediata (DI). A agenda é controlada manualmente e posteriormente inserida no sistema, os médicos das unidades atendem em média 30 usuários por dia.

Quanto ao agendamento de exames, são similares e passam pelo mesmo processo: a secretaria municipal de saúde agenda a data do exame ou atendimento a um especialista e retorna estas informações ao paciente. A unidade não tem acesso a nenhuma informação desta. Uma melhora que poderia ser feita, seria interligar estas informações entre a Secretaria Municipal e as Unidades para que assim, sempre que o paciente entrar em contato com a Unidade ela possa fornecer tais informações ao paciente.

Quanto a coleta de exames feitos nas unidades: como papa Nicolau, testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite, são feitas apenas pelas enfermeiras. Para acompanhamento de diabéticos e hipertensos são feitas pelas técnicas ou enfermeiras.

Quanto a coordenação da unidade, em todas as unidades as coordenadoras responsáveis são as enfermeiras.

Quanto aos Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A maioria dos agentes são pertencentes ao bairro que atuam e não possuem formação de ensino superior. E utilizam veículo próprio para fazer as visitas domiciliares. Tem a mesma carga horária 6 horas por dia. A secretaria preconiza 8 visitas por dia feita pelas agentes. A média de famílias por agente é de 125 famílias e 280 pessoas.

Quanto a avaliação da qualidade, em todas as Unidades a única ferramenta utilizada para avaliar a qualidade é o PMAQ, sendo feito por uma auditoria do Ministério da Saúde. Quem solicita a auditoria é a secretaria, porque se for auditado a necessidade de mais repasse de verbas é através desta auditoria que é solicitado. As unidades vão inserindo no sistema dados para que quando for realizado a auditoria seja comprovado todo o trabalho que foi feito, por isto, a necessidade de gerar qualquer atendimento e coletar sempre a assinatura do paciente nas visitas domiciliares.

Quanto a ferramenta de qualidade utilizada com o usuário, é utilizado apenas a ouvidoria da secretaria municipal de saúde mediante urnas existentes nas unidades, telefone e e-mail, o mais utilizado pelos usuários é o telefone.

Neste trabalho o processo de amostragem utilizado para analisar a expectativa e percepção do serviço junto ao usuário foi não probabilístico e não-estatístico por conveniência, sendo que os usuários serão escolhidos mediante o tempo de disponibilidade para resposta do questionário.

Considerando as 03 Unidades estudadas na cidade em questão a previsão de resposta do teste piloto será de 80 profissionais e 15 usuários.

7 ANÁLISE DE RESULTADOS

Apresenta-se neste capítulo as análises dos resultados obtidos mediante observação das unidades estudadas com anotações similares mediante *check list* (Anexo - B) e os resultados alcançados pelo presente trabalho com a aplicação da escala SERVQUAL e análise de GAP nas unidades Saúde da Família estudada.

7.1 Comparação da Sistematização com os Instrumentos Utilizados pela USF

Quando pesquisado sobre qual instrumento é utilizado pelo Ministério da Saúde, foi encontrado ferramentas em desuso e também em uso. Iniciaremos a comparação com o que foi proposto pelo Ministério da Saúde no ano de 2005 denominado Caderno Avaliativo (Apêndice - A), sendo informado pela secretaria municipal de saúde do município em estudo que não está em uso atualmente.

O objetivo central do caderno é fortalecer a apropriação das atividades de auto avaliação e planejamento pelos participantes: gestor municipal de saúde, coordenadores, gerentes de unidades e profissionais das equipes.

Os cadernos foram elaborados a partir de 5 instrumentos de trabalho previstos e cada caderno está vinculado a um determinado instrumento. Sendo dirigido a autores da ESF dos municípios. Sendo necessário aplicar três vezes em momentos avaliativos diferentes.

A qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos. Serão considerados, ainda, o atendimento às necessidades de saúde percebidas e as expectativas dos usuários, suas famílias, bem como, a resposta às necessidades definidas tecnicamente.

Os cadernos embora direcionado a outros atores possuem estrutura similar, contendo proposta técnica, conceitos, e em seguida, três momentos avaliativos diferentes e, em cada um deles contem folhas de respostas e matriz de planejamento. No material não é explicado como é feita a análise do resultado, sendo também extensa e confusa.

O interessante nestes cadernos é que em cada afirmação é explicado detalhadamente ao que se refere.

As três esferas do governo (municipal, estadual e federal) participaram da elaboração dos cadernos avaliativos. Com a aplicação dos cadernos será avaliado apenas o grau de atendimento e padrões de qualidade estabelecidos frente às normas e protocolos, para saber se os profissionais tem conhecimento técnico e científico. Não focando na análise de lacuna (GAP) da qualidade do atendimento oferecido pelos profissionais envolvidos na eSFe descobrir do por que ela ocorre. O que há de similar com o nosso trabalho é a análise das necessidades de saúde percebida e as expectativas dos usuários.

Outra análise a ser feita será sobre o Manual do Instrumento de Avaliação Primária à Saúde proposta pelo Ministério da Saúde no ano de 2010.

O PCATool (Apêndice - B) foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.

Também foi informado que o instrumento PCATool está em desuso porém, possui muitas questões interessantes para serem abordadas com os profissionais de saúde. Esta ferramenta não é utilizada pelo simples fato de ter como único objetivo definir se o serviço de saúde que o entrevistado trabalha possui um meio de comunicação para os pacientes quando o serviço está fechado, não incluindo outros locais que o paciente possa acessar.

Quanto a ferramenta que está em uso atualmente, o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) (Apêndice – C). O PMAQ é uma das principais estratégias indutoras da qualidade no Ministério da Saúde.

Fazendo algumas sobreposições com relação ao que foi encontrado na literatura disponível pelo Ministério da Saúde com relação a avaliação da qualidade do serviço prestado pelas equipes aos usuários tem-se a seguinte análise:

Afirmações	Comparação das afirmações da escala SERVQUAL com os instrumentos utilizados para fazer avaliação da prestação de serviços das USF
<p>SERVQUAL - Uma USF à nível de excelência têm equipamentos (como bisturi, etc) conservados ou em bom estado.</p> <p>Caderno 1 – a gestão municipal monitora o abastecimento e falta de insumos nas USF, para evitar faltas.</p> <p>Caderno 3 – Cada equipe dispõe de um consultório com equipamentos básicos para o atendimento à população como: mesa clínica-ginecológica, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, negatoscópio, lanterna, régua para medir crianças, fita métrica, estetoscópio de Pinard (ou sonar), espéculos ginecológicos de diversos tamanhos, foco, otoscópio além de condições para higienização freqüente das mãos e balança infantil e adulto (sendo que estas poderão atender a mais de um consultório).</p> <p>Para os ACS dispõe de equipamentos básicos para o trabalho externo como: colete ou camiseta, prancheta, pasta ou mochila, boné, lápis, caneta.</p>	<p>Ambas afirmações analisam a existência de bons equipamentos, abastecimento de insumos para que toda a equipe desempenhe bem o seu trabalho.</p>
<p>SERVQUAL - As instalações físicas de uma USF à nível de excelência são visualmente atraentes/bonitas e conservadas.</p> <p>Caderno 3 – Considerando a instalação física, a USF possui em todos os seus ambientes condições adequadas para o desenvolvimento de ações básicas de saúde, quanto a: iluminação, ventilação, conservação de pisos, paredes e teto, instalações hidráulicas, instalações elétricas, portas, janelas, vidros e extintor, de acordo com a regulamentação sanitária (instalações físicas, equipamentos e procedimentos) existente para unidades básicas de saúde. Incluindo espaço coberto exclusivo para a recepção e espera, com número de assentos compatíveis com a demanda e equipada para atender pessoas com necessidades especiais.</p>	<p>Ambas afirmações consideram as instalações físicas da unidade.</p>
Continua	

Quadro 22 – Comparação das sobreposições quanto ao que foi utilizado pelo Ministério da Saúde, o que é utilizado e a escala SERVQUAL estudada na sistematização

Fonte – Autor

Continuação	
SERVQUAL - Uma eSF que compõe uma USF à nível de excelência são bem apresentáveis e cuidam de sua aparência, estando com roupas apropriadas para executar as suas funções	Não foi identificado afirmações nos instrumentos utilizados pelo Ministério para efeito comparativo com a afirmação da escala SERVQUAL.
<p>SERVQUAL - Os materiais associados ao serviço oferecido pela equipe (como folhetos ou demonstrativos) são visualmente agradáveis em uma USF à nível de excelência utilizados pela equipe para execução do serviço.</p> <p>Caderno 4 – O padrão refere-se à equipe fornecer a população informações que possibilitem melhor e maior utilização dos serviços disponíveis (as informações devem ser transmitidas aos usuários tanto verbal quanto escrita mediante cartazes afixados na recepção da USF, por exemplo).</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL foca no que é visualmente atrativo para o usuário para fornecer uma informação sobre um determinado atendimento.</p> <p>Enquanto que no caderno 4 tem-se como foco a maneira de como é transmitida uma informação (por escrito ou verbalmente).</p>
<p>SERVQUAL - Quando uma USF à nível de excelência prometem fazer algo em determinado prazo (como agendamento de consultas e exames), elas fazem pra você.</p> <p>Caderno 1 - A existência de central de marcação de consultas e internações representa um importante passo no controle, regulação e integração da rede de serviços. Para municípios de pequeno porte, a central poderá ser organizada de maneira compartilhada.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL analisa o cumprimento de prazo para fazer exames. E a afirmação do caderno 1 analisa a importância da integração e compartilhamento de informações de marcação de consultas e exames.</p>
<p>SERVQUAL - Quando você apresenta algum problema de saúde à equipe com nível de atendimento de excelência eles demonstram interesse sincero em solucioná-lo.</p> <p>Caderno 4 – No padrão há um protocolo contendo orientações para realização do acolhimento resolutivo (discriminando situações de agendamento e pronto-atendimento) disponíveis para o pessoal da equipe. Isto pode ser criado pela própria equipe ou coordenação.</p>	<p>Ambas questões analisam a importância em solucionar o problema do usuário, contendo um padrão de acolhimento (triagem).</p>
Continua	

Quadro 22 – Comparação das sobreposições quanto ao que foi utilizado pelo Ministério da Saúde, o que é utilizado e a escala SERVQUAL estudada na sistematização

Fonte – Autor

Continuação	
<p>SERVQUAL - Uma USF à nível de excelência fazem um atendimento certo já na primeira vez.</p> <p>Caderno 2 – Para isto, a coordenação possui documento estabelecendo a atuação de cada profissional da USF (em termos de ações, condutas, procedimentos e atividades).</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL verifica se o atendimento foi feito de maneira correta já na primeira vez. Enquanto que no caderno 2, avalia se a unidade possui um documento que especifica o que cada profissional deve fazer.</p>
<p>SERVQUAL - Uma USF à nível de excelência fornece um atendimento no momento prometido.</p> <p>Caderno 4 – A equipe estuda a demanda monitorando o tempo médio decorrido entre o agendamento e o atendimento do serviço. E a partir disto encontrar soluções para reduzir o tempo de espera do usuário, este monitoramento pode ser feito por amostragem.</p>	<p>A escala SERVQUAL analisa o atendimento que deve ser feito no horário prometido (agendado) enquanto que, no caderno 4 monitora o tempo de espera do usuário até o momento da consulta.</p>
<p>SERVQUAL - Uma USF à nível de excelência valoriza seu cadastro livres de erros, mantendo sempre sua atualização.</p> <p>Caderno 4 – O padrão refere-se à ação preconizada de que as famílias da área sejam visitadas mensalmente, desta maneira, atualizando a ficha do usuário (RN, crianças, adolescentes, adultos e idosos) no sistema de informação.</p>	<p>Ambas afirmações analisa a atualização do cadastro dos usuários no sistema.</p>
<p>SERVQUAL - A atendente de uma USF à nível de excelência lhe informa exatamente quando será atendido.</p> <p>Caderno 4 – O padrão refere-se aos profissionais da equipe localizarem e comunicarem, diretamente aos usuários, horário e local da realização de exames e consultas que foram marcados pela equipe.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL se refere a informar exatamente quando o usuário será atendido. E a afirmação do caderno 4 analisa o padrão de como é feito o agendamento de exames e consultas.</p>
<p>SERVQUAL - As equipes inseridas em uma USF à nível de excelência lhe atendem prontamente.</p> <p>PMAQ – Módulo II – a equipe tem definido o tempo máximo do agendamento da consulta e há o compartilhamento desta agenda semanal com os profissionais da equipe.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL analisa a prontidão em atender o usuário sempre que necessário. E a afirmação do PMAQ descreve o compartilhamento da agenda semanal com todos da equipe.</p>
Continua	

Quadro 22 – Comparação das sobreposições quanto ao que foi utilizado pelo Ministério da Saúde, o que é utilizado e a escala SERVQUAL estudada na sistematização

Fonte – Autor

Continuação	
<p>SERVQUAL - Os atendentes, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e dentistas que trabalham em uma USF à nível de excelência sempre estão dispostos a ajudar você.</p> <p>PMAQ – Módulo III – na maioria das vezes que você vai a Unidade sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, consegue ser escutado.</p>	<p>Ambas afirmações descrevem a disponibilidade que toda a equipe tem em solucionar um problema apresentado pelo usuário que vai até a unidade.</p>
<p>SERVQUAL - As equipes inseridas dentro de uma USF à nível de excelência nunca estão ocupados demais para atender às suas solicitações e responder suas dúvidas.</p> <p>Caderno 1 – Para isto, o limite máximo de usuários vinculados as equipes é de até 4500, para se ter qualidade do atendimento.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL se refere a prontidão em atender as solicitações dos usuários. Enquanto que, no caderno 1 descreve o limite máximo de usuários a serem atendidos por equipe.</p>
<p>SERVQUAL - O comportamento das equipes de uma USF À nível de excelência transmite confiança à você.</p> <p>Caderno 2 - A coordenação tem documento escrito com os princípios e diretrizes da SF, próprio ou de outra instância de gestão (estadual ou federal), e este documento está disponível e acessível a todos os profissionais das USF, para que assim, possam transmitir confiança aos usuários.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL analisa a confiança que toda equipe transmite aos usuários enquanto que, o caderno 2 questiona a existência de documento descritivo com todos os princípios e se este documento é acessível a todos equipe para que a partir deste seja transmitido confiança aos usuários.</p>
<p>SERVQUAL - Você usuário de uma USF à nível de excelência se sente seguro em ser atendido pelo médico da família.</p> <p>PMAQ – Módulo III – Nesta unidade você é atendido sempre pelo mesmo médico.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL questiona a segurança que o usuário tem em ser atendido pelo médico da família, enquanto que, na afirmação do PMAQ questiona se o usuário sempre é atendido pelo mesmo médico.</p>
<p>SERVQUAL - Todos da equipe inseridos em uma USF à nível de excelência serão sempre educados e atenciosos com você.</p> <p>PMAQ – Módulo III – qual a forma de como é acolhido ao procurar o serviço.</p>	<p>Esta afirmação da escala SERVQUAL avalia a educação e atenção de toda a equipe com os usuários enquanto que o PMAQ de maneira mais abrangente analisa a maneira como cada usuário é acolhido pela equipe.</p>
Continua	

Quadro 22 – Comparação das sobreposições quanto ao que foi utilizado pelo Ministério da Saúde, o que é utilizado e a escala SERVQUAL estudada na sistematização

Fonte – Autor

Continuação	
<p>SERVQUAL - As equipes de Saúde da Família inseridas em uma USF têm conhecimento para responder a qualquer pergunta sua.</p> <p>Caderno 2 – A coordenação organiza formação teórica e prática nas áreas básicas de saúde (criança, da mulher, hipertensão e diabetes, bucal, mental, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, etc) para médicos, enfermeiros e dentistas que solicitem ou demonstrem lacunas em sua formação para o tema e saibam responder as dúvidas dos usuários.</p>	<p>Ambas afirmações da escala SERVQUAL e do caderno 2 questiona o conhecimento que toda a equipe tem sobre todo o tipo de atendimento para que tenha capacidade de responder as dúvidas dos usuários.</p>
<p>SERVQUAL - Uma USF à nível de excelência dá atenção individualizada à você.</p> <p>Caderno 4 – na estratégia, a visita domiciliar deve ser feita de maneira individualizada, para que com isto, seja possível identificar casos que necessitam de assistência domiciliar (pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção) o médico e o enfermeiro deve dedicar no mínimo quatro horas por semana para realizar esta atividade.</p>	<p>Ambas as afirmações consideram a necessidade de atendimento a usuários que tem dificuldade de locomoção e de que maneira a equipe faz este tipo de atendimento.</p>
<p>SERVQUAL - Uma USF à nível de excelência têm horário de funcionamento conveniente pra você.</p> <p>Caderno 4 – O padrão refere-se à equipe planejar as suas 40 horas semanais viabilizando horários diferenciados (após as 18:00, antes das 7:00 ou outros) para o atendimento de membros da família que não podem comparecer durante o período habitual de funcionamento da USF.</p>	<p>Ambas as afirmações consideram a conveniência do horário de atendimento da unidade.</p>
<p>SERVQUAL - Uma USF à nível de excelência têm equipes que dão atenção personalizada à você.</p> <p>PMAQ – Módulo II – Quando um usuário é atendido na unidade de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, quais são as formas possíveis de se fazer isto.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL se refere a maneira particular que a equipe tem com cada usuário, enquanto que a afirmação do PMAQ questiona as formas existentes para encaminhar um paciente a uma consulta especializada.</p>
Continua	

Quadro 22 – Comparação das sobreposições quanto ao que foi utilizado pelo Ministério da Saúde, o que é utilizado e a escala SERVQUAL estudada na sistematização

Fonte – Autor

Continuação	
<p>SERVQUAL - As equipes de uma USF à nível de excelência têm como objetivo/meta os interesses e necessidades dos usuários.</p> <p>Caderno 1 - As equipes ou unidades são reconhecidas e premiadas anualmente pela coordenação a partir de critérios definidos e pactuados com relação ao desempenho, cumprimento de metas e resultados alcançados.</p>	<p>A afirmação da escala SERVQUAL é que a equipe tem como meta os interesses dos usuários, enquanto que a afirmação do caderno 1 está se referindo ao reconhecimento a partir do cumprimento das metas.</p>
<p>SERVQUAL - As equipes de uma USF à nível de excelência compreendem às suas necessidades e problemas específicos.</p> <p>PMAQ – Módulo II – Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável para outro dia, há reservas de vagas para o mesmo dia.</p>	<p>Ambas as afirmações consideram a solução dos problemas dos usuários.</p>

Quadro 22 – Comparação das sobreposições quanto ao que foi utilizado pelo Ministério da Saúde, o que é utilizado e a escala SERVQUAL estudada na sistematização

Fonte – Autor

7.2 Análise da Aplicação da Sistematização - Teste Piloto

Após a aplicação da sistematização nas unidades estudadas obteve-se os seguintes resultados individuais de cada participante da pesquisa:

Na USF A o cálculo da escala SERVQUAL com os cinco usuários entrevistados tiveram os seguintes resultados:

Usuário	Média Individual Ponderada
1	-1,065
2	-0,15
3	0,813
4	-0,23
5	1,215

Quadro 23 – Cálculo da SERVQUAL com os usuários da USF A

Fonte - Autor

Média por dimensões Usuários da USF A	
Aspectos tangíveis	-0,04
Confiabilidade	1,028
Responsividade	-1,675
Segurança	0,15
Empatia	0,82
Média combinada	-0,389

Quadro 24 – Média por dimensões com os cinco usuários entrevistados da USF A
Fonte – Autor

Analisando a unidade A e as aplicações dos questionários teve como resultado:

Todos os usuários entrevistados na USF A foram do gênero feminino, tendo idades entre 20 a 70 anos:

- Usuária 1: Média ponderada negativa e apresentou como dimensão negativa a responsividade;
- Usuária 2: Média ponderada negativa e apresentou como dimensão negativa a confiabilidade;
- Usuária 3: Média ponderada positiva e apresentou como dimensão negativa o aspecto tangível;
- Usuária 4: Média ponderada negativa e apresentou como dimensão negativa o aspecto tangível e a responsividade;
- Usuária 5: Média ponderada positiva, não apresentando dimensão negativa.

Com estes resultados de modo geral a média geral é negativa em -0,389, e apresentou como dimensões negativas os aspectos tangíveis em -0,04.

Na USF A o cálculo da escala SERVQUAL com a coordenadora entrevistada teve como resultado:

Cálculo da SERVQUAL com a COORDENADORA da Unidade Saúde da Família (A)				
COORDENADOR USF (A)	Dif (somatória expectativa)	Dividir a média individual de cada dimensão pela quantidade de afirmações	Avaliar a importância	Multiplicar Coluna C com D
Aspectos tangíveis	19	4,75	0,1	0,475
Confiabilidade	29	5,8	0,3	1,74
Responsividade	25	6,25	0,2	1,25
Segurança	25	6,25	0,2	1,25
Empatia	35	7	0,2	1,4
Média Individual ponderada				6,115
Diferença da média entre o Usuário e Coordenador				-6,504

Quadro 25 - Cálculo da escala SERVQUAL com o coordenador da USF A e a diferença da média da escala SERVQUAL com os usuários entrevistados

Fonte – Autor

A diferença da média entre as usuárias entrevistadas e a coordenadora também foi negativa -6,504. Com isto, foi identificado que a coordenadora não compreende quais são as expectativas das usuárias com relação a unidade.

Cálculo dos Antecedentes potenciais (GAP 1 e GAP 2 - COORDENADORA) USF (A)			
GAP		SOMA DAS QUESTÕES ANTECEDENTES	
GAP 1	Pesquisa de satisfação dos usuários	3	0,75
	Comunicação Vertical	12	3
	Nível de gestão dentro da USF	-1	-1
SOMA GAP 1			2,75
GAP 2	Comprometimento do coordena	0	0
	Estabelecimento de Metas de atendimento	14	7
	Padronização de tarefas	14	7
	Esforço do coordenador	1	0,33333333
SOMA GAP 2			14,33333333
SOMA TOTAL GAPS			17,08333333

Quadro 26 – Cálculo dos antecedentes potenciais GAP 1 e GAP 2 com o coordenador da USF A

Fonte - Autor

Na USF A o cálculo dos antecedentes potenciais dos GAP's 3 e 4 com o pessoal de contato como: uma técnica de enfermagem, nove agentes e um administrativo teve como resultado:

Profissional entrevistado	SOMA GAP 3	SOMA GAP 4	SOMA TOTAL DOS GAPS
Técnico de enfermagem	15,866	-1,75	14,11
ACS 1	14,95	-5,25	9,7
ACS 2	16,4	0,5	16,9
ACS 3	16,4	-2,5	13,9
ACS 4	11,45	-0,5	10,95
ACS 5	12,8	-2,75	10,05
ACS 6	13,983	-3,25	10,733
ACS 7	16,083	0,25	16,333
ACS 8	16,983	1,25	18,233
ACS 9	17,983	1,5	19,483
ADM	10,7	-4,25	6,45
SOMA	14,87254545	-1,522727273	13,34927273

Quadro 27 – Cálculo dos antecedentes potenciais (GAP 3 e GAP 4) com os profissionais da USF A
Fonte - Autor

Quanto aos questionários aplicados junto a equipe identificando os antecedentes potenciais (GAP 3 e GAP 4) foi possível observar de maneira geral que há uma lacuna no GAP 4 em -1,522, em todos os questionários respondidos um dos fatores responsável por esta lacuna é a comunicação horizontal. A propensão de promessas em excesso foi considerado apenas por um profissional não sendo relevante. O *gap* 3 teve como resultado positivo porém, foi identificado em todas as respostas dos questionários como negativo a adequação tecnologia-trabalho e a percepção de controle.

É necessário para verificar e sanar a lacuna 4 a aplicação e verificação das respostas do questionário do quadro 17 (fatores do *gap* 4) e também quadro 18 (antecedentes potenciais dos *gap* 3 e *gap* 4) que é a resposta detalhada de cada profissional com relação a estes *gaps*.

Na USF F o cálculo da escala SERVQUAL com apenas um usuário entrevistado teve o seguinte resultado a média individual ponderada positiva em 0,36.

Na USF F o cálculo da escala SERVQUAL com a coordenadora entrevistada teve como resultado:

Cálculo da SERVQUAL com a COORDENADORA da Unidade Saúde da Família (F)				
COORDENADOR USF (A)	Dif (somatória expectativa)	Dividir a média individual de cada dimensão pela quantidade de afirmações	Avaliar a importância	Multiplicar Coluna C com D
Aspectos tangíveis	18	4,5	0,1	0,45
Confiabilidade	30	6	0,35	2,1
Responsividade	26	6,5	0,3	1,95
Segurança	20	5	0,1	0,5
Empatia	29	5,8	0,15	0,87
Média Individual ponderada				5,87
Diferença da média entre o Usuário e Coordenador				5,51

Quadro 28 - Cálculo da escala SERVQUAL com o coordenador da USF F e a diferença da média da escala SERVQUAL com o usuário entrevistado

Fonte - Autor

A diferença da média entre a usuária entrevistada e a coordenadora foi considerada positiva. Com isto, foi identificado que a coordenadora compreende quais são as expectativas da usuária com relação a unidade.

Cálculo dos Antecedentes potenciais (GAP 1 e GAP 2 - COORDENADORA) USF (F)			
GAP		SOMA DAS QUESTÕES ANTECEDENTES	
GAP 1	Pesquisa de satisfação dos usuário	3	0,75
	Comunicação Vertical	12	3
	Nível de gestão dentro da USF	-1	-1
SOMA GAP 1			2,75
GAP 2	Comprometimento do coordena	-3	-0,75
	Estabelecimento Metas de atendimento	12	6
	Padronização de tarefas	10	5
	Esforço do coordenador	6	2
SOMA GAP 2			12,25
SOMA TOTAL GAPS			15

Quadro 29 – Cálculo dos antecedentes potenciais (GAP 1 e GAP 2) com o coordenador da USF F

Fonte – Autor

Na USF F o cálculo dos antecedentes potenciais dos *gaps* 3 e 4 com o pessoal de contato como: uma técnica de enfermagem, três agentes e um administrativo e uma médica teve como resultado:

Profissional entrevistado	SOMA GAP 3	SOMA GAP 4	SOMA TOTAL DOS GAPS
Técnico de enfermagem	12,7	-7	5,7
ACS 1	11,4	-1	10,4
ACS 2	9,9	2	11,9
ACS 3	13,5	-8,5	5
Médica	19,2	0,5	19,7
ADM	7,683	-4,5	3,183
SOMA	6,762	-1,681	5,080

Quadro 30 - Cálculo dos antecedentes potenciais (GAP 3 e GAP 4) com os profissionais da USF F
Fonte– Autor

Quanto aos questionários aplicados junto a equipe identificando os antecedentes potenciais (GAP 3 e GAP 4) foi possível observar de maneira geral que há uma lacuna no GAP 4 em -3,08, em todos os questionários respondidos um dos fatores responsável por esta lacuna é a comunicação horizontal. A propensão de promessas em excesso foi considerado apenas por um profissional não sendo relevante. O GAP 3 teve como resultado positivo porém, foi identificado em todas as respostas dos questionários como negativo a adequação tecnologia-trabalho e a percepção de controle, o conflito de função foi considerado negativo por dois profissionais.

É necessário para verificar e sanar a lacuna 4 a aplicação e verificação das respostas do questionário do quadro 17 (fatores do GAP 4) e também do quadro 18 (antecedentes potenciais dos *gap* 3 e *gap* 4) que é a resposta detalhada de cada profissional com relação a estes *gaps*.

Na USF G o cálculo da escala SERVQUAL com os cinco usuários entrevistados tiveram os seguintes resultados:

Usuário	Média Individual Ponderada
1	-0,3
2	0,345
3	-0,26
4	4,995
5	0,01

Quadro 31 – Cálculo da escala SERVQUAL com os usuários da USF G
Fonte - Autor

Média por dimensões	
Aspectos tangíveis	-0,025
Confiabilidade	2,24
Responsividade	1,2
Segurança	0,475
Empatia	0,9
Média combinada	0,958

Quadro 32 – Média por dimensões com os cinco usuários da USF G

Fonte - Autor

Analisando a unidade G e as aplicações dos questionários teve como resultado:

Foram entrevistados cinco usuários (três do gênero masculino e dois do gênero feminino). Tendo idades entre 30 a 70 anos:

- Usuário 1: Média ponderada negativa e apresentou como dimensão negativa o aspecto tangível;
- Usuária 2: Média ponderada positiva e apresentou como dimensão negativa a responsividade;
- Usuário 3: Média ponderada negativa e apresentou como dimensão negativa o aspecto tangível e a responsividade;
- Usuária 4: Média ponderada positiva apresentando apenas dimensões positivas;
- Usuário 5: Média ponderada positiva e apresentou como dimensão negativa o aspecto tangível e a responsividade.

Com estes resultados de modo geral a média geral é positiva em 0,958 e apresentou como dimensão negativa os aspectos tangíveis em -0,025, sendo como 2ª característica importante para dois usuários entrevistados.

Na USF G o cálculo da escala SERVQUAL com a coordenadora entrevistada teve como resultado:

Cálculo da SERVQUAL com a COORDENADORA da Unidade Saúde da Família (G)				
COORDENADOR USF (G)	Dif (somatória expectativa)	Dividir a média individual de cada dimensão pela quantidade de afirmações	valiar a importância	Multiplicar Coluna C com D
Aspectos tangíveis	26	6,5	,1	0,65
Confiabilidade	34	6,8	,4	2,72
Responsividade	28	7	,2	1,4
Segurança	27	6,75	,15	1,0125
Empatia	34	6,8	,15	1,02
Média Individual ponderada				6,8025
Diferença da média entre o Usuário e Coordenador				-5,8445

Quadro 33 – Cálculo da escala SERVQUAL com o coordenador da USF G e a diferença da média da escala SERVQUAL com os usuários entrevistados

Fonte – Autor

A diferença da média entre as usuárias entrevistadas e a coordenadora também foi positivo em 5,84. Com isto, foi identificado que a coordenadora compreende quais são as expectativas dos usuários com relação a unidade.

Cálculo dos Antecedentes potenciais (GAP 1 e GAP 2 - COORDENADORA) USF (G)			
GAP		SOMA DAS QUESTÕES ANTECEDENTES	
GAP 1	Pesquisa de satisfação dos usuáris	5	1,25
	Comunicação Vertical	2	0,5
	Nível de gestão dentro da USF	-5	-5
SOMA GAP 1			-3,25
Continua			

Quadro 34 – Cálculo dos antecedentes potenciais (GAP 1 e GAP 2) com o coordenador da USF G

Fonte – Autor

Continuação			
GAP 2	Comprometimento do coordena	10	2,5
	Estabelecimento Metas de atendimento	14	7
	Padronização de tarefas	11	5,5
	Esforço do coordenador	5	1,66666 6667
SOMA GAP 2			16,6666 6667
SOMA TOTAL GAPS			13,4166 6667

Quadro 35 – Cálculo dos antecedentes potenciais (GAP 1 e GAP 2) com o coordenador da USF G
Fonte – Autor

Na USF G o cálculo dos antecedentes potenciais dos GAP's 3 e 4 com o pessoal de contato como: uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, dois administrativos, dezesseis agentes e dois médicos da família, teve como resultado:

Profissional entrevistado	SOMA GAP 3	SOMA GAP 4	SOMA TOTAL DOS GAPS
Enfermeira	12,183	-5,25	6,933
Técnico de enfermagem 1	21,316	-2	19,316
Técnico de enfermagem 2	8,583	-2,5	6,083
Técnico de enfermagem 3	20	-5,75	14,25
ADM 1	13,15	-0,25	12,9
ADM 2	11,9	-0,25	11,65
ACS 1	11,4	-0,25	11,15
ACS 2	11,9	-0,25	11,65
ACS 3	12,65	-0,25	12,4
ACS 4	11,65	-0,25	11,4
ACS 5	11,4	-0,25	11,15
ACS 6	8	-4,25	3,75
ACS 7	7,616	-5	2,616
ACS 8	11,65	-6	5,65
ACS 9	10,066	-6,5	3,566
ACS 10	13,366	-6,75	6,616
ACS 11	13,65	-6	7,65
ACS 12	13,45	-2	11,45
ACS 13	12,566	-6	6,566
ACS 14	9,966	-6,25	3,716
ACS 15	11,216	-4,75	6,466
ACS 16	10,816	-4,75	6,066
Continua			

Quadro 36 - Cálculo dos antecedentes potenciais (GAP 3 e GAP 4) com os profissionais da USF G
Fonte - Autor

Continuação			
MEDICO 1	13,333	-2,25	11,083
MEDICO 2	11,433	-2,75	8,683
SOMA	12,21916667	-3,35416667	8,865

Quadro 36 - Cálculo dos antecedentes potenciais (GAP 3 e GAP 4) com os profissionais da USF G

Fonte - Autor

Quanto aos questionários aplicados junto a equipe identificando os antecedentes potenciais (*gap* 3 e *gap* 4) foi possível observar de maneira geral que há uma lacuna no *gap* 4 em -3,35, em todos os questionários respondidos um dos fatores responsável por esta lacuna é a comunicação horizontal. A propensão de promessas em excesso foi considerado por quatro profissionais. O *gap* 3 teve como resultado positivo porém, foi identificado em vinte e três questionários respondidos como negativo a adequação tecnologia-trabalho, a percepção de controle e o conflito de função.

É necessário para verificar e sanar a lacuna 4 a aplicação e verificação das respostas do questionário do quadro 17 (fatores do *gap* 4) e também do quadro 18 (antecedentes potenciais dos *gap* 3 e *gap* 4) que é a resposta detalhada de cada profissional com relação a estes *gaps*.

8 CONCLUSÕES

Apresenta-se neste capítulo as conclusões quanto aos objetivos e resultados alcançados pelo presente trabalho, além das sugestões para trabalhos futuros.

8.1 Quanto aos Objetivos e Resultados Obtidos

Este trabalho teve como objetivo propor uma sistematização com seqüência de passos a serem seguidos para avaliar o serviço de saúde prestado pelas equipes Saúde da Família, buscando identificar os *gaps* com base na proposta da escala SERVQUAL para analisar o que é esperado e percebido pelo usuário quanto ao serviço de saúde prestado pelas equipes. Para tanto, se utilizou uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, pautada nas estratégias de revisão de literatura avaliando distintas unidades Saúde da Família de um município do interior do estado de São Paulo.

Ao observar as unidades foi necessário adequar algumas questões relevantes conforme exemplificado no quadro 18, sobre os antecedentes potenciais dos (GAP 3 e GAP 4) para adequar o questionário com a realidade vivenciada pelas unidades. E a partir disto, a sistematização foi considerada apropriada para uso.

Com a aplicação da sistematização proposta deve-se fazer um treinamento com um profissional e capacitá-lo para aplicar os questionários e avaliar os possíveis *gaps* e a causa destes *gaps* com toda a equipe. Esta avaliação pode ser feita separadamente, com cada equipe, com cada unidade delimitando o bairro e região a ser pesquisada verificando, qual é a expectativa e a percepção dos usuários com relação ao atendimento que é oferecido pelos profissionais que compõe a equipe. Fazendo isto individualmente é detectado quais são as dimensões consideradas relevantes pelos usuários e se a diferença entre a expectativa e a percepção for negativa é possível analisar e agir diretamente no problema detectado de uma determinada dimensão possibilitando na melhoria da qualidade do serviço prestado pela unidade.

A sistematização proposta é uma ferramenta de fácil interpretação e acesso podendo alimentar os resultados obtidos em uma planilha Excel para averiguar o cálculo de *gaps* e da escala SERVQUAL, sendo uma ferramenta para avaliar a qualidade de atendimento

oferecido pelos profissionais envolvidos e também da qualidade que é percebida e esperada pelos usuários da unidade em estudo.

Foi proposta esta sistematização para avaliar a qualidade de atendimento, diferente da ferramenta PMAQ que é utilizada atualmente nas unidades que avaliam a produtividade, na qual um auditor pertencente a esfera federal é solicitado para auditar as unidades de uma determinada cidade. Quanto ao que foi apresentado no trabalho, não é necessário um auditor para aplicar o questionário, porque o próprio coordenador geral das unidades ou secretaria municipal pode treinar um profissional para ficar responsável pela aplicação dos questionários para avaliar a qualidade do atendimento e não a produtividade.

O PMAQ é um indicador feito para que os profissionais que trabalham nas USF incluam no sistema todos os procedimentos que são executados por eles (visitas domiciliares com assinatura do usuário papa Nicolau, atendimentos realizados a gestantes, idosos e crianças, como vacinas, etc). O auditor vai a unidade averiguar se o que foi inserido no sistema condiz com o que está arquivado fisicamente.

Pode-se listar algumas observações prévias nas unidades estudadas, não há indicadores de qualidade do serviço de atendimento ao usuário relacionado com o que o usuário espera e percebe da equipe, sendo que o único meio utilizado pelos usuários sobre o serviço prestado pela unidade é mediante ouvidoria na secretaria municipal de saúde mediante contato telefônico, e-mail ou urna existente em cada unidade, o trabalho efetuou na prática uma reclamação mediante contato telefônico e não houve um *feedback* sobre o problema ao usuário e com isto, foi observado que é o único meio de comunicação com o usuário que não funciona.

Comparando as Unidades Saúde da Família com as Unidades Básicas de Saúde a estratégia adotada pelo programa ocasionou na melhoria do atendimento ao usuário tendo uma proximidade com as famílias, observando suas necessidades. Em contrapartida, a falta de médicos especialistas principalmente ginecologista e pediatra dentro da unidade é uma das falhas existentes no programa. Outra falha existente por parte da secretaria municipal de saúde seria a demora para agendamento de exames e consultas com médicos especialistas.

A unidade Saúde da Família é considerada uma estratégia de prevenção e de acompanhamento das equipes com as famílias para que o usuário procure atendimento secundário ou terciário em última instância. O intuito do município a longo prazo é transformar todas as UBS em USF.

E o modelo utilizado para desenvolver a sistematização foi escolhido por que, descreve como cada *gap* ocorre, quais os fatores responsáveis por estas lacunas, como identificar estes fatores, quais questionários aplicar dentro da organização de serviço e de que maneira é possível “fechar” estes *gaps*.

8.2 Quanto às Limitações da Pesquisa

Devido algumas características encontradas nas unidades pesquisadas houve a necessidade de se fazer modificações nos questionários aplicados aos profissionais estudados dentro da unidade, isto foi necessário para que ocorresse uma aproximação com a realidade deste tipo de serviço (atendimento básico de saúde) e assim, conseguir alcançar o objetivo inicial da pesquisa.

Apesar de não ter limitado o resultado final da pesquisa, é válido destacar uma dificuldade encontrada no desenvolvimento da pesquisa. O tempo para acesso as unidades pesquisada excedeu o esperado, precisando delimitar o número de questionários aplicados aos usuários. Houve uma variação no tempo de respostas estipulado junto aos profissionais devido a pausa constante para atender a um usuário por exemplo. Quanto as respostas dos questionários depois de constantes solicitações, na USF A não obteve-se resposta do questionário com um técnico de enfermagem e com o único médico da família alegando não ter tempo disponível para responder as afirmações proposta no teste piloto, sendo fundamental a participação do médico na pesquisa em questão.

Quanto as respostas dos questionários na USF F, apenas um usuário aceitou participar da aplicação do questionário, quanto aos profissionais apenas uma médica, a coordenadora, a técnica de enfermagem o administrativo e três ACS contribuíram para a aplicação do questionário.

8.3 Sugestões para Trabalhos Futuros

Devido à extensão do assunto abordado neste trabalho, há várias possibilidades de estudos. Como o trabalho se baseou na análise da escala SERVQUAL e também na análise de lacunas no atendimento executado dentro da USF, e como estas ferramentas não foi utilizada neste tipo de setor de serviços da saúde, sugere-se que novos estudos sejam feitos para

expandir a análise de *gap* e aplicação da escala SERVQUAL dentro de UBS, hospitais, entre outros.

Outra possibilidade de sequência a este trabalho seria a validação da sistematização proposta. Isto deve ser feito em mais unidades, com mais profissionais e mais usuários, sendo que para isto é necessário o conhecimento sobre amostragem não sendo abordada no trabalho e com isto, saber quantos usuários serão necessários responder a escala SERVQUAL.

REFERÊNCIAS

ADENSO-DÍAZ, B.; GONZÁLEZ-TORRE, P.; GARCÍA, V.A Capacity management model in service industries. **International Journal of Service Industry Management**, v.13, n.3, p. 286-302, 2002.

BATALHA, M.et al.**Introdução à engenharia de produção**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

BOTTI, M.; SCOCHI, M.O Aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde.**Revista Saúde e Sociedade**, v.15, n.1, p. 107 – 114, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde.**Cadernos de atenção básica: programa saúde da família**.Brasília, 2000.

_____. **Guia prático do programa saúde da família**.Brasília, 2001.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Brasília, 2005.

_____. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados**.Brasília, 2006.

_____. **Redes de proteção de saúde**.Brasília, 2009.

_____. **Melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde**.Brasília, 2010.

_____. **Política nacional de atenção básica**.Brasília, 2012.

_____. **Cadernos de atenção básica: núcleo de apoio a saúde da família**. Brasília, 2014. v.1.

_____. **Plano estadual de saúde PES (2012 – 2015)**. Brasília,2015.

BRASIL. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.**Contas nacionais nº 33**.Produto Interno Bruto dos Municípios. Brasília, 2008.

BROWN, S.; SWARTZ, T.A GAP analysis of professional service quality.**Journal of Marketing**, v.53, n.2, p. 92 - 98, 1989.

CAETANO, R.; DAINTE, S.O Programa saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios.**Revista Saúde Coletiva**, v.12, n.1, p.11 - 21,2002.

CASAS, A.**Qualidade total em serviços**.6.ed.São Paulo: Atlas, 2008.

CAYIRLI, T.; VERAL, E.; ROSEN, H.Designing appointment scheduling systems for ambulatory care services.**Health CareManage Science**, v.9, n.1, p.47 - 58,2006.

CHRISTENSEN, C. **Inovação na gestão da saúde**: soluções disruptivas para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

COTTA, R. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do programa saúde da família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p.7 - 18, 2006.

COUTO, R.; PEDROSA, T. **Hospital**: acreditação e gestão em saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CRESWELL, J. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CRONIN, J.; TAYLOR, S. Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of Marketing**, v.56, n.1, p.55-68, 1992.

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

DAVIS, M.; HEINEKE, J. Understanding the roles of customer and the operations for better queue management. **International Journal of Operations and Production Management**, v.14, n.5, p.21 - 34, 1994.

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

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Health Services Research**, v.44, n.3, p.166 - 206, 1966.

_____. The Quality of medical care. **Science**, v.200, n.1, p.856 - 864, 1978.

ELIAS, P. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.633 - 641, 2006.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M.J. **Administração de serviços**: operações, estratégia e tecnologia da informação. Porto Alegre: Bookman, 2010.

FRANCO, T.; MAGALÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: _____. **O Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.783 - 794, 2009.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GONÇALO, C. et al. Resolutividade em operações de serviços hospitalares: uma estrutura de análise para organização de atividades rotineiras e inesperadas. In: ENCONTRO DA ANPAD, 36., 2012, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.

GONÇALVES, A. et al. Gestão estratégica de serviços na área da saúde. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12., 2005, Bauru. **Anais...** Bauru: UNESP, 2005.

HAIR JUNIOR, J.F. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

_____. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

HARRIS, J. et al. Mapping the multidisciplinary field of public health services and systems research. **American Journal of Preventive Medicine**, v.41, n.1, p.105 - 111, 2011.

HOLTE, M.; MANNINO, C. The Implementor/adversary algorithm for the cyclic and robust scheduling problem in health-care. **European Journal of Operational Research**, v.226, n.3, p.551 - 559, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 1999. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2016.

_____. 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2016.

_____. 2015. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2016.

JOHNSTON, R.; CLARK, G. **Administração de operações de serviços**. São Paulo: Atlas, 2014.

KOTLER, P. **Administração de marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1992.

LOURES, C. **Razões para a ocorrência dos GAPS de gestão da qualidade de serviço: estudo de caso numa organização de transporte metroviário**. 2009. 244p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LOVERLOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2008.

MARQUES, R.; MENDES, Á. A Política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.1, p.163 - 171, 2002.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MAURI, A.; MINAZZI, R.; MUCCIO, S. A Review of literature on the GAPS model on service quality: a 3-decades period: 1985-2013. **International Business Research**, v.6, n.12, p.134 - 144, 2013.

MELLO, C. et al. **Gestão do processo de desenvolvimento de serviços**. São Paulo: Atlas, 2010.

MEREDITH, F. Building operations management theory through case and field research. **Journal of Operations Management**, v.17, p.441-454, 1998.

MIGUEL, P. A. C. Estudo de caso na engenharia de produção: estruturação e recomendações para a sua condução. **Produção**, v.17, n.1, p.216-229, 2007.

MIGUEL, P.; SALOMI, G. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**, v.14, n.2, p.12 - 30, 2004.

MINVIELLE, E. et al. Managing customization in health care: a framework derived from the services sector literature. **Health Policy**, v.117, n.1, p.216 - 227, 2014.

MONTEIRO, M.; FIGUEIREDO, V.; MACHADO, M. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.43, n.2, p.358 - 364, 2008.

MOREIRA, R. et al. Qualidade de serviços: análise de uma unidade do programa saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.2, 2015. Disponível em: <www.gestaoesaude.unb.br>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MOURA, A.; VIRIATO, A. **Gestão hospitalar: da organização ao serviço de apoio diagnóstico e terapêutico**. Barueri: Manole, 2008.

NOVAES, H. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.147 - 157, 2004.

OLIVER, R. A Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v.17, n.4, p.460-469, 1980.

PAIM, J. Gestão de atenção básica nas cidades. In: RASSI NETO, E.; BÓGUS, C.M. (Org.). Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p.183-212. (Série Técnica – Projeto de Desenvolvimento de Sistemas de Serviços de Saúde, 3).

PAIM, J.; TEIXEIRA, C. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.esp, p.73 - 78, 2006.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. A Conceptual model of services quality and its implication for future research. **Journal of Marketing**, v.49, n.4, p.41 - 50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v.64, n.1, p.12 - 37, 1988.

PARRA FILHO, D.; SANTOS, J.M. **Metodologia científica**. São Paulo: Futura, 2002.

PENA, M. et al. O Emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.47, n.5, p.1235 - 1240, 2013.

PEREIRA, J. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 2.ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

PERROTT, B. Health service delivery in australia: GAPS and solutions. **Journal of General Management**, v.36, n.3, p.53 - 66, 2011.

PICCHIAI, D. **Parâmetros e indicadores de dimensionamento de pessoas em hospitais**. São Paulo: FGV, 2009.

REIS, E. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, v.6, n.1, p. 50 - 61, 1990.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. 2012. Disponível em: <www.saude.sp.gov.br>. Acesso em: 8 fev. 2016.

SILVA, S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753 - 2762, 2011.

SILVESTRO, R. Applying gap analysis in the health service to inform the service improvement agenda. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v.22, n.3, p.215 - 233, 2003.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C. (Ed.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.1 - 37.

SOUZA, M. O Programa saúde da família no Brasil: análise do acesso a atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.2, p.153 - 158, 2008.

SPAN, K. et al. The Relationship between governance roles and performance in local public interorganizational networks: a conceptual analysis. **The American Review of Public Administration**, v.42, n.2, p.186 - 201, 2012.

STREET, A.; DUCKETT, S. Are waiting lists inevitable?. **Health Policy**, v.36, n.1, p.1 - 15, 1996.

TAYLOR, S.; CRONIN, J. Modeling patient satisfaction and service quality. **Journal of health care marketing**, v.14, n.1, p.34 - 44, 1994.

VAZ MENDES, J.; BITTAR, O. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Revista Faculdade de Ciência Médica de Sorocaba**, v.16, n.1, p.35, 2014.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v.22, n.2, p.195 - 219, 2002.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANDBELT, L.C. et al. Satisfaction with the outpatient encounter. **Journal of General Internal Medicine**, v.19, n.11, p.1088 – 1095, 2004.

ZEITHAML, V.; BITNER, M.; GREMLER, D. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. 5.ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ZEITHAML, V.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. **A Excelência em serviços: como superar as expectativas e garantir a satisfação completa de seus clientes**. São Paulo: Saraiva, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Caderno Avaliativo

Dessa maneira, o caderno de auto avaliação nº 1 é dirigido ao Secretário Municipal da Saúde e ou sua equipe de trabalho, o caderno de auto avaliação nº 2 é dirigido aos coordenadores municipais da estratégia, o caderno de auto avaliação nº 3 é dirigido aos responsáveis pelo gerenciamento das unidades Saúde da Família e os cadernos de auto avaliação nº 4 e nº 5 são complementares e estão dirigidos às equipe Saúde da Família.

CADERNO 1 AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – Gestão Municipal da Saúde (Secretário Municipal de Saúde)

O caderno 1 é composto por 60 questões direcionadas a implantação e implementação da Saúde da Família no Município.

CADERNO 2 AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – Coordenação Municipal da Estratégia Saúde da Família

O caderno 2 possui 40 questões quanto ao planejamento e integração, todas voltadas aos coordenadores da ESF. Neste caderno abordam questões interessantes como: avaliação da satisfação dos profissionais, se os problemas enfrentados são acompanhados pela coordenação.

CADERNO 3: AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – Unidade Saúde da Família

O caderno 3 é dirigido aos responsáveis pelo gerenciamento das unidades Saúde da Família. Frequentemente estes responsáveis é um enfermeiro da Saúde da Família ou o coordenador das equipes. Em município de maior porte as USF contam com diretores ou gerentes de USF. Os padrões apresentados neste instrumento abordam a estrutura física, a organização, o estado de conservação e funcionamento da USF e seus equipamentos.

O caderno 3 possui 40 questões quanto a infra-estrutura e equipamentos da USF, todas voltadas aos responsáveis pelo gerenciamento das unidades Saúde da Família.

CADERNO 4: AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – Equipe Saúde da Família (Parte I)

O caderno número 4 possui 70 questões e baseia-se no instrumento de mesma denominação e é dirigido ao conjunto dos profissionais das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. É muito importante que todos os membros participem do processo de leitura, debate e resposta aos padrões: agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros (as), médicos (as), auxiliares de consultórios dentário (ACD), técnicos (as) de higiene dental (THD) e cirurgiões-dentistas.

Há o pensamento enraizado de que não é possível oferecer serviços de boa qualidade no âmbito do SUS. A qualidade em saúde será definida como o grau de atendimento aos padrões de qualidade estabelecidos frente as normas e protocolos que organizam as ações e práticas, assim como, conhecimento técnico e científico atual, respeitando valores culturalmente aceitos.

CADERNO 5: AVALIAÇÃO PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – Equipe Saúde da Família (Parte II)

O caderno de número 5, apresenta 90 questões, todas voltadas para doenças como sífilis, DST, hipertensão, diabetes, vacinação.

** Nota-se que cada questão apresentada nos cinco cadernos serão aplicadas três vezes, em momentos avaliativos diferentes.

APÊNDICE B - PCATool

O objetivo principal do PCATool é avaliar o serviço de saúde identificado no item A5, não somente profissional de saúde referência.

A5 – Quando o serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual pacientes possam ligar quando adoecem?

Este item busca definir se o serviço de saúde que o entrevistado trabalha possui um meio de comunicação para os pacientes quando o serviço está fechado, não incluindo outros locais que o paciente possa acessar.

Para iniciar a entrevista este manual aplica algumas questões para posteriormente direcionar perguntas específicas aos usuários.

Nesta ferramenta há três instrumentos de avaliação PCATool versão infantil e PCATool versão adulto (contendo as mesmas questões) e PCATool versão profissional. O questionário é composto por 52 questões. Divididas como: Acesso de primeiro contato (Utilização – B); Acesso de primeiro contato (Acessibilidade – C); Longitudinalidade (D); Coordenação (Integração de Cuidados – E); Coordenação (Sistema de informação – F); Integralidade (Serviços disponíveis – G); Integralidade (Serviços Prestados – H); Orientação Familiar – I; Orientação comunitária – J.

O cálculo dos escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo. A escala utilizada é de 1 (com certeza não) a 4 (com certeza sim) e 9 (não sei/não lembro).

O PCATool versão profissional é composto pelas seguintes questões:

Acessibilidade – A acesso de primeiro contato

A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?

A2 – Seu serviço de saúde está aberto pelo menos em algum dia da semana até as 20h.?

A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia?

A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgarem ser necessário?

A5 – Quando o seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?

A6 – Quando o seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço atende no mesmo dia?

A7 – Quando o seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço atende naquela noite?

A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, *check-up*) no seu serviço de saúde?

A9 – Na média os pacientes tem de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)?

Longitudinalidade – B

B1 – No seu serviço de saúde os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico ou enfermeiro?

B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?

B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?

B4 – Se os pacientes tem uma pergunta, podem telefonar ou falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor?

B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre suas preocupações e problemas?

B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?

B7 – Você conhece mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?

B9 – Você entende quais problemas são mais importantes para os pacientes que você atende?

B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente?

B11 – Você sabe qual trabalho ou emprego de cada paciente?

B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações receitadas ou tivessem dificuldade de pagar por elas?

B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?

Coordenação (Integração de cuidados) – C

C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?

C2 – Quando seu paciente precisa de um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre os diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?

C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?

C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados da consulta?

Coordenação (Sistema de informações) – D

D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?

D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem?

D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?

Integralidade (serviços disponíveis) – E

E1 – Aconselhamento nutricional

E2 – Imunizações

E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social?

E4 – Avaliação da saúde bucal

E5 – Tratamento dentário

E6 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

E7 – Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)

E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental

E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos

E10 – Aconselhamento e solicitações de teste anti-HIV

E11 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar).

E12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar).

E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido).

E14 – Remoção de verrugas.

E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (teste Papanicolau).

E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.

E17 – Cuidados pré-natais.

E18 – Remoção de unha encravada.

E19 – Orientação sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).

E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair).

E21 – Orientação sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama.

E22 – Inclusão no programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos).

APÊNDICE C – PMAQ

O presente instrumento guarda similaridade com o Instrumento de Auto avaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), utilizado nos processos de auto avaliação, visando a assegurar coerência das informações, uma vez que os resultados serão acompanhados ao longo da implementação de novos ciclos do PMAQ. Isso possibilitará comparabilidade entre os resultados das equipes e UBS pertencentes ao mesmo estrato de municípios definidos no PMAQ.

O PMAQ auxiliará na melhoria do processo de trabalho das equipes de atenção básica e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços ofertados a população brasileira.

O PMAQ é separado por módulos:

Módulo I – Observação na Unidade de Saúde

Neste módulo, o avaliador da qualidade (auditor) deverá ser acompanhado por um profissional da equipe de atenção básica que conheça a estrutura, equipamentos, materiais e insumos da UBS.

Dentro deste módulo há questões como: sinalização indicando USF ou UBS, há quantas equipes, se dentro da USF há dentista, médico da família, se a Unidade atende aos fins de semana, qual a carga horária diária, quais os serviços disponíveis aos usuários durante os horários e dias disponíveis de funcionamento da unidade, tipos de insumos e medicamentos, vacinas, quais os testes rápidos disponíveis, quais os equipamentos existentes e a quantidade.

Módulo II – Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica e Verificação de Documentos na Unidade de Saúde

Para responder a estas questões, o profissional deverá ser aquele que agrega maior conhecimento sobre todo o processo de trabalho em equipe, e as questões referentes a saúde bucal deverá ser respondida pelos profissionais da área.

As questões neste módulo são referentes à tipos de especialização dos profissionais (doutorado, mestrado, especialização em saúde da família ou saúde pública), tipo de equipe, tipos de profissionais existentes no NASF e CAPS (Centro de Apoio Psíquico Social), organização dos prontuários dos usuários, tempo de espera do usuário para um primeiro contato, se há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia caso necessário, e se é feito pesquisa de satisfação dos usuários.

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com o Usuário

- Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- O questionário do Módulo III será aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa.
- Para entrevista com os usuários, o avaliador deverá selecionar aqueles que não passaram por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista.
- Não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até a unidade de saúde.
- Não continuar a entrevista se fizer mais de 12 MESES que o usuário vem até a unidade de saúde.
- Se não elegível, entrevistar a próxima pessoa (recusas não serão registradas no *tablet*).

ANEXOS

ANEXO A - Carta de apresentação da pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
Av. Trabalhador São-carlense, 400 – Fone: (0xx16) 3373-9428
CEP 13566-590 – São Carlos – SP – Brasil
Home Page: <http://www.prod.eesc.usp.br>

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Prezado Senhor (a)

Tenho a satisfação de informar que como aluna do Programa de Mestrado do Departamento de Engenharia de Produção da Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo (EESC-USP) estou desenvolvendo minha dissertação, cujo objetivo é analisar o serviço de saúde prestado pelas equipes da Saúde da Família (eSF) nas áreas do município estudado cobertas pelo Programa Saúde da Família (PSF). Este estudo está sob orientação do Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti.

Por este motivo, vimos solicitar o apoio da secretaria municipal de saúde para que fosse possível aplicar entrevistas com os profissionais responsáveis pelo PSF (corpo clínico e de suporte). A entrevista contemplará questões da escala SERVQUAL com dois focos, na qual mensura a expectativa com o desempenho dos profissionais responsáveis pelo PSF do que eles fornecem aos usuários, avaliando os aspectos (tangíveis, confiabilidade, empatia, responsividade e segurança) e posteriormente aplicar este mesmo questionário junto aos usuários. Estima-se uma duração de 30 minutos para a realização da entrevista.

As informações coletadas serão mantidas em sigilo. Para a definição da forma da publicação e apresentação dos resultados será solicitado uma autorização prévia junto à instituição colaboradora do trabalho.

Contando com o apoio de Vossa Senhoria no acolhimento a nossa solicitação, que terá uma grande contribuição para o enriquecimento da nosso trabalho, colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos e aproveitamos para manifestarmos o nosso elevado apreço.

Atenciosamente,

Mestranda Helieleze da Cunha S. Alves da Silva
Escola de Engenharia de São Carlos – EESC/USP
Departamento de Engenharia de Produção

Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti
Escola de Engenharia de São Carlos – EESC/USP
Departamento de Engenharia de Produção

ANEXO B – *Check List* nas Unidades Saúde da Família (A, F e G)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
Av. Trabalhador São-carlense, 400 – Fone: (0xx16) 3373-9428
CEP 13566-590 – São Carlos – SP – Brasil
Home Page: <http://www.prod.eesc.usp.br>

CHECK LIST

Dissertação: Proposta de sistematização para avaliação da prestação de serviços oferecido por uma equipe Saúde da Família utilizando a escala SERVQUAL

Este *check list* tem por objetivo orientar o levantamento de informações a respeito da unidade saúde da família a ser estudada, para caracterizar as diferenças de cada uma

- 1) Quantas equipes Saúde da Família a Unidade possui?
- 2) Qual a composição da equipe nesta Unidade?
- 3) Possui ponto de distribuição de leite?
- 4) Quantos pontos de distribuição de leite?
- 5) O LEVA E TRAZ DA SAÚDE leva em média quantos usuários até a Unidade?
- 6) O NASF vai até a Unidade para prestar atendimento aos usuários? Quais os dias que eles vão até a Unidade na semana?
- 7) Como é feito o agendamento de exames específicos aos usuários?
- 8) Para o usuário ir até o local destinado para fazer o exame o LEVA TRAZ DA SAÚDE o leva caso ele não tenha como se locomover?
- 9) Quais as condições para o usuário utilizar o LEVA TRAZ DA SAÚDE?
- 10) Há quantos consultórios odontológicos?
- 11) Há quantos dentistas?
- 12) Há quantos auxiliares de dentistas?
- 13) Há quantos consultórios médicos?

- 14) Há quantos médicos da família?
- 15) O médico é especializado em saúde da família?
- 16) Quais os equipamentos existentes na Unidade que é utilizado pelo médico?
- 17) Os equipamentos são novos?
- 18) Descreva tudo o que há na sala de espera:
- 19) Qual a carga horária semanal do médico?
- 20) Quantos usuários o médico atendeu no dia?
- 21) Há um número de usuário que é obrigatório o médico atender por dia?
- 22) Qual o dia da reunião de equipe? Todos participam? Para que serve a reunião?
- 23) Há sala própria para aplicação de vacina? Se sim, quantas salas existem?
- 24) Há outro tipo de sala? Para qual procedimento? Quantas salas existem?
- 25) Há quantos enfermeiros?
- 26) Há quantos técnicos de enfermagem?
- 27) Há quantos recepcionistas?
- 28) Há coordenador da Unidade? Quantos e qual a sua especialidade? Qual o gênero: masculino ou feminino

AGENTES

O agente é:

_____ Ligado a uma UBS ainda não organizada na lógica da Saúde da Família.

_____ Ligado a uma Unidade Básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional.

_____ A estratégia não foi implantada por isto, os ACS estão vinculados com a UBS tradicional e são capacitados e supervisionados por enfermeiros.

- 29) Há quantos agentes comunitários da saúde (ACS)?

30) Os agentes são moradores do bairro que a Unidade está inserida?

31) Qual a formação? Houve treinamento? Há treinamentos oferecidos pelo governo com frequência?

32) Para ir as casas os agentes utilizam o veículo próprio ou veículo oferecido pelo governo municipal?

33) Qual a carga horária semanal do agente?

34) Quantas casas devem visitar por dia?

35) Por quantas famílias o agente é responsável?

36) Por quantas pessoas o agente é responsável?

37) Há mais usuários ausentes ou presentes nas residências?

38) Você entra na casa para fazer as perguntas aos usuários, ou verificar as condições das famílias?

39) Quais as perguntas feitas aos usuários quando vai visitá-los? As perguntas mudam com frequência?

40) Você volta na mesma casa depois de quanto tempo para fazer a visita de rotina?

41) Qual a média de duração em cada residência?

42) Como é feito o agendamento de consultas com o médico?

43) É atendido usuário que não efetuou agendamento?

44) A Unidade consegue suprir a demanda?

45) Como é feito o atendimento à acamados?

46) Qual o profissional que acompanha o médico para atender os acamados? Porque?

47) O Leva e traz é apenas para consultas na Unidade ou levam a pessoa para se consultar no AME ou no ARE (Postão)?

48) Como é utilizado o PMAQ?

49) É utilizado alguma ferramenta para avaliar a qualidade com os usuários?

50) E para avaliar a qualidade interna (equipe)?

51) A falta de médicos especialistas como: ginecologista, pediatra, geriatra, afeta no atendimento? Na sua opinião deveria haver médicos especialistas igual nas UBS?

52) Quando o usuário precisa de um atendimento de um especialista urgente é atendido ou transferido para onde?

53) A Unidade possui ACADEMIA DA SAÚDE?

54) A Unidade possui algum vínculo com o CRAS? Porque?

COORDENADOR DA UNIDADE

A implantação da Saúde da Família tem como início somente com o os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro das unidades de saúde. Ou então, pela implantação imediata da ESF. Em ambos os casos a lógica de implantação é a mesma como:

- 10.A decisão política é do prefeito da cidade;
- 11.Elaborar e discutir a proposta de implantação com o Conselho Municipal de Saúde;
- 12.Definir e mapear as áreas prioritárias;
- 13.Levantar o número de habitantes destas áreas;
- 14.Calcular o número necessário de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou de equipes Saúde da Família por área;
- 15.Selecionar, contratar e treinar os profissionais;
- 16.Cadastrar as famílias;
- 17.Diagnosticar os problemas de saúde da comunidade;
- 18.Organizar as rotinas das UBS.

O médico da Família é horista?

Quando o médico falta repõe o horário ou o dia perdido?

Quando o médico falta como é feito com os usuários agendados?

Vocês enfermeiros tem algum manual que descreve até qual procedimento ou atendimento deve ser realizado antes de encaminhar para a UPA?

É distribuído alguma senha para atendimento?

Se alguma Demanda Imediata aparecer as 10:30 o usuário é atendido?