

# Dimensão Empresarial

ARTIGO DE RESULTADO DE PESQUISA

## CAPACIDADE DE RESPOSTA E SATISFAÇÃO NO SUS: UMA ANÁLISE DA MICRORREGIÃO DE LAVRAS – MINAS GERAIS

RESPONSIVENESS AND SATISFACTION IN SUS: AN ANALYSIS OF THE MICRO REGION OF LAVRAS – MINAS GERAIS  
CAPACIDAD DE RESPUESTA Y SATISFACCIÓN EN EL SUS: UN ANÁLISIS DE LA MICRO REGIÓN DE LAVRAS – MINAS GERAIS

Artigo resultante de pesquisa desenvolvida na Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, <https://www.formiga.ifmg.edu.br/>, Formiga, Brasil e Universidade Federal de Lavras, UFLA, <https://ufla.br/>, Lavras, Brasil. Data de recepção 29/03/2020. Data de aceitação 15/06/2020.

**Arlete Aparecida Abreu**

Phd in Business and Management. Docente da área de gestão do IFMG. Email: [arlete.abreu@ifmg.edu.br](mailto:arlete.abreu@ifmg.edu.br)

**Luiz Marcelo Antonilli**

Doutor em Administração. Professor Titular do Departamento de Administração e Economia da UFLA. Email: [imantonialli@gmail.com](mailto:imantonialli@gmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1220-6164>

### Como citar este artigo

Abreu, Arlete A. & Antonilli, Luiz M. (2020) Capacidade de resposta e satisfação no SUS: uma análise da microrregião de Lvras – Minas Gerais. *Dimensão Empresarial*, 18(3). DOI: 10.15665/de.v18i3.2316

### Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde da microrregião de Lavras (MG). Foram realizadas entrevistas com 84 envolvidos no processo de prestação de serviços; uma revisão sistemática sobre o tema e posterior adaptação da Escala Servperf. A nova ferramenta foi aplicada a 321 usuários de três municípios. Os dados foram analisados com análise fatorial exploratória e análise de regressão múltipla. Mostra-se que a percepção de qualidade em serviços de saúde, neste contexto, pode ser mensurada através de sete dimensões mostrando-se como os preditores mais fortes da satisfação. Palavras-chave: Qualidade; Satisfação; Serviços de Saúde, satisfação do usuário.

### Abstract

The objective of this work was to evaluate the quality of the public health service provided in the context of the Medical Care Networks in the Lavras (MG) micro region. 84 interviews were conducted with 84 people involved in the service delivery process and the subsequent adaptation of the Servperf scale. The new tool was applied to 321 users from three belonging municipalities. The data was analyzed with exploratory factor analysis and multiple regression analysis. It is shown that the perception of quality in health services, in this context, can be measured through seven dimensions, showing as the strongest predictors of satisfaction. Keywords: Quality; Satisfaction; Health Services, user satisfaction

### Resumen

El objetivo de este trabajo fue evaluar la calidad del servicio de salud pública prestado en el contexto de las Redes de Atención Médica en la micro región de Lavras (MG). Se realizaron 84 entrevistas con personas involucradas en el proceso de prestación de servicios y la posterior adaptación de la escala de Servperf. La nueva herramienta se aplicó a 321 usuarios de tres municipios pertenecientes. Los datos se analizaron con análisis factorial exploratorio y análisis de regresión múltiple. Se muestra que la percepción de calidad en los servicios de salud, en este contexto, se puede medir a través de siete dimensiones mostrándose como los predictores más fuertes de satisfacción. Palabras clave: Calidad; Satisfacción; Servicios de salud, satisfacción del usuario.



## INTRODUÇÃO

A qualidade em serviços constitui-se em um tema complexo e de difícil mensuração. No entanto, muitos esforços têm sido realizados para compreender como o processo de qualidade pode ser avaliado pela ótica dos clientes, especialmente a partir de trabalhos centrais no campo (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985). No setor de saúde, especificamente, é preciso cautela. O uso indiscriminado de ferramentas como a Servqual tornou-se motivo de alerta (Carman, 1990) e a multidisciplinaridade do campo faz a avaliação da qualidade ainda mais árdua. Prestadores, seu contexto, tipo de propriedade e de relação com o governo são dispostos em um sistema que reflete a política de saúde de um país. Ao mesmo tempo, esta estrutura influencia métodos e ferramentas que devem ser usadas para a avaliação da qualidade: de um lado o indivíduo em um momento de desconforto que é associado a diversos fatores (demográficos; psicológicos; sociais) e de outro um complexo sistema de oferta de serviços.

Na busca pela qualidade, a heterogeneidade do setor de serviços de saúde pode ser confirmada pela análise de diversas variáveis; como aquelas resultantes das interações que são estabelecidas no ambiente no qual o serviço é ofertado (Maurer et al., 2016); o tipo e o tamanho da organização prestadora; além do tipo de liderança estabelecida: médico; enfermeiro ou pessoal não clínico (Venables & Allender, 2008; Makarem & Al-Amin, 2014); o tempo de espera (Tessema et al., 2017); o alcance; a continuidade e a flexibilidade dos serviços (Rivard, Lépine, Mercier, & Morin, 2015); o acesso em suas diferentes formas: localização física (Johnson and Ugaz, 2016); a liberdade via telefone, (Kapp et al., 2017); a comunicação (Lv et al., 2016); a informação recebida antes e depois das consultas (Nisselle et al., 2008); o tempo para o paciente questionar (Kapp et al., 2017); dentre muitos outros. Em uma perspectiva gerencial, estas análises representam avanços, uma vez que a avaliação da qualidade em serviços de saúde tem se tornado um aspecto imprescindível no processo de tomada de decisão (Lima, Monteiro and Vasconcelos, 2017).

Para que a qualidade em serviços de saúde torne-se objeto de análise é preciso compreender também

o conceito de satisfação, uma vez que estes se relacionam (Sovd et al., 2006). Compreendida como um conceito teórico complexo; mas de fácil mensuração na prática, a satisfação representa uma valiosa ferramenta para a melhoria da qualidade (Verbeek et al., 2001), tornando-se um elemento importante em serviços de saúde (Thawesaengskulthai, Wongrukmit and Dahlgaard, 2015). Contudo, para gera-la, vários atributos essenciais precisam ser revisitados (Vassiliadis, Fotiadis and Tavlaridou, 2014).

Incorporar as opiniões dos pacientes e envolvidos nas avaliações (Rao, Peters and Bandeen-roche, 2006); compreendendo que a gravidade da enfermidade também representa fator influente neste processo (Lv et al., 2016; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005), torna-se vital, uma vez que a satisfação com os serviços de saúde parece relacionar-se à capacidade do paciente de funcionar adequadamente na sociedade (Ruggeri et al., 2004). Estar atento ao que os pacientes e provedores de serviços em saúde esperam, pode contribuir com a melhora da capacidade de resposta do sistema (Forouzan et al., 2013).

De forma geral, os benefícios relativos à melhoria da qualidade em serviços de saúde são indiscutíveis. É possível até mesmo incentivar sua busca; pois esta fortalece a proteção do indivíduo enquanto corrobora para o controle do sistema sobre agravos que necessitam de prevenção (Mariko, 2003; Hong, Montana, & Mishra, 2006; Agha & Williams, 2016; Afulani, 2016). Na atenção primária, especificamente, a melhoria de alguns aspectos relacionados à qualidade poderia reduzir o uso de serviços de emergência, bem como a desigualdade na área (Berra, Rodríguez-Sanz, Rajmil, Pasarín, & Borrell, 2014).

Desta forma, o objetivo deste artigo foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde, analisando os determinantes da satisfação dos pacientes neste contexto. Alicerçadas na prevenção, na continuidade (não fragmentação dos serviços), na economia de escala, no acesso e qualidade (Mendes, 2011); estas redes representam a estratégia adotada pelo poder público para a oferta de serviços de saúde no sistema

brasileiro (Sistema Único de Saúde – SUS). Para a execução deste trabalho, 321 questionários foram aplicados em três municípios (Lavras, Nepomuceno e Ijaci) que fazem parte da rede formada na microrregião de Lavras – MG. A avaliação do desempenho de um sistema nacional de saúde deve ser considerada, pois,

mesmo sendo difícil (depende dos determinantes de saúde; dos atores envolvidos politicamente; da distribuição e financiamento); trata-se de uma ação justificada e apoiada pelo interesse público (Ristea, Stegroiu, Ioan-Franc, & Dinu, 2009).

---

## METODOLOGIA

---

A ferramenta usada para mensurar a qualidade e delimitar os atributos relacionados à satisfação nos serviços de saúde foi construída mediante a execução de 4 fases: inicialmente foram realizadas entrevistas com os secretários de saúde dos três municípios com o objetivo de compreender melhor o funcionamento do sistema e seus desafios. Depois, pacientes e envolvidos com o processo de prestação de serviços foram ouvidos (84 entrevistas) a partir de um roteiro direcionado à obtenção de atributos necessários para que um serviço de saúde fosse considerado de qualidade. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, Parecer n. 2.330.920.

Na terceira etapa foi realizada uma revisão bibliométrica (Abreu, Antonialli and Andrade, 2018) para determinar, na literatura, quais os atributos, determinantes e medidas utilizadas para a mensuração da qualidade em serviços de saúde. Logo, de posse dos dados coletados por meio das entrevistas e da revisão; uma nova ferramenta para a análise da qualidade em serviços de saúde prestados nas Redes de Atenção foi proposta. Partindo-se do instrumento Servperf (adaptação das dimensões para o setor de saúde); novos atributos foram adequados às especificidades do contexto de pesquisa.

Foram aplicados 321 questionários (141 na cidade de Lavras; 100 em Nepomuceno e 80 em Ijaci); ambos aplicados em pontos de atenção da rede. A amostra, tanto para a escolha dos três municípios, quanto para o questionário aos pacientes aplicado pode ser considerada não probabilística do tipo intencional. Com este tipo de amostragem pode-se obter um resultado favorável, caso o critério de julgamento seja razoável (Marotti et al., 2008). Desta forma, uma vez que o município central da rede analisada é a

cidade de Lavras, recebendo e referenciando serviços, esta e mais duas próximas geograficamente foram escolhidas. Já em relação à escolha dos pacientes que iriam responder o questionário, era preciso que eles houvessem utilizado os serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) nos últimos 12 meses.

A ferramenta é direcionada, inicialmente, à análise deste último serviço recebido pelo paciente; passando para características gerais do prestador e do sistema. Separar as percepções dos pacientes em dimensões relacionadas e não relacionadas ao provedor tem uma diferença significativa na avaliação deste em relação aos diversos encontros realizados em um serviço de saúde (Shaffer and Sherrell, 1997). Além disso Makarem & Al-Amin (2014) demonstram a importância de incluir tanto fatores organizacionais e de mercado quanto as dimensões de processo de serviço para exame das avaliações dos pacientes.

Além disso, 40 afirmativas relacionadas aos atributos da qualidade dos serviços de saúde (frutos da revisão bibliográfica e das 84 entrevistas) foram apresentados aos usuários pesquisados. A forma de mensuração foi uma escala de 5 pontos: 1- Péssimo; 2- Ruim; 3- Indiferente; 4 – Bom; 5- Excelente; assim como em Nau & Pacholski (2007); Lee (2017); Larson, Hermosilla, Kimweri, Mbaruku, & Kruk (2014); Ward, Rolland, & Patterson (2005) e Biringer, Hartveit, Sundfør, Ruud, & Borg (2017). Para finalizar uma última questão buscou mensurar a satisfação dos entrevistados com os serviços por meio de uma escala de 5 pontos: 1-Muito Insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3 – Indiferente; 4- Satisfeito; 5- Muito Satisfeito. A ferramenta apresentou boa consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,912); indicando que as questões foram respondidas de forma coerente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Caracterização da amostra

A amostra foi formada por 250 mulheres e 71 homens; a maioria deles jovens (25,5% deste têm entre 31 e 41 anos de idade e 22,1% entre 30 e 39 anos); 58% afirmou receber rendimentos que se situavam entre R\$ 955,00 e R\$ 1909,00; e 43% possuía o ensino fundamental incompleto. Sobre o município de residência; dos 141 pesquisados em Lavras; 96 residiam na mesma; 18 em Ijaci; 7 na cidade de Luminárias; 5 em Perdões; 4 em Itutinga; 3 em Itumirim; em Ribeirão Vermelho e em Nepomuceno e 2 em Ingaí. Essa constatação confirma o

movimento de pacientes na rede, direcionados à serviços que não são ofertados em seu local de residência.

### A avaliação da qualidade

Uma análise inicial dos dados permite afirmar que, de forma geral, os entrevistados percebiam qualidade nos serviços ofertados (média 3,23). As melhores avaliações estão relacionadas ao *Respeito e paciência de médicos e enfermeiros* e *Respeito à privacidade* (ambas com média 4,09). Já *Quantidade de exames e materiais disponibilizados* foi a variável com a pior avaliação (média de 2,48), conforme pode ser observado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Estatísticas descritivas da *HealthPerf*

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1-Modernidade equipamentos	1,00	5,00	3,5919	,95776
2-Quantidade equipamentos	1,00	5,00	3,3115	1,07361
3-Limpeza geral	1,00	5,00	3,9094	,81593
4-Aparência e forma de vestir	1,00	5,00	3,9408	,79819
5-Estrutura para idosos e pessoas com mobilidade reduzida	1,00	5,00	3,3094	1,18026
6-Limpeza e funcionamento banheiro e bebedouros	1,00	5,00	3,5235	1,09253
7-Capacidade dos médicos e enfermeiros de resolver seu problema	1,00	5,00	3,6781	1,01067
8-Capacidade de médicos e enfermeiros	1,00	5,00	3,9470	,79077
9-Trato (respeito e paciência) médicos e enfermeiros	1,00	5,00	4,0997	,82312
10-Trato (respeito e paciência) funcionários recepção	1,00	5,00	3,9657	,87075
11-Liberdade para falar com o médico na consulta	1,00	5,00	4,0654	,83221
12-Explicação do médico sobre sintomas e sua saúde	1,00	5,00	3,9782	,88184
13-Respeito a sua privacidade	1,00	5,00	4,0935	,77297
14-Conhecimento do médico sobre seu histórico de saúde	1,00	5,00	3,8411	,90984
15-Tempo dedicado ao exame físico e consulta	1,00	5,00	3,5389	1,13160
16-Prontidão dos médicos e enfermeiros para te atender	1,00	5,00	3,8069	,85518
17-Compaixão dos médicos e enfermeiros com você	1,00	5,00	3,8224	,82704
18-Capacidade do médico de falar sobre suas ansiedades, hábitos de vida, situação familiar	1,00	5,00	3,5701	1,12732
19-Capacidade do sus de cumprir o que promete	1,00	5,00	2,4984	1,24781
20-Capacidade das unidades de abrir no horário determinado	1,00	5,00	3,8318	,81570
21-Comunicação da UBSPFS com bairro	1,00	5,00	3,5888	1,14253
22-Horário e dia de atendimento das unidades	1,00	5,00	3,7009	,93423
23-Grau de facilidade para chegar as unidades	1,00	5,00	3,7072	1,07307
24-Quantidade de pessoal disponibilizado à comunidade	1,00	5,00	2,7508	1,28216
25-Quantidade de exames e materiais disponibilizados	1,00	5,00	2,4891	1,18876
26-Capacidade do sus de resolver seu problema	1,00	5,00	2,9619	1,25878
27-Sempre disponibilizar um médico para te atender	1,00	5,00	3,2336	1,11730
28-Conseguir uma consulta com especialista	1,00	5,00	2,6075	1,20227
29-Disponibilizar o medicamento	1,00	5,00	2,5202	1,26999
30-Ofertar transporte caso necessário	1,00	5,00	3,2243	1,17507
31-Disponibilizar um médico regular a você (conhece você e seu histórico)	1,00	5,00	3,0935	1,31956
32-Documentos e informações sem erros	1,00	5,00	3,8287	,81313
33-Confiança nos materiais e medicamentos usados	1,00	5,00	3,6332	,95511
34-Segurança quando é atendido pelo SUS	1,00	5,00	3,4112	1,07779

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
35-Confiança nos médicos e enfermeiros	1,00	5,00	3,7868	,90683
36-Grau de responsabilidade dos funcionários	1,00	5,00	3,7757	,87652
37-Rapidez na entrega de resultados de exames	1,00	5,00	2,9844	1,30015
38-Organização e atualização das informações médicas	1,00	5,00	3,6698	,98266
39-Capacidade dos médicos e enfermeiros de fazer as coisas corretamente pela primeira vez	1,00	5,00	3,7375	,90963
40-Conhecimento dos funcionários sobre o processo para agendar consultas, conseguir exames	1,00	5,00	3,4984	1,08433
Grau de satisfação	1,00	5,00	3,2999	1,21002

Fonte: Dados da pesquisa

Diante da necessidade de compreender melhor as categorias que envolvem o processo de avaliação da qualidade em serviços, os dados coletados foram submetidos à Análise Fatorial; uma técnica estatística que busca, através da avaliação de um conjunto de variáveis, a identificação de dimensões de variabilidade (Bezerra (2009)). Para o autor, o intuito é desvendar, em um conjunto de fenômenos, estruturas existentes, mas que não são observáveis diretamente.

A Análise dos Componentes Principais, o método de rotação *Varimax* e a carga fatorial mínima de 0,45

(ponto de corte); assim como determina Hair et al. (2009); foram utilizados. Esse processo originou sete fatores contemplando 25 variáveis das 40 utilizadas na análise inicial, conforme pode ser observado na Tabela 2. A variância total explicada foi de 63,05%. Outras pesquisas também analisaram outras variáveis encontrando diferentes números de fatores ou dimensões para o setor de saúde (Rao, Peters, & Bandeen-roche, 2006; Lebrun-Harris et al., 2013); demonstrando a variabilidade do setor.

**Tabela 2.** Análise Fatorial: Matriz Rotacionada

Variáveis	Fatores						
	1	2	3	4	5	6	7
1-Modernidade equipamentos				,776			
2-Quantidade equipamentos				,733			
3-Limpeza geral						,777	
4-Aparência e forma de vestir						,690	
5-Capacidade (médicos e enfermeiros) de resolver seu problema	0,620						
6- Liberdade para falar com o médico na consulta	0,718						
7-Explicação do médico sobre sintomas e saúde	0,784						
8- Conhecimento do médico sobre seu histórico de saúde	0,534						
9- Prontidão (médicos e enfermeiros) para te atender	0,546						
10- Compaixão dos médicos e enfermeiros com você	0,623						
11- Capacidade do médico de falar sobre suas ansiedades, hábitos de vida, situação familiar	0,579						
12- Capacidade do SUS de cumprir o que promete			0,639				
13-Comunicação da UBS/PSF com o bairro					0,665		
14- Quantidade de exames e materiais disponibilizados			0,773				
15- Capacidade do SUS de resolver seu problema			0,772				
16- Conseguir uma consulta com especialista			0,693				

Variáveis	Fatores						
	1	2	3	4	5	6	7
17-Disponibilizar médico regular a você (conhece você e seu histórico)							0,639
18-Documentos/informações sem erros					0,576		
19- Confiança nos materiais e medicamentos usados		0,634					
20- Segurança quando é atendido pelo SUS		0,607					
21-Confiança médicos e enfermeiros		0,632					
22- Grau de responsabilidade dos funcionários		0,694					
23- Capacidade dos médicos e enfermeiros de fazer as coisas corretamente pela primeira vez		0,682					
24- Trato (respeito e paciência) médicos e enfermeiros	0,646						
25- Capacidade das unidades de abrir no horário determinado				0,648			
Total da variância Explicada (%)	31,03	7,6	5,86	5,75	4,5	4,21	4,08

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade.

Fonte: Dados da pesquisa

A medida da adequação da análise KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure); que indica o grau de explicação dos dados a partir dos fatores encontrados foi de 0,904; valor superior ao recomendado (Hair et al., 2009; Bezerra, 2009). Já o teste de Esfericidade de Barlett, outro indicador da adequabilidade da análise; também foi de significativo ( $p < 0,01$ ).

Os fatores encontrados na análise foram nomeados; segundo a maior parte das variáveis que os compõem (Hair et al, 2009). Desta forma, o primeiro fator, responsável por 31,03% da variação dos dados foi nomeado como *Equipe Médica*. Nesta dimensão estão oito variáveis relacionadas ao comportamento da equipe médica envolvida na prestação de serviços: o respeito e a paciência demonstrado pelos médicos e enfermeiros; sua capacidade de resolver os problemas dos pacientes; o conhecimento do médico sobre o histórico de saúde; sua explicação sobre o caso e a liberdade que ele fornece para dúvidas, além de sua capacidade de conversar sobre outros determinantes do estado de saúde (ansiedades, hábitos de vida, situação familiar, etc.). Neste fator também são avaliados a prontidão de médicos e enfermeiros no atendimento e sua compaixão com o paciente.

O segundo fator é responsável por 7,6% da variância e foi nomeado como *Confiança*. Engloba a confiança nos médicos e nos enfermeiros, além dos materiais e

medicamentos utilizados pelo sistema. Esta dimensão também abarca o grau de responsabilidade dos funcionários; a capacidade de médicos e enfermeiros de executarem uma ação corretamente pela primeira vez e a segurança que o paciente sente quando atendido pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Todas estas variáveis contribuem para que o paciente sintase resguardado no processo de recebimento dos serviços de saúde. No Sistema de Saúde Nacional do Reino Unido, financiado pelo poder público, a confiança foi considerada, pelos pacientes, como uma das dimensões mais importantes do serviço adequado (Patel, Baeza, Patel, Greene, & Theobald, 2007). O baixo nível de confiança pode estar associado à corrupção e à falta de profissionalismo no sistema, portanto, a responsabilização dos profissionais é fator importante (Shayo et al., 2016).

O terceiro fator foi chamado de *Capacidade de resposta do SUS* e responde por 5,86% da variação nos dados. É formado pelas variáveis que analisam a quantidade de materiais e medicamentos disponibilizados à população; a capacidade do sistema de conseguir uma consulta com um especialista; e a capacidade do sistema de resolver o problema do paciente e cumprir aquilo que promete. A falta de equipamentos essenciais e medicamentos também já haviam sido apontados por outros autores como uma falha na qualidade (Ehiri, Oyo-Ita, Anyanwu,

Meremikwu, & Ikpeme, 2005; Couillet et al., 2007); bem como as longas listas de espera pelo serviço (Barelds et al., 2009).

O quarto fator possui apenas duas variáveis: quantidade e modernidade dos equipamentos; representando 5,75% da variância, sendo nomeado como *Equipamentos*.

O quinto fator foi chamado de *Comunicação* e representa 4,5% da variância. É formado pelas variáveis; Comunicação da UBS/PSF com o bairro; oferta de documentos e informações sem erros e capacidade das unidades de abrir no horário determinado. Instalações adequadas e o recebimento de informações corretas podem ser fortes determinantes da satisfação (Sovd et al., 2006). Ao mesmo tempo, investimentos nas unidades de saúde estão associados a maiores níveis de satisfação (Asfaw et al., 2014).

A *Limpeza* representa o sexto fator (Limpeza geral e aparência e forma de vestir dos funcionários); explicando 4,21% da variação. Por fim, a variável; disponibilizar um médico regular a você (que conhece seu histórico); formou o sétimo fator, explicando 4,0,8% da variação nos dados, sendo nomeado como *Integralidade*. Esta última dimensão está relacionada a um dos pressupostos adotados na análise e teorização sobre a Atenção Primária em Saúde. Os serviços de saúde precisam ser organizados levando-se em consideração a *integralidade*, a continuidade e a coordenação dos cuidados. Para isso, é preciso estabelecer uma relação mútua de confiança entre a equipe e o paciente (Mendes, 2011), uma vez que os consumidores tem uma tendência a valorizar mais o apoio e empatia dos profissionais de saúde (Nisselle et al., 2008).

### ***As redes de atenção à saúde***

Uma análise da correlação entre as variáveis adotadas na ferramenta permitiu constatações importantes que estão ligadas à forma adotada na organização dos serviços de saúde. Embora seja possível apontar várias dimensões diferentes que podem estar relacionadas à qualidade, estas estão inter-relacionadas e o julgamento geral do paciente não opera apenas entre estas distinções (Haddad, Fournier and Potvin, 1998). Para a execução deste processo somente as correlações maiores que 0,5

foram adotadas, ou seja, as consideradas de força média a alta (Malina, 1996).

A variável *Explicação do médico sobre sintomas e sua saúde*; apresentou relação positiva e significativa com a variável *Liberdade para falar com o médico na consulta* (0,649 com  $p < 0,05$ ) e com a variável; *Trato (respeito e paciência) de médicos e enfermeiros* (0,525 com  $p < 0,05$ ). Isso significa que estas variáveis se influenciam positivamente, ou seja, a melhora na explicação; permite o aumento da liberdade para dúvidas e também é vista com uma forma de maior respeito e paciência com o paciente. Isso reafirma as constatações da Análise Fatorial, uma vez que a postura da equipe médica e suas variáveis correlacionadas são as que mais estão ligadas à percepção de qualidade. Informações adequadas sobre o estado de saúde são essenciais no processo de cuidado, pois podem incentivar a independência e o autocuidado, refletindo sobre o estado geral do paciente (Al-Yateem, Docherty and Rossiter, 2016).

A variável *Competência de médicos e enfermeiros* foi positivamente associada à variável *Capacidade dos médicos e enfermeiros de resolver seu problema* (0,537 com  $p < 0,05$ ); representando a parte técnica do cuidado. Ao mesmo tempo, a variável; *Trato (respeito e paciência) de médicos e enfermeiros*; foi positivamente correlacionada com a competência destes (0,501 com  $p < 0,05$ ) e com sua capacidade de resolver os problemas dos pacientes (0,527 com  $p < 0,05$ ); o que demonstra que o resultado do processo dos serviços de saúde ultrapassa questões práticas.

O conhecimento do médico sobre o histórico de saúde do paciente está positivamente correlacionado com a explicação sobre os sintomas e saúde do mesmo (0,532 com  $p < 0,05$ ). A capacidade de falar sobre assuntos que vão além da consulta (mas que influenciam o estado de saúde) está positivamente correlacionada com o conhecimento do médico sobre o histórico (0,501 com  $p < 0,05$ ). Se o médico conhece ou acompanha o histórico do paciente e o insere estas informações na rotina de consultas; ele acaba praticando efetivamente a integralidade dos cuidados, ou seja, a compreensão holística do sujeito (Costa de Souza et al., 2012).

A partir de uma análise das correlações entre as variáveis, especificamente por município de aplicação,

é possível afirmar características interessantes sobre a população aferida. Os questionários aplicados em Lavras e em Nepomuceno revelam que para aquela amostra; as variáveis que mais se correlacionam com a satisfação são, respectivamente para cada município: *Capacidade do SUS de cumprir o que promete* (0,511 e 0,510 ambas com  $p < 0,05$ ); *Segurança quando atendido pelo SUS* (0,480 e 0,498 ambas com  $p = 0,00$ ) e *Ofertar transporte caso necessário* (0,515 e 0,491 ambas com  $p < 0,05$ ). Já no município de Ijaci as correlações, de forma geral, apresentaram-se mais fortes e diversificadas: *Ofertar transporte* (0,613 com  $p < 0,05$ ); *Segurança quando atendido* (0,601 com  $p = 0,00$ ); *além de Organização e atualização das informações médicas* (0,593 com  $p < 0,05$ ); *Conseguir consulta com especialista* (0,598 com  $p < 0,05$ ); *Rapidez na entrega dos resultados* (0,565 com  $p < 0,05$ ); *Quantidade de equipamentos* (0,528 com  $p < 0,05$ ); *Prontidão em atender* (0,539 com  $p < 0,05$ ).

Percebe-se que, pelos dados, a importância da variável relacionada à oferta de transporte. Esse resultado reflete a própria estrutura das Redes de Atenção à Saúde, configurada segundo níveis de atenção (segundo a densidade tecnológica dela). Desta forma, as redes permitem o movimento do paciente, feito por meio do transporte, das unidades de menor complexidade (serviços básicos ofertados em cidades menores) para as de maior (estabelecida em municípios maiores). O transporte, portanto, viabiliza a entrega do serviço.

Analisando-se a estrutura das três cidades; Lavras é o eixo central da microrregião analisada, ofertando serviços de média e alta complexidade em seus hospitais privados e filantrópicos (recebendo e referenciando pacientes). Nepomuceno é um município pequeno, mas dispõe de uma Santa Casa com um pronto Socorro que pode receber algumas referências, especialmente em obstetrícia. Além disso, possui uma policlínica que atende a várias especialidades, utilizando-se de Consórcios Municipais para suprir a demanda neste tipo de atenção.

Já a cidade de Ijaci, com um número menor de habitantes, possui uma estrutura de saúde mais

simples (apenas duas unidades de Programa Saúde da Família - Atenção Primária) e um espaço que está sendo direcionado para funcionar como um Pronto Socorro (Dados e informações obtidas por meio das entrevistas com os gestores de cada município). Para população o número de equipamentos; a rapidez nos resultados; conseguir consulta com um especialista e a prontidão em atender são considerados critérios mais fortes para sua satisfação, o que pode ser explicado pelo fato destes dependerem mais da rede. Como o município oferta serviços mais básicos, todos os outros são conseguidos em outras cidades (via transporte público), ou seja, o processo é diferente. Estas pessoas não desfrutam de uma estrutura com especialistas em seu próprio território, muitos exames são enviados a outras localidades (o que aumenta a chance de demora nos resultados); muitos equipamentos só estão disponíveis nestes outros espaços e o tempo é algo singular. Portanto, é para avaliar a qualidade em serviços de saúde, o contexto deve ser averiguado. O desenvolvimento de modelos que mensurem a qualidade de serviços de saúde devem considerar diversos fatores como o tamanho da unidade; a localização; a nacionalidade; dados demográficos (Thawesaengskulthai, Wongrukmit and Dahlgaard, 2015); e até mesmo a adequação cultural (Forouzan et al., 2013).

### **Determinantes da satisfação**

Para análise das variáveis que melhor podem prever a satisfação geral do paciente, foi realizada uma Regressão Linear Múltipla pelo método hierárquico. Nela, a variável satisfação foi escolhida como dependente e os sete fatores encontrados na Análise Fatorial Exploratória foram considerados os preditores ou variáveis independentes.

No primeiro modelo, constatou-se que o poder de explicação do fator 6 denominado Limpeza; era muito baixo; sendo estatisticamente insignificativo na melhora da qualidade da análise (não houve alteração do R ajustado com a inserção deste fator, permanecendo 0,453). Além disso, a estatística de mudança não foi significativa ( $p > 0,05$ ), conforme pode ser observado na Tabela 3.



**Tabela 3.** Síntese do Primeiro Modelo com os sete fatores

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,130 <sup>a</sup>	,017	,014	1,20168	,017	5,457	1	319	,020	
2	,424 <sup>b</sup>	,180	,174	1,09941	,163	63,107	1	318	,000	
3	,639 <sup>c</sup>	,408	,402	,93538	,228	122,315	1	317	,000	
4	,668 <sup>d</sup>	,446	,439	,90605	,038	21,853	1	316	,000	
5	,679 <sup>e</sup>	,462	,453	,89495	,015	8,885	1	315	,003	
6	,681 <sup>f</sup>	,463	,453	,89480	,002	1,105	1	314	,294	
7	,689 <sup>g</sup>	,474	,463	,88693	,011	6,600	1	313	,011	1,916

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade

Fonte: Dados da pesquisa

Por esta razão, optou-se pela análise de um segundo modelo, sem o Fator 6 - Limpeza, como pode ser constatado nas Tabelas 4 e 5.

**Tabela 4.** Síntese do segundo modelo (excluindo o Fator 6 - Limpeza)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,130 <sup>a</sup>	,017	,014	1,20168	,017	5,457	1	319	,020	
2	,424 <sup>b</sup>	,180	,174	1,09941	,163	63,107	1	318	,000	
3	,639 <sup>c</sup>	,408	,402	,93538	,228	122,315	1	317	,000	
4	,668 <sup>d</sup>	,446	,439	,90605	,038	21,853	1	316	,000	
5	,679 <sup>e</sup>	,462	,453	,89495	,015	8,885	1	315	,003	
7	,687 <sup>f</sup>	,473	,463	,88711	,011	6,597	1	314	,011	1,913

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade

Fonte: Dados da pesquisa

O modelo de regressão ajustado é capaz de explicar cerca de 47,3% da variação na satisfação geral dos pacientes, sendo a Capacidade de resposta do SUS ( $\beta=0,478$ ); e a Confiança ( $\beta=0,403$ ); os preditores mais fortes desta. Deste modo, a quantidade de materiais e medicamentos disponibilizados pelo sistema; a capacidade de conseguir uma consulta com um

especialista e de cumprir o que é prometido; bem como a resolução do problema do paciente; são elementos relacionados ao alcance da satisfação em serviços de saúde. A facilidade de diagnóstico; a disponibilidade de medicamentos e a continuidade dos cuidados são atributos que influenciam a preferência dos pacientes (Berhane & Enquasselasie, 2015).

**Tabela 5.** Coeficientes do modelo adotado

Model	B	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		Std. Error	Beta			
	(Constant)	3,240	,050		65,434	,000
	REGR Equipe médica	,157	,050	,130	3,165	,002
	REGR Confiança	,488	,050	,403	9,845	,000
	REGR Cap.RespostaSUS	,578	,050	,478	11,661	,000
	REGR Equipamentos	,237	,050	,196	4,775	,000
	REGR Comunicação	,149	,050	,123	3,007	,003
	REGR Integralidade	,127	,050	,105	2,568	,011

Variável Dependente: Grau de satisfação geral

Fonte: Dados da pesquisa

Este resultado vai ao encontro de muitas constatações observadas nas 84 entrevistas, especialmente aquelas realizadas com funcionários e envolvidos no processo de prestação de serviços. Para estes, a qualidade dos serviços de saúde deve apresentar um tom diferente, envolvendo a conscientização do poder público de que, um sistema como o SUS, grande em território e em objetivos; deve possuir um sistema eficiente de captação de prestadores. Segundo alguns agentes de saúde e técnicos, o sistema não funciona porque não há incentivo à participação na rede: os preços pagos pelos exames e consultas são ínfimos; o que desestimula médicos e prestadores de todo o tipo. A demanda cresce, mas o sistema não consegue responder adequadamente (com consultas, exames, medicamentos e outros itens essenciais).

Aliado a este problema, existem as políticas públicas municipais e a intensa burocracia que cerca todo o processo na rede: o que ocasiona atrasos e perdas das solicitações de movimentação na rede (quando há necessidade de exames; cirurgias; especialidades; feitas em outros municípios ou não). De forma sucinta: não falta exatamente estrutura e sim organização. Faltam políticas que sejam alinhadas ao que o sistema promete e ao que

o cidadão e o município precisam. Uma vez que o sistema não cumpre o que promete e não resolve o problema do cidadão; é óbvio que sua confiança em tal aparato também seja prejudicada, o que automaticamente afeta sua satisfação com o serviço prestado.

Apenas fornecer melhorias infraestruturais, sem a devida atenção aos processos essenciais; pode ter um efeito limitado na qualidade dos serviços de saúde (Ehiri et al., 2005; Larson et al., 2014), pois a gestão eficiente tem impactos consideráveis na mesma (Sannisto et al., 2010). Mesmo que protocolos e diretrizes sejam acatados; a falta de recursos humanos, o que coloca a equipe sob pressão; culmina em elevados tempos de espera; consultas apressadas; continuidade baixa e fragmentada; pouco tempo para comunicação e educação do paciente; erros; má qualidade e insatisfação (Scheffler, Visagie and Schneider, 2015). Portanto, ouvir a população atendida pelo sistema permite a identificação de variáveis que realmente, forneçam impacto na melhoria da qualidade e conseqüentemente na satisfação, ou seja, trata-se da fonte primária para estratégias e políticas públicas.

## CONCLUSÃO

O objetivo do artigo foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde, analisando os determinantes da satisfação dos pacientes neste contexto.

A análise fatorial demonstrou que sete fatores explicam 63,05% na variância dos dados: *Equipe Médica; Confiança; Capacidade de resposta do SUS; Comunicação; Limpeza e Integralidade*. Desta forma, a qualidade dos serviços de saúde na rede pode ser

mensurada por meio da análise destas dimensões. É importante ressaltar que; mediante todas as variáveis e circunstâncias envolvidas na prestação de serviços de saúde; aquelas relacionadas à Equipe Médica (respeito, capacidade; conhecimento; prontidão; compaixão e comunicação) constituem-se como mais relevantes para o alcance da qualidade nesse setor.

A análise da variável satisfação e sua correlação com aquelas consideradas determinantes da qualidade; permite importantes constatações; como a relação positiva entre elementos da comunicação entre médico e paciente e a percepção sobre respeito e paciência por parte do primeiro e a importância do histórico de saúde para a execução da integralidade nos cuidados. Outro destaque é a necessidade de adequação dos modelos de mensuração da qualidade a características relacionadas à população e ao contexto das redes em que esta encontra-se. As necessidades não são iguais, portanto, o que determina a qualidade e a satisfação dos serviços de saúde neste contexto também não podem ser consideradas de forma unívoca.

A análise de Regressão Múltipla permitiu afirmar que a *Capacidade de Resposta do SUS* foi o preditor mais forte da satisfação geral dos usuários entrevistados. Esta constatação corrobora com algumas descobertas realizadas nas entrevistas feitas com envolvidos no processo de prestação de serviços em saúde e chama a atenção para a necessidade de alinhamento entre o que o sistema prega e as políticas nacionais e municipais de oferta de serviços.

Desta forma, pode-se afirmar que, neste contexto, a percepção de qualidade pode ser analisada através de uma estrutura de sete fatores: características da equipe médica; a confiança; a comunicação; a integralidade do cuidado; os equipamentos disponíveis; a limpeza e a capacidade do sistema como um todo de funcionar de forma efetiva. Contudo, é a dimensão Capacidade de resposta do SUS que determina de maneira mais forte a satisfação. Portanto, está dependente do poder público e de suas estratégias para viabilizar aquilo que promete, resolvendo os problemas de saúde da população, mas especificamente, disponibilizando materiais, medicamentos e cumprindo o primeiro passo na rede: o encaminhamento a um especialista.

---

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

---

Uma das limitações deste estudo é a sua realização em três pontos de uma microrregião da rede. Ressalta-se que todo o território é subdividido em macro e microrregiões de saúde; com diferentes prestadores; serviços ofertados e população subordinada. Mais estudos em outros pontos da rede precisam ser

executados, especialmente atentando-se para características regionais. Além disso, espera-se que este trabalho incentive a avaliação da qualidade em outras micro e macrorregiões que formam as Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

---

## REFERÊNCIAS

---

- Abreu, A.A.; Antonialli, L.M. & Andrade, D.M. (2018) Como mensurar a qualidade de serviços prestados em saúde: Síntese das dimensões, atributos e medidas utilizadas na literatura. In *XXI SEMEAD - Seminários em Administração*, 1–19. <http://177.105.2.222/handle/1/37306>
- Afulani, P.A. (2016) Determinants of stillbirths in Ghana: Does quality of antenatal care matter? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–17. DOI: 10.1186/s12884-016-0925-9.
- Agha, S. & Williams, E. (2016) Quality of antenatal care and household wealth as determinants of institutional delivery in Pakistan: Results of a cross-sectional household survey. *Reproductive Health*. 13(1), 1–8. DOI: 10.1186/s12978-016-0201-5.
- Al-Yateem, N.; Docherty, C. & Rossiter, R. (2016) Determinants of Quality of Care for Adolescents and Young Adults With Chronic Illnesses: A Mixed Methods Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 255–266. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.12.003.
- Amatulli, A.; Azzone, P. & Srebnik, D. (2005) Monitoring the quality of an Italian public psychiatric service: A four dimensions study of the outcome. *European Journal of Psychiatry*, 19(1), 5–18. DOI: 10.4321/S0213-61632005000100001.

- Asfaw, Elias; Dominis, Sarah; Palen, John G.H.; Wong, Wendy; Bekele, Abebe; Kebede, Amha & Johns, Benjamin (2014) Patient satisfaction with task shifting of antiretroviral services in Ethiopia: Implications for universal health coverage. *Health Policy and Planning*, 29, ii50-ii58. DOI: 10.1093/heapol/czu072.
- Barelds, Anna; van de Goor, Lam; Bos, Maria; van Heck, Guus L. & Schols, Jos M.G.A. (2009) Care and service trajectories for people with intellectual disabilities: Defining its course and quality determinants from the client's perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(3), 163–172. DOI: 10.1111/j.1741-1130.2009.00224.x.
- Berhane, A. & Enquasselasie, F. (2015) Patients preferences for attributes related to health care services at hospitals in Amhara Region, northern Ethiopia: a discrete choice experiment. *Patient Preference and Adherence*, 9, p. 1293. DOI: 10.2147/PPA.S87928.
- Berra, S. et al. (2014) Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cadernos de saúde pública*, 30(12), 2607–18. DOI: 10.1590/0102-311X00001014.
- Biringer, E. et al. (2017) Continuity of care as experienced by mental health service users - A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–15. DOI: 10.1186/s12913-017-2719-9.
- Carman, J.M. (1990) Consumer Perceptions Of Service Quality : An Assessment Of The SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33–55.
- Costa de Souza, M. et al. (2012) Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia Integral health assistance: a look to physiotherapy from the point of view of the Family Health Team. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, 36(3), 452–460. Available at: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/integralidade\\_antecao\\_saude\\_olhar\\_equipe.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf).
- Couillet, M. et al. (2007) The use of antenatal services in health centres of Fès, Morocco. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(7), 688–694. DOI: 10.1080/01443610701629080.
- Ehiri, J.E. et al. (2005) Quality of child health services in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Child: care, health and development*, 31(2), 181–91. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2004.00493.x.
- Forouzan, A.S. et al. (2013) Service Users and Providers Expectations of Mental Health Care in Iran: A Qualitative Study', *Iranian Journal of Public Health*, 42(10), 1106–1116.
- Haddad, S.; Fournier, P. & Potvin, L. (1998) Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 10(2), 93–104. DOI: 10.1093/intqhc/10.2.93.
- Hong, R.; Montana, L. & Mishra, V. (2006) 'Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt', *BMC Health Services Research*, 6, 1–8. DOI: 10.1186/1472-6963-6-79.
- Johnson, D. & Ugaz, J. (2016) Determinants of quality of family planning counseling among private health facilities in Lagos. *Studies in Family Planning*, 47(3), 239–251. DOI: 10.1111/j.1728-4465.2016.00063.x.
- Kapp, C. et al. (2017) Identifying the determinants of perceived quality in outpatient child and adolescent mental health services from the perspectives of parents and patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 26(10), 1269–1277. DOI: 10.1007/s00787-017-0985-z.
- Larson, E. et al. (2014) Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14, 483. DOI: 10.1186/1472-6963-14-483.
- Lebrun-Harris, L. A. et al. (2013) Effects of patient-centered medical home attributes on patients' perceptions of quality in federally supported health centers. *Annals of Family Medicine*, 11(6), 508–516. DOI: 10.1370/afm.1544.
- Lee, D. H. (2017) HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*, 11(3), 491–516. DOI: 10.1007/s11628-016-0317-2.
- Lima, A. A.; Monteiro, L. F. & de Vasconcelos, C. R. (2017) Avaliação do desempenho dos serviços de saúde: análise das usuárias de uma unidade de atenção básica com base no modelo Kano. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(1), 42–51.
- Lv, Y. et al. (2016) Analysis of factors influencing inpatient and outpatient satisfaction with the Chinese military health service. *PLoS ONE*, 11(3), 1–13. DOI: 10.1371/journal.pone.0151234.
- Makarem, S. C. & Al-Amin, M. (2014) Beyond the Service Process: The Effects of Organizational and Market Factors on Customer Perceptions of Health Care Services. *Journal of Service Research*, 17(4), 399–414. DOI: 10.1177/1094670514541965.
- Malina, R. M. (1996) Tracking of Physical Activity and Physical Fitness across the Lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67(3), 48–57. DOI: 10.1080/02701367.1996.10608853.
- Mariko, M. (2003) Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process, and outcome components. *Social Science and Medicine*, 56(6), 1183–1196. DOI: 10.1016/S0277-9536(02)00117-X.

- Marotti, J. *et al.* (2008) Amostragem em pesquisa clínica : Tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), 186–194.
- Maurer, M. *et al.* (2016) Understanding Consumer Perceptions and Awareness of Hospital-Based Maternity Care Quality Measures. *Health Services Research*, 51, 1188–1211. DOI: 10.1111/1475-6773.12472.
- Nau, D.P. & Pacholski, A. M. (2007) Impact of pharmacy care services on patients' perceptions of health care quality for diabetes. *Journal of the American Pharmacists Association*, 47(3), 358–365. DOI: 10.1331/JAPhA.2007.06104.
- Nisselle, A. *et al.* (2008) Consumer contribution to the delivery of genetic health services. *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 146(17), 2266–2274. DOI: 10.1002/ajmg.a.32271.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A. & Berry, L.L. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41–50.
- Patel, H. *et al.* (2007) Improving sexual health services in the city: Can the NHS learn from clients and the service industry. *Health Expectations*, 10(2), 139–147. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2006.00428.x.
- Rao, K. D.; Peters, D. H. & Bandeen-roche, K. (2006) Towards patient-centered health services in India — a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(6), 414–421.
- Ristea, A.L. *et al.* (2009) Responsiveness of Health Systems: A Barometer of Quality of Health Services. *Amfiteatru Economic*, 26(26), 277–286. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/6486868.pdf>.
- Rivard, M. *et al.* (2015) Quality Determinants of Services for Parents of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2388–2397. DOI: 10.1007/s10826-014-0041-2.
- Ruggeri, M. *et al.* (2004) A longitudinal evaluation of two-year outcome in a community-based mental health service using graphical chain models: The South-Verona Outcome Project 9. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(1), 10–23. DOI: 10.1002/mpr.160.
- Sannisto, T. *et al.* (2010) Quality of the contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(4), 243–254. DOI: 10.3109/13625187.2010.500750.
- Scheffler, E.; Visagie, S. & Schneider, M. (2015) The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 7(1), 1–11. DOI: 10.4102/phcfm.v7i1.820.
- Shaffer, T. R. & Sherrell, D. L. (1997) Consumer Satisfaction with Health-Core Services: The Influence of Involvement. *Psychology & Marketing*, 14(No. 3, May), 261–285.
- Shayo, E. H. *et al.* (2016) Access and utilisation of healthcare services in rural Tanzania: A comparison of public and non-public facilities using quality, equity, and trust dimensions. *Global Public Health*, 11(4), 407–422. DOI: 10.1080/17441692.2015.1132750.
- Sovd, T. *et al.* (2006) Acceptability as a key determinant of client satisfaction: lessons from an evaluation of adolescent friendly health services in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 519–526. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2005.03.005.
- Tessema, G.A. *et al.* (2017) Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: Multilevel modelling. *PLoS ONE*, 12(6), 1–20. DOI: 10.1371/journal.pone.0179167.
- Thawesaengskulthai, N.; Wongrukmit, P. & Dahlgaard, J.J. (2015) Hospital service quality measurement models: patients from Asia, Europe, Australia and America. *Total Quality Management and Business Excellence*, 26(9–10), 1029–1041. DOI: 10.1080/14783363.2015.1068596.
- Vassiliadis, C.A.; Fotiadis, A. K. & Tavlaridou, E. (2014) The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7–8), 897–907. DOI: 10.1080/14783363.2014.904564.
- Venables, K.M. & Allender, S. (2008) Quality of occupational health provision: Two rating scales and their determinants. *Occupational Medicine*, 58(6), 439–442. DOI: 10.1093/occmed/kqn076.
- Verbeek, J. *et al.* (2001) Consumer satisfaction with occupational health services: Should it be measured?. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(4), 272–278. DOI: 10.1136/oem.58.4.272.
- Ward, K.; Rolland, E. & Patterson, R. (2005) Improving Outpatient Health Care Quality: Understand the Quality Dimensions. *Health Care Manage Rev*, 30(4), 361–371.
- Yesilada, F. & Direktör, E. (2010) Health care service quality : A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4(June), 962–971.

## OUTRAS REFERÊNCIAS

---

Bezerra, F.A. (2009) Análise Fatorial, in Corrar, L. J., Paulo, E., and Filho, J. M. D. (eds) *Análise Multivariada para os Cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia*. São Paulo: Editora Atlas S.A., 73–129. doi: 10.1590/S1413-81232011000600014.

Mendes, E.V. (2011) *As redes de atenção à saúde*. 2nd edn, *Organização Pan-Americana de Saúde*. 2nd edn. Brasília.