



PROJETO DE GRADUAÇÃO

**Qualidade nos serviços de saúde: Um estudo
exploratório no Distrito Federal**

**Por, Guilherme Thadeu Baptista Coutinho
12/0031752**

Brasília, 28 de novembro de 2017.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**FACULDADE DE TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Tecnologia
Departamento de Engenharia de Produção

PROJETO DE GRADUAÇÃO

Qualidade nos serviços de saúde: Um estudo exploratório no Distrito Federal

Por, **Guilherme Thadeu Baptista Coutinho**

12/0031752

Relatório submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Engenheiro de Produção

Banca Examinadora

Prof. Ari Melo Mariano, Ph.D. -UnB/ EPR (Orientador)

Prof. Msc. Flávia Ladeira Ventura Caixeta

Brasília, 28 de novembro de 2017.

'Mesmo desacreditado e ignorado por todos, não posso desistir, pois para mim, vencer é nunca desistir'.

Albert Einstein (1879-1955) Físico alemão

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral apresentar etapas para o sucesso em qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal por meio de uma matriz de importância-desempenho. O setor de serviços brasileiro é encarregado por empregar mais da metade da população ativa do país. Sendo assim, fica evidente a necessidade de se entender as questões que determinam a qualidade de serviços específicos, como o da saúde, afim de proporcionar uma vantagem competitiva. Com a finalidade de se alcançar os objetivos foi realizada uma pesquisa quantitativa de caráter exploratório, por meio da utilização de equações estruturais com o *software SmartPLS*. Para encontrar os fatores que influenciam a qualidade dos serviços de saúde, foi feita uma pesquisa bibliométrica por meio do enfoque meta analítico consolidado (TEMAC). A qualidade técnica, do ambiente, administrativa e interpessoal foram propostas como fatores antecedentes a qualidade dos serviços de saúde do DF. O Modelo Estrutural foi validado (Fc: 0,953.). Foram obtidas 159 respostas, sendo 142 válidas, a amostra utilizada foi do tipo probabilística com poder estatístico de 80%. O Modelo Estrutural proposto foi qualificado a explicar a qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal em 77,2%. Por fim, a qualidade técnica (41,9%), a qualidade do ambiente (16,8%) e a qualidade administrativa (13,5%) foram considerados os três fatores mais explicam a qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal. Com base nesses três fatores, foi possível produzir um Modelo Prático de Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde do Distrito Federal com aplicação nos três fatores que mais influenciaram a qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Serviços de saúde, Qualidade de serviços, Equações Estruturais, PLS, Brasil

ABSTRACT

The present study had as general objective to present steps for the success in quality of the health services of the Distrito Federal through an importance-performance matrix. The Brazilian service sector oversees employing more than half of the country's active population. Thus, it is evident the need to understand the issues that determine the quality of specific services, such as health, to provide a competitive advantage. To reach the objectives, a quantitative research of an exploratory nature was carried out, using structural equations with the SmartPLS software. To find the factors that influence the quality of health services, a bibliometric survey was carried out using the consolidated meta-analytic approach (TEMAC). The technical, environmental, administrative and interpersonal quality were proposed as antecedent factors the quality of the health services of the DF. The Structural Model was validated (Fc: 0.953). A total of 159 responses were obtained, of which 142 valid, the sample used was of the probabilistic type with statistical power of 80%. The proposed Structural Model was qualified to explain the quality of the health services of the Distrito Federal in 77.2%. Finally, technical quality (41.9%), quality of the environment (16.8%) and administrative quality (13.5%) were considered as the three factors most explain the quality of health services in the Distrito Federal. Based on these three factors, it was possible to produce a Practical Model for Quality Management of Health Services in the Distrito Federal, applying the three factors that most influenced the quality of health services.

Key words: Health services, Quality of services, Structural equations, PLS, Brazil

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. PROBLEMA DA PESQUISA	13
1.2. JUSTIFICATIVA	13
1.3. OBJETIVOS	14
1.3.1. Objetivo Geral.....	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. ESTRUTURA DOS CAPÍTULOS.....	14
2. APLICAÇÃO DA TEORIA DO ENFOQUE META ANALÍTICO CONSOLIDADO ..	15
2.1. DESCRIÇÃO DO TEMAC.....	15
2.1.1. Primeiro passo: preparação da pesquisa	16
2.1.2. Segundo passo: apresentação e interrelação dos dados	16
2.1.2.1. Análise e apresentação das revistas na área	17
2.1.2.2. Seleção das revistas relevantes no tema.....	17
2.1.2.3. Evolução do tema ano a ano.....	19
2.1.2.4. Análise dos autores e artigos.....	20
2.1.2.5. Países que mais publicaram a respeito do tema	22
2.1.2.6. Análise das palavras chaves	23
2.1.3. Terceiro passo: detalhamento, modelo integrador e validação por evidências.....	25
2.1.3.1. Mapa de Co-citação.....	25
2.1.3.2. Mapa de acoplamento de bibliografia	27
2.1.3.3. Determinação dos enfoques teóricos da pesquisa	28
3. REFERENCIAL TEÓRICO	32
3.1. CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	32
3.1.1. Saúde no colonialismo português (1500 – 1822).....	32
3.1.2. Saúde no império (1822 – 1889).....	33
3.1.3. Saúde na república velha (1889 – 1930).....	34
3.1.4. Saúde na era Vargas (1930 – 1945)	35
3.1.5. Saúde instabilidade democrática (1946 – 1963).....	36
3.1.6. Saúde no regime militar (1964-1985).....	37
3.1.7. Saúde na transição democrática (1985 – 1988)	37
3.1.8. Criação do Sistema Único de Saúde (constituição de 1988)	38
3.2. O SERVIÇO DE SAÚDE ATUAL.....	39
3.2.1. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde do Brasil.....	39
3.2.2. Subsistemas de saúde público x privado.....	39
3.3. QUALIDADE.....	40
3.3.1. Evolução da gestão da qualidade	41

3.4. SERVIÇOS.....	42
3.4.1. Características dos serviços	42
3.4.1.1. Intangibilidade.....	43
3.4.1.2. Inseparabilidade	43
3.4.1.3. Variabilidade	43
3.4.1.4. Percibilidade	43
3.5. QUALIDADE DE SERVIÇOS	43
3.5.1. Instrumentos para mensurar a qualidade de serviços.....	44
3.5.1.1. Modelo dos cinco gaps (lacunas)	44
3.5.1.2. Escala SERVQUAL	46
3.5.1.3. Ferramenta SERVPERF	47
3.5.2. QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	48
3.5.3. INFLUENCIADORES NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	48
3.5.3.1. Qualidade Interpessoal	48
3.5.3.2. Relacionamento.....	49
3.5.3.3. Interação	49
3.5.4. Qualidade técnica.....	49
3.5.4.1. Perícia.....	49
3.5.4.2. Resultado.....	49
3.5.5. Qualidade do ambiente	49
3.5.5.1. Atmosfera.....	50
3.5.5.2. Tangíveis	50
3.5.6. Qualidade Administrativa	50
3.5.6.1. Pontualidade	50
3.5.6.2. Funcionamento	50
3.5.6.3. Apoio.....	50
4. MÉTODO.....	51
4.1. LOCAL DE ESTUDO.....	51
4.2. OBJETO DE ESTUDO	51
4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	52
4.4. PROCEDIMENTOS.....	52
5. RESULTADOS E ANÁLISES	54
5.1. DESCRIÇÃO DO MODELO.....	57
5.2. VALIDADE E CONFIABILIDADE DO MODELO	58
5.2.1. Teste de confiabilidade de item	58
5.2.2. Confiabilidade Composta, Confiabilidade Consistente e alfa de Cronbach.....	60
5.2.3. Análise da variância média extraída (AVE)	61

5.2.4.	Teste de inflação interna da variância (VIF)	62
5.2.5.	Validez discriminante	62
5.3.	VALORAÇÃO DO MODELO	63
5.3.1.	Coeficiente de determinação (R^2)	64
5.3.2.	Testes de validade de hipóteses	66
5.4.	DISCUSSÕES	68
5.5.	APLICAÇÕES PRÁTICAS (IPMA)	71
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE PESQUISA	75
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	82
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS	83
	ANEXO A – NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS POR ANO NO TEMA.....	88

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ETAPAS DO TEMAC	16
FIGURA 2 - EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE PUBLICAÇÕES	19
FIGURA 3 - QUANTITATIVO DE CITAÇÕES	20
FIGURA 4 - NUVEM DE PALAVRAS	24
FIGURA 5 - MAPA DE CO-CITAÇÃO	26
FIGURA 6 - ACOPLAMENTO DE BIBLIOGRAFIA	27
FIGURA 7 - HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL ...	32
FIGURA 8 - MODELO DOS CINCO GAPS DA QUALIDADE DE SERVIÇOS	45
FIGURA 9 - MODELO PROPOSTO	57
FIGURA 10 - MODELO ESTRUTURAL CALCULADO	65
FIGURA 11 - TESTE T DE STUDENT	67
FIGURA 12 - MAPA DE IMPORTÂNCIA X DESEMPENHO	71
FIGURA 13 - MODELO PRÁTICO DE GESTÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DF	73

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA DOS RESPONDENTES.....	54
GRÁFICO 2 - GÊNERO DOS RESPONDENTES	54
GRÁFICO 3 - ESTADO CIVIL DOS RESPONDENTES	55
GRÁFICO 4 - RENDA DOS ENTREVISTADOS.....	55
GRÁFICO 5 - GRAU DE ESCOLARIDADE DOS ENTREVISTADOS	56
GRÁFICO 6 – TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS	56

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - REVISTAS COM MAIORES FATORES DE IMPACTO.....	17
TABELA 2 - REVISTAS COM MAIOR FATOR DE IMPACTO NO TEMA.....	18
TABELA 3 - ÁREAS DE PESQUISA IDENTIFICADAS	19
TABELA 4 - AUTORES MAIS CITADOS	20
TABELA 5 - ARTIGOS MAIS CITADOS	21
TABELA 6 - AUTORES QUE MAIS PUBLICARAM	22
TABELA 7 - PAÍSES QUE MAIS PESQUISARAM O TEMA	23
TABELA 8 - PALAVRAS-CHAVE MAIS REPETIDAS	24
TABELA 9 - TESTES DE VALIDADE DE VARIÁVEIS	61
TABELA 10 - VARIÂNCIA MÉDIA EXTRAÍDA	61
TABELA 11 - INFLAÇÃO INTERNA DA VARIÂNCIA	62
TABELA 12 - VALIDEZ DISCRIMINANTE	63
TABELA 13 - VALORES DE R ²	64
TABELA 14 - TESTES DE VALIDADE DE HIPÓTESES	66

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PRINCIPAIS ARTIGOS DO TEMA	28
QUADRO 2 - ABORDAGENS A RESPEITO DA DEFINIÇÃO DA QUALIDADE	41
QUADRO 3 - EVOLUÇÃO DAS ERAS DA GESTÃO DA QUALIDADE.....	42
QUADRO 4 - ESCALA SERVQUAL.....	47
QUADRO 5 - FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES	58
QUADRO 6 - TESTE DE CONFIABILIDADE DE ITEM	59

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta o estímulo deste trabalho de graduação, partindo da contextualização do tema proposto, posteriormente, o problema estudado, seus respectivos objetivos e a metodologia seguida para o alcance destes objetivos.

Segundo a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988, p. 92), seja qual for o indivíduo, tanto um habitante do país quanto apenas um estrangeiro de passagem por ele, devem possuir acesso aos serviços de saúde pública de forma universal e igualitária. Com isso, o Governo objetiva reduzir os riscos dos habitantes do Brasil em adquirir doenças ou qualquer outro tipo de dano à saúde e torna-se sua obrigação regulamentar, fiscalizar e controlar, diretamente ou através de terceiros, que esse direito seja cumprido de forma homogênea em todo território nacional. Seja com a aplicação de ações preventivas ou através de serviços públicos de saúde integralizados em uma rede regionalizada, hierarquizada e responsável por constituir o sistema único de saúde (SUS).

De acordo com Assunção (2006), apesar de toda a estrutura constitucional existente, o SUS ainda não conseguiu ter sua eficiência reconhecida pela população brasileira. Ainda segundo o autor, longas filas no atendimento ambulatorial, carência de leitos, dificuldades na marcação de consultas e de cirurgias associados a deficiência na prestação de serviços de saúde pela rede pública, abertamente divulgada pela mídia, deram margens para que o sistema de saúde suplementar investisse de forma massiva na área da saúde do país.

Dessa maneira, Leite (2014) evidencia que 45% da população do país considera a saúde como o grande problema do Brasil, a frente do desemprego, da corrupção, da educação entre outros. Segundo uma pesquisa realizada pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) em parceria com o instituto de pesquisa Datafolha, o plano de saúde é o terceiro maior desejo dos brasileiros, seguido de conquistar a casa própria e o acesso à educação de qualidade. Ainda neste estudo, a qualidade do atendimento foi apontada como a principal razão para a população do país desejar possuir um plano de saúde, por cerca de 47% dos entrevistados (IESS, 2011).

Para Deming (1986), qualidade é defendida de acordo com as exigências e as necessidades dos clientes. Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), qualidade é um construto elusivo, abstrato, difícil de definir e medir. Juran (1991) afirma que qualidade pode ser definida de acordo com duas óticas: a de resultados, onde as características do produto satisfazem as necessidades do cliente, e a de custos, na qual a qualidade é a ausência de defeitos. Já para Feigenbaum (1994), qualidade é uma filosofia de gestão e compromisso com a

excelência, mais do que uma técnica de eliminação de defeitos, e deve ser responsabilidade de todos os trabalhadores.

Nas maiores economias do mundo o setor de serviços gera a maior parcela do Produto Interno Bruto (PIB), e é responsável por empregar a maior parcela dos trabalhadores (PINHANEZ, 2009). No Brasil, o setor de serviços é responsável por gerar 71% do PIB (IBGE, 2013) e por empregar aproximadamente 60% da população ativa (OLIVEIRA Jr., 2015). Desta forma, encontra-se um cenário de alta competitividade neste setor e, por isso, compreender os aspectos relativos à qualidade de serviço tem se tornado cada vez mais importante.

Entretanto, o setor de serviços é caracterizado pela sua intangibilidade e heterogeneidade, tornando, por muitas vezes, difícil de realizar a comparação e a mensuração da qualidade de serviços ofertados. Para Grönroos (1995), uma boa qualidade percebida é obtida quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente, ou seja, a qualidade esperada. Deste modo, foram desenvolvidas escalas para medir a qualidade de serviço, tais como a de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), que propõem a mensuração da qualidade pela diferença entre as expectativas e percepções de qualidade de serviço pelo cliente. Eles desenvolveram a escala *Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL)*, na qual considera as expectativas em relação ao serviço que será proporcionado pela prestadora de serviços e a percepção da qualidade desse serviço na visão do cliente.

1.1. PROBLEMA DA PESQUISA

As características de subjetividade e heterogeneidade, presentes no setor de serviços, tornam comparações entre serviços e mensurações de grau de qualidade de serviços ofertados complexas de serem realizadas. Desta forma, a questão motivadora para a realização da pesquisa é identificar: Quais são os fatores determinantes da percepção da qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal, segundo seus usuários?

1.2. JUSTIFICATIVA

O setor de serviços brasileiro é encarregado por empregar mais da metade da população ativa do país. Sendo assim, este setor possui um elevado grau de concorrência e, em vista disso, fica evidente a necessidade de se entender as questões mais relevantes em relação ao tema qualidade de serviços.

Comparando o número de artigos publicados no mundo, relacionados ao tema “*Service*

Quality” e *“Patient Satisfaction*”, a partir da primeira publicação no assunto (1994) com o último ano (2016), segundo o site *Web of Science*, obteve-se um aumento de cerca de quase dez vezes na quantidade de artigos publicados, conforme pode ser visto no Anexo A. Sendo assim, fica clara a crescente preocupação da comunidade internacional com o tema relacionado a qualidade de serviços hospitalares e grau de satisfação dos pacientes nos últimos anos.

Pode-se destacar ainda a fundamental importância do estudo para a área de Engenharia de Produção, no que tange o desenvolvimento de técnicas e métodos que visem aperfeiçoar a utilização de instrumentos para realizar a mensuração do grau da qualidade dos serviços hospitalares e nível de satisfação de seus pacientes.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem por objetivo apresentar etapas para o sucesso em qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal por meio de uma matriz de importância-desempenho.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Complementando o objetivo geral, têm-se esses cinco objetivos específicos:

- Contextualizar a saúde no Brasil;
- Delimitar o conceito de qualidade em serviços;
- Definir qualidade nos serviços de saúde;
- Validar o Modelo Estrutural aplicado;
- Calcular a matriz de importância-desempenho na percepção da qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal.

1.4. ESTRUTURA DOS CAPÍTULOS

O presente estudo está dividido em seis capítulos que serão explicados de forma breve: a introdução apresenta uma pequena contextualização do projeto, a definição do problema e os respectivos objetivos. No Capítulo 2 será realizada uma revisão da literatura com enfoque meta analítico. O Capítulo 3 apresenta o Referencial Teórico que contextualiza a saúde no Brasil, define qualidade de serviços e delimita o conceito de qualidade de serviços de saúde. O Capítulo 4 apresenta a metodologia utilizada no estudo. Por fim, o Capítulo 5 mostra a validação, os principais resultados e aplicações práticas do Modelo Estrutural seguido pelo Capítulo 6 com as considerações finais, limitações e proposta de sugestões de pesquisas futuras.

2. APLICAÇÃO DA TEORIA DO ENFOQUE META ANALÍTICO CONSOLIDADO

Este capítulo tem por objetivo apontar o que já foi estudado a respeito do tema apresentado, a partir da teoria do enfoque meta analítico consolidado, iniciando-se da definição do que é o método, seguido de cada uma de suas três etapas aplicadas no presente estudo.

Previamente a inicializar uma pesquisa científica é essencial a realização de uma busca sobre o tema proposto por ela, com a finalidade de conhecer e compreender o que já foi estudado e desenvolvido a respeito do assunto em questão. Dessa maneira, a revisão da bibliografia se mostra fundamental para identificação do que já foi estudado até o presente momento, impedindo assim, com que a aplicação de tempo e esforço sejam perdidas no estudo de algo já conhecido em uma abordagem semelhante à de outro pesquisador.

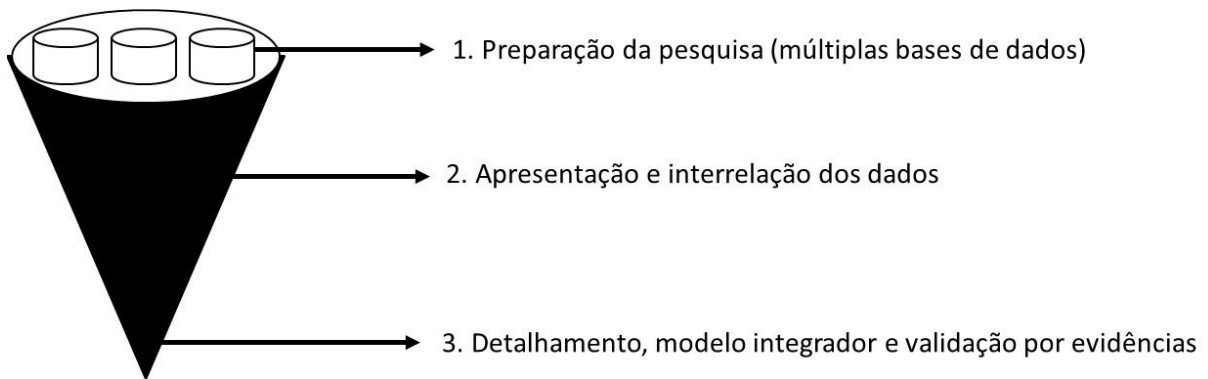
No passado, realizar buscas por essas informações eram de um elevado grau de dificuldade, pois, não existia nenhuma plataforma, programa ou base de dados com todos esses dados de forma consolidada. Entretanto, com o advento da *internet*, novas tecnologias e *softwares* foram desenvolvidos a fim de auxiliar no compartilhamento e buscas de estudos já realizados, atenuando dessa maneira, a dificuldade em encontrar pesquisas já efetuadas por terceiros. Porém, o excessivo número de programas e bancos de dados disponíveis nos dias de hoje, fez com que um novo obstáculo surgisse. De acordo com Shirky (2011), o aumento da capacidade de produção intelectual e disseminação de conteúdo fez com que a quantidade de material disponível na *internet* crescesse de tal forma que muitos acabem por enfrentar dificuldades, em lidar com o excesso de informações, na hora de realizar uma pesquisa na rede mundial de computadores.

Com a finalidade de auxiliar na maneira em se realizar uma revisão bibliográfica, Mariano e Rocha (2017) apresentam um método sistemático nomeado por eles como “Teoria do enfoque meta analítico consolidado”, conhecido como TEMAC. Complementando a importância em se utilizar um método para realização de um levantamento a respeito do que já foi discutido sobre o tema em estudo, Mariano *et al.* (2011) recomenda elaborar uma combinação de informações em fontes de dados bem-conceituadas, para que, dessa maneira, se obtenha uma base de material de elevada qualidade e consistência para a realização da pesquisa.

2.1. DESCRIÇÃO DO TEMAC

O modelo para confecção do referencial bibliográfico presente neste trabalho, consiste em uma aplicação do TEMAC que está fundamentado em três passos simples para identificação de literatura de impacto e análises segundo as leis da bibliometria, conforme pode ser visto na Figura 1 (MARIANO e ROCHA, 2017).

FIGURA 1 - ETAPAS DO TEMAC



Fonte: Mariano e Rocha (2017).

2.1.1. PRIMEIRO PASSO: PREPARAÇÃO DA PESQUISA

No primeiro passo definiu-se como termos para pesquisa as expressões “*Service quality*” e “*Patient Satisfaction*” utilizando-se a base de dados *Web of Science*, com raio de busca de 1945-2016, englobando todas as áreas de conhecimento. O resultado foram 337 trabalhos, que compõem a amostra desta pesquisa. A maioria dos trabalhos de relevância publicados na base de dados são dos Estados Unidos (26,4 %), seguido de Inglaterra, Taiwan e Espanha com 8,9%, 8,3% e 7,1% respectivamente. Somando, dessa maneira, 50,7%, ou seja, esses quatro países são responsáveis por mais da metade das publicações na área pesquisada.

2.1.2. SEGUNDO PASSO: APRESENTAÇÃO E INTERRELAÇÃO DOS DADOS

Antes de avançar para o segundo passo do TEMAC, é necessário compreender o que é definido como fator de impacto (FI). O fator de impacto começou a ser considerado como uma maneira de avaliar as revistas científicas a partir da década 60 do século XX, quando Eugene Garfield, diretor do *Institute of Scientific Information* (ISI) e criador da base de dados bibliográfica *Science Citation Index* (SCI), selecionou esse instrumento, que determina a frequência com que um artigo é citado, como forma de classificar e avaliar as revistas incluídas na referida base de dados (MARZIALE e MENDES, 2002). Segundo Mariano *et al.* (2011), o fator de impacto é o instrumento mais usado para se avaliar qualidade científica no mundo. Desta maneira, mesmo com a presença de outros instrumentos para mensuração de qualidade científica, optou-se por utilizar o critério que é mais utilizado mundialmente, para que assim o resultado a respeito do tema seja o mais completo possível.

O valor do fator de impacto é obtido dividindo-se o número total de citações dos

artigos, acumulados nos últimos dois anos, pelo total acumulado de artigos publicados pela revista no referido período (MARZIALE e MENDES, 2002). Ou seja, por meio da equação 1:

$$\text{Eq. (1) - } FI_{2017} = \frac{(C1 + C2)}{(P1 + P2)}$$

Onde, FI_{2017} = fator de impacto no ano de 2017, C1 = número de citações no ano de 2016, C2 = número de citações no ano de 2015, P1 = número de publicações da revista no ano de 2016 e P2 = número de publicações no ano de 2015.

Este cálculo é realizado de forma anual pelo *Institute of Scientific Information (ISI)*, que para García e Ramírez (2005) é uma renomada e internacionalmente conhecida base de dados. Os resultados destes cálculos são publicados na seção *Journal Citation Reports (JCR)*, presente no site *Web of Science*.

2.1.2.1. Análise e apresentação das revistas na área

Dessa maneira, na Tabela 1 pode-se observar os resultados das revistas com maior fator de impacto na área de Engenharia de Produção (*Industrial e Manufacturing Engineering*) sendo apresentada apenas dez primeiras do ranking. Contudo, há um total de setenta e sete revistas indexadas nessa área de estudo.

TABELA 1 - REVISTAS COM MAIORES FATORES DE IMPACTO

POSICÃO	NOME DA REVISTA	F.I.	Nº DE CITAÇÕES
1	<i>IEEE transactions on industrial informatics</i>	6.764	6.837
2	<i>IEEE-ASME transactions on mechatronics</i>	4.357	7.282
3	<i>Composites part a-applied science and manufacturing</i>	4.075	16.458
4	<i>International journal of machine tools & manufacture</i>	3.995	11.193
5	<i>Journal of product innovation management</i>	3.759	5.577
6	<i>International journal of precision engineering and manufacturing-green technology</i>	3.494	329
7	<i>International journal of production economics</i>	3.493	15.820
8	<i>Journal of manufacturing science and engineering-transactions of the ASME</i>	3.480	4.185
9	<i>3D printing and additive manufacturing</i>	3.389	196
10	<i>Technovation</i>	3.265	4.911

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *Journal Citation Reports 2017*

2.1.2.2. Seleção das revistas relevantes no tema

Entretanto, *Industrial e Manufacturing Engineering* possuem uma diversidade de

subáreas, e, nem sempre o tema definido para pesquisa tem a aceitação esperada nas revistas de maior fator de impacto. Sendo assim, foi realizada uma busca, no dia 13 de setembro de 2017, dentro da base de dados *Web of Science* fazendo uso das palavras-chave “*Service Quality*” e “*Patient Satisfaction*”. Utilizou-se a delimitação de tempo da base de dados entre 1945 e 2016, período de 71 anos, gerando 337 resultados. Dentre os resultados encontrados, destacou-se o número de artigos publicados - *Articles*- sendo 283 em sua soma total. Em seguida, foram selecionadas as dez revistas com maior fator de impacto que possuíram publicações relacionadas às expressões “*Service Quality*” e “*Patient Satisfaction*” (Tabela 2).

TABELA 2 - REVISTAS COM MAIOR FATOR DE IMPACTO NO TEMA

TÍTULOS DA FONTE	REGISTROS	% DE 337
<i>International journal of health care quality assurance</i>	12	3,561
<i>BMC health services research</i>	12	3,561
<i>International journal for quality in health care</i>	11	3,264
<i>Total quality management business excellence</i>	8	2,374
<i>Health care management review</i>	8	2,374
<i>African journal of business management</i>	7	2,077
<i>Research in social administrative pharmacy</i>	6	1,78
<i>Social science medicine</i>	5	1,484
<i>Service industries journal</i>	4	1,187
<i>International journal of quality reliability management</i>	4	1,187

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science*

Com base na Tabela 2, constata-se que a revista de maior fator de impacto que apresenta publicações relacionadas às expressões *Service Quality* e *Patient Satisfaction* aborda a respeito da garantia da qualidade de serviços hospitalares, o que já era esperado devido o tema do presente trabalho ser fortemente relacionado a isso. Também é importante salientar que, dentre as revistas com maiores fatores de impacto, a grande maioria está relacionada a área de gestão de saúde e da qualidade, esta última sendo uma das principais subáreas da Engenharia de Produção. A relevância do tema para a área de Engenharia ainda pode ser evidenciada na Tabela 3, onde a área de pesquisa *Engineering* ocupa a sexta posição dentre as áreas que mais pesquisam o tema.

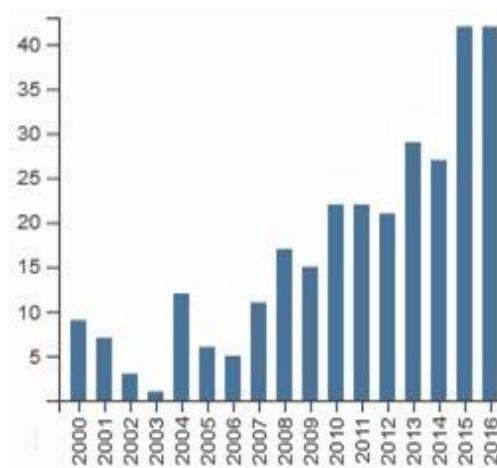
TABELA 3 - ÁREAS DE PESQUISA IDENTIFICADAS

ÁREAS DE PESQUISA	REGISTROS	% DE 337
<i>Health Care Sciences Services</i>	89	26,4
<i>Business Economics</i>	62	18,4
<i>Public Environment Occupational health</i>	41	12,2
<i>General internal medicine</i>	26	7,7
<i>Nursing</i>	18	5,3
<i>Computer Science</i>	18	5,3
<i>Engineering</i>	15	4,5
<i>Social Sciences Other Topics</i>	12	3,6
<i>Operations Research Management Science</i>	12	3,6
<i>Radiology Nuclear Medicine Medical Imaging</i>	11	3,3

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science*

2.1.2.3. Evolução do tema ano a ano

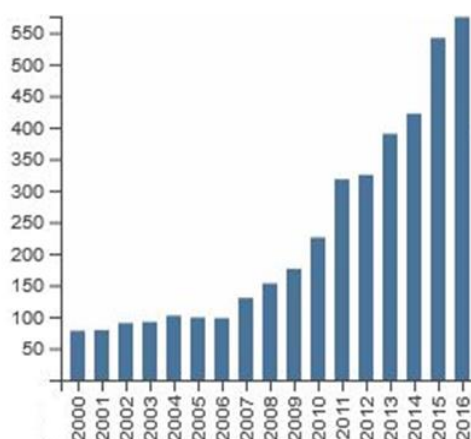
Após identificar as revistas de maior relevância e as áreas de pesquisa a respeito das expressões “*service quality*” e “*patient satisfaction*”, é apresentado o número de publicações ao longo dos anos. O grande crescimento de publicações a respeito do tema em estudo nos últimos dois anos, em comparação aos anos anteriores, pode ser visto na Figura 2. Comprovando assim, o crescimento de sua importância científica nos últimos anos.

FIGURA 2 - EVOLUÇÃO DA QUANTIDADE DE PUBLICAÇÕES

Fonte: *ISI Web of Science*

Ainda assim, o tema não só é importante cientificamente, como possui um alcance representativo, comprovado por meio da evolução das citações ao longo dos anos representado pela Figura 3, a seguir.

FIGURA 3 - QUANTITATIVO DE CITAÇÕES



Fonte: *ISI Web of Science*

Com isso, pode-se constatar a constante evolução no número de citações anual a respeito do tema em estudo. A soma do número de citações sobre esse assunto até o ano de 2016 chega a 4046, dando uma média de aproximadamente 193 citações por ano desde de o ano da primeira citação em 1995.

2.1.2.4. *Análise dos autores e artigos*

Uma vez assinaladas as revistas com maior fator de impacto e demonstrada a evolução no número das publicações e citações vinculadas ao tema *service quality e patient satisfaction* ao longo dos anos, passa-se para etapa seguinte do método. Esta parte consiste em identificar os autores e artigos mais representativos por meio do número de citações (Tabela 4).

TABELA 4 - AUTORES MAIS CITADOS

AUTORES	Nº DE CITAÇÕES	% DE 4046
Thompson, DA	258	6%
Yarnold, PR	258	6%
Thompson, AGH	211	5%
Sunol, R	211	5%
Young, GJ	186	5%
Meterko, M	186	5%
Desai, Kr	186	5%
Dagger, Tracey S.	171	4%
Sweeney, Jillian C.	171	4%
Johnson, Lester W.	171	4%

Fonte: *ISI Web of Science*

Analisando a Tabela 4 é possível perceber que as citações estão concentradas em poucos estudos, haja vista a maioria dos autores estarem sendo representativos devido à quantidade de citações que obtiveram no trabalho realizado em conjunto. Isso demonstra que

há estudos em coautoria entre Thompson, DA e Yarnold, Pr; Thompson Agh unido a Sunol, R. entre outros. Em seguida, elabora-se a Tabela 5 confeccionada com base nos autores mais citados a respeito do tema da pesquisa.

TABELA 5 - ARTIGOS MAIS CITADOS

TÍTULO	AUTORES	Nº DE CITAÇÕES	ANO	% DE 4.046
<i>Expectations as Determinants of Patient Satisfaction - Concepts, Theory and Evidence.</i>	Thompson, AGH; Sunol, R	211	1995	5,22%
<i>Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, And Expressive Quality on Patient Satisfaction in The Emergency Department.</i>	Thompson, DA; Yarnold, PR; Williams, DR; Adams, SL	192	1996	4,75%
<i>Patient Satisfaction with Hospital Care - Effects of Demographic and Institutional Characteristics.</i>	Young, GJ; Meterko, M; Desai, KR	186	2000	4,60%
<i>A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of An Integrated Model.</i>	Dagger, Tracey S.; Sweeney, Jillian C.; Johnson, Lester W.	171	2007	4,23%
<i>Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in A Developing Country.</i>	Andaleeb, SS	169	2001	4,18%
<i>Patient Views on Quality Care in General-Practice - Literature-Review.</i>	Lewis, JR	162	1994	4,00%
<i>What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health-Care-Delivery.</i>	Bowers, MR; Swan, JE; Koehler, WF	128	1994	3,16%
<i>The Relationships Among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study</i>	Choi, KS; Cho, WH; Lee, S; Lee, H; Kim, C	127	2004	3,14%
<i>Quality of Care and Patient Satisfaction - A Review of Measuring-Instruments</i>	Vancampen, C; Sixma, H; Friele, RD; Kerssens, JJ; Peters, L	117	1995	2,89%
<i>Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations</i>	Ford, RC; Bach, SA; Fottler, MD	102	1997	2,52%

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science*

Ao analisar a Tabela 5, observa-se os dez artigos mais citados no tema relacionado ao tema qualidade de serviços de saúde. Somando-se os dez artigos, presentes na Tabela 5, encontram-se um total de 1565 citações, correspondendo a cerca de 38,7% de todas as citações a respeito desse tema. Mostrando, dessa forma, que são artigos com elevado grau de relevância

para a área de estudo. Para complementar esta etapa da metodologia, foi realizado um levantamento dos autores que mais publicaram sobre esse conteúdo (Tabela 6).

TABELA 6 - AUTORES QUE MAIS PUBLICARAM

AUTORES	REGISTROS	% DE 337
Lis, CG	8	2,374
Gupta, D	8	2,374
Rodeghier, M	6	1,780
Wright, GH	4	1,187
Pierrakos, G	4	1,187
Fantopoulos, J	3	0,890
Vlerick, P	3	0,890
Sarris, M	3	0,890
Reyes-Perez, M	3	0,890
Qin, H	3	0,890

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science*

Ao realizar a análise entre as Tabelas 4, 5 e 6 fica claro que, dentre os autores que mais publicaram a respeito do tema proposto neste trabalho, nenhum está entre os dez que mais publicaram a respeito do tema. Deixando evidente que, no assunto em questão, os estudos com maior grau de qualidade não são publicados pelos autores que mais publicam dentro da temática qualidade de serviços de saúde. Pois, nenhum dos autores que mais publicaram a respeito do tema são encontrados entre os mais citados.

2.1.2.5. Países que mais publicaram a respeito do tema

Por fim, o último passo tem como objetivo mostrar os países que mais pesquisaram a respeito do tema *service quality* e *patient satisfaction* e as palavras-chave que propõem as direções em que as pesquisas mais estudadas estão seguindo.

Os países que mais pesquisaram o tema, conforme mostra a Tabela 7, foram Estados Unidos, Inglaterra, Taiwan e Espanha.

TABELA 7 - PAÍSES QUE MAIS PESQUISARAM O TEMA

POSICÃO	PAÍSES/TERRITÓRIOS	REGISTROS	% DE 337
1	Estados Unidos	89	26,4
2	Inglaterra	30	8,9
3	Taiwan	28	8,3
4	Espanha	24	7,1
5	Itália	16	4,7
6	Turquia	15	4,4
7	Malásia	15	4,4
8	Austrália	15	4,4
9	Canadá	13	3,9
10	China	11	3,3

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science*

Do total de 337 artigos publicados até o momento sobre *service quality* e *patient satisfaction*, Estados Unidos, Inglaterra, Taiwan e Espanha juntos são responsáveis por 50,7% deles, ou seja, mais da metade das publicações são dessa origem. De acordo com Adami (2000), a América Latina não tem se preocupado em realizar serviços de saúde fundamentados na garantia de qualidade nos últimos anos. Isso pode justificar a razão de nenhum dos países, que estão entre os dez que mais pesquisam o tema, serem localizados nessa região.

2.1.2.6. Análise das palavras chaves

Depois de ter sido realizado o levantamento dos países que mais publicaram sobre o tema em estudo, analisou-se as principais palavras-chave presentes em artigos sobre os assuntos *service quality* e *patient satisfaction*. Com isso, foi possível elaborar a nuvem de palavras-chave (Figura 4) e a Tabela 8, com as palavras-chave encontradas e a respectiva quantidade de vezes que elas aparecem dentro dos 337 artigos encontrados.

FIGURA 4 - NUVEM DE PALAVRAS



Fonte: O próprio autor. Extraída de *Tagcrowd.com*

TABELA 8 - PALAVRAS-CHAVE MAIS REPETIDAS

PALAVRA-CHAVE	Nº DE REPETIÇÕES
<i>Satisfaction</i>	417
<i>Quality</i>	365
<i>Patient</i>	328
<i>Service</i>	319
<i>Care</i>	166
<i>Perceptions</i>	128
<i>Model</i>	108
<i>Health</i>	104
<i>Customer</i>	76
<i>Scale</i>	75
<i>Hospital</i>	70

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science*

As quatro palavras chave que mais aparecem estão diretamente ligadas ao tema central da pesquisa, são elas “*satisfaction*”, “*quality*”, “*patient*” e “*service*”. Satisfação, qualidade, paciente e serviço, respectivamente, em tradução à língua portuguesa, o que pode sugerir que a ideia de causa e consequência, ou seja, a satisfação do paciente ser consequência de um serviço de qualidade. Outra palavra que merece ter destaque é “*model*”, modelo em português, o que pode sugerir que um dos maiores direcionadores de pesquisa nesse assunto são os modelos capazes de avaliarem a qualidade de um serviço.

2.1.3. TERCEIRO PASSO: DETALHAMENTO, MODELO INTEGRADOR E VALIDAÇÃO POR EVIDÊNCIAS

A fim de identificar o que já foi estudado a respeito das palavras-chave *service quality* e *patient satisfaction*, foram realizados dois mapas de calor, um primeiro de *co-citação* e um segundo de acoplamento de bibliografia. Para confecção dos mapas, foi utilizado o auxílio do *software VOS viewer 1.6.5*. Nesses mapas (Figura 5 e 6) são mostrados os autores que mais foram citados em conjunto e os principais *fronts* de pesquisa que estão sendo utilizados atualmente, permitindo assim, reconhecer a semelhança entre estudos que já foram realizados e ainda ter conhecimento de pesquisas estão sendo realizadas ou ainda virão a ser realizadas.

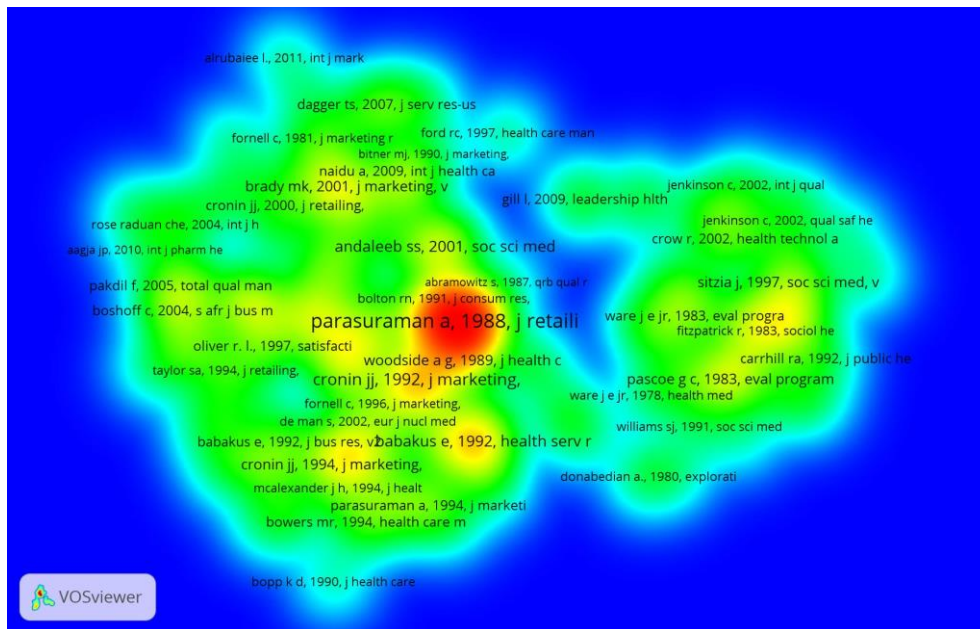
2.1.3.1. Mapa de Co-citação

Embora as colaborações sejam abundantes, algumas devem ser elucidadas, pois são de suma importância para a área de estudo, ou seja, são citadas diversas vezes ou foram publicadas por autores que publicam artigos na área com uma frequência elevada. Segundo Abramowitz *et al.* (1987), a satisfação do paciente está relacionada a dois conjuntos de variáveis distintos, sendo um relacionado a confirmação das expectativas que os pacientes trazem ao hospital e o outro agrupamento relacionado a percepção dos pacientes sobre a adequação de seus cuidados médicos. Seguindo essa mesma linha de pesquisa, Parasuraman *et al.* (1988) desenvolveram uma ferramenta com vinte e dois itens divididos em cinco dimensões subjacentes (tangíveis, confiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia) para, dessa maneira, avaliar a percepção dos clientes sobre a qualidade de serviços em empresas prestadoras de serviços e de varejo. Já para Woodside *et al.* (1989), a qualidade dos serviços de saúde se relaciona com a satisfação do paciente de acordo com sua intenção comportamental para aquisição desses serviços. Bolton e Drew (1991), desenvolvem um modelo de múltiplos estágios a respeito dos fatores que determinam a qualidade do serviço percebida e do valor do serviço. Em seguida, descrevem como as expectativas dos clientes, percepções de desempenho e as experiências com serviços anteriores afetam sua satisfação ou insatisfação com um serviço, o que, por sua vez, afeta na sua avaliação da qualidade do serviço e seu respectivo valor.

Dessa maneira, as distintas perspectivas a respeito do tema qualidade de serviços visam expandir o conhecimento a respeito do tema, ficando clara a utilidade em se conhecer as abordagens fundamentais. Sendo assim, foi realizado um mapa de calor de co-citação que tem como principal objetivo mostrar os estudos mais próximos entre eles. Determinando assim, as principais colaborações ou referências teóricas no tema.

Desse modo, percebe-se a existência de cinco aspectos de estudo na área, representadas por cada uma das cores presentes na Figura 5.

FIGURA 5 - MAPA DE CO-CITAÇÃO



Fonte: O Próprio autor. Extraído de *VOSviewer1.6.5*

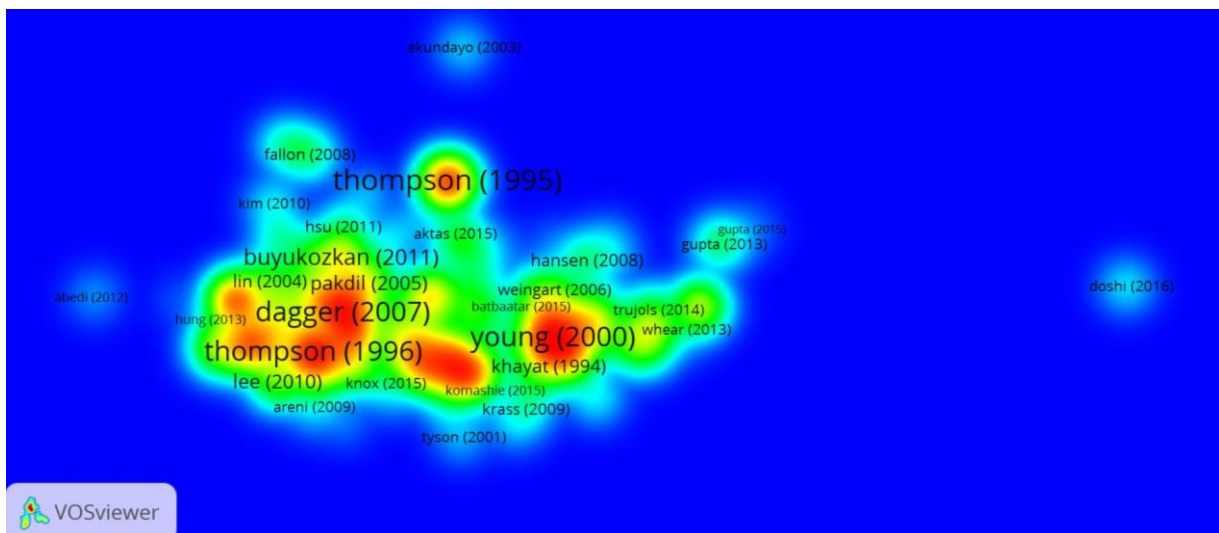
Observando-se a Figura 5 pode-se observar um bom grau de aglutinação entre os estudos já realizados, transmitindo, desta maneira, um bom grau de associação entre eles. Por outro lado, o mapa de calor destaca (em vermelho) os artigos que possuem um elevado grau de correspondência entre si.

Analisando o mapa de calor presente na Figura 5, pode-se notar uma elevada concentração, delimitada pela mancha mais avermelhada, de estudos ao redor da pesquisa realizada por Parasuraman *et al.* (1988). Apesar deles não se encontrarem entre os autores mais citado na área tema deste estudo, o mérito desses autores é decorrente da realização de um dos primeiros estudos que buscou realizar a mensuração da qualidade de serviços. Outras pesquisas, ao redor da mancha vermelha, podem ser destacadas. São elas Abramowitz *et al.* (1987), Bolton e Drew (1991), Woodside *et al.* (1989). Por esses estudos terem sido realizados praticamente na mesma época, percebe-se a grande relevância do tema para aquela época e a grande dedicação para desenvolver formas de mensuração de qualidade de serviços. Com isso, fica claro que esses estudos são referências fundamentais no tema do presente estudo e devem ser destacados.

2.1.3.2. Mapa de acoplamento de bibliografia

Além disso, outro diagrama foi confeccionado, dessa vez o mapa de acoplamento de bibliografia (Figura 6), que é responsável por revelar quais os principais *fronts* de pesquisa, ou seja, de que maneira os estudos mais atuais estão sendo caracterizados.

FIGURA 6 - ACOPLAMENTO DE BIBLIOGRAFIA



Fonte: O Próprio autor. Extraído de *VOSviewer1.6.5*

Por sua vez, o mapa de calor de acoplamento de bibliografia destaca, em vermelho, distintas linhas de estudo das que foram encontradas no mapa de *co-citação*. Dessa maneira, os autores mais citados a respeito do tema qualidade dos serviços de saúde se destacaram entre os demais. Thompson e Sunol (1995) foram responsáveis por realizar uma revisão de alguns livros relevantes e dezoito revistas para ilustrar modelos práticos entre expectativa e satisfação de pacientes da área da saúde. Já Thompson *et al.* (1996) determinaram os efeitos do tempo real de espera, tempo de espera percebido, entrega de informações e qualidade expressiva na satisfação do paciente do setor de emergência de um hospital. Young *et al.* (2000) optaram por examinar até que ponto o nível de satisfação do paciente está relacionado com suas características demográficas e características institucionais da organização de onde o atendimento foi recebido. E, por fim, Dagger, Sweeney e Johnson (2007) desenvolveram e validaram empiricamente uma escala hierárquica multidimensional para medir a qualidade do serviço de saúde e investigou a capacidade da escala para prever resultados importantes deste tipo de serviço.

2.1.3.3. Determinação dos enfoques teóricos da pesquisa

Após os estudos realizados anteriormente, decidiu-se utilizar os resultados de artigos mais citados para fazer parte da base teórica deste estudo. Entretanto, ficou evidente que todos artigos mais citados estavam no idioma inglês. A fim de somar estudos locais e em língua latina ao estudo, foram realizadas buscas em na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e dois artigos foram considerados relevantes para a presente pesquisa (Quadro 1).

QUADRO 1 - PRINCIPAIS ARTIGOS DO TEMA

Título	Autores	Colaborações e Amostras
<i>A Comprehensive Framework for Measuring Service Quality Perceptions of Patients: A Case of Indian Hospitals</i>	Padma, L. Prakash, S; Chandrasekharan, R	O objetivo principal do trabalho é determinar as dimensões da qualidade do serviço nos hospitais indianos, a partir da perspectiva dos pacientes. Com base nos modelos existentes e na literatura sobre serviços de saúde, os autores propuseram um quadro para conceituar e medir a qualidade do serviço hospitalar. Para isso, um questionário foi desenvolvido para medir as dimensões da qualidade do serviço hospitalar na Índia.
<i>A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of An Integrated Model</i>	Dagger, Tracey S.; Sweeney, Jillian C.; Johnson, Lester W.	Esta pesquisa desenvolveu e validou empiricamente uma escala hierárquica multidimensional para medir a qualidade do serviço de saúde e investigou a capacidade da escala para prever resultados importantes deste serviço. Utilizou-se de sete grupos focais contendo quatro pessoas distintas em cada um deles, totalizando 28 participantes.
<i>Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, And Expressive Quality on Patient Satisfaction in The Emergency Department</i>	Thompson, DA; Yarnold, PR; Williams, DR; Adams, SL	Objetivou determinar os efeitos do tempo real de espera, tempo de espera percebido, entrega de informações e qualidade expressiva na satisfação do paciente do setor de emergência de um hospital suburbano dos Estados Unidos. Utilizou a amostra de 1636 pacientes dentro de um período de doze meses.
<i>Expectations as Determinants of Patient Satisfaction - Concepts, Theory and Evidence</i>	Thompson, AGH; Sunol, R	Foi realizada uma revisão de alguns livros relevantes e dezoito revistas dos últimos anos para ilustrar modelos práticos entre expectativa e satisfação de pacientes da área da saúde.
<i>Factors influencing healthcare service quality</i>	Ali Mohammad Mosadeghrad	O objetivo principal deste estudo foi identificar fatores que influenciam a qualidade da saúde no contexto iraniano. Foram realizadas entrevistas exploratórias em profundidade de grupos individuais e focos com 222 intervenientes da área de saúde. Concluiu-se que os fatores pessoais do provedor e do paciente, e os fatores pertencentes à organização da saúde, ao sistema de saúde e ao ambiente mais amplo afetam a qualidade do serviço de saúde iraniano.
<i>Health service quality scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity</i>	Rocha, LRM; Veiga, DF; Oliveira, PR; Song, EH; Ferreira, LM	O objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar culturalmente a Escala de Qualidade do Serviço de Saúde ao Brasil e avaliar a validade e confiabilidade da versão em português do instrumento. Para isso, realizou-se um estudo transversal, observacional, com 117 pacientes do sistema de saúde pública em um hospital universitário brasileiro. Conclui-se que a versão brasileira, adaptada culturalmente, da

Título	Autores	Colaborações e Amostras
		Escala de Qualidade do Serviço de Saúde é um instrumento válido e confiável para medir a qualidade do serviço de saúde.
<i>Healthcare experience quality: An empirical exploration using content analysis techniques</i>	Ponsignon, F; Smart, A; Williams, M; Hall, J	O objetivo deste trabalho é explorar como os pacientes com câncer e seus cuidadores percebem e avaliam a experiência de saúde para desenvolver e validar uma estrutura de classificação para a qualidade da experiência em saúde. O trabalho empírico é centrado na análise sistemática de 200 casos de pacientes com câncer publicados em um site inglês de <i>feedback</i> de saúde independente. Usando o método do incidente crítico, os autores capturaram 1.351 itens de dados de qualidade de experiência. Os autores identificaram e descreveram 22 categorias principais e 51 subcategorias subjacentes ao conceito de qualidade de experiência em saúde e os apresentaram em um quadro de classificação. O quadro auxilia os gerentes e profissionais de saúde com a definição, avaliação e melhoria da qualidade da experiência dos pacientes e seus cuidadores.
<i>Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations</i>	Ford, RC; Bach, Sa; Fottler, MD	Comparou várias ferramentas de mensuração de qualidade de serviços de saúde e destacou as principais vantagens e desvantagens de cada uma das ferramentas desenvolvidas em estudos anteriores.
<i>Patient Satisfaction with Hospital Care - Effects of Demographic and Institutional Characteristics</i>	Young, GJ; Meterko, M; Desai, Kr	Visou examinar até que ponto o nível de satisfação do paciente está relacionado com suas características demográficas e características institucionais da organização de onde o atendimento foi recebido. Foram analisadas aleatoriamente 175 fichas de pesquisas que pacientes do hospital preencheram nos últimos anos.
<i>Patient Views on Quality Care in General-Practice - Literature-Review</i>	Lewis, Jr	Foi realizada uma revisão na literatura a fim de contribuir para o processo ou ordenar os dados de uma forma que seja útil para os envolvidos na qualidade de serviços de saúde. Dessa forma, foram levantadas quais satisfação do paciente pode ser avaliada e quais são os fatores identificados, até agora, que influenciam a satisfação do paciente.
<i>Perceived service quality's effect on patient satisfaction and behavioral compliance</i>	Bahari Mohamed Noor Azlinna Azizan	O objetivo deste artigo foi avançar na pesquisa de qualidade do serviço de saúde usando modelos de componentes hierárquicos. Este estudo utilizou uma abordagem quantitativa com design transversal, como método de pesquisa, combinando amostragem de cluster e conveniência e modelagem de equações estruturais de mínimos quadrados para validar o modelo de pesquisa e testar as hipóteses. O estudo amplia a literatura de qualidade do serviço de saúde mostrando que: a satisfação do paciente (PS) é dominante, determinante significativo e indireto da conformidade comportamental (BC); A qualidade do serviço percebido tem o efeito mais forte em BC via PS.
*Qualidade em serviços de saúde: Desenvolvimento de uma escala	Soares, JCV; Silva, VAG; Souza, MA; Dias, GVS;	Teve como objetivo estruturar, testar e buscar validar escalas voltadas a mensurar e avaliar a

Título	Autores	Colaborações e Amostras
	Lima; NCR	qualidade de serviços de saúde, assim como a satisfação de clientes (usuários) desse serviço, considerando as peculiaridades do contexto pesquisado. Sendo assim, num primeiro momento foram realizadas análises qualitativas. Na sequência, a segunda versão da escala foi submetida a um pré-teste, o qual gerou dados quantitativos e por fim foi verificada a fidedignidade da escala (a partir da identificação do Alpha de Cronbach). Para isso foram entrevistados 96 usuários dos serviços de saúde da cidade de Aparecida de Goiânia e adjacências.
*Qualidade em serviços públicos de saúde: Uma avaliação da Estratégia saúde da família	Righi, AW; Schmidt, AS; Venturini, JC	Esta pesquisa objetivou avaliar a qualidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados, identificando a relação entre esta satisfação e a percepção da qualidade pelos funcionários. Utilizou-se de um questionário elaborada a partir da escala <i>SERVQUAL</i> , contou com a participação de 606 usuários e 39 profissionais de cinco unidades distintas da ESF. Ambos mostraram insatisfação com a qualidade desse serviço prestado no Estado do Rio Grande do Sul.
<i>Quality of Care and Patient Satisfaction - A Review of Measuring-Instruments</i>	Vancampen, C; Sixma, H; Friele, RD; Kerssens, JJ; Peters, L	Realizou o levantamento de uma série de ferramentas desenvolvidas para mensurar a qualidade do serviço hospitalar nos últimos anos e, a partir daí, realiza a verificação de quais delas são confiáveis e válidas para realizar essa mensuração com precisão.
<i>Service quality and patient experiences of ambulatory care in a specialized clinic vs. a general hospital</i>	Regge, M; Groote, H; Trybou, J; Gemmel, P Brugada P	Neste estudo, comparou-se a qualidade do serviço e a experiência do paciente em um atendimento de um hospital especializado com a de um hospital geral. Concluiu-se que a qualidade do serviço e as experiências dos pacientes são altas em ambas as instalações. No entanto, o centro médico especializado possui maior qualidade de serviço no construto qualidade do serviço interpessoal e ambiental e é mais centrado no processo.
<i>Service quality of hospital outpatient departments: patients' perspective</i>	Ehsan Zarei	O objetivo deste trabalho é avaliar a qualidade do serviço de departamentos ambulatoriais hospitalares afiliados à Universidade de Ciências Médicas <i>Shahid Beheshti</i> da perspectiva dos pacientes. As amostras do estudo incluíram 500 pacientes que foram selecionados por amostragem aleatória de vários estágios em quatro hospitais. O instrumento de coleta de dados foi um questionário composto por 50 itens, e a validade e confiabilidade do questionário foram confirmadas. Oito fatores significativos foram extraídos para a qualidade do serviço ambulatorial, o que explicou cerca de 67% da variância total. A consulta do médico, a informação fornecida ao paciente e o ambiente físico da clínica foram os três fatores determinantes da qualidade dos serviços ambulatoriais. As percepções mais altas e mais baixas foram relacionadas à consulta do médico e à dimensão do tempo de espera percebida, respectivamente

Título	Autores	Colaborações e Amostras
<i>Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study of Hospitals in A Developing Country</i>	Andaleeb, SS	Teve como objetivo identificar quais fatores de qualidade de serviços que são importantes para os pacientes de hospitais de países em desenvolvimento, no caso Bangladesh. A pesquisa obteve 207 questionários validados por pacientes de 57 hospitais ou clínicas distintas.
<i>The Relationships Among Quality, Value, Satisfaction and Behavioral Intention in Health Care Provider Choice: A South Korean Study</i>	Choi, KS; Cho, WH; Lee, S; Lee, H; Kim, C	Esta pesquisa propõe um modelo integrador de satisfação de pacientes com base em relações estabelecidas entre qualidade do serviço, valor, satisfação do paciente e intenção comportamental. Para isso foi utilizada uma amostra de 537 pacientes.
<i>What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health-Care-Delivery</i>	Bowers, MR; Swan, JE; Koehler, WF	Este estudo identifica cinco atributos da prestação de saúde que definem as percepções dos pacientes sobre a qualidade e satisfação com a entrega de saúde. Para chegar a esses cinco atributos, foram entrevistados 298 pacientes.

*Artigos encontrados na plataforma Scielo

Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science* e *Scielo*

3. REFERENCIAL TEÓRICO

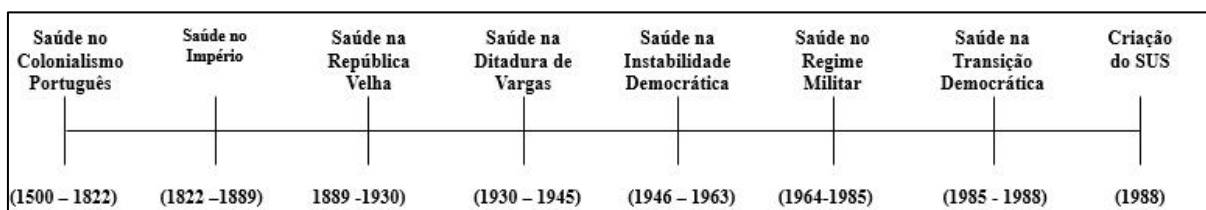
O presente capítulo tem a finalidade de contextualizar o estudo utilizando-se dos artigos de maior relevância para o tema dessa pesquisa, encontrados na revisão de literatura com enfoque meta analítico, que foi realizada no capítulo anterior, para construir a sua base teórica.

3.1. CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

De acordo com Cohn e Elias (1999), a organização dos serviços de saúde do Brasil, em contraste com os demais países latino-americanos, ocorreu de maneira singular. Isso se evidência devido ao estreito vínculo das políticas de saúde do país com suas políticas de Previdência Social. Sendo assim, para resgatar a trajetória das políticas de saúde do país e da evolução de seu sistema de saúde até o presente momento, deve-se rastrear, desde a constituição do sistema de proteção social brasileiro até as alterações realizadas nas políticas de saúde.

Dessa maneira, optou-se por realizar o contexto histórico da saúde no Brasil através de oito períodos distintos, eles serão detalhados a seguir.

FIGURA 7 - HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL



Fonte: O próprio autor

3.1.1. SAÚDE NO COLONIALISMO PORTUGUÊS (1500 – 1822)

Segundo Bertolozzi e Greco (1996), nesse período ainda não existia um sistema de saúde constituído no Brasil. Dessa maneira, apenas a alta classe da sociedade possuía acesso aos profissionais legais da medicina, estes eram poucos e trazidos da metrópole de Portugal. Em contrapartida, o restante da população do país utilizava-se da medicina popular, também conhecida como medicina de *folk*. Para De Melo (2011), medicina de *folk* consiste no uso de componentes da natureza para realizar uma série infinita de crendices, processos e práticas de fundo mágico e supersticioso no tratamento de alguma enfermidade.

O ano de 1808 ficou marcado como o ano da vinda da família real portuguesa a cidade do Rio de Janeiro, com isso foram formadas as primeiras instâncias de saúde pública do Brasil. Foram elas a Fisicatura-mor, responsável pela fiscalização do exercício da medicina, e a Provedoria-mor, incumbida por garantir a salubridade de toda a corte e de fiscalizar os navios que chegassem aos portos do Rio de Janeiro, impedindo a entrada de novos tipos de doenças.

Em fevereiro desse mesmo ano, Dom João VI construiu na Bahia a Escola de Cirurgia no Hospital Real Militar da cidade de Salvador. Já no mês de novembro foi fundada por ele a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

3.1.2. SAÚDE NO IMPÉRIO (1822 – 1889)

Em 1828 a Fisicatura-mor e Provedoria-mor foram extintas e as câmaras municipais assumiram as atividades relacionadas a saúde. Entretanto, esses serviços limitavam-se ao controle da entrada de escravos enfermos, vacinação antivariólica, medidas de purificação do ambiente urbano e a expulsão de doentes contagiosos do país (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Nos anos seguintes, foram criadas as primeiras faculdades de medicina do país. No ano de 1829 foi criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, futuramente chamada de Academia Imperial de Medicina. Já em 1832, os cursos presentes na Bahia e no Rio de Janeiro tornaram-se responsáveis por diplomarem médicos, farmacêuticos e parteiras, transformando-se, desse modo, em faculdades de medicina (POLIGNANO, 2001).

O período regencial (1831 – 1840) foi de fundamental importância para a estruturação da nação brasileira, ainda que com a perda de um grande número de vidas a independência e o acesso a ordem nacional conseguiram ser assegurados. Essa época ficou marcada pela redução da autonomia municipal em relação às ações ligadas a saúde o que ocasionou na degradação do quadro sanitário do país. Epidemias de febre amarela e varíola expandiram-se por todo o território brasileiro ainda que com a existência de um instituto responsável por realizar a vacinação antivariólica (POLIGNANO, 2001; MOREL, 2003).

Portanto, até o fim do período do império, os serviços médicos no país estavam sob responsabilidade de entidades filantrópicas como as Santas Casas. Onde os doentes e indigentes eram acolhidos pelos médicos voluntários e eram cuidados e tratados por caridade, muitas vezes por intercessão da igreja. Ou seja, ao Estado cabia somente à internação de doentes graves em lazaretos (hospitais em que se recolhiam os leprosos) ou em enfermarias durante as epidemias. Já os loucos eram internados no Hospício de Pedro II a partir de 1849, ano em que ele foi criado.

3.1.3. SAÚDE NA REPÚBLICA VELHA (1889 – 1930)

O início desse período ficou marcado pelo elevado número de pessoas que chegaram ao Brasil, isso tornou o cenário sanitário no país cada vez pior e mais difícil de ser administrado. Esse fato, somada inexistência de políticas sociais e de saúde relevantes, ocasionou no desenvolvimento de epidemias de febre amarela, malária, varíola e, mais tarde, da peste bubônica. Além de resultar em um elevado número de mortes, essas epidemias também foram responsáveis por prejudicarem o desenvolvimento do comércio exterior do país, pois navios estrangeiros já não queriam atracar nos portos brasileiros com medo de contraírem doenças (BERTOLOZZI E GRECO, 1996; POLIGNANO, 2001).

A Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) foi criada no ano de 1896 com a finalidade de solucionar as questões fora do alcance dos estados, realizando estudos a respeito de doenças contagiosas, fiscalizando como eram realizadas as atividades de medicina e farmácia, realizando levantamentos estatísticos a respeito das condições sanitárias e auxiliando no controle de epidemias. Quatro anos mais tarde, foi constituído o Instituto Soroterápico Federal para produzir vacinas e soros para o combate de doenças epidêmicas (POLIGNANO, 2001).

Com a finalidade de atenuar o quadro crítico da saúde no país, Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, ele se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Com isso, surgiu o modelo campanhista no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. Isso fez com que fosse gerada uma oposição por parte da população, políticos e líderes militares. Tal resistência levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola.

O modelo campanhista obteve êxito e no ano de 1906 as epidemias foram contidas, isso fortaleceu o nome de Oswaldo Cruz que foi escolhido para chefiar a saúde da capital mais uma vez no ano seguinte. Por outro lado, o modelo não incluiu o interior do país em suas atividades, deixando assim com que a desnutrição, as verminoses e a malária tomassem conta do interior. Apenas a partir de 1910 que o instituto Oswaldo Cruz expandiu suas atividades ao interior do país, onde, apesar do número de habitantes ser pequeno, as doenças eram mais severas, pois inexistiam serviços de saúde para a população (HOCHMAN, 1998; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Segundo Aguiar (2011), em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, incluindo a propaganda e a educação sanitária

na técnica rotineira de ação, inovando o modelo de seu antecessor. Contudo, em 1923 a medicina previdenciária foi marcada pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), regulamentada por meio da Lei Elói Chaves, onde os trabalhadores deveriam contribuir para serem assistidos com serviços de consultas médicas e fornecimento de medicamentos.

3.1.4. SAÚDE NA ERA VARGAS (1930 – 1945)

Em 1930, sob o comando de Getúlio Vargas é constituída a revolução, iniciando um novo período político na história do país. De acordo com Iyda (1994), o início dessa época foi marcado por uma grande pressão realizada por parte dos intelectuais e militares da época para que fossem criados novos serviços na área da saúde pública. Com isso, foi realizada a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) que apenas continuou a realizar as mesmas atividades que a extinta Diretoria Geral de Saúde Pública já fazia.

O ano de 1933 foi marcado pela substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), esses institutos foram responsáveis pela reunião dos trabalhadores, divididos por suas categorias profissionais, ao em vez de por empresas. Sendo assim, só eram aptos a constituírem esses institutos os trabalhadores assalariados formais, excluindo, dessa maneira, todo restante da população. Com os IAPs, também há a introdução da contribuição do Estado na renda. Entretanto, todo dinheiro recolhido com a previdência era utilizado no processo de industrialização do país, ampliando cada vez mais a dívida com as instituições previdenciárias (POLIGNANO, 2001; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O ano seguinte tem como marco histórico a chegada de Gustavo Capanema ao MESP, retomando as campanhas contra febre amarela e com ações visando recompor o ministério. O conjunto de medidas, como a ampliação da burocracia dos serviços, a mudança de nome do Departamento Nacional de Saúde para Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, a construção de oito delegacias federais de saúde para garantir a supervisão das atividades de saúde e a instituição da Conferência Nacional de Saúde que tinha por finalidade promover a troca de conhecimento entre os seus participantes constituiu na chamada Reforma de Capanema (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Portanto, a era Vargas apresenta uma clara divisão da saúde pública no Brasil. Uma delas, com o objetivo de eliminar epidemias e doenças entre pobres, desempregados, subempregados, trabalhadores rurais, crianças e idosos enquanto a outra voltada exclusivamente aos trabalhadores formais da época, impossibilitados de exercer seu trabalho

por conta de alguma enfermidade. Isso fez com que a saúde pública se distanciasse da saúde previdenciária, fazendo com que a assistência individual se desenvolvesse cada vez mais.

3.1.5. SAÚDE INSTABILIDADE DEMOCRÁTICA (1946 – 1963)

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, Vargas é deposto pelo Exército e é promulgada a constituição de 1945. Com isso, General Dutra assume a presidência do país e a partir de 1946 é incluída na legislação trabalhista e previdenciária a integração dos aposentados e pensionistas, definindo dessa maneira a assistência médica e hospitalar como sendo uma atribuição previdenciária (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Dessa maneira, houve um crescimento considerável nos gastos com as assistências, ocasionando no aumento dos tetos de gastos das IAPs e ao governo a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência (SAMDU). Com o alto acúmulo de dinheiro, alguns IAPs optaram por construir seus próprios hospitais, entretanto nem todas empresas ficaram satisfeitas com os serviços oferecido por eles. Peres (2003) afirma que as condições ruins dos hospitais motivaram a criação dos convênios, onde empresas particulares eram criadas com a finalidade de prestar serviços médicos aos funcionários das empresas que os contratavam com maior grau de qualidade.

Em 1951, após novas eleições, apoiado pela maioria dos votos, Vargas volta ao governo e impulsiona a industrialização com a criação infraestrutura de transportes e energia, retomando o crescimento da economia até o ano de 1954, ano em que Vargas comete suicídio. Para Bertolozzi e Greco (1996), como grande marco para a história da saúde do Brasil, no novo mandato de Vargas, tem-se a criação de um Ministério da Saúde independente da área de educação no ano de 1953, porém, com uma estrutura de caráter extremamente frágil, cabendo-lhe a menor fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um terço do imposto sobre a Educação e Saúde.

No ano de 1955, Juscelino Kubitschek foi eleito presidente da República e a economia abriu-se ao capital estrangeiro e iniciou-se grande pressão por parte dos empresários no que tange à eficiência das indústrias brasileiras. Já na saúde ocorreu o Congresso de Hospitais, constituindo os serviços médicos próprios das empresas privadas. Dessa forma, um novo formato de prestação privada de serviços de saúde se confeccionou com a emergência da medicina conveniada que se contribuiu para a implementação das políticas neoliberais no setor de saúde atual (BRAGA, PAULA, 2006).

3.1.6. SAÚDE NO REGIME MILITAR (1964-1985)

De acordo com Polignano (2001), a crescente preocupação com o crescimento do comunismo e socialismo em todo o mundo, principalmente na América Latina, fez com que as forças armadas brasileiras articularassem um golpe de estado e instalassem o regime militar em 31 de março de 1964. Esse processo se reproduziu por diversos países latinos e contou com um amplo apoio dos Estados Unidos.

Durante esse período, foram unificados os IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e predominaram as tendências liberais, sendo assim, a saúde assumiria particularidades capitalistas, com o desenvolvimento, ainda mais aparente, da medicina previdenciária, permanecendo assim, na mesma direção do período anterior (BRAVO, 2006).

Esse modelo econômico teve como resultado a concentração de renda nas mãos da elite e o empobrecimento de grande parte da população. Os problemas sociais e de saúde aumentaram junto com a insatisfação da sociedade, criando um clima propício para o surgimento dos movimentos sociais. Movimentos esses que revelaram a estrutura social a qual estavam inseridos e visaram reivindicar por serviços de saúde de qualidade e melhores condições de vida (AGUIAR, 2011).

Portanto, a década de 80 foi marcada por uma grande crise econômica no país, fazendo com que o movimento sanitarista se fortalecesse, em conjunto com diversos movimentos sociais presentes na época. Fazendo com que a população brasileira conseguisse superar o período de ditadura e ingressasse em um processo de democratização da política e, conseqüentemente, da saúde (BRAVO, 2006).

3.1.7. SAÚDE NA TRANSIÇÃO DEMOCRÁTICA (1985 – 1988)

No início da redemocratização do Brasil surge a necessidade da confecção de uma nova constituição. Entretanto, devido a integração de movimentos sociais terem conseguido vencer a ditadura no país, almeja-se que todas as frações da população contribuam para o desenvolvimento da nova constituição, para que assim, todas as parcelas do povo tivessem seus direitos garantidos (AGUIAR, 2011).

Em 1986, a oitava Conferência Nacional de Saúde foi considerada como um marco para o sistema de saúde brasileiro. Ela foi capaz de reunir cerca de cinco mil pessoas das mais diversas camadas da população, partindo de estudantes até parlamentares, para realizar a discussão de assuntos pertinentes a saúde brasileira. Esta conferência criou um espaço importante

para debater os problemas do sistema de saúde de onde foi originada uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária que visava, sobretudo, na consolidação do setor público e na universalização do atendimento, para assim, reduzir o papel do setor privado na prestação dos serviços de saúde. Como um dos principais resultados dessa conferência, destaca-se a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 que teve, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária sua execução, que não ocorreu prontamente (BRAVO, 2006).

3.1.8. CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (CONSTITUIÇÃO DE 1988)

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) tinha, em sua essência, o princípio da saúde como um direito fundamental e universal. Essa ideia bateu de frente com a história do sistema de saúde brasileiro, que, desde o princípio, foi marcado pela individualização e segmentação do serviço de saúde. Entretanto, ainda que com uma forte resistência por parte do poderoso setor privado e vários acordos políticos, o movimento da reforma sanitária e seus defensores asseguraram que a reforma fosse aprovada ao longo da Assembleia Nacional Constituinte de 1988 (TEIXEIRA, 1987; PÊGO e ALMEIDA, 2002).

De acordo com Berlinguer *et al.* (1988), os principais tópicos relacionados a saúde aprovados na Constituinte de 1988 são: o direito universal à saúde e o dever do Estado em garanti-lo; a constituição do SUS, integralizando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, descentralizada e com participação da comunidade; a responsabilidade pública na regulamentação, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde; a proibição do fornecimento de financiamento público para instituições com fins lucrativos; a limitação da participação do setor privado nos sistemas de saúde apenas de forma complementar; a proibição do comércio de sangue e seus derivados.

As dificuldades estruturais em realizar a aplicação dessas medidas, aliadas a perda de força do movimento sanitário fizeram com que as condições de saúde da população brasileira não tivessem grandes melhorias imediatas. Entretanto, no ano de 1990 foi decretada, pelo então presidente Fernando Collor de Mello, a Lei Orgânica da Saúde (leis 8.080 e 8.142 de 1990) com a finalidade de complementar e regulamentar o Sistema Único de Saúde no Brasil (BRAVO, 2006; GIOVANELLA *et al.*, 2012).

3.2. O SERVIÇO DE SAÚDE ATUAL

Na atualidade, o sistema de saúde do Brasil é constituído por uma complexa cadeia de prestadores e compradores de serviços que concorrem entre si, sendo assim composto por uma mistura de serviços públicos e privados. Portanto, ele é dividido em três subsetores: o setor público, que são os serviços custeados pelo Estado e divididos nos níveis federal, estadual e municipal, englobando o Sistema Único de Saúde e os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com entidades filantrópicas ou não), onde os serviços são realizados com a utilização de recursos públicos ou privados; por fim, o subsistema de saúde suplementar o qual engloba os diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, incluindo alguns incentivos fiscais (PAIM *et al.*, 2011).

3.2.1. DIFICULDADES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO BRASIL

Uma pesquisa domiciliar realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA11) revelou que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde ainda é um problema no Brasil, dessa forma a discrepância do atendimento entre a parte da população que possui plano de saúde e aquela que não possui fica evidente. Os cidadãos que possuem planos privados, normalmente, relatam possuir maior disponibilidade aos cuidados de saúde preventiva e, conseqüentemente, possuem uma maior frequência de utilização dos serviços de saúde privado. Entretanto, mesmo possuindo plano de saúde, utilizam dos serviços do SUS para tratamentos com elevado custo de tratamento, sendo assim, utilizam-se tanto do subsistema de saúde pública como da privada (PESSOTO *et al.*, 2007; PAIM *et al.*, 2011).

3.2.2. SUBSISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICO X PRIVADO

O fato dos cidadãos que possuem plano de saúde privado possuírem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde preventiva pode ser explicado pelo incentivo histórico das políticas de saúde do Brasil, que por muitas vezes estimularam a terceirização dos serviços de saúde por meio de financiamento às empresas de planos e seguros de saúde. Hoje, o subsistema privado se interliga com o setor público com a disponibilização de serviços terceirizados pelo SUS, seja eles hospitalares ou ambulatoriais. Sendo assim, uma parcela dessa oferta é financiada pelo SUS enquanto as demais por fontes privadas (PESSOTO *et al.*, 2007; PAIM *et al.*, 2011).

Portanto, quem é assistido apenas pelo subsistema público, com a finalidade evitar o

desgaste de enfrentar as longas filas de atendimento, acaba por ir ao médico apenas quando não lhe resta outra alternativa, ou seja, quando seu estado clínico já é mais grave. Em contrapartida, os usuários de planos de saúde privados utilizam-se os serviços de saúde com maior regularidade devido a alguns fatores, são eles: possuem um pagamento fixo, independente da constância do uso dos serviços e dispor de maior facilidade no acesso à utilização desses serviços. Sendo assim, o conjunto desses aspectos influenciam diretamente no aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde privados.

3.3. QUALIDADE

A palavra “qualidade” não é um termo puramente técnico e é utilizado em diversas áreas do conhecimento. Dessa maneira, esta expressão pode ser interpretada e definida de infinitas formas. Expressões como ambíguo, complicado e difícil de definir são utilizadas por acadêmicos para se referir ao termo qualidade. Em função disso, a medida que a ciência discute a respeito do tema, pesquisadores e empresários apresentaram, utilizando-se de diversas abordagens, filosofia, economia, marketing, gestão operacional e distintas opiniões sobre o que pode e o que não pode ser definido como qualidade.

Deming (1986) definiu que a qualidade está ligada a transformação das necessidades futuras do cliente em características que possam ser medidas, de forma que o produto possa ser adequado para satisfazer o cliente por um preço que o usuário pague.

Segundo Taguchi (1990) o processo de produção, o uso e o descarte de um produto sempre acarretam prejuízos para sociedade; quanto menor for esse prejuízo, melhor será a qualidade do produto.

Juran (1991) afirma que qualidade pode ser definida de acordo com duas perspectivas: a de resultados, onde as características do produto satisfazem as necessidades do cliente, e a de custos, na qual a qualidade é a ausência de defeitos. Outra definição do autor para qualidade é simplesmente a adequação ao uso.

De acordo com Ishikawa (1993) a qualidade deve ser considerada em todas as suas formas que ela possa ser trabalhada, desde a forma mais simples (processo) até a mais complexa (toda a empresa).

Para Garvin (1992), a qualidade pode ser definida por meio de cinco abordagens determinantes e distintas, são elas a abordagem transcendente; a baseada no produto; a baseada no usuário; a baseada no valor e a baseada na produção (Quadro 2).

QUADRO 2 - ABORDAGENS A RESPEITO DA DEFINIÇÃO DA QUALIDADE

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO	DISCIPLINA FUNDAMENTAL
Transcendente	Excelência inata, reconhecida em todos os lugares.	Filosofia
Baseada no produto	Variável objetiva e mensurável, resultando das características do produto.	Economia
Baseada no usuário	Variável subjetiva, derivada das expectativas do cliente.	Marketing operacional
Baseada no valor	Capacidade em se agregar valor a um preço justo.	Gestão operacional
Baseada na produção	Capacidade de se produzir conforme o planejado (Controle estatístico de processos).	Gestão operacional

Fonte: Adaptado de (Forker, 1991; Garvin, 1992)

Crosby (1994) declara qualidade como sendo a conformidade do produto com as suas especificações, mas introduz a ideia de que a qualidade é grátis, compensa o investimento, desde que se garanta que o processo vai produzir bem da primeira vez.

Para Feigenbaum (1994) qualidade pode ser definida como o arranjo de características de produtos e serviços referentes a engenharia, marketing, produção e manutenção, capazes de corresponder às expectativas dos clientes durante o uso.

3.3.1. EVOLUÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE

Segundo Garvin (1992), o processo de evolução da qualidade pode-se categorizar em quatro períodos distintos, são eles respectivamente: Era da inspeção; Era do Controle estatístico da qualidade; Era do sistema de garantia da qualidade e a Era da gestão estratégica da qualidade. Esses períodos serão detalhados no Quadro 3.

QUADRO 3 - EVOLUÇÃO DAS ERAS DA GESTÃO DA QUALIDADE

PERÍODO	CARACTERÍSTICAS
1ª Era: Inspeção	Ausência de métodos científicos Produção artesanal Verificação de erros nos produtos acabados
2ª Era: Controle Estatístico da Qualidade	Definição de limites de variação no produto Enfoque preventivo Utilização de técnicas estatísticas e gráficos Verificação em cada etapa do processo produtivo
3ª Era: Sistema de Garantia da Qualidade	Avaliação de fornecedores Controle Total da Qualidade Engenharia da confiabilidade Garantia de qualidade em todas etapas do ciclo de produção Suporte documental
4ª Era: Gestão Estratégica da Qualidade	Visão sistêmica Melhora contínua Satisfação do Cliente Parcerias com fornecedor Gerenciamento Proativo

Fonte: O Próprio autor. Adaptado de (Garvin, 1992)

3.4. SERVIÇOS

Walker (1985) afirma que a diferença básica entre as atividades de produção de bens e as de serviço é a tangibilidade. Kotler (1998) define serviço como qualquer ação ou desempenho que uma parte possa disponibilizar a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte em nenhuma propriedade. Podendo estar ou não vinculada a um produto físico. Por outro lado, Marshall e Wood (1995) declaram que as atividades de serviço têm como fator característico o uso intenso de informações e que para garantir um serviço adequado, existem padrões que devem ser obedecidos, ou seja, pré-requisitos de qualidade em serviços.

3.4.1. CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS

Os serviços conseguem agregar valor ao cliente sem que este tenha propriedade sobre ele, pois não podem ser estocados, tocados ou separados do atendimento com um funcionário. Sendo assim, a participação do cliente na prestação de um serviço pode ser imprescindível. De maneira geral, os serviços apresentam algumas particularidades, identificadas em alguns estudos, e que devem ser destacadas (GRÖNROOS, 1995; PALADINI, 2005).

3.4.1.1. *Intangibilidade*

Como os serviços são caracterizados por sua imaterialidade, torna-se inviável a realização de uma análise antes de sua compra, como é feito antes de adquirir um bem. Dessa maneira, também não podem ser patenteados, dificultando assim com que sejam prestados exclusivamente por uma só empresa (GIANESI e CORRÊA, 1994).

3.4.1.2. *Inseparabilidade*

Ao contrário da constituição de um produto, nos serviços os funcionários estão frente a frente com o cliente, ou seja, a produção e o consumo são realizadas ao mesmo tempo, portanto, o cliente participa do processo produtivo, definindo seus limites, tempo e forma com que se deseja receber o serviço (GIANESI e CORRÊA, 1994).

3.4.1.3. *Variabilidade*

A variabilidade também é gerada pelo executor do serviço, local e tempo que é realizado. Assim os serviços são definidos por dependerem de pessoas para realizá-los, sendo que estas mudam de acordo com as circunstâncias internas e externas a elas. Dessa maneira, é imprescindível para uma empresa do setor de serviços a realização de treinamento da equipe para atingir a padronização do atendimento (KOTLER, 1998; PÉREZ *et al.*, 2007).

3.4.1.4. *Perecibilidade*

Os serviços não são estocáveis para venda ou para sua utilização posteriormente, ou seja, eles são consumidos no mesmo momento em que são produzidos. Dessa maneira, não são considerados sistemas abertos, visto que qualquer mudança na demanda reflete em sua produção (KOTLER, 1998; PÉREZ *et al.*, 2007).

3.5. QUALIDADE DE SERVIÇOS

As percepções da qualidade dos serviços são geralmente definidas como a percepção ou a impressão que um cliente tem a respeito da excelência ou da superioridade geral de um estabelecimento (CRONIN e TAYLOR 1992; PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988). Esta avaliação é frequentemente descrita em termos da discrepância entre as expectativas dos consumidores com o serviço e o serviço realmente prestado pelas empresas. Grönroos (1995), define que uma boa qualidade percebida é obtida quando a qualidade experimentada

atende às expectativas do cliente, ou seja, a qualidade esperada. Enquanto Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) apresentaram o termo qualidade de serviço como sendo a diferença entre o serviço esperado e o percebido.

3.5.1. INSTRUMENTOS PARA MENSURAR A QUALIDADE DE SERVIÇOS

Devido as características inerentes ao setor de serviços, realizar a avaliação de sua qualidade torna-se um desafio. Contudo, de acordo com Pérez *et al.* (2007) muitos estudos nessa área foram efetuados nas décadas de 80 e 90, originando alguns instrumentos para auxiliar na mensuração da qualidade de serviços.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1983; 1985; 1988; 1991), realizaram uma abrangente pesquisa relacionada ao tema qualidade de serviços. O conjunto dessas pesquisas obteve alguns importantes resultados: a compreensão de qualidade de serviços como um conceito multidimensional; o modelo de qualidade de serviços baseado em lacunas e a elaboração da escala *SERVQUAL* como instrumento capaz de medir o nível da qualidade de serviços.

Para Vaitsman e Borges de Andrade (2005) a escala *SERVQUAL* é uma das mais importantes e populares com a finalidade de realizar a mensuração da qualidade de serviços dos mais distintos tipos. Entretanto, Cronin Jr. e Taylor (1992) questionaram a validade da escala *SERVQUAL*, pois não acreditavam ser necessário a realização da quantificação das expectativas do cliente. Dessa forma, propuseram uma nova ferramenta, baseada apenas na percepção do cliente, para realizar a análise da qualidade dos serviços. Essa escala foi intitulada *SERVPERF*.

3.5.1.1. Modelo dos cinco gaps (lacunas)

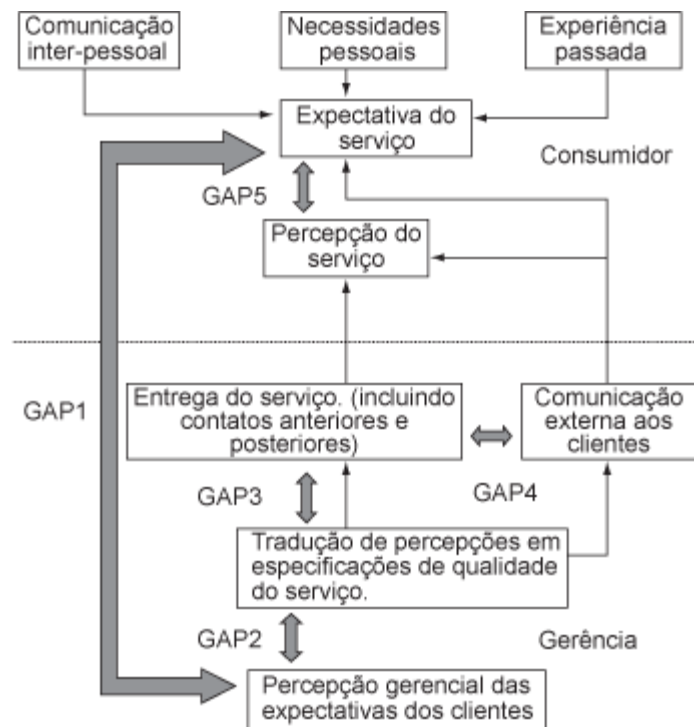
Segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), a partir do estudo de Oliver (1980), a análise da qualidade de um serviço é realizada através da diferença entre qualidade esperada e a qualidade percebida. Essa discrepância é denominada *gap* ou lacuna e foi base para o desenvolvimento do “modelo dos cinco *gaps* da qualidade de serviços”. Esse modelo possui cinco *gaps* distintos, são eles:

- *Gap* 1: Discrepância entre as expectativas do consumidor e a percepção dessas expectativas da gerencia.
- *Gap* 2: Divergência entre a impressão gerencial acerca das expectativas dos clientes e a tradução dessa percepção em normas e especificações do serviço.

- *Gap 3*: Diferença entre as normas e especificações descritas e o serviço realmente fornecido ao consumidor.
- *Gap 4*: Discrepância entre o serviço efetivamente prestado e a comunicação externa realizada pela empresa provedora do serviço.
- *Gap 5*: Divergência entre o serviço esperado e o serviço percebido, sendo a resultante final em função dos outros quatro gaps.

A ilustração do modelo pode ser vista na Figura 8, a seguir.

FIGURA 8 - MODELO DOS CINCO GAPS DA QUALIDADE DE SERVIÇOS



Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)

Como outro resultado do estudo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), obteve-se as principais dimensões destacadas pelos clientes ao avaliar a qualidade de um serviço. Elas foram intituladas como “dimensões da qualidade” e foram de fundamental importância no desenvolvimento do questionário base presente na renomada escala *SERVQUAL* (PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY, 1988).

3.5.1.2. Escala *SERVQUAL*

A escala *SERVQUAL* é composta por quarenta e quatro itens, sendo dois pares de vinte e dois, onde os primeiros vinte e dois são respondidos de acordo com as expectativas do cliente para com o serviço, enquanto os demais são respondidos após a realização do serviço, ou seja, com base na percepção do consumidor com o serviço fornecido pela empresa. Os itens são divididos em cinco dimensões, denominadas dimensões da qualidade.

As dimensões obtidas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) que estão presentes na escala *SERVQUAL* são tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, garantia e empatia. Elas são responsáveis por determinar os critérios utilizados para julgamento da qualidade pelos consumidores. A tangibilidade é a dimensão relacionada à estrutura, ou seja, às instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e materiais disponíveis, ela também se relaciona quanto à postura de outros clientes sendo atendido na empresa. Confiabilidade é a dimensão que fornece a segurança sobre o serviço prestado, reflete o compromisso de a empresa cumprir o acordado, no prazo, sem modificações e isenta de erros. A responsividade indica o atender prontamente, evitando desperdiçar o tempo do cliente ou dar-lhe devida atenção. A segurança reúne o conhecimento e a cortesia, podendo facilmente ser percebida na competência para realização do serviço, na cortesia e respeito ao cliente, na boa comunicação e na ideia de interesse do funcionário em melhor atender. A empatia é o modo como a instituição recebe e atende o cliente. Nesse critério estão inseridas a acessibilidade, sensibilidade e a energia em atender a demanda do cliente (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988).

A *SERVQUAL* deve ser respondida com base na escala Likert de sete pontos, onde (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) discordo moderadamente, (4) neutro, (5) concordo moderadamente, (6) concordo e (7) concordo totalmente. Cada par de itens possui um índice, chamado de Medida da Superioridade do Serviço (MSS) que é definido como sendo a diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido, podendo ser positivo ou negativo e quanto maior ele for, maior será a qualidade do serviço.

As questões, separadas de acordo com as dimensões da qualidade, componentes da Escala *SERVQUAL*, podem ser vistas no Quadro 4.

QUADRO 4 - ESCALA SERVQUAL

DIMENSÕES	FATORES
Tangíveis	Equipamento moderno Instalações visuais agradáveis Funcionários com apresentação agradável e profissional Materiais associados aos serviços visualmente agradáveis
Confiabilidade	Serviços oferecidos conforme o prometido Confiabilidade na resolução de problemas e reclamações Serviços realizados de forma correta pela primeira vez Serviços oferecidos nos prazos prometidos Registros mantidos sem erros
Responsividade	Clientes mantidos informados sobre quando os serviços serão realizados Prontidão na realização dos serviços Disposição para ajudar os clientes Prontidão para responder as solicitações dos clientes
Segurança	Funcionários que transmitam confiança aos clientes Segurança transmitida ao cliente durante a compra Funcionários frequentemente cordiais Funcionários com conhecimento para responder as perguntas dos clientes
Empatia	Clientes recebendo uma atenção individual Funcionários que tratam os clientes de forma atenciosa Interesse genuíno demonstrado em servir o cliente Funcionários que compreendem as necessidades de seus clientes Horário de funcionamento conveniente aos clientes

Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)

3.5.1.3. Ferramenta SERVPERF

Contestando o estudo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), Cronin e Taylor (1992) afirmam que a qualidade deve ser relacionada com o comportamento do cliente, de acordo com as dimensões da qualidade, e não associada ao modelo de satisfação de Oliver (1980). Cronin e Taylor (1992) ainda reconhecem que a qualidade percebida dos serviços é um construto prévio a satisfação do cliente e esta tem uma relação mais expressiva do que a qualidade percebida com as intenções de compra.

Cronin e Taylor (1992) julgaram os vinte e dois itens da escala *SERVQUAL* como satisfatórios para representarem as dimensões da qualidade. Dessa maneira, a escala *SERVPERF* é apresentada em alternativa a escala *SERVQUAL* para avaliar a performance de um trabalho empírico. Nesse trabalho, ocorreu a aplicação do questionário utilizado na escala *SERVQUAL* em empresas representantes do setor de serviços como bancos, lanchonetes, limpeza de roupas, entre outras.

Como principais conclusões do trabalho de Cronin e Taylor (1992), houve a percepção da escala *SERVPERF* ser mais sensível em relação a *SERVQUAL*, foi averiguado ainda, utilizando-se da modelagem de equações estruturais, que a qualidade de serviços antecede a satisfação do cliente. Constatou-se ainda que a satisfação do cliente leva à intenção de compra.

3.5.2. QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Donabedian (1980) estabelece a qualidade dos serviços de saúde como sendo a utilização da ciência e da tecnologia com a finalidade de potencializar ao máximo o benefício para saúde, sem o aumento do seu risco.

Schuster *et al.* (1988), definem que para se chegar a uma boa qualidade em serviços de saúde, os pacientes devem receber serviços apropriados tecnicamente de profissionais com comunicação adequada e empatia para realização do seu tratamento.

Donabedian (1990), afirma que a qualidade de serviços em saúde não é mais unicamente técnica, pois ela compreende uma série de fatores (pilares). Esses fatores podem ser ligados mais a área técnica, como o uso de tecnologia em um tratamento, ou associados a área de relacionamento entre profissionais da saúde e seus pacientes.

Mosadeghrad (1996) definiu a qualidade dos serviços de saúde como o ato de fornecer ao paciente serviços eficientes, padronizados de acordo com a mais atual diretriz, atendendo assim, às necessidades dos pacientes. Deixando-os satisfeitos com os provedores do serviço.

Peteffi *et al.* (2009), salientam o crescimento da importância do setor de serviços na economia, sendo assim, o setor da saúde também deve ser priorizado, pois necessita de uma atenção especial pelo fato de lidar com pessoas em condições de vulnerabilidade e sofrimento.

3.5.3. INFLUENCIADORES NA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

DAGGER *et al.* (2007) desenvolveram uma escala hierárquica multidimensional para medir a qualidade dos serviços de saúde e averiguar a capacidade da escala de prever importantes resultados desses serviços. A pesquisa identificou quatro dimensões primárias: qualidade interpessoal, qualidade técnica, qualidade do ambiente e qualidade administrativa. As nove subdimensões identificadas foram: interação, relacionamento, resultado, perícia, atmosfera, tangíveis, pontualidade, funcionamento e apoio. Dessa maneira, a qualidade dos serviços de saúde é influenciada pelas quatro dimensões primárias, enquanto estas quatro dimensões primárias sofrem influência das nove subdimensões.

3.5.3.1. *Qualidade Interpessoal*

A qualidade interpessoal reflete no relacionamento desenvolvido e a interação didática entre um provedor de serviços e um usuário (BRADY e CRONIN 2001; GRÖNROOS, 1984).

Para Dagger, Sweeney e Johnson (2007), essa dimensão é caracterizada por duas subdimensões.

3.5.3.2. *Relacionamento*

O relacionamento refere-se a proximidade e a força do relacionamento desenvolvido entre um provedor e um cliente (BEATTY *et al.*, 1996). Em contextos de serviço caracterizado pela atividade de troca contínua e incerteza, o bom relacionamento entre cliente e o provedor do serviço pode ocasionar uma relação duradora entre eles (CROSBY *et al.*, 1990).

3.5.3.3. *Interação*

A Interação engloba um alto grau de reciprocidade (WIGGERS *et al.*, 1990) e interações interpessoais em durante a execução de um serviço, com elas é possível que exista confiança ou amizade mútua entre o provedor e seu cliente (KOERNER, 2000).

3.5.4. QUALIDADE TÉCNICA

A qualidade técnica envolve os resultados alcançados na aplicação de um serviço (GRÖNROOS, 1984). Esta é formada por duas subdimensões.

3.5.4.1. *Perícia*

A perícia reflete a capacidade de um provedor de serviços aderir aos altos padrões de prestação de serviços (ZIFKO-BALIGA e KRAMPF, 1997).

3.5.4.2. *Resultado*

O resultado do processo de serviço é considerado como o histórico de sucesso ou insucesso dos serviços realizados anteriormente pelo fornecedor deste serviço (GRÖNROOS, 1984).

3.5.5. QUALIDADE DO AMBIENTE

Qualidade do ambiente define a combinação complexa de características ambientais que moldam as percepções do serviço ao consumidor (GOTLIEB *et al.*, 1994).

3.5.5.1. *Atmosfera*

A atmosfera refere-se às características intangíveis e servem como fundo no fornecimento do serviço (BITNER, 1992).

3.5.5.2. *Tangíveis*

Os tangíveis, refere-se aos elementos físicos do ambiente de serviço, compreendem no design, função ou layout do ambiente e os sinais, símbolos e artefatos encontrados no ambiente (BITNER, 1992).

3.5.6. QUALIDADE ADMINISTRATIVA

Os elementos da qualidade administrativa facilitam a produção de um serviço central, ao mesmo tempo que agregam valor ao uso do serviço do cliente (GRÖNROOS, 1990).

3.5.6.1. *Pontualidade*

A pontualidade, refere-se aos fatores envolvidos na organização de receber serviços médicos, tempo de espera, facilidade de troca de consultas e duração adequada (THOMAS *et al.*, 1997).

3.5.6.2. *Funcionamento*

O funcionamento está relacionado a forma com que a produção básica de serviços é realizada através da administração geral do fornecedor do serviço (YOUNG, METERKO e NELSON, 2000).

3.5.6.3. *Apoio*

O apoio, representa o fornecimento de um serviço extra, responsável por agregar valor ao serviço principal (GRÖNROOS, 1990).

4. MÉTODO

O presente capítulo tem como propósito descrever o caminho realizado para se fazer este estudo. Fundamentando a escolha do tipo de pesquisa, do local onde foi realizado o estudo, do objeto selecionado para estudo e do instrumento utilizado para realizar a coleta de dados da pesquisa. Por fim serão descritos os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e os procedimentos realizados para se alcançar os objetivos dela.

Esta pesquisa científica é classificada como exploratória com abordagem quantitativa. Exploratória pois, apesar dos serviços de saúde do Distrito Federal serem alvo de pesquisas de diversas áreas de investigação, não verificou-se a existência de estudos que abordem os fatores que determinam sua qualidade. Quantitativa por ser realizada por meio da análise de dados quantitativos coletados dos usuários dos serviços de saúde do Distrito Federal.

“Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado”. (GIL, 2008, p.27).

“A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros”. (FONSECA, 2002, p.20).

Hair *et al.* (2016) afirma que a análise multivariada tem como essência a utilização de métodos estatísticos apropriados para realizar a avaliação paralela de diversas grandezas relativas ao objeto de estudo. Com isso, pretende-se atingir o propósito desse estudo por meio da utilização dessa técnica.

4.1. LOCAL DE ESTUDO

A determinação do local para a realização do estudo foi realizada por conveniência. Sendo assim, foi definida a unidade federativa do Distrito Federal, situado na região Centro-Oeste do Brasil, onde também está situada a cidade de Brasília, capital federal do País.

4.2. OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo foi selecionado como sendo os usuários dos serviços de saúde do Distrito Federal, tanto os serviços de saúde pública como os de saúde privada. Como critério de exclusão estão os clientes dos serviços de saúde do Distrito Federal que optaram por não responderem ao questionário, os usuários que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou ainda os que não utilizaram dos serviços de saúde do Distrito

Federal nos últimos dois anos.

4.3. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Com a finalidade de realizar o levantamento das informações necessárias para se realizar a pesquisa, foi elaborado um questionário (Apêndice A), a partir de questões fundamentadas no estudo de Dagger, Sweeney e Johnson (2007) e posteriormente traduzidas e adaptadas culturalmente ao Brasil no estudo de Rocha *et al.* (2013).

O questionário, constituído por 61 questões, que deveriam ser respondidas de acordo com a escala Likert de 7 pontos, divididas em 14 variáveis distintas: qualidade de serviços, qualidade interpessoal, interação, relacionamento, qualidade técnica, resultado, perícia, qualidade do ambiente, atmosfera, tangíveis, qualidade administrativa, pontualidade, funcionamento e apoio. Após o fim da aplicação do questionário, a escala do questionário foi validada com uma Fiabilidade Composta (Fc) = 0,953.

4.4. PROCEDIMENTOS

O questionário, detalhado no Apêndice A, foi hospedado no site *Google Forms* no período entre 09 de outubro de 2017 e 22 de outubro de 2017. A pesquisa foi divulgada por meio de mídias sociais como *Whatsapp*, *Facebook*, *Instagram* e *Telegram*. E, dessa maneira, os usuários dos serviços de saúde do Distrito Federal responderam ao questionário de forma digital, através de seus respectivos *tablets*, *smartphones* ou computadores de uso pessoal.

Segundo os cálculos, previamente realizados, através do *Software G*Power 3.16*, utilizando-se o efeito da força média como 0,15, o intervalo de confiança de 95% e o grau do poder estatístico sendo 0,8, dado que o modelo possui nove variáveis independentes, seria necessária uma amostra de, no mínimo, 118 respondentes. Contudo, no total, foram obtidas 159 respostas, sendo 142 aproveitadas. Dessa maneira, a amostra é considerada probabilística.

Após o fim da etapa de coleta de dados, a pesquisa prosseguiu para a etapa de análise de resultados na qual foram utilizados *softwares* como o *Microsoft Excel 2016* para organizar e converter as respostas do questionário a extensão compatível com o *Smart Partial Least Square (SmartPLS 3.2.7)*, este último utilizado para a realização da análise multivariada usando equações estruturais baseadas na variância.

Posteriormente, utilizou-se do método proposto por Ramírez, Mariano e Salazar

(2014) que divide a aplicação do modelo de equações estruturais com a utilização do *Partial Least Square* (PLS) em três etapas distintas:

- Descrição do Modelo Estrutural: Consiste na descrição gráfica do modelo, isto é, retratar as relações entre as variáveis do modelo e também representar as associações entre construtos e seus respectivos indicadores.
- Validação do Modelo Estrutural: Com a utilização de métodos e cálculos estatísticos, analisar se os parâmetros são adequados de acordo com a literatura.
- Valoração do Modelo Estrutural: Utilizando-se de cálculos estatísticos, concluir em qual percentual o modelo estrutural é capaz de explicar o objeto de estudo.

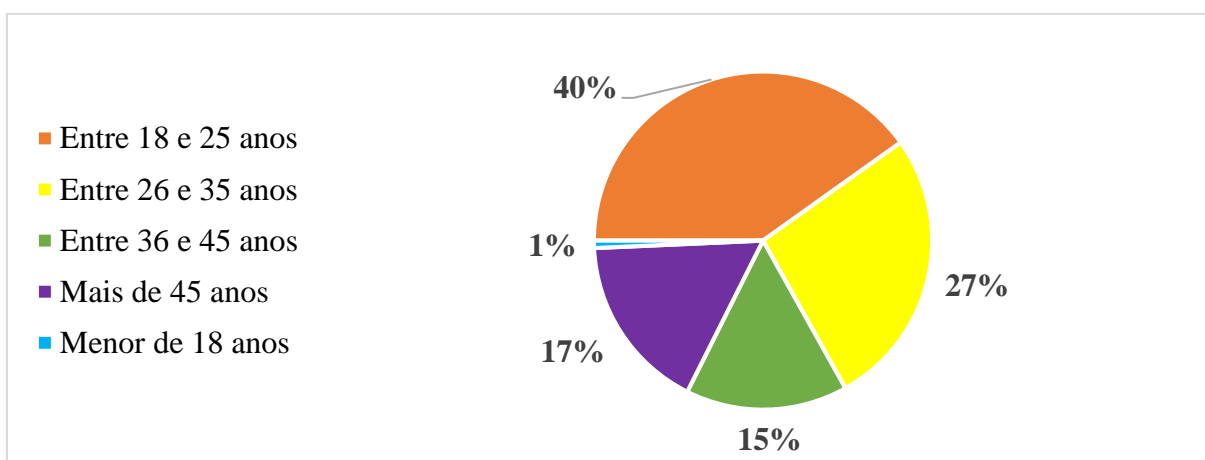
De acordo com Hair *et al.* (2016), a utilização do método PLS se faz necessária em estudos com a presença de um elevado número de variáveis, ou seja, de difícil entendimento, pois o PLS é um método não-paramétrico, sendo assim, pode ser usado mesmo quando os dados não apresentem uma distribuição normal. Além disso, segundo Chin (1998) o PLS é o método qualificado para representar ideias não-observáveis em modelos complexos.

5. RESULTADOS E ANÁLISES

Ao término da aplicação dos questionários tornou-se viável a criação do Modelo Estrutural com a utilização do *software SmartPLS 3.2.7* e, a partir das respostas padronizadas no *software Microsoft Excel 2016*, identificar as características da amostra que respondeu a pesquisa através da plataforma *Google Forms*.

Dentre as características dos respondentes do questionário, pode-se destacar a faixa-etária predominante do estudo como sendo a entre 18 e 25 anos, com 40% do total dos entrevistados. As demais faixas-etárias presentes no estudo podem ser vistas no Gráfico 1.

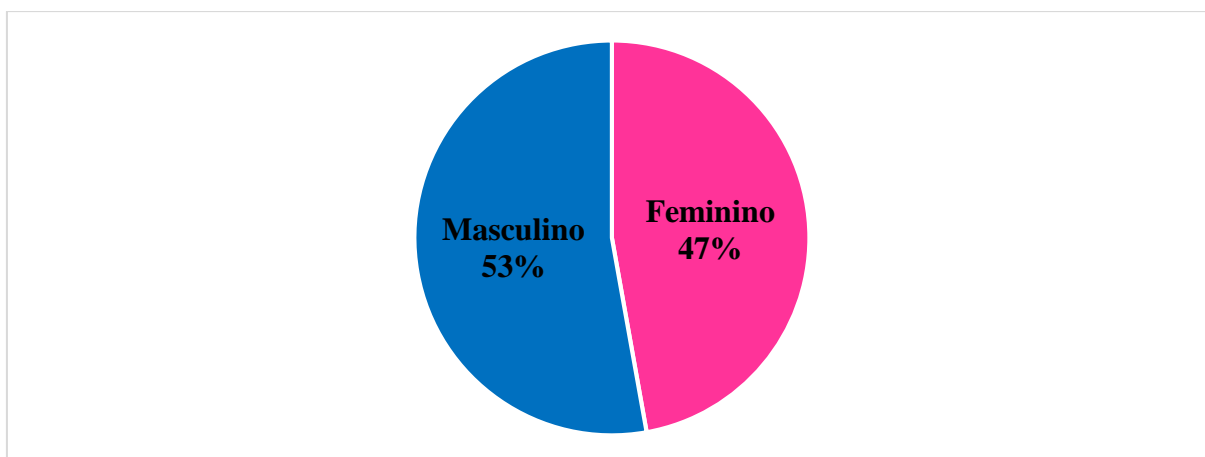
GRÁFICO 1 - FAIXA ETÁRIA DOS RESPONDENTES



Fonte: O próprio autor

Em relação ao gênero dos entrevistados pode-se inferir que a amostra foi bem heterogênea, pois contou com uma pequena diferença entre o total de respondentes de ambos os sexos, sendo 75 dos respondentes do sexo masculino e 67 do sexo feminino (Gráfico 2).

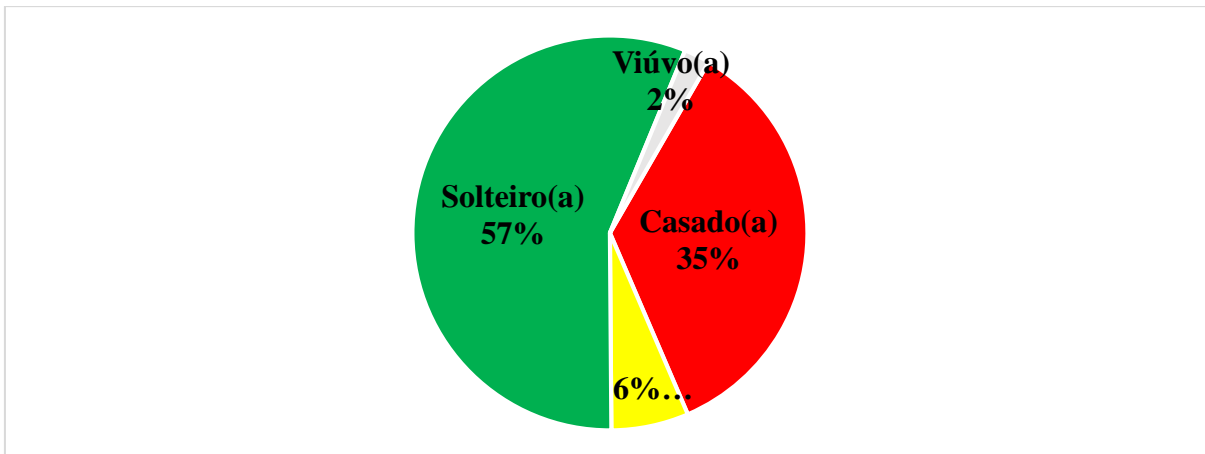
GRÁFICO 2 - GÊNERO DOS RESPONDENTES



Fonte: O próprio autor

De acordo com o estado civil dos respondentes da pesquisa, concluiu-se que a maioria da amostra (57%) se declaram serem solteiras, seguido das pessoas casadas (36%), isso fica claro no Gráfico 3.

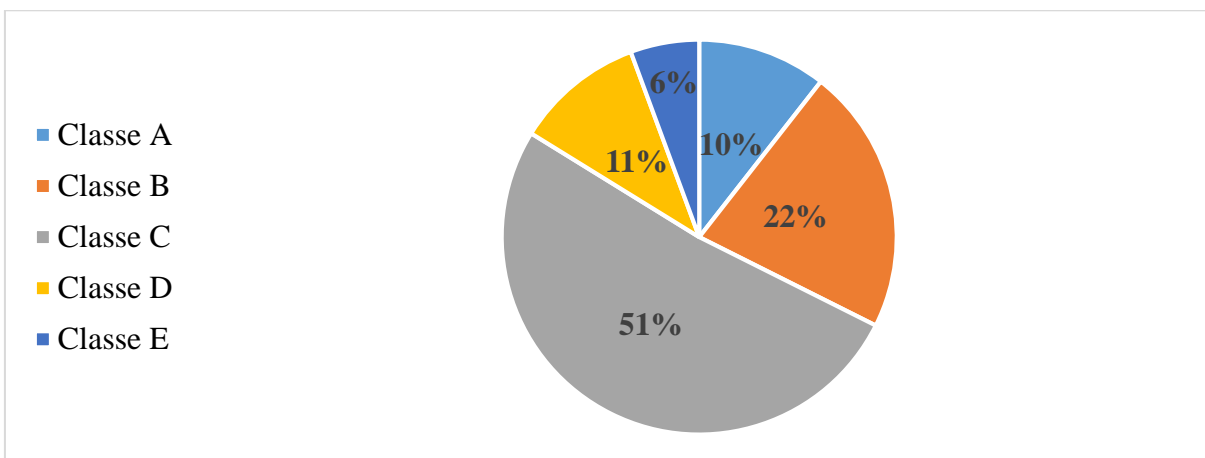
GRÁFICO 3 - ESTADO CIVIL DOS RESPONDENTES



Fonte: O próprio autor

As classes são determinadas com base no número de salários mínimos que uma pessoa recebe, sendo assim: a classe A recebe acima de vinte salários mínimos; a classe B entre dez e vinte salários mínimos, a classe C de quatro a dez salários mínimos, já a classe D entre dois e quatro salários mínimos e, por fim, a classe E que recebe até dois salários mínimos (IBGE, 2013). Os respondentes do questionário foram caracterizados por serem em mais da sua metade da classe C, com 51%, quanto as demais classes presentes nesse estudo podem ser vistas no Gráfico 4.

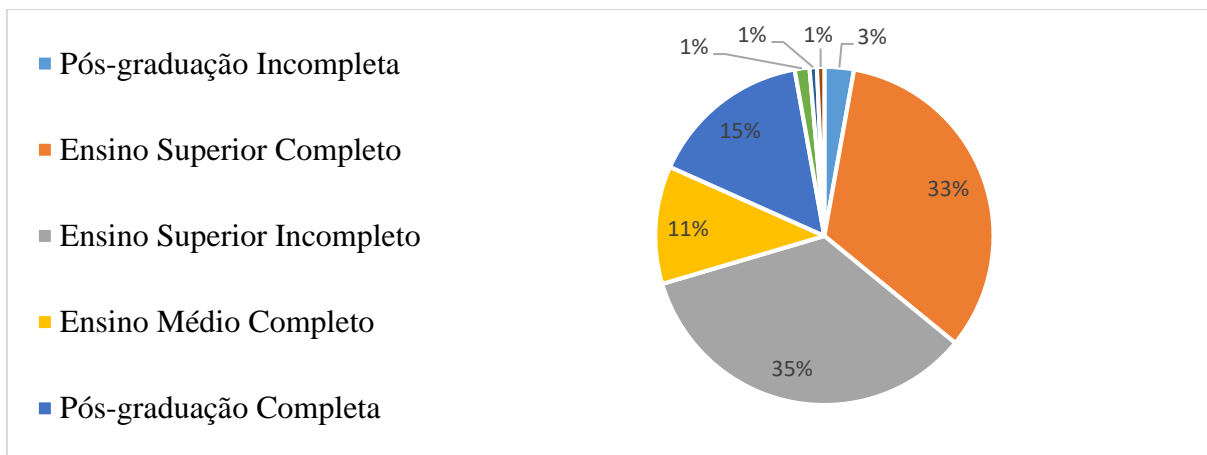
GRÁFICO 4 - RENDA DOS ENTREVISTADOS



Fonte: O próprio autor

De acordo com o grau de escolaridade dos entrevistados, 35% possuíam ensino superior completo, seguido dos com superior incompleto (33%), conforme é mostrado no Gráfico 5.

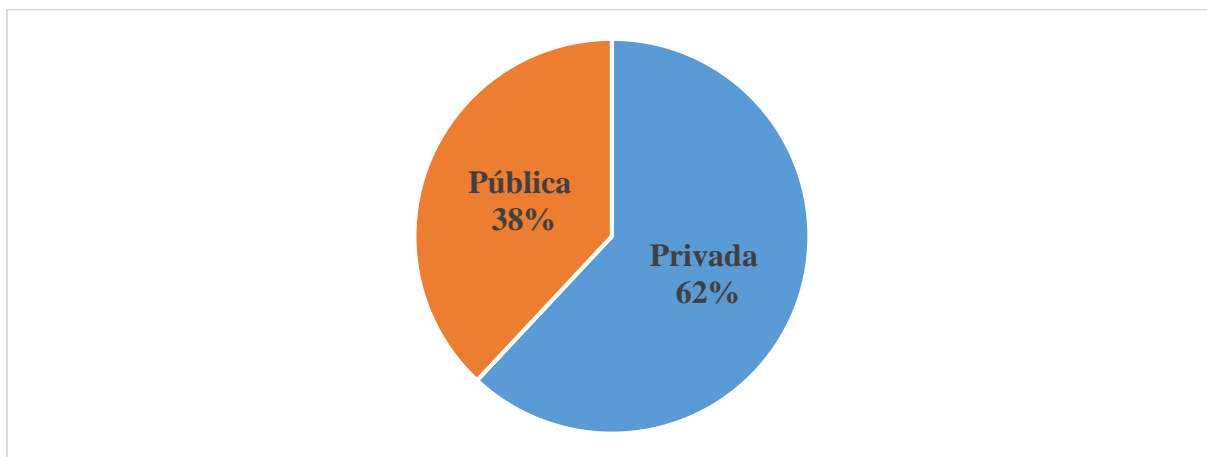
GRÁFICO 5 - GRAU DE ESCOLARIDADE DOS ENTREVISTADOS



Fonte: O próprio autor

Já a respeito do tipo de serviço de saúde utilizado pelos respondentes do questionário, 62% declararam utilizar os serviços de saúde privada, enquanto os restantes (38%) revelaram utilizar os serviços de saúde pública, como ilustra o Gráfico 6.

GRÁFICO 6 – TIPOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS



Fonte: O próprio autor

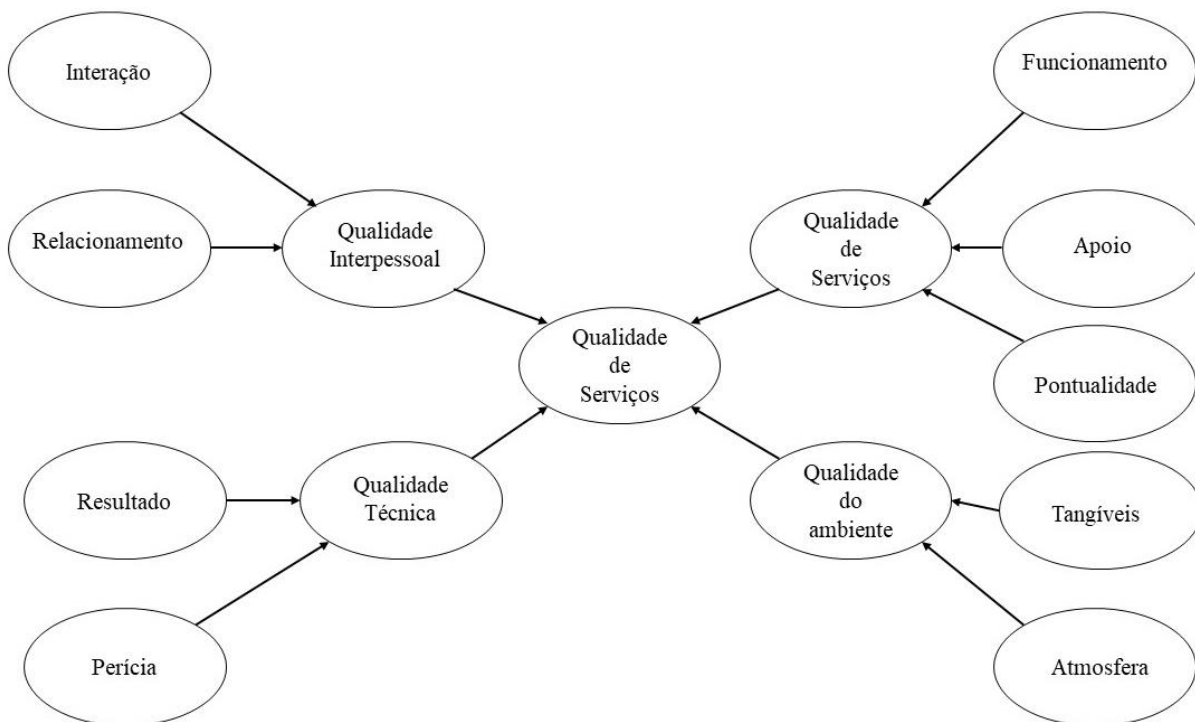
Em seguida, foi aplicada a metodologia proposta por Ramírez, Mariano e Salazar (2014). A utilização desse método tem como propósito a validação do modelo proposto e a extração dos resultados que sirvam de base para o processo tomada de decisão.

5.1. DESCRIÇÃO DO MODELO

Com base na busca realizada para confecção do referencial teórico, identificou-se a existência de alguns modelos validados na literatura, capazes de realizarem a mensuração do grau de qualidade de um serviço de saúde. No entanto, para melhor adequação do modelo ao objetivo desse estudo, optou-se por selecionar e adaptar um modelo que além de ter sido aplicado e validado na Austrália (DAGGER; SWEENEY e JOHNSON, 2007), também foi traduzido e adaptado culturalmente para sua utilização no Brasil (ROCHA; VEIGA; OLIVEIRA; SONG e FERREIRA, 2013). Sendo assim, na Figura 9, encontra-se o modelo adaptado para mensuração da qualidade do serviço hospitalar proposto nesse estudo.

O Modelo Estrutural selecionado é composto por 14 variáveis, sendo 9 puramente independentes: interação, relacionamento, resultado, perícia, atmosfera, tangíveis, pontualidade, funcionamento e apoio; uma variável puramente dependente: qualidade de serviço; quatro variáveis do tipo interveniente, age tanto como variável dependente quanto como variável independente: qualidade interpessoal, qualidade técnica, qualidade do ambiente e qualidade administrativa. Na apresentação gráfica do modelo proposto, pode ser vista cada elipse como uma das variáveis supracitadas, sendo que elas, por serem variáveis que não podem ser medidas diretamente (variáveis latentes), possuem seus respectivos indicadores, que as aproximam de seus valores reais.

FIGURA 9 - MODELO PROPOSTO



Fonte: Próprio autor. Adaptado de (DAGGER, SWEENEY, JOHNSON, 2007; ROCHA, VEIGA, OLIVEIRA, SONG e FERREIRA, 2013)

Com base no modelo, presente na Figura 9, é possível realizar a elaboração das hipóteses para esse estudo, como pode ser visto no Quadro 5.

QUADRO 5 - FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES

Hipóteses		Autores
H₁	Qualidade Interpessoal → Qualidade de Serviço	(BRADY e CRONIN 2001; GRÖNROOS, 1984; CROSBY <i>et al.</i> , 1990)
H_{1a}	Interação → Qualidade Interpessoal	(DAGGER, SWEENEY e JOHNSON, 2007)
H_{1b}	Relacionamento → Qualidade Interpessoal	(DAGGER, SWEENEY e JOHNSON, 2007)
H₂	Qualidade Técnica → Qualidade de Serviço	(GRÖNROOS, 1984)
H_{2a}	Resultado → Qualidade Técnica	(GRÖNROOS, 1984)
H_{2b}	Perícia → Qualidade Técnica	(ZIFKO-BALIGA e KRAMPF, 1997)
H₃	Qualidade do Ambiente → Qualidade de Serviço	(GOTLIEB <i>et al.</i> , 1994)
H_{3a}	Atmosfera → Qualidade do Ambiente	(BITNER, 1992)
H_{3b}	Tangíveis → Qualidade do Ambiente	(BITNER, 1992)
H₄	Qualidade Administrativa → Qualidade de Serviço	(GRÖNROOS, 1990)
H_{4a}	Pontualidade → Qualidade Administrativa	(THOMAS <i>et al.</i> , 1997)
H_{4b}	Funcionamento → Qualidade Administrativa	(YOUNG, METERKO e NELSON, 2000)
H_{4c}	Apoio → Qualidade Administrativa	(GRÖNROOS, 1990)

Fonte: O próprio autor.

5.2. VALIDADE E CONFIABILIDADE DO MODELO

Embora partes do Modelo Estrutural selecionado tenham sido validadas em estudos anteriores, é de fundamental importância realizar sua validação e testar seu grau de confiabilidade devido as adaptações realizadas para aplicação do Modelo no presente estudo, para isso, ele deve ser submetido a alguns testes.

5.2.1. TESTE DE CONFIABILIDADE DE ITEM

Primeiramente, deve-se realizar a aplicação do teste responsável por validar o modelo, este teste é denominado teste de confiabilidade de item e tem como finalidade a realização dos cálculos de correlações entre as variáveis e seus respectivos indicadores. De acordo com Chin (1998), um bom grau de correlação é dado a partir de 0,707. As correlações entre os indicadores e suas respectivas variáveis do Modelo Estrutural proposto no presente estudo são dadas na Quadro 6, nela é possível observar que nenhuma correlação é inferior ao grau de 0,707. Sendo assim, o modelo proposto nesse estudo é estatisticamente válido.

QUADRO 6 - TESTE DE CONFIABILIDADE DE ITEM

	Qualidade Administrativa	Qualidade do Ambiente	Atmosfera	Interação	Funcionamento	Perícia	Pontualidade	Qualidade Interpessoal	Qualidade de Serviço	Qualidade Técnica	Relacionamento	Resultado	Apoio	Tangíveis
ADM1	0,963													
ADM2	0,977													
ADM3	0,942													
AMB1		0,953												
AMB2		0,950												
AMB3		0,954												
ATM1			0,930											
ATM2			0,913											
ATM3			0,931											
ATM4			0,919											
ATM5			0,892											
INT1				0,866										
INT2				0,879										
INT3				0,925										
INT4				0,896										
INT5				0,806										
INT6				0,873										
INT7				0,832										
INT8				0,897										
INT9				0,891										
FUN1					0,800									
FUN2					0,792									
FUN3					0,899									
FUN4					0,842									
FUN5					0,855									
FUN6					0,847									
PER1						0,918								
PER2						0,936								
PER3						0,908								
PER4						0,912								
PON1							0,914							
PON2							0,903							
QINT1								0,964						
QINT2								0,954						
QINT3								0,930						
QS1									0,849					
QS2									0,834					
QS3									0,919					
QS4									0,862					

	Qualidade Administrativa	Qualidade do Ambiente	Atmosfera	Interação	Funcionamento	Perícia	Pontualidade	Qualidade Interpessoal	Qualidade de Serviço	Qualidade Técnica	Relacionamento	Resultado	Apoio	Tangíveis
QS5									0,895					
QTEC1										0,930				
QTEC2										0,957				
QTEC3										0,920				
REL1											0,915			
REL2											0,909			
REL3											0,905			
RES1												0,896		
RES2												0,927		
RES3												0,929		
RES4												0,939		
RES5												0,932		
RES6												0,904		
APO1													0,899	
APO2													0,918	
APO3													0,921	
TAN1														0,888
TAN2														0,953
TAN3														0,924
TAN4														0,946
TAN5														0,885
TAN6														0,852
TAN7														0,934

Fonte: Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

5.2.2. CONFIABILIDADE COMPOSTA, CONFIABILIDADE CONSISTENTE E ALFA DE CRONBACH

Em seguida, é realizado o teste de Confiabilidade Composta. Nele é contabilizada qual o grau em que o conjunto de itens relacionam-se com sua respectiva variável latente, revelando se tais itens são o suficiente para mensurar a respectiva variável latente. Dessa maneira, a Confiabilidade Composta é o elemento encarregado por mensurar a qualidade das questões do de cada construto do questionário. Ainda nessa etapa é necessário analisar o valor do Alfa de Cronbach e o Coeficiente de Confiabilidade Consistente (Rho_a) de cada uma das variáveis. Ramírez, Mariano e Salazar (2014) afirmam que para que a pesquisa possua validade é necessário que tanto o Alfa de Cronbach quanto o Coeficiente de Confiabilidade Consistente e a Confiabilidade Composta assumam valores superiores a 0,7. Portanto, com base na Tabela 9, é possível concluir que o Modelo Estrutural cumpriu tais requisitos.

TABELA 9 - TESTES DE VALIDADE DE VARIÁVEIS

VARIÁVEL	ALFA DE CRONBACH	RHO_A	CONFIABILIDADE COMPOSTA
Apoio	0,901	0,926	0,937
Atmosfera	0,953	0,953	0,964
Funcionamento	0,916	0,924	0,935
Interação	0,961	0,964	0,967
Perícia	0,939	0,943	0,956
Pontualidade	0,789	0,791	0,904
Qualidade Administrativa	0,959	0,959	0,973
Qualidade Interpessoal	0,945	0,946	0,965
Qualidade Técnica	0,929	0,931	0,955
Qualidade de Serviço	0,921	0,927	0,941
Qualidade do Ambiente	0,949	0,949	0,967
Relacionamento	0,897	0,908	0,935
Resultado	0,964	0,966	0,971
Tangíveis	0,966	0,967	0,972

Fonte: Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

5.2.3. ANÁLISE DA VARIÂNCIA MÉDIA EXTRAÍDA (AVE)

Posteriormente, deve-se analisar a Variância Média Extraída (AVE), esse parâmetro mostra se os indicadores estão se relacionando exatamente com as variáveis que lhes foram atribuídas e não com outras. Almeja-se que exista uma diferenciação de no mínimo 50% para que assim todos indicadores sejam válidos para a sua respectiva variável e não para as demais variáveis do Modelo Estrutural (RAMÍREZ, MARIANO e SALAZAR, 2014; FORNELL e LARCKER, 1981). Dessa maneira, a validade do modelo será confirmada caso cada AVE seja superior ao valor de 0,5, o que pode ser confirmado ao se visualizar a Tabela 10.

TABELA 10 - VARIÂNCIA MÉDIA EXTRAÍDA

VARIÁVEL	VARIÂNCIA MÉDIA EXTRAÍDA (AVE)
Apoio	0,833
Atmosfera	0,841
Funcionamento	0,706
Interação	0,765
Perícia	0,844
Pontualidade	0,826
Qualidade Administrativa	0,924
Qualidade Interpessoal	0,902
Qualidade Técnica	0,875
Qualidade de Serviço	0,761
Qualidade do Ambiente	0,907
Relacionamento	0,828
Resultado	0,849
Tangíveis	0,832

Fonte: Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

5.2.4. TESTE DE INFLAÇÃO INTERNA DA VARIÂNCIA (VIF)

Segundo Hair *et al.* (2016), a multicolinearidade consiste em um problema comum em regressões, no qual três ou mais variáveis independentes possuem correlações lineares exatas ou aproximadamente exatas entre si. Com o propósito de comprovar a não existência de multicolinearidade no presente estudo, foi realizado o teste de inflação interna da variância (VIF). Caso o VIF apresente valores superiores a 10, a multicolinearidade causará efeitos nos coeficientes de regressão (JOHNSON e WICHERN, 1998). Com auxílio da Tabela 11, é possível concluir que o Modelo Estrutural desse estudo não apresenta problema de multicolinearidade.

TABELA 11 - INFLAÇÃO INTERNA DA VARIÂNCIA

VARIÁVEL	Qualidade administrativa	Qualidade interpessoal	Qualidade técnica	Qualidade de serviço	Qualidade do ambiente
Apoio	1,485				
Pontualidade	1,935				
Funcionamento	2,095				
Relacionamento		1,463			
Interação		1,463			
Resultado			2,650		
Perícia			2,650		
Qualidade Interpessoal				2,170	
Qualidade do Ambiente				3,014	
Qualidade Administrativa				3,304	
Qualidade Técnica				3,454	
Atmosfera					5,172
Tangíveis					5,172
Qualidade de Serviço					-

Fonte: Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

5.2.5. VALIDEZ DISCRIMINANTE

Como último critério de validação do Modelo Estrutural, têm-se o teste de validade de discriminante. Segundo Ramírez, Mariano e Salazar (2014), para que o modelo seja validado, as raízes quadradas de cada uma das Variâncias Médias Extraídas (AVE), das respectivas variáveis latentes, devem ser superiores às correlações entre as demais variáveis latentes presentes no Modelo Estrutural. Isso pode ser ratificado com auxílio da Tabela 12, onde as raízes quadradas (em negrito) são superiores às correlações localizadas abaixo delas.

TABELA 12 - VALIDEZ DISCRIMINANTE

	Apoio	Atmosfera	Funcionamento	Interação	Perícia	Pontualidade	Qualidade Administrativa	Qualidade Interpessoal	Qualidade Técnica	Qualidade de Serviço	Qualidade do Ambiente	Relacionamento	Resultado	Tangíveis
Apoio	0,912													
Atmosfera	0,484	0,917												
Funcionamento	0,548	0,738	0,840											
Interação	0,589	0,693	0,776	0,875										
Perícia	0,520	0,726	0,754	0,820	0,919									
Pontualidade	0,492	0,554	0,680	0,616	0,565	0,909								
Qualidade Administrativa	0,593	0,708	0,765	0,799	0,735	0,576	0,961							
Qualidade Interpessoal	0,592	0,574	0,531	0,702	0,645	0,532	0,648	0,950						
Qualidade Técnica	0,570	0,634	0,688	0,772	0,785	0,614	0,773	0,718	0,936					
Qualidade de Serviço	0,568	0,654	0,658	0,737	0,692	0,514	0,775	0,676	0,846	0,872				
Qualidade do Ambiente	0,505	0,848	0,765	0,716	0,778	0,545	0,782	0,615	0,753	0,772	0,952			
Relacionamento	0,432	0,365	0,402	0,563	0,438	0,416	0,492	0,525	0,518	0,478	0,374	0,910		
Resultado	0,482	0,755	0,737	0,837	0,789	0,508	0,707	0,645	0,719	0,731	0,773	0,476	0,921	
Tangíveis	0,493	0,898	0,747	0,699	0,702	0,561	0,708	0,569	0,659	0,643	0,836	0,426	0,717	0,912

Fonte: Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

Portanto, após a realização de todas as análises e testes recomendados para validação de um modelo estrutural, o Modelo Estrutural proposto nesse estudo revela-se válido e confiável, visto que foi aprovado em todas as etapas recomendadas pela literatura.

5.3. VALORAÇÃO DO MODELO

A etapa de Valoração do Modelo Estrutural consiste na realização de análises ao Modelo Proposto a partir dos cálculos realizados pelo *software SmartPLS 3.2.7*. Essa fase é fundamental para identificar em qual grau percentual os construtos, presentes no Modelo Proposto, explicam a qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal e quais das suas hipóteses foram aceitas.

5.3.1. COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO (R²)

Inicia-se essa fase com a observação do valor encontrado para o coeficiente de determinação (R²), ele é responsável por assinalar qual o grau de predição das variáveis independentes presentes no modelo. Ou seja, em qual grau percentual cada construto influência na variável dependente em que está associado. De acordo com Falk e Miller (1992), valores de R² a partir de 0,1 ou 10% são considerados suficientes para predição da variável dependente. Como o Modelo Proposto nesse estudo possui 9 variáveis independentes e 5 dependentes, serão calculados cinco valores distintos para R², sendo eles: qualidade técnica, qualidade do ambiente, qualidade administrativa, qualidade interpessoal e qualidade de serviços.

Portanto, como pode ser visto na Figura 10, onde o R² é o valor que se encontra dentro de cada uma das cinco variáveis dependentes, sendo assim: a qualidade interpessoal foi explicada em 51,8%, a qualidade administrativa em 63%, a qualidade técnica em 64,2%, qualidade do ambiente em 74,7% e, por fim, a qualidade de serviço foi explicada em 77,2%. Com isso, é possível a formulação da Tabela 13 com a finalidade de facilitar o entendimento.

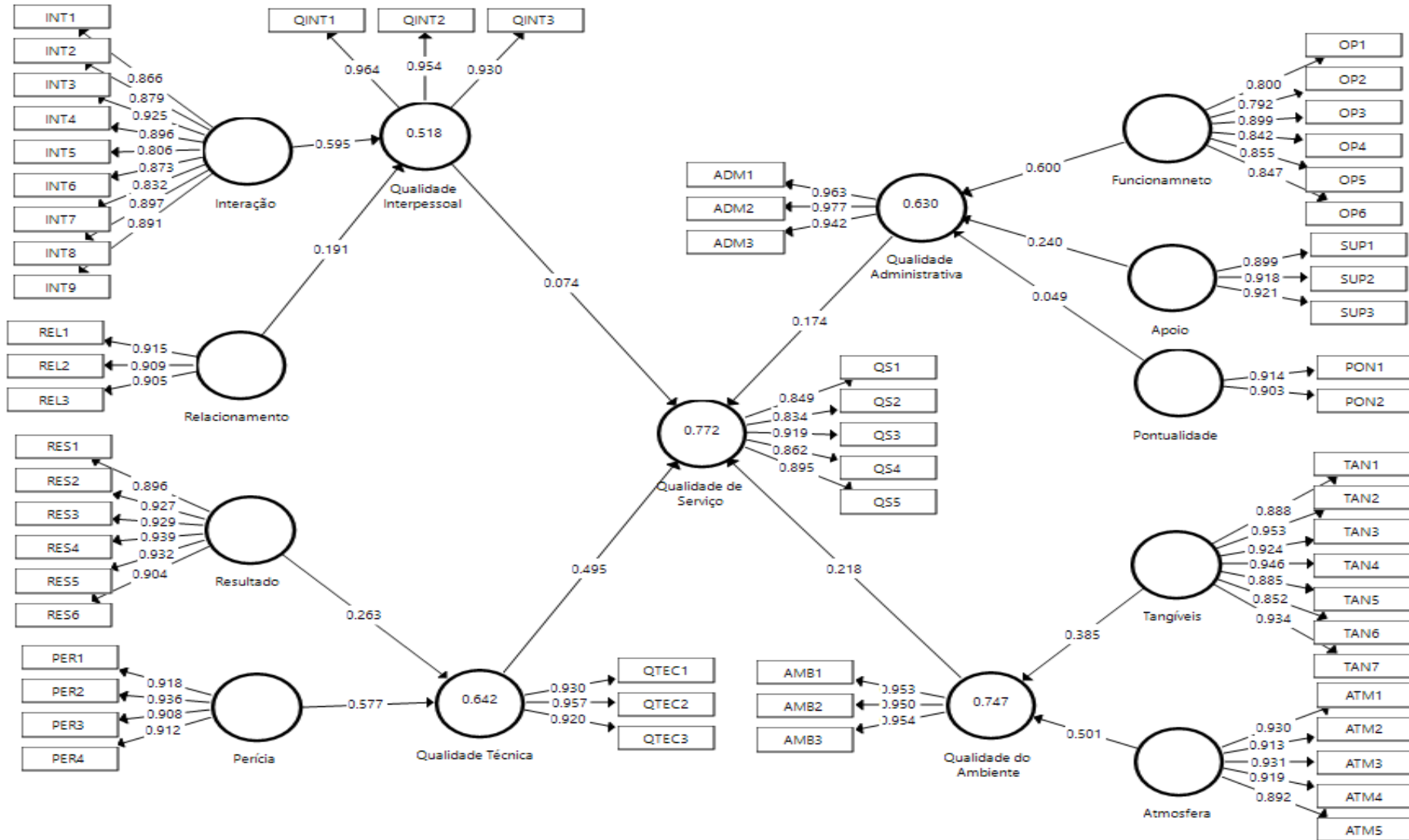
TABELA 13 - VALORES DE R²

VARIÁVEL DEPENDENTE	VALOR DE R ²	PERCENTUAL
Qualidade Interpessoal	0,518	51,8%
Qualidade Administrativa	0,630	63,0%
Qualidade Técnica	0,642	64,2%
Qualidade do Ambiente	0,747	74,7%
Qualidade de Serviço	0,772	77,2%

Fonte: O Próprio autor. Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

Dessa maneira, o Modelo Proposto revela-se válido e qualificado para predizer os fatores que influenciam a qualidade interpessoal e técnica dos profissionais dos serviços de saúde do Distrito Federal, assim como os fatores que determinam a qualidade administrativa e do ambiente dos serviços de saúde do Distrito Federal e, conseqüentemente, os fatores que levam a percepção da qualidade desses serviços de saúde na visão de seus usuários.

FIGURA 10 - MODELO ESTRUTURAL CALCULADO



Fonte: O próprio autor. Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

5.3.2. TESTES DE VALIDADE DE HIPÓTESES

Posteriormente, devem ser verificadas as hipóteses propostas neste estudo. A fim de realizar estas análises, deve-se verificar os valores dos índices beta (β) e o teste de *t de student*, realizado pela função *Bootstrapping* presente no *software SmartPLS3.2.7*. De acordo com Chin (1998), o módulo de beta deve apresentar um grau igual ou superior a 0,20 para ser considerado relevante. Dessa maneira, como pode ser constatado na Tabela 14 H_{1a} , H_2 , H_{2a} , H_{2b} , H_3 , H_{3a} , H_{3b} , H_{4b} e H_{4c} foram aceitas por terem os respectivos valores de beta superior a 0,20.

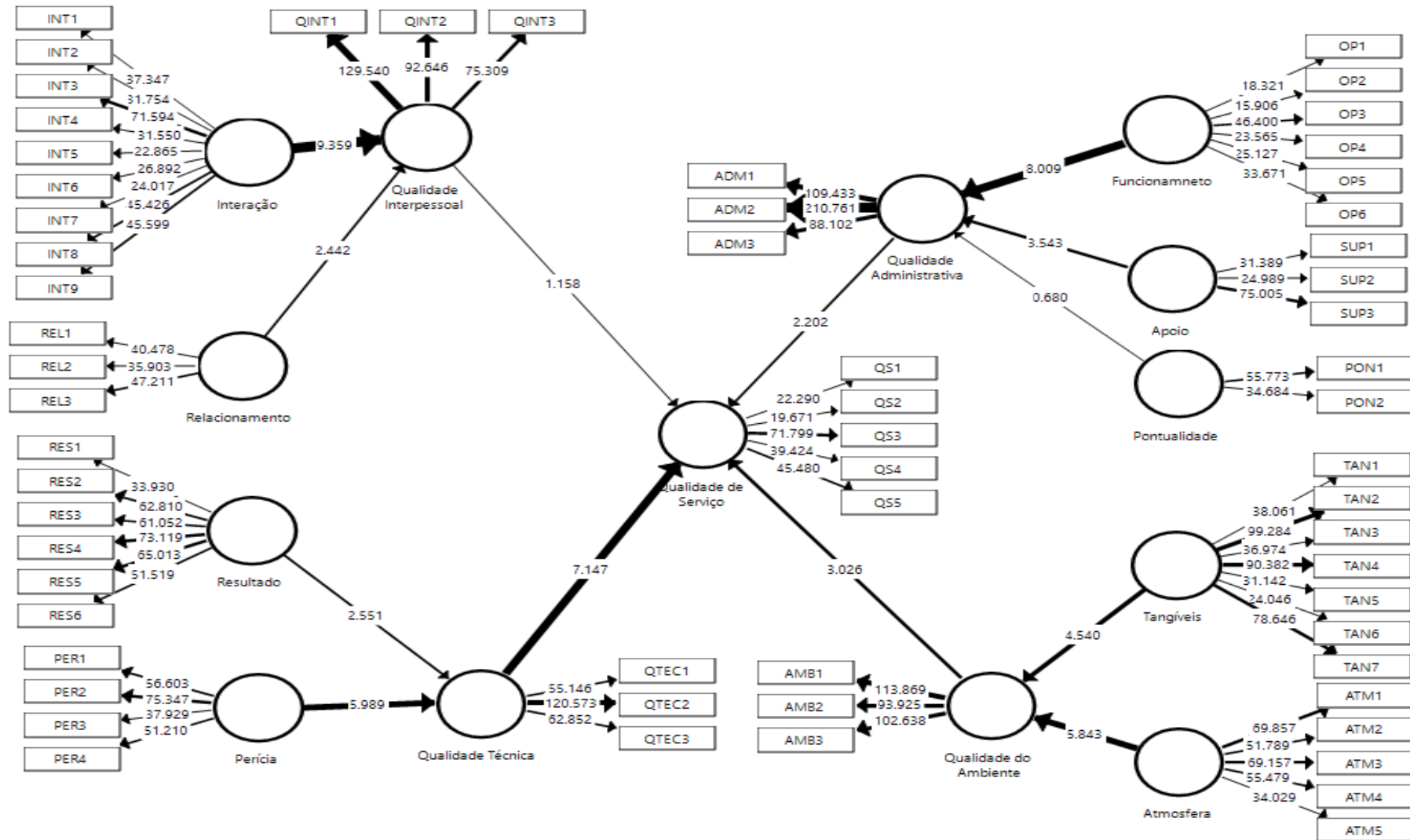
TABELA 14 - TESTES DE VALIDADE DE HIPÓTESES

HIPÓTESES		Percentual	Beta (β)	T de Student	P value	Teste Beta	Teste T de Student	Teste P value	Conclusão
H₁	Qualidade Interpessoal → Qualidade de Serviço	5,0%	0,074	1,158	0,247	X	X	X	Rejeitada
H_{1a}	Interação → Qualidade Interpessoal	41,8%	0,595	9,359	0,000	✓	✓	✓	Aceita
H_{1b}	Relacionamento → Qualidade Interpessoal	10,0%	0,191	2,442	0,015	X	✓	✓	Aceita
H₂	Qualidade Técnica → Qualidade de Serviço	41,9%	0,495	7,147	0,000	✓	✓	✓	Aceita
H_{2a}	Resultado → Qualidade Técnica	18,9%	0,263	2,551	0,011	✓	✓	✓	Aceita
H_{2b}	Perícia → Qualidade Técnica	45,3%	0,577	5,989	0,000	✓	✓	✓	Aceita
H₃	Qualidade do Ambiente → Qualidade de Serviço	16,8%	0,218	3,026	0,002	✓	✓	✓	Aceita
H_{3a}	Atmosfera → Qualidade do Ambiente	42,5%	0,501	5,843	0,000	✓	✓	✓	Aceita
H_{3b}	Tangíveis → Qualidade do Ambiente	32,2%	0,385	4,540	0,000	✓	✓	✓	Aceita
H₄	Qualidade Administrativa → Qualidade de Serviço	13,5%	0,174	2,202	0,028	X	✓	✓	Aceita
H_{4a}	Pontualidade → Qualidade Administrativa	2,8%	0,049	0,680	0,497	X	X	X	Rejeitada
H_{4b}	Funcionamento → Qualidade Administrativa	45,9%	0,600	8,009	0,000	✓	✓	✓	Aceita
H_{4c}	Apoio → Qualidade Administrativa	14,2%	0,240	3,543	0,000	✓	✓	✓	Aceita

Fonte: O Próprio autor. Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

Observando-se a Tabela 14 ainda pode-se verificar que algumas hipóteses não foram aceitas, mas possuem valores de beta próximos a 0,20, são elas: H_{1b} , H_4 . Segundo Chin (1998), para essas suposições devem ser realizadas o teste de *t de student* (Figura 11) afim de verificar se elas podem ser validadas. De acordo com Ramírez, Mariano e Salazar (2014), para que este teste valide a hipótese, o valor do teste *t de student* deve possuir um valor superior a 1,96 e seu respectivo *p-value* inferior a 0,05. Com isso, conforme pode ser visto na Tabela 14, as suposições H_{1b} e H_4 também se tornam aceitas para o presente estudo.

FIGURA 11 - TESTE T DE STUDENT



Fonte: O próprio autor. Extraído de *SmartPLS 3.2.7*

Na Figura 11, pode-se observar as forças de cada uma das relações através do valor do teste *t de student*, ficando evidente os principais caminhos a serem priorizados por empresas que prestem serviços de saúde no Distrito Federal.

5.4. DISCUSSÕES

Ao fim da realização das análises recomendadas para validação e valoração de Modelos Estruturais, verificou-se que, dentre as 13 hipóteses formuladas a partir do Modelo Proposto no presente estudo, 11 foram aceitas. Dessa maneira, é possível a realização de discussões a partir dos resultados encontrados neste estudo:

H₁: A qualidade interpessoal relaciona-se com a qualidade dos serviços hospitalares do Distrito Federal.

Não foi constatada uma relação expressiva entre qualidade interpessoal dos profissionais dos serviços de saúde e a qualidade geral do serviço prestado por eles. A rejeição dessa suposição contraria o estudo de Crosby *et al.* (1990), onde foi constatado que o bom relacionamento e troca de interações entre o cliente e o provedor do serviço gera uma percepção de qualidade, capaz de criar uma relação consistente de fidelização entre cliente e o provedor. Sugere-se então, que essa hipótese não foi aprovada devido a fatores culturais característicos da população do Distrito Federal.

H_{1a}: A interação relaciona-se com a qualidade interpessoal.

Quanto a interação e a percepção da qualidade interpessoal, uma relação positiva foi constatada, alcançando 41,8%, sendo assim, a hipótese foi validada, como o fator de maior relevância na percepção da qualidade interpessoal. A validação dessa hipótese está de acordo com o estudo de Koerner (2000), onde é constatado que o alto grau de reciprocidade na execução de um serviço gera uma relação de confiança e amizade mútua entre o cliente e o fornecedor do serviço que, por sua vez, pode ser entendida como qualidade interpessoal.

H_{1b}: O relacionamento relaciona-se com a qualidade interpessoal.

Embora não tenha sido validada a partir do teste de beta, pois apresentou um grau de 0,191 (inferior ao mínimo de 0,20), foi validada no teste de *t de student*, onde apresentou o valor de 2,44 (superior a 1,96). Dessa maneira, uma relação positiva foi encontrada entre o relacionamento e a percepção de qualidade interpessoal, chegando a um poder de predição de 10%. A validação dessa hipótese está de acordo com o estudo de Beatty *et al.* (1996).

H₂: A qualidade técnica relaciona-se com a qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal.

A suposição realizada em H₂, mostrou-se fortemente positiva, sendo a qualidade técnica dos profissionais dos serviços de saúde responsável por explicar em 41,9% a qualidade geral destes serviços no Distrito Federal. Dessa forma, pode-se ratificar também que a qualidade técnica é formada por dois formadas fortemente por duas subdimensões: perícia e resultado (GRÖNROOS, 1984).

H_{2a}: O resultado associa-se com a qualidade técnica.

Foi encontrada uma relação positiva entre os resultados alcançados pelos profissionais de saúde com seu nível de qualidade técnica. Com isso, os resultados foram capazes de explicar em 18,9% a qualidade técnica dos profissionais dos serviços de saúde do Distrito Federal. Sendo assim, confirma-se o resultado como um antecedente a percepção da qualidade técnica (GRÖNROOS, 1984).

H_{2b}: A perícia associa-se com a qualidade técnica.

A perícia dos profissionais de saúde destacou-se por possuir uma sólida relação positiva com a qualidade técnica deles. Sendo responsável por explicar em 45,3% a qualidade técnica dos profissionais dos serviços de saúde. Com isso, confirma-se a perícia como um forte antecedente percepção da qualidade técnica (GRÖNROOS, 1984; ZIFKO-BALIGA e KRAMPF, 1997).

H₃: A qualidade do ambiente se correlaciona com a qualidade dos serviços hospitalares do Distrito Federal.

A qualidade do ambiente mostra-se positivamente relacionada a qualidade geral dos serviços de saúde do Distrito Federal, podendo explica-la em 16,8%, na ótica dos usuários desses serviços. Reafirmando, dessa maneira, o estudo de Gotlieb *et al.* (1994) onde eles concluem que as características ambientais como localidade, mobiliário e conforto moldam a percepção da qualidade de um serviço.

H_{3a}: A atmosfera se correlaciona com a qualidade do ambiente.

A atmosfera é responsável por se correlacionar positivamente com a qualidade do ambiente. Ela explica em 42,5% a percepção da qualidade do ambiente dos serviços de saúde do Distrito Federal, na visão de seus usuários. Apesar de intangíveis, as características da atmosfera são de suma importância para a percepção da qualidade dos serviços (BITNER,

1992).

H_{3b}: Os tangíveis se correlacionam com a qualidade do ambiente.

Os tangíveis possuem uma ligação positiva com a qualidade do ambiente. Eles explicam em 32,2% a qualidade do ambiente percebida nos serviços de saúde do Distrito Federal, na visão de seus usuários. Sugere-se que assim como a atmosfera, os tangíveis são responsáveis por complementar a percepção da qualidade do ambiente, por se tratar de um plano de fundo para a execução do serviço.

H₄: A qualidade administrativa se relaciona com a qualidade dos serviços hospitalares do Distrito Federal.

Assim como H_{1b}, essa suposição não conseguiu ser validada a partir do teste de beta. Contudo, foi aprovada no teste de *t de student*, encontrado uma relação positiva entre a qualidade administrativa de um serviço de saúde sua qualidade geral. Tendo a qualidade administrativa um poder de predição de 13,5%. Sugere-se que a padronização de processos administrativos, por exemplo, faz com que um menor número de erros seja cometido e quanto menor esses erros, maior será a percepção da qualidade do serviço.

H_{4a}: A pontualidade se relaciona com a qualidade administrativa.

Não foi descoberta nenhuma relação entre a pontualidade no atendimento aos usuários dos serviços de saúde do Distrito Federal com as suas percepções da qualidade administrativa desses serviços. Sendo assim, essa hipótese foi rejeitada. Sugere-se que a falta de pontualidade nos serviços de saúde do DF já um fator intrínseco deles na percepção de seus usuários, ou seja, o paciente ao utilizar um serviço de saúde já espera pela demora de seu atendimento.

H_{4b}: O funcionamento se relaciona com a qualidade administrativa.

Quanto a relação do funcionamento dos serviços de saúde e sua qualidade administrativa foi encontrada uma relação positiva e muito forte entre elas. Tendo um poder de predição de 45,9% da primeira sobre a segunda. Propõe-se que a percepção do funcionamento de um serviço de saúde se dá a partir de seu uso efetivo, sendo possível detectar como são realizadas as tarefas do serviço administrativamente.

H_{4c}: O apoio se relaciona com a qualidade administrativa.

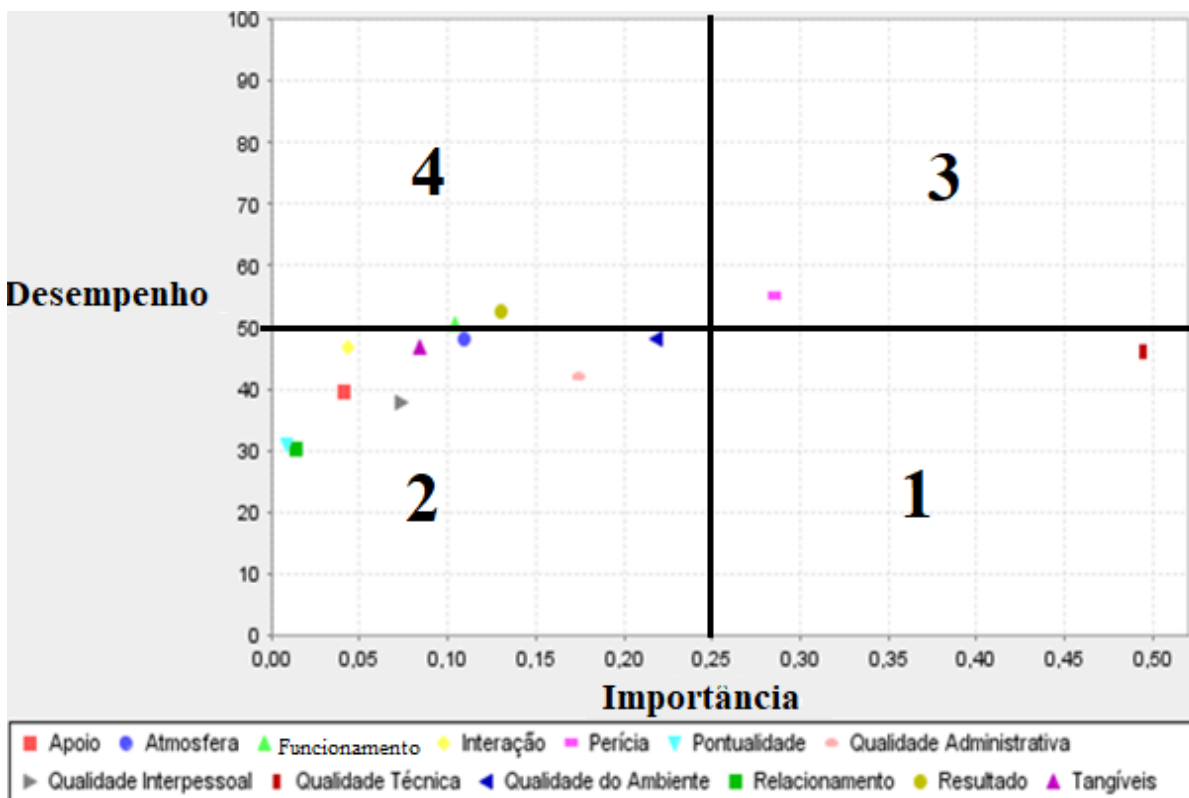
O apoio que um serviço de saúde pode prestar também se mostrou relacionado positivamente com a qualidade administrativa destes serviços. Tendo, dessa maneira, 14,2% de poder de predição. Por agregar valor ao serviço prestado, o apoio é importante para a percepção

de qualidade administrativa de um serviço (GRÖNROOS, 1984).

5.5. APLICAÇÕES PRÁTICAS (IPMA)

Com base nos resultados encontrados no presente estudo, as instituições responsáveis por fornecerem serviços de saúde no Distrito Federal são capazes de canalizar seus esforços na melhoria dos âmbitos de maior relevância para o setor, ou seja, investir nas características que mais influenciam na percepção da qualidade nessa área sob a visão de seus usuários. As dimensões primárias qualidade técnica, qualidade do ambiente e qualidade administrativa terem apresentado importante significância sobre a qualidade dos serviços de saúde do DF, indica que os serviços de saúde da região analisada (hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatórios, entre outros) devem investir prioritariamente na qualidade técnica de seus profissionais, seguido da qualidade de suas instalações e enfim na qualidade administrativa do serviço que se visa melhorar a qualidade geral percebida. Contudo, a fim de direcionar esses investimentos de maneira que traga maior retorno para empresa, utilizou-se a matriz de análise de importância e desempenho (IPMA). Segundo Hair *et al.* (2016), essa matriz (Figura 12) é fundamental para ampliar resultados alcançados a partir do uso da técnica *Partial Least Squares* (PLS), pois inclui o desempenho real de cada construto separadamente.

FIGURA 12 - MAPA DE IMPORTÂNCIA X DESEMPENHO

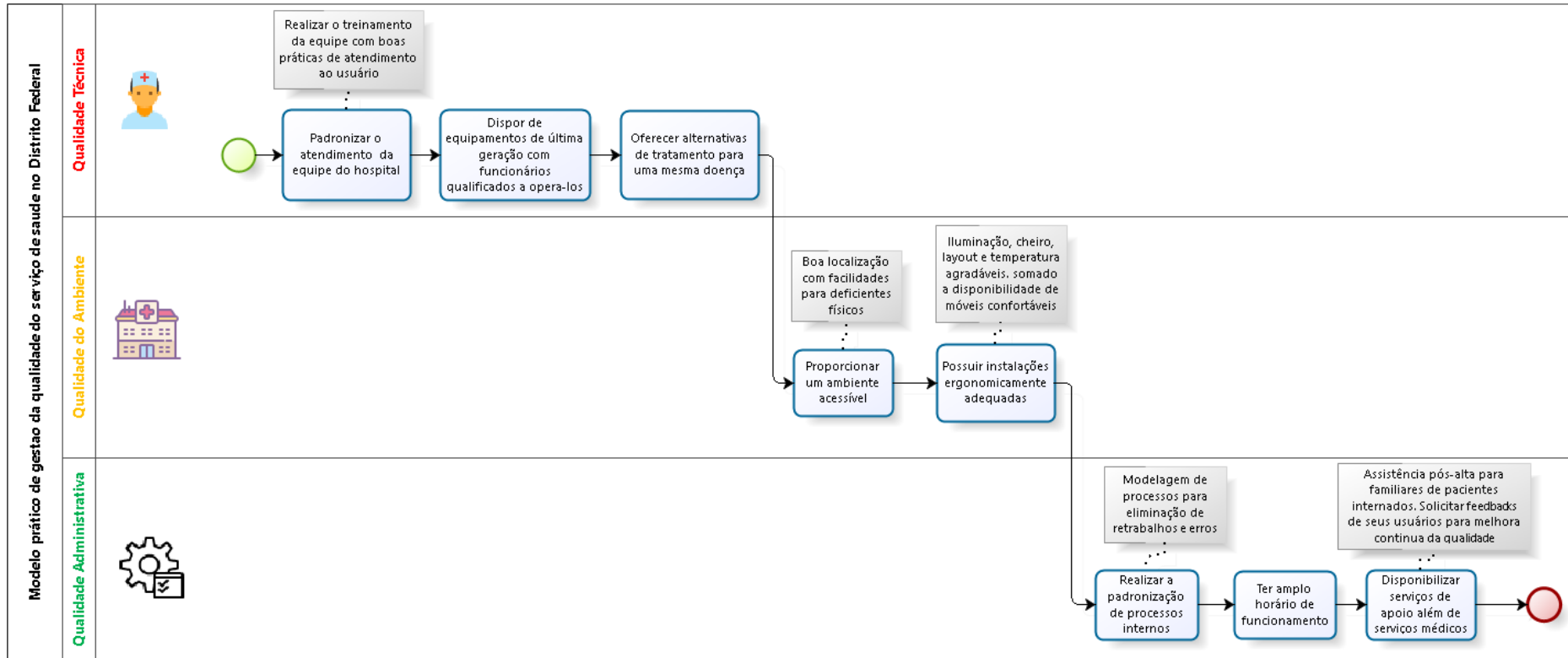


Fonte: O próprio autor. Adaptado de *SmartPLS 3.2.7*

As prioridades nos elementos presentes na matriz devem ser dadas de acordo com a numeração que pode ser vista na Figura 13. Iniciando-se assim, dos construtos presentes no quadrante 1, seguido do quadrante 2, 3 e 4 sucessivamente. Ou seja, são priorizados os construtos que possuem maior importância e menor desempenho para realizá-lo (HAIR *et al.*, 2016). Com isso, os três construtos que devem ser priorizados no Modelo Estrutural aplicado nesse estudo são: qualidade técnica, seguido da qualidade do ambiente e, por fim a qualidade administrativa. Pode-se destacar que os três primeiros construtos foram avaliados como prioritários também nos testes de validade de hipóteses.

Portanto, sugere-se um Modelo Prático de Gestão da Qualidade dos Serviços de Saúde do DF (Figura 13), responsável pela descrição de etapas de sucesso para a qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal. Esse modelo é focalizado no desenvolvimento dos três construtos mais relevantes encontrados pela matriz importância-desempenho no presente estudo.

FIGURA 13 - MODELO PRÁTICO DE GESTÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DF



Fonte: O próprio autor. Extraído do *software Bizagi Modeler 3.1.0*

Como pode ser visto na Figura 13, o Modelo Prático de Gestão da Qualidade do Serviços de Saúde é bem intuitivo. Contudo, cabe uma breve explicação a respeito de seu funcionamento para a garantia de seu entendimento e melhor aplicação. Dessa forma, o Modelo é subdividido em três etapas que nada mais são do que as três dimensões da qualidade de maior importância nesse estudo: qualidade técnica (em vermelho), qualidade do ambiente (em amarelo) e a qualidade administrativa (em verde) respectivamente. Portanto, o Modelo inicializa-se no círculo verde, na dimensão considerada de maior importância para esse estudo, onde são descritas três ações fundamentais para a melhoria da qualidade técnica dos funcionários dos serviços de saúde do DF, são elas: a realização da padronização de atendimento ao usuário com o treinamento da equipe, a utilização de equipamentos de última geração para melhoras em tratamentos e diagnósticos de pacientes e ainda possuir um leque de opções de tratamento para uma mesma enfermidade. Já na dimensão da qualidade do ambiente, duas etapas são de suma importância: garantir que o serviço de saúde possua uma localização de fácil acesso para todos seus pacientes e proporcionar um ambiente agradável, confortável, com uma temperatura adequada, asseado, com móveis confortáveis em salas de espera e com uma iluminação adequada, ou seja, ergonomicamente adequado tanto para os profissionais quanto para os usuários do serviço. Por fim, a qualidade administrativa com mais três passos fundamentais para a aplicação do Modelo: a realização de padronização de processos internos com a finalidade de reduzir erros, desperdícios e retrabalho, possuir um horário de atendimento adequado e amplo para que seus pacientes possam ser atendidos durante o maior período do dia e, finalmente, oferecer serviços de apoio aos seus usuários e familiares, como assistência pós alta de pacientes internados e fazer, de uma forma geral, que os usuários participem efetivamente da melhora da qualidade do serviço de saúde, solicitando *feedbacks* de seus frequentadores, com uma ouvidoria presente e proativa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE PESQUISA

O problema desse estudo foi identificar os fatores determinantes da percepção da qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal na visão de seus usuários. Como respostas, foram encontradas que a qualidade técnica (41,9%), a qualidade do ambiente (16,8%) e a qualidade administrativa (13,5%) são os três fatores mais relevantes, e, portanto, os que mais influenciam positivamente na qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal. Sendo assim, os serviços de saúde do Distrito federal (hospitais, clínicas, laboratórios, ambulatorios, entre outros) devem investir prioritariamente na qualidade técnica de seus profissionais, seguido da qualidade de suas instalações e enfim na qualidade administrativa do serviço de saúde que se visa melhorar a qualidade geral percebida. Ainda é possível observar que o Modelo Estrutural Proposto nesse estudo, foi capaz de explicar a qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal em 77,2%.

Além de explicar significativamente a qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal, o Modelo Estrutural também foi capaz de explicar cada uma das dimensões da qualidade (qualidade técnica, qualidade interpessoal, qualidade do ambiente e qualidade administrativa) através de suas respectivas subdimensões. Com isso, a qualidade do ambiente foi explicada em 74,7% por intermédio das subdimensões tangíveis e ambiente, já a qualidade técnica foi explicada em 64,2% por meio das variáveis independentes perícia e resultado, enquanto a qualidade administrativa foi explicada em 63% através das subdimensões funcionamento, apoio e pontualidade e, por fim, a qualidade interpessoal foi explicada em 51,8% através das subdimensões interação e relacionamento.

Portanto, o objetivo principal definido em apresentar etapas para o sucesso em qualidade dos serviços de saúde do Distrito Federal por meio de uma matriz de importância-desempenho foi alcançado com a elaboração do Modelo Prático de Gestão da Qualidade do Serviços de Saúde. Como limitante da pesquisa, é possível mencionar a dificuldade na obtenção de respostas ao questionário, devido ser considerado um contratempo por boa parte das pessoas, justificando assim, o baixo índice de responsividade. Propõe-se então como trabalhos futuros a aplicação do Modelo Prático de Gestão da Qualidade do Serviços de Saúde do Distrito Federal. Também se sugere a aplicação do questionário desse estudo em outros estados do Brasil, para fim de comparação de resultados entre os serviços de saúde brasileiros. Como última sugestão de possíveis trabalhos futuros, tem-se a segmentação da pesquisa entre sistemas de saúde público e privado, tornando possível verificar se há alguma alteração nos resultados apresentados nesse trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMOWITZ, S.; COTÉ, A. A.; BERRY, E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. **QRB-Quality Review Bulletin**, v. 13, n. 4, p. 122-130, 1987.
- ADAMI, N. P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta paul. enferm**, v. 13, n. esp., pt. 1, p. 190-196, 2000.
- AGUIAR, Z. N. **Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios**. São Paulo: Martinari, p.15-40, 2011.
- ASSUNÇÃO, R. D. S. Fatores condicionantes da qualidade do sistema de saúde na visão dos médicos e da população do Recife. 2006.
- BEATTY, S. E. et al. Customer-sales associate retail relationships. **Journal of retailing**, v. 72, n. 3, p. 223-247, 1996.
- BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. M. F.; CAMPOS, G. W. D. S. Reforma sanitária: Itália e Brasil. In: **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. HUCITEC/Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 1988.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.
- BITNER, M. J. Servicescapes: The impact of physical surroundings on customers and employees. **The Journal of Marketing**, p. 57-71, 1992.
- BOLTON, R. N.; DREW, J. H. A multistage model of customers' assessments of service quality and value. **Journal of consumer research**, v. 17, n. 4, p. 375-384, 1991.
- BRADY, M. K.; CRONIN JR, J. J. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. **Journal of marketing**, v. 65, n. 3, p. 34-49, 2001.
- BRAGA, J. C. D. S; PAULA, S. D. S. Saúde e previdência: estudos de política social. In: **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2006. p. 224-224.
- BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. In. MOTA, Ana E. et al Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006
- CHIN, W. W. **Commentary: Issues and opinion on structural equation modeling**. 1998.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. M. O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo. In: **O público e o privado na saúde: o PAS em São Paulo**. Cortez; Cedec, 1999.
- CORRÊA, H. L.; GIANESI, I. G. N. Administração estratégica de serviços. **São Paulo: Atlas**, 1994.

CRONIN JR, J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **The journal of marketing**, p. 55-68, 1992.

CROSBY, L. A.; EVANS, K. R.; COWLES, D. Relationship quality in services selling: an interpersonal influence perspective. **The journal of marketing**, p. 68-81, 1990.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade**. José Olympio, 1994.

DAGGER, T. S.; SWEENEY, J. C.; JOHNSON, L. W. A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. **Journal of service research**, v. 10, n. 2, p. 123-142, 2007.

DE MELO, V. Medicina popular num mundo em transformação. **Ciência & Trópico**, v. 24, n. 1, 2011.

DEMING, W. E. Out of the crisis. Massachusetts Institute of Technology. **Center for advanced engineering study, Cambridge, MA**, v. 510, 1986.

DO BRASIL, Governo Federal. Constituição da república Federativa do Brasil. **Brasília, Senado Federal**, 1988.

DONABEDIAN, A. The definition of quality and approaches to its assessment. **Explorations in quality assessment and monitoring**, 1980.

FALK, R. F.; MILLER, N. B. **A primer for soft modeling**. University of Akron Press, 1992

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da qualidade total: gestão e sistemas**. (Tradução R. C. LOVERRI) v. I. 1994.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 2002.

FORKER, L. B. Quality: American, Japanese, and Soviet perspectives. **The Executive**, p. 63-74, 1991.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. **Journal of marketing research**, p. 382-388, 1981.

GARCÍA C., R. et al. metaanálisis sobre la implantación de sistemas de planificación de recursos empresariales (ERP). **Journal of Information Systems and Technology Management** (2005, p. 245-273), 2005.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Qualitymark Editora Ltda, 1992.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

GOTLIEB, J. B.; GREWAL, D.; BROWN, S. W. Consumer satisfaction and perceived quality: complementary or divergent constructs? **Journal of applied psychology**, v. 79, n. 6, p. 875, 1994.

GRÖNROOS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of marketing**, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.

GRÖNROOS, C. Relationship marketing: the strategy continuum. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 23, n. 4, p. 252-254, 1995.

HAIR JR, J. F. et al. **A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)**. Sage Publications, 2016.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida; os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. **História**, v. 5, n. 1, p. 217-235, 1998.

IBGE. Pesquisa anual de serviços. v. 1. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2013.

IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar. Saúde Suplementar em Foco – Informativo eletrônico ano 2 números 14. 2011. Disponível em: <http://iess.org.br/?p=publicacoes&id=672&id_tipo=6>. Acessado em: 11 set. 2017.

ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total à maneira japonesa**. Campus, 1993.

IYDA, M. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. In: **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.

JOHNSON, R. A.; WICHERN, D. Multivariate analysis. **Wiley StatsRef: Statistics Reference Online**, 1998.

JURAN, J. M. **Controle da qualidade: conceitos, políticas e filosofia da qualidade**. McGraw-Hill-Makron, 1991.

KOERNER, M. M. The conceptual domain of service quality for inpatient nursing services. **Journal of Business Research**, v. 48, n. 3, p. 267-283, 2000.

KOTLER, P. Administração de Empresas de Serviços e Serviços de Apoio ao Produto. **Administração de Marketing–Análise, Planejamento, Implementação e Controle**, v. 5, p. 411-429, 1998.

LEITE, M. Datafolha aponta saúde como principal problema dos brasileiros. **Jornal Folha de São Paulo. São Paulo**, v. 29, 2014.

MARIANO, A. M.; CRUZ, R. G.; GAITÁN, J. A. Meta análises como instrumento de pesquisa: Uma revisão sistemática da bibliografia aplicada ao estudo das alianças estratégicas internacionais. In: **Congresso Internacional de Administração-Inovação Colaborativa e Competitividade**. 2011.

MARIANO, A.M; ROCHA, M.S. *Revisão da Literatura: Apresentação de uma Abordagem Integradora*. **AEDM International Conference – Economy, Business and Uncertainty: Ideas for a European and Mediterranean industrial policy**. Reggio Calabria (Itália), 2017.

MARSHALL, J. N.; WOOD, P. A.. **Services and space: key aspects of urban and regional development**. Longman Scientific and Technical, 1995.

MARZIALE, M. H. P.; MENDES, I. A. C. O fator de impacto das publicações científicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 466-467, 2002.

MOREL, M.. **O período das Regências (1831-1840)**. Zahar, 2003.

MOSADEGHRAD, A. M. The role of participative management in outpatients 'waiting time, visit time and satisfaction at. **Bull Pan Am Health Org**, v. 30, n. 2, p. 118-24, 1996.

OLIVEIRA J. C. E. Serviços: PIB e Segmentação. Disponível em: <www.cnservicos.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Setorial_PIB_Segmentacao.pdf>. Acessado em: 24 jan. 2017.

OLIVER, R. L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of marketing research**, p. 460-469, 1980.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011 377 (9779): 1778-97.

PALADINI, E. P. Perspectiva estratégica da qualidade. **Gestão da qualidade: teorias e casos**, v. 2, 2005.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perc. **Journal of retailing**, v. 64, n. 1, p. 12, 1988.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of retailing**, v. 67, n. 4, p. 420, 1991.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **the Journal of Marketing**, p. 41-50, 1985.

PÊGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoria e prática de reformas nos sistemas de saúde: os casos do Brasil e do México Teoria e prática na reforma dos sistemas de saúde no Brasil e no México. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 971-989, 2002.

PERES, L. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**. 2003.

PÉREZ, M. S.; ABAD, J. C. G.; CARRRILO, G. M. M., FERNÁNDEZ, R. S. **Effects of service quality dimensions on behavioural purchase intentions - A study in public-sector transport**. *Managing Service Quality*, Vol. 17 No 2, pp. 134-151, 2007.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 351-62, 2007

PETEFFI, J.; NEDEL, R. A. Política pública como instrumento para reduzir o uso indevido de agrotóxicos metamidofos. **Rev. Buscalegis. América do Norte**, 2009.

PINHANEZ, C. Services as customer-intensive systems. **Design Issues**, v. 25, n. 2, p. 3-13, 2009.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, p. 01-35, 2001.

RAMÍREZ, P. E.; MARIANO, A. M.; SALAZAR, E. A. Propuesta Metodológica para aplicar modelos de ecuaciones estructurales con PLS: El caso del uso de las bases de datos científicas en estudiantes universitarios. **Revista ADMpg Gestão Estratégica**, v. 7, n. 2, 2014.

ROCHA, L. R. M. et al. Health service quality scale: Brazilian Portuguese translation, reliability and validity. **BMC health services research**, v. 13, n. 1, p. 24, 2013.

SCHUSTER, M. A.; MCGLYNN, E. A.; BROOK, R. H. How good is the quality of health care in the United States? **The Milbank Quarterly**, v. 76, n. 4, p. 517-563, 1998.

SHIRKY, C. **A cultura da participação: criatividade e generosidade no mundo conectado**. Zahar, 2011.

TAGUCHI, G.; ELSAYED, E. A.; HSIANG, T. C. **Engenharia da qualidade em sistemas de produção**. McGraw-Hill, 1990.

TEIXEIRA, S. M. F.. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**, v. 21, n. 4, p. 94-115, 1987.

THOMAS, S. F. et al. Anxiety in long-term cancer survivors influences the acceptability of planned discharge from follow-up. **Psycho-Oncology**, v. 6, n. 3, p. 190-196, 1997.

THOMPSON, A. G. H; SUNOL, R. Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. **International journal for quality in health care**, v. 7, n. 2, p. 127-141, 1995.

THOMPSON, D. A. et al. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. **Annals of emergency medicine**, v. 28, n. 6, p. 657-665, 1996.

VAITSMAN, J.; BORGES DE ANDRADE, G. R. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005.

WALKER, R. **Applied qualitative research**. Gower Pub Co, 1985.

WIGGERS, J. H. et al. Cancer patient satisfaction with care. **Cancer**, v. 66, n. 3, p. 610-616, 1990.

WOODSIDE, A. G.; FREY, L. L.; DALY, R. T. Linking sort/ice anality, customer satisfaction, and behavioral intention. **Journal of health care marketing**, v. 9, n. 4, p. 5-17, 1989.

YOUNG, G. J.; METERKO, M.; DESAI, K. R. Patient satisfaction with hospital care: effects of demographic and institutional characteristics. **Medical care**, v. 38, n. 3, p. 325-334, 2000.

ZIFKO-BALIGA, G. M.; KRAMPF, R. F. Managing perceptions of hospital quality. **Marketing health services**, v. 17, n. 1, p. 28, 1997.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Olá, meu nome é Guilherme Coutinho e estou concluindo o curso de Engenharia de Produção na Universidade de Brasília.

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto “Fatores Determinantes da Percepção da Qualidade nos Hospitais do Distrito Federal”. Este projeto faz parte de uma investigação para o meu trabalho de conclusão de curso e seu objetivo é: apresentar etapas para o sucesso em qualidade dos serviços de saúde por meio de uma matriz de importância-desempenho.

A participação do(a) Senhor(a) será através da resposta a este questionário. Nele se encontram questões relacionadas as características individuais do(a) Senhor(a) e a respeito da qualidade percebida pelo(a) Senhor(a) em relação ao hospital que frequenta no Distrito Federal.

Informo que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder a qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Não é necessário se identificar, logo todas informações aqui são anônimas. O questionário possui um tempo estimado de dez minutos para sua realização.

Caso tenha dúvidas ou queira saber mais a respeito desta pesquisa, entre em contato pelo e-mail: Guilhermetbcoutinho@gmail.com

Se o(a) Senhor(a) aceita participar dessa pesquisa, escolha a opção SIM abaixo, para que o questionário inicie. Caso contrário, selecione a opção NÃO que leva ao fim da pesquisa.

SIM NÃO

APÊNDICE B – INSTRUMENTO UTILIZADO PARA COLETA DE DADOS

O(a) Senhor(a) utilizou algum hospital, da rede de saúde privada ou pública, do Distrito Federal nos últimos dois anos?

SIM NÃO

CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO

1) Utilizo o(s) Sistema(s) de Saúde

- Privada (Plano de saúde ou particular)
- Pública (Militar)
- Pública (SUS)

2) Gênero

- Feminino
- Masculino

3) Estado Civil

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)

4) Faixa etária

- Menor de 18 anos
- Entre 18 e 25 anos
- Entre 26 e 35 anos
- Entre 36 e 45 anos
- Mais de 45 anos

5) Renda familiar

- Até dois salários mínimos (Até R\$1874,00)
- De dois a quatro salários mínimos (R\$ 1.874,01 a R\$ 3.748,00)
- De quatro a dez salários mínimos (R\$ 3.748,01 a R\$ 9.370,00)
- De dez a vinte salários mínimos (R\$ 9.370,01 a R\$ 18.740,00)
- Acima de vinte salários mínimos (R\$ 18.740,01 ou mais)

6) Grau de escolaridade

- Nenhuma
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Pós-graduação Completa
- Pós-graduação Incompleta

7) Local de Residência (Região Administrativa do Distrito Federal):

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DF

Selecione o número apropriado para indicar o nível de concordância ou discordância com as afirmações, onde essas questões devem ser respondidas obedecendo a escala Likert de 7 pontos, sendo: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) discordo moderadamente, (4) neutro, (5) concordo moderadamente, (6) concordo e (7) concordo totalmente.

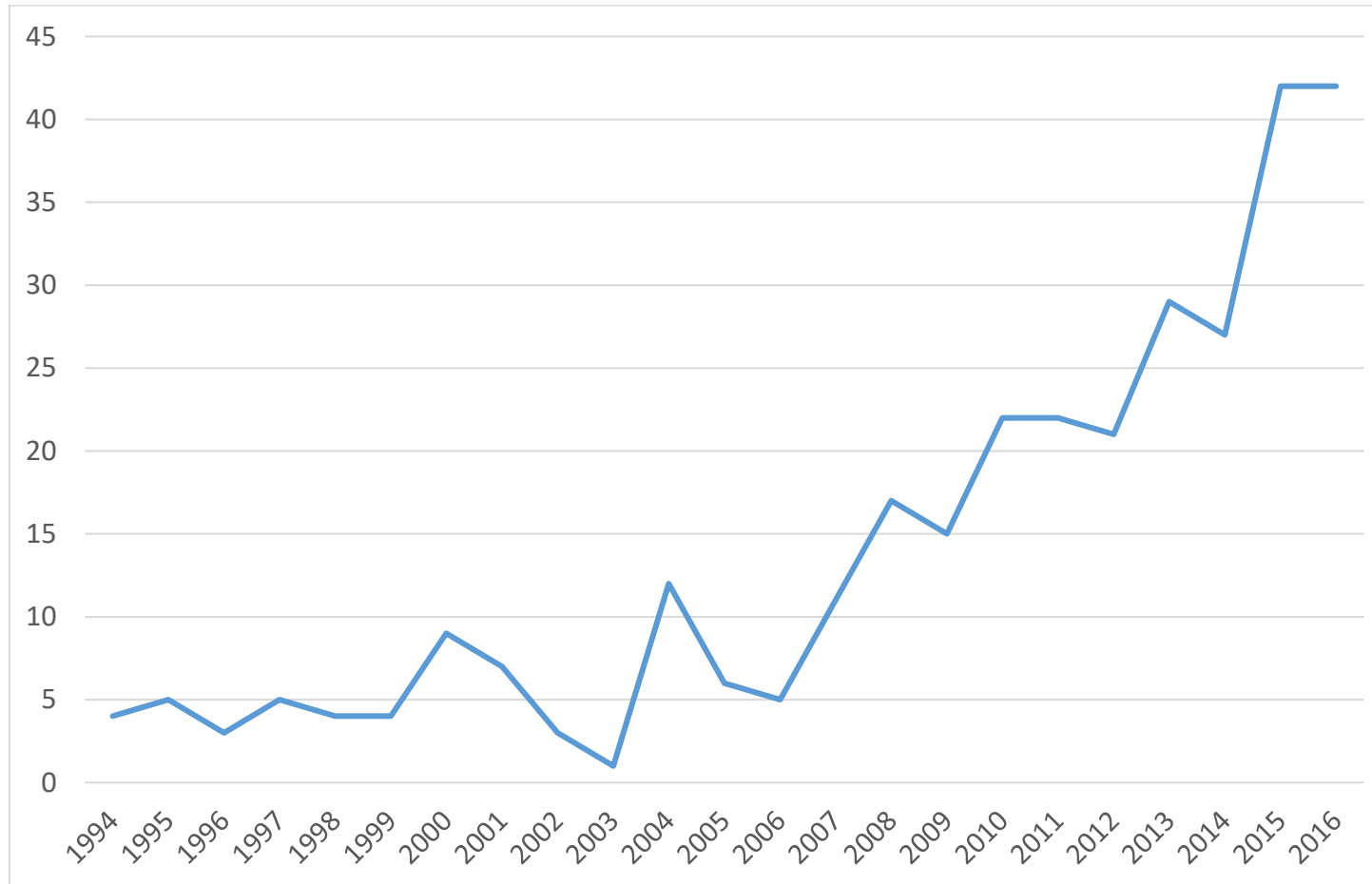
QS1. A qualidade geral do serviço oferecido pelo hospital que frequento é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
QS2. A qualidade do serviço oferecido no Hospital que frequento é impressionante.	1	2	3	4	5	6	7
QS3. O serviço oferecido pelo Hospital que frequento é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
QS4. Acho que o Hospital que frequento oferece serviço de qualidade superior em todos os seus níveis.	1	2	3	4	5	6	7
QS5. Minha impressão sobre o Hospital que frequento é muito positiva.	1	2	3	4	5	6	7
QINT1. O entrosamento que eu tenho com a equipe do Hospital que frequento é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
QINT2. O entrosamento que eu tenho com a equipe do Hospital que frequento é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
QINT3. Estou satisfeito com o entrosamento que tenho com a equipe do Hospital que frequento.	1	2	3	4	5	6	7
QTEC1. A qualidade do tratamento que recebo no Hospital que frequento é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
QTEC2. A assistência prestada pelo Hospital que frequento é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
QTEC3. Estou bem impressionado com a assistência oferecida pelo Hospital que frequento.	1	2	3	4	5	6	7
AMB1. Acho que o ambiente físico no Hospital que frequento é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
AMB2. Estou impressionado com a qualidade do ambiente físico do Hospital que frequento.	1	2	3	4	5	6	7
AMB3. O ambiente físico do Hospital que frequento é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
ADM1. O sistema de administração do Hospital que frequento é excelente.	1	2	3	4	5	6	7
ADM2. A administração do Hospital que frequento é de alto padrão.	1	2	3	4	5	6	7
ADM3. Tenho confiança no sistema de administração do Hospital que frequento.	1	2	3	4	5	6	7
INT1. A equipe do Hospital que frequento sempre ouve o que eu tenho a dizer.	1	2	3	4	5	6	7
INT2. A equipe do Hospital que frequento me trata como uma pessoa e não apenas como um número.	1	2	3	4	5	6	7
INT3. Sinto que a equipe do Hospital que frequento compreende as minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7

INT4. A equipe do Hospital que frequento se preocupa com o meu bem-estar.	1 2 3 4 5 6 7
INT5. Sempre recebo atenção personalizada por parte da equipe do Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
INT6. Acho fácil conversar as coisas com a equipe do Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
INT7. A equipe do Hospital que frequento explica as coisas de forma que eu consigo entender.	1 2 3 4 5 6 7
INT8. A equipe do Hospital que frequento demonstra disposição para responder às minhas perguntas.	1 2 3 4 5 6 7
INT9. Acredito que a equipe do Hospital que frequento se preocupa comigo.	1 2 3 4 5 6 7
REL1. Às vezes, a equipe do hospital que frequento e eu fazemos brincadeiras, rimos, ou falamos de coisas do dia-a-dia como bons amigos.	1 2 3 4 5 6 7
REL2. A equipe do Hospital que frequento e eu conversamos sobre outras coisas que estão acontecendo em nossas vidas, e não apenas sobre a minha condição de saúde.	1 2 3 4 5 6 7
REL3. Desenvolvi um bom relacionamento com alguns funcionários do Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
RES1. Eu me sinto esperançoso por realizar tratamento no Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
RES2. Ter ido ao Hospital que frequento aumentou as minhas chances de melhorar a minha saúde.	1 2 3 4 5 6 7
RES3. Acredito que minha saúde futura irá melhorar em razão de ir ao Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
RES4. Acredito que vale a pena fazer o tratamento no Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
RES5. Saio do Hospital que frequento sentindo-me encorajado sobre o meu tratamento.	1 2 3 4 5 6 7
RES6. Acredito que os resultados do meu tratamento no Hospital que frequento serão os melhores possíveis.	1 2 3 4 5 6 7
PER1. Pode-se confiar que a equipe do Hospital que frequento por ser bem treinada e qualificada.	1 2 3 4 5 6 7
PER2. A equipe do Hospital que frequento executa suas tarefas com competência.	1 2 3 4 5 6 7
PER3. Acredito que a equipe do Hospital que frequento é altamente capacitada para seus trabalhos.	1 2 3 4 5 6 7
PER4. Eu me sinto satisfeito em relação à qualidade dos cuidados dispensados a mim no Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
ATM1. O ambiente do Hospital que frequento é agradável.	1 2 3 4 5 6 7
ATM2. Eu gosto da “sensação” do ambiente no Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
ATM3. O Hospital que frequento possui um ambiente atraente.	1 2 3 4 5 6 7
ATM4. A temperatura no interior do Hospital que frequento é agradável.	1 2 3 4 5 6 7
ATM5. O Hospital que frequento tem um cheiro agradável.	1 2 3 4 5 6 7
TAN1. Os móveis do Hospital que frequento são confortáveis.	1 2 3 4 5 6 7
TAN2. Eu gosto do estilo visual Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
TAN3. O Hospital que frequento parece ser atraente.	1 2 3 4 5 6 7

TAN4. Gosto da decoração interior (ex.: estilo dos móveis) do Hospital que frequento.	1 2 3 4 5 6 7
TAN5. As cores utilizadas nas dependências do Hospital que frequento são atraentes.	1 2 3 4 5 6 7
TAN6. A iluminação no Hospital que frequento é adequada para este tipo de ambiente.	1 2 3 4 5 6 7
TAN7. O projeto do espaço físico do Hospital que frequento é acolhedor para o paciente.	1 2 3 4 5 6 7
PON1. O tempo de espera no Hospital que frequento é o menor possível.	1 2 3 4 5 6 7
PON2. Em geral, as consultas no Hospital que frequento são atendidas no horário marcado.	1 2 3 4 5 6 7
FUN1. Os registros e a documentação do Hospital que frequento não apresentam erros (por exemplo, o sistema de tesouraria).	1 2 3 4 5 6 7
FUN2. O Hospital que frequento trabalha bem com outros prestadores de serviço (por exemplo: serviço de limpeza).	1 2 3 4 5 6 7
FUN3. Acredito que o Hospital que frequento é bem administrado.	1 2 3 4 5 6 7
FUN4. Os procedimentos de registro de entrada no Hospital que frequento são eficientes.	1 2 3 4 5 6 7
FUN5. Os procedimentos de saída (alta) do Hospital que frequento são eficientes.	1 2 3 4 5 6 7
FUN6. Os horários de funcionamento do Hospital que frequento atendem às minhas necessidades.	1 2 3 4 5 6 7
APO1. O Hospital que frequento organiza grupos e programas de apoio aos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
APO2. O Hospital que frequento disponibiliza uma excelente variedade de serviços de apoio aos pacientes.	1 2 3 4 5 6 7
APO3. O Hospital que frequento oferece aos pacientes serviços que vão além do tratamento médico.	1 2 3 4 5 6 7

Fonte: Adaptado de (DAGGER, SWEENEY, JOHNSON, 2007; ROCHA, VEIGA, OLIVEIRA, SONG e FERREIRA, 2013)

ANEXO A – NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS POR ANO NO TEMA



Fonte: O próprio autor. Adaptado de *ISI Web of Science*