

**COMO MENSURAR A QUALIDADE DE SERVIÇOS PRESTADOS EM SAÚDE: Síntese das dimensões, atributos e medidas utilizadas na literatura**

**ARLETE APARECIDA DE ABREU**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**LUIZ MARCELO ANTONIALI**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

**DANIELA MEIRELLES ANDRADE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

Agradecimento à órgão de fomento:

Fapemig - Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais

# COMO MENSURAR A QUALIDADE DE SERVIÇOS PRESTADOS EM SAÚDE: Síntese das dimensões, atributos e medidas utilizadas na literatura

## Introdução

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

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

Concentrando-se no processo de Acreditação como ferramenta estratégica para alcançar bons resultados nos serviços de saúde; Lee (2017) propôs a escala HEALTHQUAL. Essa ferramenta é baseada em fatores de qualidade multidimensionais (empatia; tangíveis; segurança; eficiência e grau de melhoria dos serviços); apoiados em três perspectivas distintas: pacientes; a agência de acreditação e o hospital. Usando a contribuição de Kettinger & Lee (1997) sobre o conceito de zona de tolerância; Nadiri & Hussain (2016) propõem a escala HEALTHZOT; aplicada a hospitais públicos e privados. Destaca-se a relevância da aplicação de escalas direcionadas ao paciente em serviços de saúde; uma vez que é preciso ir além do uso de taxas clínicas, especialmente em mercados onde há a possibilidade de escolha do provedor pelo paciente (Mor, 2005). Apesar de muitos esforços, há uma lacuna em perspectivas que considerem o paciente; as relações estabelecidas pelas unidades e outras organizações da rede de serviços de saúde (Chakraborty & Kaynak, 2018).

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

## Método de pesquisa

Para o levantamento bibliográfico necessário para a consecução do objetivo proposto no artigo, os termos “*quality; attributes; dimension\*; determinant\* e measure\**” foram combinados na base WOS ; sem nenhuma limitação de área ou data de publicação; segundo a Tabela 1.

Tabela 1: termos e suas combinações

Termos	Nº artigos
Quality and attributes and health and service*	105
Quality and dimension* and health and service*	145
Quality and determinant* and health and service*	193
Quality and measure* and health and service*	142

Total 1	585
Duplicados e sem acesso	348
Fora do escopo de análise	106
Total 2	131

Fonte: Dados da pesquisa

Na primeira rodada, os termos foram especificados resultaram em 585 artigos. Após a análise dos trabalhos duplicados e mediante a leitura de todos os resumos e identificação daqueles que não pertenciam ao escopo de pesquisa; 131 artigos válidos foram selecionados.

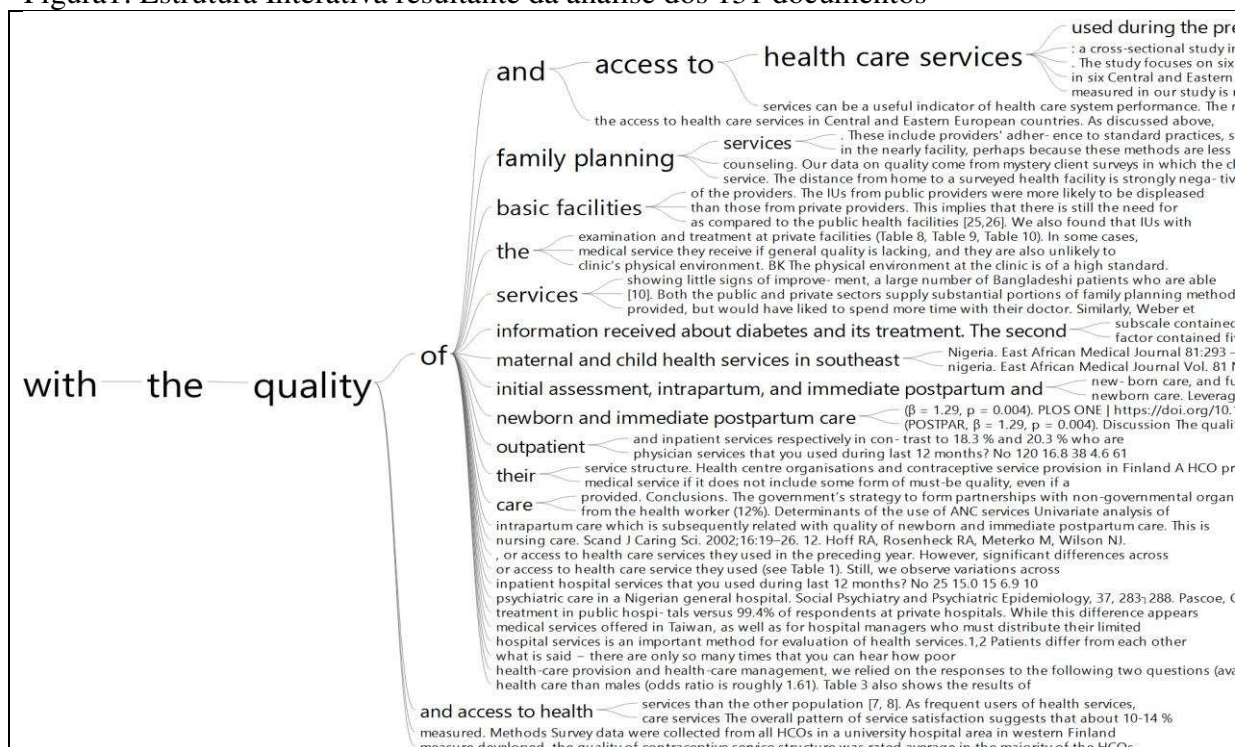
Estes documentos foram transferidos em sua totalidade para o software Maxqda, em sua versão 'free trial', onde alguns segmentos foram codificados segundo a técnica de Análise de Conteúdo. A leitura de todos os trabalhos permitiu sua categorização de acordo com 3 códigos principais: Metodologia utilizada; Tipo de serviço/cuidado analisado no artigo e Dimensões/Atributos da qualidade usados para análise.

## Resultados

### Configurações Iniciais da Amostra

A Figura 1 demonstra uma estrutura interativa de palavras produzida a partir dos documentos analisados. Essa imagem gerada pelo software Maxqda permite identificar os principais termos e suas combinações; o que revela uma imagem geral inicial sobre a amostra de textos utilizada.

Figura 1: Estrutura Interativa resultante da análise dos 131 documentos

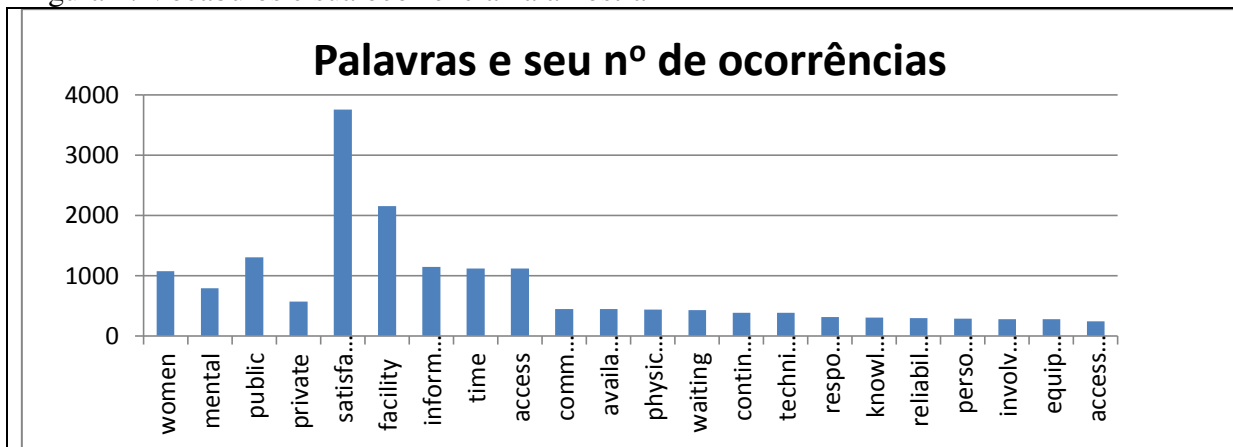


Fonte: Dados da pesquisa

Uma breve observação da Figura permite identificar termos importantes para o início desta análise: O acesso parece ser uma das variáveis mais utilizadas; destacando-se também alguns tipos de serviços como aqueles relacionados ao planejamento familiar; aos cuidados maternos e do recém-nascido, bem como os processos de alta hospitalar. Outro ponto de extrema importância é a presença da variável informação, tendo em vista que se trata de um

elemento crucial para a oferta de cuidados de saúde. Corroborando com o que é demonstrado na primeira; a Figura 2 exibe alguns dos vocábulos mais ocorrentes nos textos e sua frequência de exposição.

Figura 2: Vocábulos e sua ocorrência na amostra



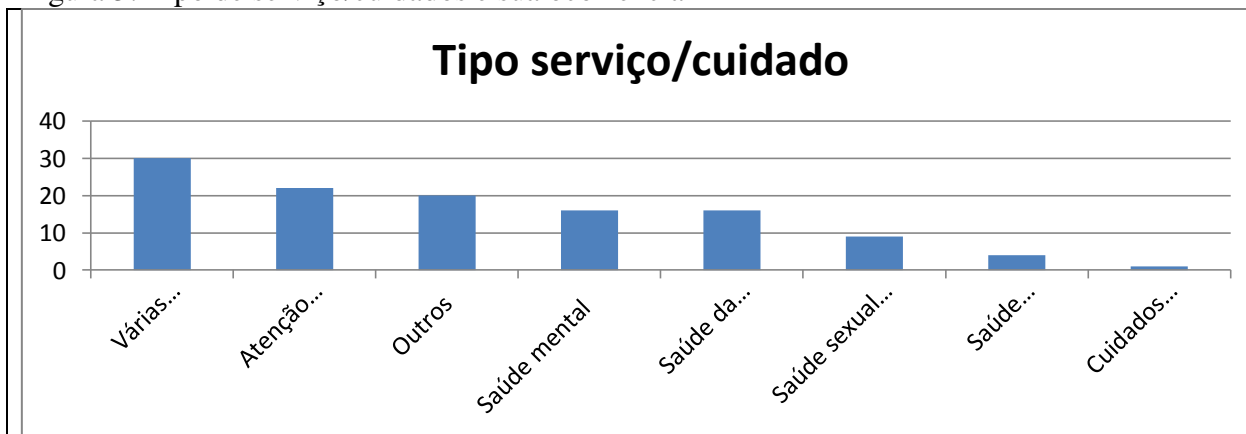
Fonte: Dados da pesquisa

Há destaque para os serviços mentais e aqueles direcionados às mulheres, bem como a ótica pública. A satisfação foi um termo extremamente relevante, ocupando a 25ª posição entre os vocábulos mais utilizados e estando presente em 108 trabalhos. Corroborando com a Figura 1; dentre os determinantes ou atributos relacionados à qualidade ressalta-se a presença de elementos como as instalações; a informação; o tempo e o acesso.

### Categorias de análise da amostra

A primeira categoria analisada foi o tipo de serviço/cuidado utilizado no trabalho. O exame dos segmentos selecionados nos 131 textos permite identificar alguns pontos importante, conforme pode ser observado na Figura 3.

Figura 3: Tipo de serviço/cuidados e sua ocorrência



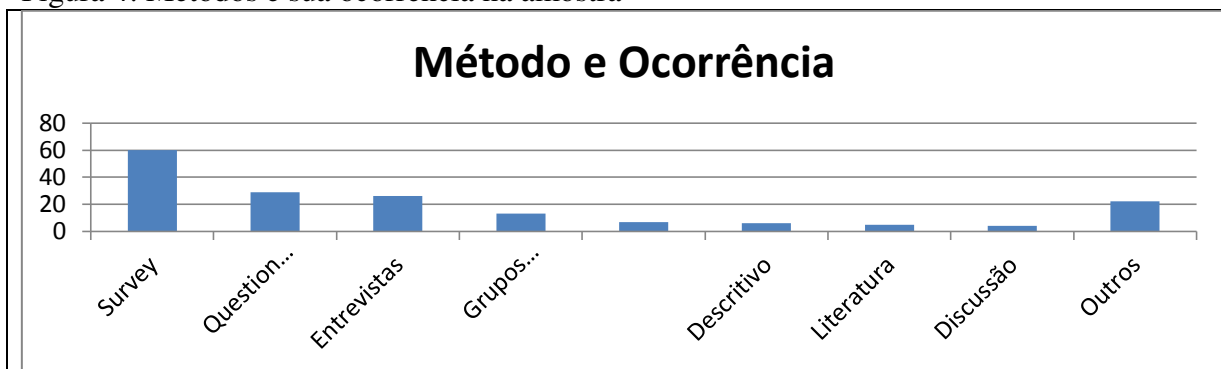
Fonte: Dados da pesquisa

Nesta categoria, 122 segmentos foram categorizados. Destaca-se os trabalhos com abordagens baseadas em análises de múltiplos serviços, especialmente aqueles feitos em hospitais. Outros tipos de cuidados relevantes foram aqueles realizados na atenção primária; a saúde mental; materna e da criança e a saúde sexual e reprodutiva. A subcategoria outros

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

Quando a categoria metodologia é analisada, percebe-se forte predominância de análises quantitativas. Nela, 171 segmentos foram apontados nos textos, nos quais algumas vezes mais de uma metodologia era especificada.

Figura 4: Métodos e sua ocorrência na amostra



Fonte: Dados da pesquisa

Conforme é esboçado na quarta figura; o *survey* e a aplicação de questionários foram os métodos mais recorrentes na amostra. A categoria outros abarca estudos relacionados à utilização de modelagens conceituais; inventários; DEA (Análise Envoltória de Dados); dentre outros.

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

Na principal categoria de análise, nos 131 documentos 1142 segmentos foram apontados. A leitura e organização destes permitiu a construção da Tabela 2; onde cada variável identificada no segmento (dimensão; atributo ou medida) foi delimitada.

Tabela 1: Dimensões; atributos e medidas usadas na amostra

<b>Categoria/Dimensão/Atributo</b>
Efetividade – Eficiência – Eficácia – Equidade – Segurança - Pontualidade e tempo de espera - Centralidade e cuidado individualizado - Continuidade e coordenação do cuidado – Acessibilidade - Competência/Expertise/Profissionalismo/ Conhecimento - Detecção precoce - Interação/ relacionamento - Cortesia e gentileza – Empatia - Capacidade de resposta – Garantia – Comunicação - Confiança na equipe suas ações - Confiabilidade no sistema - Cuidado ético - Resultado positivo - Envolvimento no tratamento (por parte do paciente e sua família) - Limpeza (tanto do ambiente físico quanto aparência dos colaboradores) – Tangíveis – Aconselhamento – Orientação por parte da equipe – Possibilidade de escolha por parte do paciente – Integração entre os serviços ofertados – Disponibilidade de serviços (consultas com especialistas e outros; exames; serviços de apoio – Atividades de prevenção e vigilância em saúde - Confidencialidade – Privacidade – Histórico de saúde – Disponibilidade de Medicamentos e Materiais – Respeito – Abordagem Holística – Tempo suficiente na consulta; exame - Envolvimento e educação da comunidade - Estigmatização e dignidade - Erros (processo/documentos) – Preocupação - Exame físico - Custo para o cliente - Coleta de informações sobre a opinião do cliente (ouvidoria) - Informações médicas disponíveis e registros bem mantidos - Flexibilidade dos serviços - Presença de programas que condizem com o ônus da comunidade - Saúde preventiva - Rapidez e prontidão - Priorização (Triagem) - Número de colaboradores – Humanização - Presença de médico na unidade – Visitas -

Interesse pessoal do médico ou da unidade no problema – Burocracia – Atendimento às necessidades do paciente – Conduta interpessoal e reputação – Autonomia – Alimentação – Orientação para condições crônicas – Comprometimento – Trabalho em equipe – Cartão individual ou plano – Qualidade administrativa – Prontuário Eletrônico – Abordagem Terapêutica – Integridade Física .

Fonte: Dados da pesquisa

## **Discussão**

A análise das variáveis usadas para mensurar a percepção do paciente sobre a qualidade dos serviços de saúde entregues permite identificar três pontos centrais: Os aspectos tangíveis; as formas de acesso aos cuidados de saúde e a comunicação estabelecida no processo.

### **A qualidade em sua forma tangível: quais aspectos considerar?**

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

Existem mensurações baseadas em análises específicas sobre os tangíveis disponíveis como as condições das instalações; dos equipamentos; dos colaboradores e materiais de comunicação (Strawderman & Koubek, 2008). Identificação se a aparência visual da instalação e dos materiais usados no serviço são visualmente atraentes (Yesilada & Direktör, 2010) e se estão de acordo com o tipo de serviço ofertado (Vassiliadis et al., 2014).

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

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

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

A avaliação também pode apresentar uma conotação numérica relacionada à identificação de comodidades apresentadas pelas instalações: eletricidade; água; telefone; banheiro em funcionamento; área de espera para o cliente (Hutchinson, Do, & Agha, 2011); janelas para ventilação; proteção contra calor e chuva; água corrente ou limpa; eletricidade ou fonte alternativa de eletricidade; coleta de lixo; área de espera com cadeira ou banco (Agha, 2010). Boa temperatura nas instalações (Raposo, Alves, & Duarte, 2009). Fonte de água potável; eletricidade, aquecedor (Obure et al., 2016; Rao et al., 2006). Ar fresco, espaço para sentar na sala de espera e de exames (Mohammed et al., 2013). Instalação com água corrente;

energia elétrica; itens de proteção pessoal; aquecedor, banheiro funcional (Fisseha et al., 2017). Temperatura agradável; chério agradável; móveis confortáveis; layout interessante; boa decoração interior; esquema de cores atraente; iluminação apropriada; design feito para o paciente (Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007).

A limpeza do ambiente também é importante: áreas e banheiros limpos em todas as instalações (Mohammed et al., 2013; Agha, 2010; (Obure et al., 2016; Mayston et al., 2017; Chaniotakis & Lymperopoulos, 2009). A sinalização e organização interna: sinais de orientação claros (Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003). Além disso, a presença de estrutura e orientação apropriada para pessoas especiais ou com mobilidade reduzida (Raposo, Alves, & Duarte, 2009; Campos, Filho, & Castro, 2017) também representam atributos importantes para a qualidade em serviços de saúde.

### **Como o acesso aos serviços de saúde pode ser representado?**

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

Há destaque especial para percepções objetivas sobre o acesso; especialmente a proximidade geográfica ou localização (Pransky, Benjamin, & Dembe, 2001; Rivard et al., 2015; Reeve et al., 2015; Asfaw et al., 2014; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Safran et al., 2002; Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Baltussen, Rob; Ye, 2006). Aliada à localização; existem as variáveis relacionadas à disponibilidade de transporte (Casarett et al., 2008; Fisseha et al., 2017) e ao tempo de viagem gasto até a unidade de saúde (Stepurko et al., 2016; Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015; Ganle et al., 2014). A distância é um elemento importante (Shayo et al., 2016; Ganle et al., 2014; Phillips & Brooks, 1998). A distribuição territorial das unidades também (Larson et al., 2014); abrangência da rede credenciada (Wollmann et al., 2012). A distância também tem total relação com a equidade uma vez que esta pode ser avaliada em termos da influência desta e do custo no acesso e na utilização do cuidado (Shayo et al., 2016). A má distribuição e disponibilidade desigual de serviços dá origem a acessos diferenciados (Ganle et al., 2014).

Há a perspectiva de acesso econômico: capacidade de pagamento (Sannisto et al., 2010); reembolso suficiente de seus gastos com o processo (Casarett et al., 2008). Acesso financeiro (Safran, Tarlov, & Rogers, 1994).

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

A disponibilidade e oferta de serviços também representa um ponto importante no acesso: disponibilidade de clínicas, serviços de emergência (Reeve et al., 2015); Disponibilidade de laboratório (Fisseha et al., 2017); odontólogo; farmácia; serviços de vacinação (Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017). Conseguir facilmente um leito (Andaleeb et al., 2007; Castro et al., 2012); conseguir facilmente os médicos necessários (Rao et al., 2006; Zaslavsky et al., 2000); facilidade para conseguir consulta (Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003; Phillips & Brooks, 1998; Becker et al., 2016; (Safran et al., 2002); oferta apropriada de serviços; (Sannisto et al., 2010); acesso a exames complementares (Castro et al., 2012);

acesso a medicamentos (Baltussen, Rob; Ye, 2006) e facilidade de agendamento (Shaffer & Sherrell, 1997).

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

O processo de referenciação e continuidade do paciente na rede também representa um mecanismo de análise do acesso. A facilidade de conseguir uma referência (Zaslavsky et al., 2000; Ward et al., 2005) ou de adentrar a atenção secundária (Castro et al., 2012); representam importantes elementos que podem indicar a qualidade de um serviço de saúde. Deve haver um sistema de referenciação estabelecido e funcional, composto por uma regulação efetiva de emergências = triagem (Sahel et al., 2015). A continuidade e a integração se manifestam nos mecanismos de acesso através da disposição de redes de suporte aos pacientes como aquelas relacionadas à drogas, alcoolismo e serviços especializados (Ristea et al., 2009).

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

### **Comunicação: até que ponto?**

Percebe-se que a dimensão comunicação é muito explorada em pesquisas que buscam avaliar a qualidade no setor de saúde e ao mesmo tempo, sua importância justifica-se mediante sua intensa conexão com outros atributos importantes como o conhecimento; a cortesia; o respeito; o interesse; o aconselhamento; o relacionamento estabelecido; a privacidade; a preocupação; a confiança; a orientação; a continuidade; a integração e a centralidade. A comunicação apresenta-se como o cerne de grande parte dos processos que levam à constituição da qualidade em serviços de saúde, envolvendo os diversos setores, colaboradores e tarefas; estando intimamente relacionados à interação estabelecida entre médico/enfermeiros e pacientes (Sullivan, Harris, Doyle, & Bell, 2013). Esta interação tem papel fundamental na avaliação da qualidade pois permite captar a percepção do paciente sobre o desempenho dos serviços (Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgard, 2015), além de incentivar a autonomia (Mohammed et al., 2013).

A comunicação eficiente envolve a explicação; exposição por parte do médico sobre as causas e curso do agravo de saúde (Hansen et al., 2008; Rao et al., 2006; Safran et al.,



2002; Aquino et al., 2014; Casarett et al., 2008; Hutchinson, Do, & Agha, 2011); os propósitos dos exames; os resultados; dando claros avisos sobre as prescrições (Andaleeb et al., 2007); opções de tratamento, testes e procedimentos; o que foi prescrito e seus efeitos; sobre processos de referência para outros médicos (Ward et al., 2005; Otani et al., 2010; quando retornar (mediante quais sintomas); (Hansen et al., 2008). Descrever o que será realizado (Shaffer & Sherrell, 1997; Aquino et al., 2014); explica aquilo que o paciente precisa entender (Mohammed et al., 2013; Lebrun-Harris et al., 2013); explicações claras (Nisselle et al., 2008; Andrade, Vaitsman, & Farias, 2010; Dagger, Sweeney, & Johnson, 2007; Aquino et al., 2014; Campos, Filho, & Castro, 2017; Becker et al., 2016; Berhane & Enquusselasie, 2015; Casarett et al., 2008); oferecer informações que não sejam contraditórias (Casarett et al., 2008).

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

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

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

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

Além disso a comunicação precisa ser adaptada à aspectos culturais, portanto, caso necessário, deve haver intérpretes; o pessoal deve ser sensível à preferência de linguagem; usando um dialeto flexível levando isso adiante na continuidade do cuidado (Gauthier et al., 2015); uso de uma linguagem apropriada (Nisselle et al., 2008). É preciso que a abordagem no momento da conversa seja amigável (Berhane & Enquusselasie, 2015).

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

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

Além dos três componentes principais encontrados nos 131 documentos da amostra; outros também foram relevantes; apresentando conexões entre si e contribuindo com o processo de alcance da qualidade em serviços de saúde.

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

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

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

*Envolvimento* = capacidade da equipe de se relacionar com o paciente e sua família. Remete à postura do provedor de serviços em auxiliar a encontrar soluções para os problemas de saúde do paciente (Nau & Pacholski, 2007); e a capacidade de discutir problemas ou dúvidas sobre o método de cuidado usado (Tessem et al., 2017); ou seja, envolver o paciente na abordagem de cuidado utilizada. O relacionamento terapêutico pode ser mensurado pela aceitação; pelo cuidado e conexão com o médico. A aceitação é definida como a ausência de julgamento e a presença de validação por parte do paciente; o cuidado é caracterizado como um sentimento transmitido pelo provedor, que está genuinamente investido de desejo do bem estar do paciente e sua família (Becker et al., 2016).

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

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

Há a preocupação com a efetividade de médicos, clínicas e hospitais (Wollmann et al., 2012); gerada pelos benefícios aos pacientes e adequação aos serviços (Lee et al., 2000); ou

seja, a eficiência clínica (Roque-Roque et al., 2015) e organizacional - racionalidade nas despesas (Hu, Cheng, Chiu, & Hong, 2011).

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

Um bom indicador da capacidade de respostas, explorado por Andrade, Vaitsman, & Farias (2010); é a habilidade de tomar providências mediante reclamações realizadas por pacientes. Desta forma, a presença de espaços que permitam essa relação paciente-provedor (Tessema et al., 2017; Reeve et al., 2015; Sahel et al., 2015; Costa et al., 2014; Campos, Filho, & Castro, 2017; Agha, 2010); contribuem estrategicamente para a capacidade resolutive do sistema e para a melhoria da qualidade em serviços de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

*Aspectos da humanização* = Apesar do conceito de humanização também ser multidisciplinar e, ao mesmo tempo, estar alinhado às características abundantes dos serviços de saúde; alguns atributos usados nos 131 textos chamaram a atenção. Tocci & Costa (2014) utilizam a definição de humanização adotada pelo Ministério da saúde, que delimita a necessidade de valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas que permeiam o sistema de saúde brasileiro. Os eixos-centrais desta elucidação são o respeito (pelo gênero; etnia; orientação sexual e populações específicas); o acesso às informações; o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva.

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

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

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

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

## **Conclusões**

O objetivo deste trabalho foi identificar na literatura quais são os atributos; determinantes e medidas usadas para a análise da qualidade em serviços de saúde. A revisão de análise de 131 documentos permitiu a identificação de diversas variáveis, havendo destaque para medidas de análise do acesso, dos elementos tangíveis e da comunicação como determinantes da qualidade. Outros atributos importantes que ultrapassam as cinco dimensões propostas pela Servqual como a continuidade, a coordenação, a humanização e a integração também foram identificados.

A maior contribuição deste trabalho reside na compilação de importantes fatores que podem ser usados para análises e adaptações de escalas que possam avaliar a qualidade de serviços prestados no setor de saúde; bem como a forma de questioná-los durante o processo.

### **Limitações e direções futuras**

Uma das limitações desta pesquisa é a base utilizada para o levantamento dos artigos a serem verificados. Acredita-se que a expansão desta possa contribuir tanto com o número de dimensões e atributos encontrados, quanto com a melhor compreensão das especificidades do setor.

### **Referências**

- Agha, S. (2010). The impact of a quality-improvement package on reproductive health services delivered by private providers in Uganda. *Studies in Family Planning*, 41(3), 205–
- Agha, S., & Williams, E. (2016). Quality of antenatal care and household wealth as determinants of institutional delivery in Pakistan: Results of a cross-sectional household survey. *Reproductive Health*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0201-5>
- Al-Neyadi, H. S., Abdallah, S., & Malik, M. (2018). Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. *International Journal of Healthcare Management*, 11(2), 96–105. <https://doi.org/10.1080/20479700.2016.1266804>
- Al-Yateem, N., Docherty, C., & Rossiter, R. (2016). Determinants of Quality of Care for Adolescents and Young Adults With Chronic Illnesses: A Mixed Methods Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.003>
- Andaleeb, S. S., Siddiqui, N., & Khandakar, S. (2007). Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22(4), 263–273.
- Andrade, G. R. B. De, Vaitsman, J., & Farias, L. O. (2010). Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 523–534.
- Aquino, E. M. L., Menezes, G. M. S., Barreto-de-Araújo, T. V., Alves, M. T., Almeida, M. C. C., Alves, S. V., ... Reichenheim, M. E. (2014). Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), 2005–2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009214>
- Asfaw, E., Dominis, S., Palen, J. G. H., Wong, W., Bekele, A., Kebede, A., & Johns, B. (2014). Patient satisfaction with task shifting of antiretroviral services in Ethiopia: Implications for universal health coverage. *Health Policy and Planning*, 29, ii50-ii58.
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An Empirical Assessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Business Research*, 24, 253–268.
- Baltussen, Rob;Ye, Y.(2006).Quality of care of modern health services as perceived by users and non-users in Burkina Faso.*International Journal for Quality in Health Care*,18(1), 30–34.
- Barelds, A., Van De Goor, I., Bos, M., Van Heck, G., & Schols, J. (2009). Care and service trajectories for people with intellectual disabilities: Defining its course and quality determinants from the client's perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(3), 163–172. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00224.x>
- Barnes, D., Carpenter, J., & Dickinson, C. (2006). The outcomes of partnerships with mental health service users in interprofessional education: A case study. *Health and Social Care in*

*the Community*, 14(5), 426–435. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00661.x>

Becker, S. J., Midoun, M. M., Zeithaml, V. A., Clark, M. A., & Spirito, A. (2016). Dimensions of Treatment Quality Most Valued by Adolescent Substance Users and their Caregivers. *Professional Psychology-Research and Practice*, 47(2), 120–129.

Berhane, A., & Enquasselasie, F. (2015). Patients' preferences for attributes related to health care services at hospitals in Amhara Region, northern Ethiopia: a discrete choice experiment. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1293. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87928>

Berra, S., Rodríguez-Sanz, M., Rajmil, L., Pasarín, M. I., & Borrell, C. (2014). Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(12), 2607–18.

Billah, S. M., Saha, K. K., Khan, A. N. S., Chowdhury, A. H., Garnett, S. P., Arifeen, S. E., & Menon, P. (2017). Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. *PLoS ONE [Electronic Resource]*, 12(5), e0178121.

Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>

Bjørngaard, J. H., Wessel Andersson, H., Osborg Ose, S., & Hanssen-Bauer, K. (2008). User satisfaction with child and adolescent mental health services: Impact of the service unit level. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 635–641.

Brown, T. J., Churchill Jr., G. A., & Peter, J. P. (1993). Improving the measurement of service quality. *Journal of Retailing*, 69(1), 127–139.

Campos, D. F., Filho, R. B. N., & Castro, F. N. (2017). Service Quality in Public Health Clinics: Perceptions of Users and Health Professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(8), 680–692.

Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions Of Service Quality : An Assessment Of The SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33–55.

Casarett, D., Pickard, A., Bailey, F. A., Ritchie, C. S., Furman, C. D., Rosenfeld, K., ... Shea, J. (2008). A Nationwide VA Palliative Care Quality Measure: The Family Assessment of Treatment at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 11(1), 68–75.

Castro, R. C. L., Knauth, D. R., Harzheim, E., Hauser, L., & Duncan, B. B. (2012). Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde : comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, 28(9), 1772–1784.

Ceronsky, L., Johnson, L. G., & Weng, K. (2015). Quality Measures for Community-Based, Rural Palliative Care Programs in Minnesota: A Pilot Study. *Journal of Palliative Medicine*, 18(7), 618–624. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0435>

Chakraborty, S., & Kaynak, H. (2018). Towards a triadic quality measurement framework for U.S. healthcare. *Quality Management Journal*, 25(1), 46–63.

Chaniotakis, I. E., & Lympelopoulou, C. (2009). Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry. *Managing Service Quality*, 19(2), 229–242.

Costa, D., Matanov, A., Canavan, R., Gabor, E., Greacen, T., Vondrackova, P., Priebe, S. (2014). Factors associated with quality of services for marginalized groups with mental health problems in 14 European countries. *BMC Health Services Research*, 14, 49.

Couillet, M., Serhier, Z., Tachfouti, N., Elrhazi, K., Nejjari, C., & Perez, F. (2007). The use of antenatal services in health centres of Fès, Morocco. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(7), 688–694. <https://doi.org/10.1080/01443610701629080>

Dagger, T. S., & Sweeney, J. C. (2007). Service quality attribute weights: How do novice and longer-term customers construct service quality perceptions? *Journal of Service Research*, 10(1), 22–42. <https://doi.org/10.1177/1094670507303010>

Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007). A hierarchical model of health

service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2), 123–142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>

Davies, S., Keenan, C. M., & Redley, B. (2017). Health assistant in nursing: a Victorian health service pilot. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 12(2), 17–24.

Dobova, S. V., Guanais, F. C., Pérez-Cuevas, R., Canning, D., Macinko, J., & Reich, M. R. (2016). Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health Policy and Planning*, 31(7), 834–843. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv139>

Fisseha, G., Berhane, Y., Worku, A., & Terefe, W. (2017). Quality of the delivery services in health facilities in Northern Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–7.

Fiuza, É. S. de S., Rocha, Jucimere, F. D., Carneiro, J. A., & Costa, F. M. (2015). Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. *Revista de Pesquisa: Cuidado E Fundamental*, 7(4), 3274–3291.

Forouzan, A. S., Ghazinour, M., Dejamn, M., Rafeiey, H., Eftekhari, M. B., & Sebastian, M. S. (2013). Service Users and Providers Expectations of Mental Health Care in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Public Health*, 42(10), 1106–1116.

Ganle, K. K., Parker, M., Fitzpatrick, R., & Otupiri, E. (2014). A qualitative study of health system barriers to accessibility and utilization of maternal and newborn healthcare services in Ghana after user-fee abolition. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–17.

Gauthier, A. P., Timony, P. E., Serresse, S., Goodale, N., & Prpic, J. (2015). Strategies for improved French-language health services: Perspectives of family physicians in Northeastern Ontario. *Canadian Family Physician*, 61(8), e382–e390.

Gené-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Catalán-Ramos, A., Pujol-Ribera, E., & Sampietro-Colom, L. (2008). Population and primary health-care team characteristics explain the quality of the service. *Health Policy*, 86(2–3), 335–344.

Gené-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Sampietro-Colom, L., Catalán-Ramos, A., Sans-Corrales, M., & Pujol-Ribera, E. (2007). Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Family Practice*, 24(1), 41–47.

Gillispie, R., Williams, E., & Gillispie, C. (2005). Hospitalized African American Mental Health Consumers: Some Antecedents to Service Satisfaction and Inten to Comply With Aftercare. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 254–261.

Haddad, S., Fournier, P., & Potvin, L. (1998). Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(2), 93–104.

Hansen, P. M., Peters, D. H., Edward, A., Gupta, S., Arur, A., Niayesh, H., & Burnham, G. (2008). Determinants of primary care service quality in Afghanistan. *Int J Qual Health Care*, 20(6), 375–383. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn039>

Hoff, R. A., Rosenheck, R. A., Materko, M., & Wilson, N. J. (1998). The quality of VA mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 26(1), 45–56.

Hu, H., Cheng, C., Chiu, S., & Hong, F. (2011). A study of customer satisfaction, customer loyalty and quality attributes in Taiwan's medical service industry. *African Journal of Business Management*, 5(1), 187–195. <https://doi.org/10.5897/AJBM10.951>

Hutchinson, P. L., Do, M., & Agha, S. (2011). Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: a comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC Health Services Research*, 11, 203. Retrieved from

Iezzoni, L. I., Marsella, S. A., Lopinsky, T., Heaphy, D., & Warsett, K. S. (2017). Do prominent quality measurement surveys capture the concerns of persons with disability? *Disability and Health Journal*, 10(2), 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.01.007>

John, J., Yatim, F. M., & Mani, S. A. (2011). Measuring service quality of public dental health care facilities in Kelantan, Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23(5),

742–753. <https://doi.org/10.1177/1010539509357341>

- Johnson, D., & Ugaz, J. (2016). Determinants of quality of family planning counseling among private health facilities in Lagos. *Studies in Family Planning*, 47(3), 239–251.
- Kettinger, W. J., & Lee, C. C. (1997). Pragmatic Perspectives on the measurement of information systems service quality. *MIS Quarterly*, 21(2), 223–240.
- Klein, J. D., Handwerker, L., Sesselberg, T. S., Sutter, E., Flanagan, E., & Gawronski, B. (2007). Measuring Quality of Adolescent Preventive Services of Health Plan Enrollees and School-Based Health Center Users. *Journal of Adolescent Health*, 41(2), 153–160.
- Larson, E., Hermosilla, S., Kimweri, A., Mbaruku, G. M., & Kruk, M. E. (2014). Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14, 483.
- Lebrun-Harris, L. A., Shi, L., Zhu, J., Burke, M. T., Sripipatana, A., & Ngo-Metzger, Q. (2013). Effects of patient-centered medical home attributes on patients' perceptions of quality in federally supported health centers. *Annals of Family Medicine*, 11(6), 508–516.
- Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., & Kim, C. (2000). Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48(3), 233–246.
- Li, Z., Hou, J., Lu, L., Tang, S., & Ma, J. (2012). On residents satisfaction with community health services after health care system reform in Shanghai, China, 2011. *BMC Public Health*, 12(SUPPL. 1), S9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-S1-S9>
- Lima, A. A., Monteiro, L. F., & Vasconcelos, C. R. de. (2017). Avaliação do desempenho dos serviços de saúde: análise das usuárias de uma unidade de atenção básica com base no modelo Kano. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde*, 6(1), 42–51.
- Makarem, S. C., & Al-Amin, M. (2014). Beyond the Service Process: The Effects of Organizational and Market Factors on Customer Perceptions of Health Care Services. *Journal of Service Research*, 17(4), 399–414. <https://doi.org/10.1177/1094670514541965>
- Mallou, J. V., Boubeta, A. R., & Cueto, E. G. (2003). Presentation of a satisfaction scale with primary health care services. *Psicothema*, 15(4), 656–661.
- Mariko, M. (2003). Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process, and outcome components. *Social Science and Medicine*, 56(6), 1183–1196. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00117-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00117-X)
- Maurer, M., Firminger, K., Dardess, P., Ikeler, K., Sofaer, S., & Carman, K. L. (2016). Understanding Consumer Perceptions and Awareness of Hospital-Based Maternity Care Quality Measures. *Health Services Research*, 51, 1188–1211.
- Mayston, R., Habtamu, K., Medhin, G., Alem, A., Fekadu, A., Habtamu, A., ... Hanlon, C. (2017). Developing a measure of mental health service satisfaction for use in low income countries: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–13.
- Millar, F., Doherty, M., Forster, G., McFarlane, A., & Ogilvie, P. (2013). Managing waiting times and providing equitable, family-centred care: A description of four key initiatives from NHS Fife Child Health Occupational Therapy Service (2006-11). *British Journal of Occupational Therapy*, 76(8), 379–383. <https://doi.org/10.4276/030802213X13757040168397>
- Mohammed, S., Bermejo, J. L., Soares, A., Sauerborn, R., & Dong, H. (2013). Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: Users' perspectives. *BMC Health Services Research*, 13(1).
- Mor, V. (2005). Improving the Quality of Long-Term Care with Better Information. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 333–364.
- Nadiri, H., & Hussain, K. (2016). Zone of tolerance for healthcare services: A diagnostic model of public and private hospital service quality. *Argumenta Oeconomica*, 37(2), 245–280.
- Nau, D. P., & Pacholski, A. M. (2007). Impact of pharmacy care services on patients' perceptions of health care quality for diabetes. *Journal of the American Pharmacists Association*, 47(3), 358–365. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2007.06104>



- Nisselle, A., Forbes, R., Bankier, A., Hughes, E., & Aitken, M. (2008). Consumer contribution to the delivery of genetic health services. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 146(17), 2266–2274. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32271>
- Nyandwe, J., Mapatano, M., Lussamba, P., Kandala, K., & Kayembe, P. (2017). Measuring Patients' Perception on the Quality of Care in the Democratic Republic of Congo Using a Modified, Service Quality Scale (SERVQUAL). *Archives of Science*, 1(2), 1–6.
- Obure, C. D., Jacobs, R., Guinness, L., Mayhew, S., Vassall, A., Abuya, T., ... Zhou, W. (2016). Does integration of HIV and sexual and reproductive health services improve technical efficiency in Kenya and Swaziland? An application of a two-stage semi parametric approach incorporating quality measures. *Social Science and Medicine*, 151, 147–156.
- Otani, K., Waterman, B., Faulkner, K., Boslaugh, S., & Dunagan, W. C. (2010). How Patient Reactions to Hospital Care Attributes Affect the Evaluation of Overall Quality of Care, Willingness to Recommend and Willingness to Return. *Journal of Healthcare Management*, 55(1), 25–38. <https://doi.org/10.1097/00115514-201001000-00006>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL :A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
- Patel, H., Baeza, J., Patel, M., Greene, L., & Theobald, N. (2007). Improving sexual health services in the city: Can the NHS learn from clients and the service industry. *Health Expectations*, 10(2), 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00428.x>
- Pena, M. M., da Silva, E. M. S., Tronchin, D. M. R., & Melleiro, M. M. (2013). The use of the quality model of parasuraman, zeithaml and berry in health services. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 47(5), 1227–1232. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>
- Phillips, D., & Brooks, F. (1998). Age differences in women's verdicts on the quality of primary health care services. *British Journal of General Practice*, 48(429), 1151–1154.
- Pransky, G., Benjamin, K., & Dembe, a E. (2001). Performance and quality measurement in occupational health services: current status and agenda for further research. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(3), 295–306. <https://doi.org/10.1002/ajim.1104>
- Rao, K. D., Peters, D. H., & Bandeen-roche, K. (2006). Towards patient-centered health services in India — a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), 414–421.
- Raposo, M. L., Alves, H. M., & Duarte, P. A. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: A patient's satisfaction index. *Service Business*, 3(1), 85–100.
- Reeve, C., Humphreys, J., & Wakerman, J. (2015). A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. *Evaluation and Program Planning*, 53, 91–98.
- Ristea, A.-L., Stegrouiu, I., Ioan-Franc, V., & Dinu, V. (2009). Responsiveness of Health Systems: A Barometer of Quality of Health Services. *Amfiteatru Economic*, 26(26), 277–286. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/6486868.pdf>
- Rivard, M., Lépine, A., Mercier, C., & Morin, M. (2015). Quality Determinants of Services for Parents of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2388–2397. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0041-2>
- Roque-Roque, J. S., Hinojosa-Florez, L., Huaman-Zurita, N. L., Huaraca-Hilario, C., Quintana, J. H., & Velazco-Del Alamo, J. F. (2015). Satisfacción del usuario en la consulta externa del primer nivel de atención -Red asistencial EsSalud Cusco 2014 User's satisfaction in the outpatient service of primary care – Health care network EsSalud Cusco 2014. *Revista Del Cuerpo Medico Del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 8(2), 85–89.
- Ruchiwit, M., Cowawintaweewat, S., Pootong, A., Wareenil, C., & Pawloski, L. R. (2016). An Examination of Determinants That Affect the Health-Service Systems and Health Status of People in the Greater Mekong Subregion. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(4).

- Safran, D. G., Tarlov, a R., & Rogers, W. H. (1994). Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *271*(20), 1579–86. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03510440039030>
- Safran, D. G., Wilson, I. B., Rogers, W. H., Montgomery, J. E., & Chang, H. (2002). Primary Care Quality in the Medicare Program: Comparing the Performance of Medicare Health Maintenance Organizations and Traditional Fee-for-Service Medicare. *Archives of Internal Medicine*, *162*(7), 757. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.7.757>
- Sahel, A., Belghiti, A. A., DeBrouwere, V., Soares, F. V., Kegels, G., Belkaab, N., Dujardin, B. (2015). A systemic approach to quality improvement in public health services The Moroccan “Quality Contest.” *Leadership in Health Services*, *28*(1), 8–23.
- Sannisto, T., Saaristo, V., Sthl, T., Mattila, K., & Kosunen, E. (2010). Quality of the contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *15*(4), 243–254.
- Scheffler, E., Visagie, S., & Schneider, M. (2015). The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, *7*(1), 1–11.
- Shaffer, T. R., & Sherrell, D. L. (1997). Consumer Satisfaction with Health-Core Services: The Influence of Involvement. *Psychology & Marketing*, *14*(No. 3, May), 261–285.
- Shayo, E. H., Senkoro, K. P., Momburi, R., Olsen, Ø. E., Byskov, J., Makundi, E. A., ... Mboera, L. E. G. (2016). Access and utilisation of healthcare services in rural Tanzania: A comparison of public and non-public facilities using quality, equity, and trust dimensions. *Global Public Health*, *11*(4), 407–422. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1132750>
- Silva, C. B. da, Paula, C. C. de, Lopes, L. F. D., Harzheim, E., Magnago, T. S. B. de S., & Schimith, M. D. (2016). Atenção à saúde de criança e adolescente com HIV: comparação entre serviços. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *69*(3), 522–531.
- Sovd, T., Mmari, K., Lipovsek, V., & Manaseki-Holland, S. (2006). Acceptability as a key determinant of client satisfaction: lessons from an evaluation of adolescent friendly health services in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*, *38*(5), 519–526.
- Stepurko, T., Pavlova, M., & Groot, W. (2016). Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: A cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 1–13.
- Strawderman, L., & Koubek, R. (2008). Human Factors and Usability in Service Quality Measurement. *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, *18*(4), 454–463.
- Sullivan, P. J., Harris, M. L., Doyle, C., & Bell, D. (2013). Assessment of the validity of the English National Health Service Adult In-Patient Survey for use within individual specialties. *BMJ Quality & Safety*, *22*(8), 690–696. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001466>
- Tessema, G. A., Mahmood, M. A., Gomersall, J. S., Assefa, Y., Zemedu, T. G., Kifle, M., & Laurence, C. O. (2017). Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: Multilevel modelling. *PLoS ONE*, *12*(6), 1–20.
- Thawesaengskulthai, N., Wongrukmit, P., & Dahlgaard, J. J. (2015). Hospital service quality measurement models: patients from Asia, Europe, Australia and America. *Total Quality Management and Business Excellence*, *26*(9–10), 1029–1041.
- Tocci, A. S. S., & Costa, E. C. N. F. (2014). A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista UNINGÁ*, (40), 197–206.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, *20*(Sup 2), 190–198.
- Tripathi, S. N., & Siddiqui, M. H. (2018). Assessing the quality of healthcare services : A SERVQUAL approach. *International Journal of Healthcare Management*, *0*(0), 1–12.
- Vassiliadis, C. a., Fotiadis, A. K., & Tavlaridou, E. (2014). The effect of creating new secondary health services on patients’ perceptions: a Kano service quality analysis approach.

*Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7–8), 897–907.

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

Wollmann, D., Steiner, M. T. A., Vieira, G. E., & Steiner, P. A. (2012). Avaliação de operadoras de saúde por usuários pelo método Analytic Hierarchy Process. *Revista de Saude Publica*, 46(5), 777–783. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000500003>

Wright, S. M., Craig, T., Campbell, S., Schaefer, J., & Humble, C. (2006). Patient satisfaction of female and male users of Veterans Health Administration Services. *Journal of General Internal Medicine*, 21(SUPPL. 3), 26–32. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00371.x>

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

Zaslavsky, A.M., Beaulieu, N.D., Landon, B.E., & Cleary, P.D. (2000). Dimensions of consumer-assessed quality of medicare managed-care health plans. *Medical Care*, 38(2), 162–174.