

Quality Saúde – uma adaptação transcultural multicêntrica dos constructos da escala Servqual de satisfação para o SUS, por translação de conhecimento de especialistas e usuários

Galba Freire Moita

Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Vitor Manuel Reis Raposo

Universidade de Coimbra, Portugal

O Conselho Federal de Medicina (2014, 2015) publicou pesquisas que revelaram uma suposta insatisfação de mais de 90% da população brasileira no que diz respeito à saúde pública e à suplementar. Em uma pesquisa bibliográfica integrativa sobre a mensuração de qualidade e satisfação do usuário de saúde no Brasil são tímidos os resultados obtidos, além de não haver registros de padronização de sistemas de mensuração de qualidade e satisfação no SUS. Por sua vez, uma breve análise da escala proposta na iniciativa do Gespública (BRASIL, 2014) revela muita similaridade com as cinco dimensões e com as 22 questões da escala original Servqual (PARASURAMAN et al., 1991^a; BERRY et al., 1994), mas, não há evidências da validade na construção da escala de satisfação que compõe o IPPS. Objetivo: estudaram-se as questões da escala Servqual visando à validação de constructos (ideias-forças) representativos das 22 questões originais, no âmbito do SUS. Métodos: Os resultados obtidos das respostas de 195 profissionais e 506 usuários, em três fases sucessivas (painel de especialistas, grupos Delphi e pesquisa de campo), foram objetos de análise descritiva e de significância estatística. Resultados/conclusões: os 40 constructos, 22 subdimensões e 05 macrodimensões que surgiram e tiveram avaliações médias acima do nível 3 (relevante) foram usados para análise inferencial, com rigor metodológico. As análises de confiabilidade e validade resultaram em um modelo final de 38 constructos, 15 subdimensões e quatro macrodimensões que podem, futuramente, basear a proposição de questões pertinentes em um instrumento avaliativo de qualidade percebida (satisfação) no SUS.

Palavras-Chave: qualidade de saúde, saúde pública, pesquisa de satisfação do cliente, pesquisa qualitativa, Sistema Único de Saúde, Brasil

[Artigo recebido em 30 de novembro de 2017. Aprovado em 27 de fevereiro de 2019.]

Quality Saúde - una adaptación transcultural multicéntrica de los constructos de la escala Servqual de satisfacción para el SUS, por traslación de conocimiento de especialistas y usuarios

El Consejo Federal de Medicina (2014, 2015) publicó investigaciones que revelaron una supuesta insatisfacción de cerca del 87% con la salud brasileña. En una investigación bibliográfica integrativa sobre medición de calidad y satisfacción del usuario son tímidos los resultados obtenidos. No hay registros de estandarización de sistemas de medición de calidad y satisfacción en el SUS. Un breve análisis de la escala propuesta en la iniciativa del Gespública (BRASIL, 2014) revela mucha similitud con las cinco dimensiones y con las 22 cuestiones de la escala original Servqual (PARASURAMAN et al., 1991a; BERRY et al., 1994), pero aparentemente, en la composición de la escala de satisfacción que compone el IPPS. Objetivo: se estudiaron las cuestiones de la escala Servqual con el objetivo de validar las construcciones (ideas-fuerzas) representativas de los 22 temas originales dentro del SUS. Métodos: los resultados obtenidos de las respuestas de 195 profesionales y 506 usuarios, en tres fases sucesivas (panel de expertos, grupos Delphi y estudio de campo), fueron objetos de análisis descriptivo y de significancia estadística. Resultados/conclusiones: los 40 constructos, 22 subdimensiones y 5 macrodimensiones que surgieron y tuvieron valoraciones medias por encima del nivel 3 (relevante) fueron usadas para análisis inferencial, con rigor metodológico. Los análisis de confiabilidad y validez resultaron en un modelo final de 38 constructos, 15 subdimensiones y cuatro macrodimensiones que pueden, en el futuro, basar la proposición de cuestiones pertinentes en un instrumento de evaluación de calidad percibida (satisfacción) en el SUS.

Palabras clave: calidad de salud, salud pública, investigación de satisfacción del cliente, investigación cualitativa, Sistema Único de Saúde, Brasil

Quality Saúde - a multi-centric cross-cultural adaptation of the Servqual satisfaction constructs for the SUS, by translating knowledge from experts and users

The Federal Council of Medicine (2014, 2015) published research that revealed an alleged dissatisfaction of more than 87% of the Brazilian population with regard to public health and supplementary health. In an integrative bibliographical research on the measurement of quality and satisfaction of the health user in Brazil, the results obtained are timid, besides there are no records of standardization of quality measurement and satisfaction systems in SUS. In turn, a brief analysis of the scale proposed in the Gespública initiative (BRASIL, 2014) reveals much similarity with the five dimensions and with the 22 questions of the original Servqual scale (PARASURAMAN et al., 1991a; BERRY et al., 1994), but there is no evidence of the validity in the construction of the satisfaction scale that makes up the IPPS. Objective: The questions of the Servqual scale were studied aiming at the validation of constructs (ideas-forces) representative of the 22 original issues within the SUS. Methods: The results obtained from the replies of 195 professionals and 506 users, in three successive phases (expert panel, Delphi groups and field survey), were objects of descriptive analysis and of statistical significance. Results/conclusions: the 40 constructs, 22 subdimensions and 05 (macro) dimensions emerged and had mean values above level 3 (relevant) were used for inferential analysis with methodological rigor. The reliability and validity analyze resulted in a final model of 38 constructs, 15 subdimensions and four macro dimensions that may, in the future, base the proposition of pertinent questions on a perceptual quality instrument (satisfaction) in SUS.

Keywords: quality of health, public health, customer satisfaction research, qualitative research, Sistema Único de Saúde, Brazil

Introdução

As bases da avaliação de qualidade e dos estudos econômicos em saúde foram lançadas antes da década de 1970, mas a maioria dos estudos apontam Avedis Donabedian como debatedor seminal sobre a estruturação do sistema de avaliação em serviços de saúde, que, em 1980, a partir da teoria dos sistemas organizacionais, apresentou uma proposta de avaliação pautada em três pilares: estrutura, processos e resultados, com o objetivo de aferir o desempenho e os resultados de serviços de saúde. Escorel *et al.* (2007) afirmam que os serviços de saúde precisam ser constantemente monitorados e avaliados, como forma de garantir a qualidade do atendimento.

Nesse propósito, a avaliação de qualidade e satisfação no âmbito da oferta de serviços tem sido um desafio para acadêmicos e gestores. Em 2014 e 2015, o Conselho Federal de Medicina publicou pesquisas que revelaram uma suposta insatisfação de mais de 87% da população brasileira no que diz respeito à saúde pública e à suplementar. Nesse cenário, evidencia-se a importância de se avaliar a satisfação relatada por usuários de saúde. Entretanto, a pesquisa integrativa realizada revela que no Brasil são tímidas as iniciativas de avaliação de qualidade e satisfação através de instrumentos padronizados e devidamente validados.

Em busca de desenvolver um método de mensuração da satisfação de usuários de serviços públicos, um estudo do Ministério do Planejamento do Brasil propôs a criação do Instrumento Padrão de Pesquisa e Satisfação (IPPS) tendo analisado três metodologias internacionais (o *American Consumer Satisfaction Index* da Universidade de Michigan; o *Servqual* - dos especialistas Zeithaml, Parasuraman e Berry- e também do *Common Measurement Tool* do Centro Canadense de Gestão), no âmbito do Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização - *Gespública* (BRASIL, 2010). Destaca-se que as cinco dimensões propostas na escala *Servqual* (confiabilidade, capacidade de resposta, segurança, empatia e tangibilidade) e as 22 questões originais foram adaptadas e incorporadas a uma proposta de questionário do instrumento padrão de pesquisa de satisfação (IPPS) (BRASIL, 2014).

O programa *Gespública* foi instituído pelo Decreto nº 5.378/2005 (BRASIL, 2005), e disponibiliza em seu sítio (www.gespublica.gov.br) a metodologia para elaboração da carta de serviço ao cidadão e o IPPS. Segundo Batista e Paiva (2014) o IPPS é um software que combina, na forma de um questionário de pesquisa de opinião padronizado, elementos das principais metodologias internacionais de medição de satisfação dos usuários.

No escopo da saúde, uma ampla revisão da literatura mundial aponta que a satisfação do usuário é multifacetada e de difícil mensuração (ESPERIDIÃO;

TRAD, 2005; ESPERIDIÃO, 2009) e, assim, em muitas pesquisas surgem resultados desconectados da realidade, ou seja, existem insatisfações dos pacientes com os serviços recebidos, porém pouco explicadas nos resultados das pesquisas, possivelmente por falhas nas metodologias de mensuração, sendo um campo de interesse para os decisores de saúde (AHARONY; STRASSER, 1993 *apud* ESPERIDIÃO; TRAD, 2005, p. 304).

Apesar do relativo consenso de que a qualidade é vista como um dos aspectos centrais a ser considerado para a avaliação em saúde (DONABEDIAN, 1980; VUORI, 1982), não existe uma definição universalmente aceita de cuidado em saúde, qualidade ou qualidade de atendimento. Podem-se destacar alguns estudos que apontam diferentes abordagens. Groönroos (2003) sugere mensurar a qualidade de serviços sob a ótica de seis critérios de qualidade percebida. Szymanski e Henard (2001) salientam que as investigações sobre **satisfação** de consumidores focam predominantemente os efeitos sobre a **satisfação** por meio das variáveis preditoras. Outros autores apresentam estudos aplicados com outras perspectivas e instrumentos relatados na literatura (CRONIN; TAYLOR, 1992; FERREIRA, 1993; FERREIRA; RAPOSO, 2006; PEDRO *et al.*, 2010; CHAHAL; KUMARI, 2011; 2012; FERREIRA *et al.*, 2017). Neste estudo resolveu-se adotar a aferição da qualidade e satisfação pela discrepância entre **expectativa** (pré-consumo) e **desempenho** percebido (pós-consumo) defendida por outros autores (OLIVER, 1980; 1981a; b; PARASURAMAN *et al.*, 1985b; 1988; TSE; WILTON, 1988; YI, 1990; PARASURAMAN *et al.*, 1991b; a; PARASURAMAN *et al.*, 1994), fundamentados no campo da translação de conhecimentos no qual as teorias consolidadas são alvos de transliteração à luz de experiências dos atores sociais envolvidos (HARTZ; JOHN, 2008; CLAVIER *et al.*, 2011; BARBOSA; NETO, 2017).

Em uma pesquisa sistemática nas principais bases de artigos científicos do Brasil, ficou patente a escassez de instrumentos de mensuração de qualidade/satisfação de usuários, pois não se identificou nenhuma metodologia robusta de avaliação de qualidade e satisfação na saúde do Brasil, achados alinhados com os resultados de uma revisão sistemática extensiva, entre 1990 e 2013, relatados por Volpato (Luciana Fernandes Volpato, 2014)(2014). Dessa forma, tem-se a questão central deste estudo: em um ambiente de escassez de metodologias e instrumentos validados e padronizados para mensuração de qualidade e satisfação na perspectiva de usuários de saúde pública, qual a importância relativa entre constructos, subdimensões e macrodimensões e seus possíveis fatores mediadores na adaptação de uma escala usada internacionalmente aplicada em saúde pública no Brasil?

Nesse contexto, surge o objetivo principal de, a partir de um modelo relevante na literatura mundial, validar e consolidar um grupo de constructos (ideias-forças)

de qualidade/satisfação, distribuídos em subescalas de análise (subdimensões e macrodimensões) por uma amostra de profissionais e usuários de saúde pública, através de um processo de adequação, tradução transcultural e análises de confiabilidade e validade (por meio de correlação e análise fatorial exploratória), que permitam futuramente a estruturação de instrumento com questões de avaliação de qualidade/satisfação do SUS.

Assim, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), justifica-se a análise da contribuição de uma adaptação transcultural da escala *Service Quality* – Servqual, elaborada por Parasuraman *et al.* (1985a), que é pautada no modelo *gap model* de satisfação de Oliver (1980), que afirma que a satisfação do cliente é uma função da diferença entre expectativa e desempenho, apesar de possíveis limitações relatadas na literatura (CRONIN; TAYLOR, 1992; CHAHAL; KUMARI, 2011; 2012), além da concepção de outros instrumentos (FERREIRA, 1993; FERREIRA; MENDES, 1997; FERREIRA *et al.*, 2001; FERREIRA; RAPOSO, 2006; PEDRO *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2017).

Dessa forma, a proposta de tradução e adaptação transcultural da escala Servqual em um novo instrumento (Quality Saúde) fundamenta-se no campo da translação de conhecimentos no qual as teorias consolidadas são alvos de transliteração à luz de experiências dos atores sociais envolvidos (BARBOSA; NETO, 2017 *apud* CLAVIER *et al.*, 2011; HARTZ *et al.*, 2008). No presente estudo, pautou-se em um processo colaborativo visando estabelecer os constructos (ideais-forças) para sintetizar e aplicar conhecimentos visando à melhoria de serviços em prol de preenchimentos de lacunas de saberes e instrumentos para transformar políticas e práticas (BARBOSA; NETO, 2017 *apud* CIHR, 2004, p. 2; WHO, 2006, p. 1) para a gestão de serviços do SUS. O processo aplicado pode ser expandido para outros serviços públicos, visando estruturar e validar escalas de qualidade específicas.

A avaliação de qualidade e satisfação no SUS

Quanto à medição de satisfação do usuário-utilizador de saúde, há uma histórica escassez de instrumentos no Brasil, exceto algumas experiências isoladas de organizações de saúde, que apresentam dificuldades de comparação entre unidades de saúde. Duas tentativas iniciais foram implantadas em 1998 e 2004, por uma parceria entre o MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), mas os resultados foram divulgados apenas por grandes regiões e não por unidades locais de saúde, não tendo se transformado em uma ferramenta de governação de organizações de saúde (BRASIL, 2003). Duas outras iniciativas seminais foram as chamadas pesquisa mundial de saúde (PMS), aplicada em unidades de saúde de todo o Brasil, em 2003, além da pesquisa mundial de saúde com foco na atenção

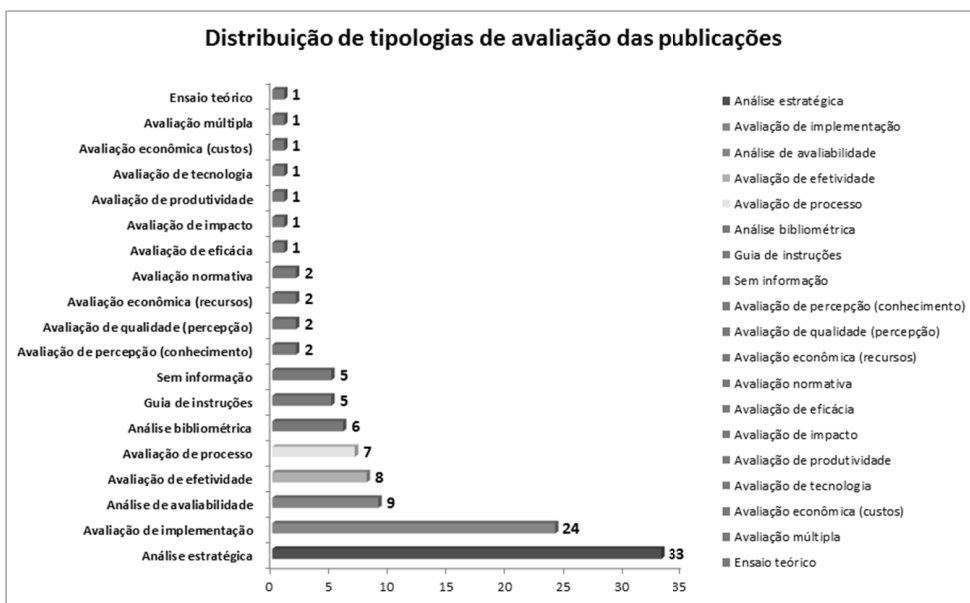
básica (PMS-AB), aplicada somente nos estados (províncias) do Rio de Janeiro e de Pernambuco, em 2005. Ambas não tiveram continuidade e nem resultados sistematizados no sistema SUS (GOUVEIA *et al.*, 2009).

Na realidade do Brasil, identificaram-se duas pesquisas de opinião de base nacional do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2014, 2015; 2018) e da Confederação Nacional da Indústria (CNI) (2012, 2018), com os mais renomados institutos brasileiros de pesquisa, Datafolha e Ibope, respectivamente, com dados de 2011 a 2018, que revelam a importância da avaliação de qualidade e satisfação. No entanto, apontam insatisfações da população que variam de 54 a 93% (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014; 2015; 2018). E, ainda, que elevados percentuais de brasileiros avaliam a saúde pública como ruim ou péssima, que aumentou de 61%, em 2011, para 75% em 2018 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2012; 2018), que variam conforme a perspectiva de análise e abordagem dessas pesquisas, em especial quanto ao uso recente dos serviços, seja na saúde pública ou suplementar.

No entanto, em uma pesquisa sistemática nas principais bases de artigos científicos do Brasil (Medline; Lilacs; Scielo), além de ter obtido resultados extremamente escassos, não se identificou nenhuma metodologia robusta de avaliação de qualidade e satisfação através de instrumentos padronizados e validados e/ou de larga utilização no contexto de saúde do Brasil (Figura 1). Esses achados estão alinhados com os resultados de uma revisão sistemática extensiva, entre 1990 e 2013, nas principais bases bibliográficas de publicações brasileiras em saúde pública, na qual Volpato (LUCIANA FERNANDES VOLPATO, 2014)(2014) identificou poucas publicações com características voltadas à percepção dos usuários e/ou dos profissionais referentes à qualidade dos serviços públicos de saúde, também não tendo identificado instrumentos ou escalas validadas de mensuração de satisfação e/ou qualidade em saúde no Brasil.

A partir de uma análise integrativa realizada por Giese e Cote (2000 *apud* Vinagre, 2008), podem-se sintetizar os achados de alguns estudos sobre as bases da avaliação da satisfação, comparando as definições conceituais, as respostas, o enfoque e o momento da análise da satisfação (Tabela 7, anexo).

Figura 1 – Bibliometria de estudos de avaliação em saúde no Brasil (1990 – 2018)



Fonte: elaboração própria.

No escopo da saúde, uma revisão da literatura mundial aponta que a satisfação do usuário é multifacetada e de difícil mensuração (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005; ESPERIDIÃO, 2009), sendo de interesse maior para os decisores de saúde (AHARONY; STRASSER, 1993 *apud* ESPERIDIÃO; TRAD, 2005, p.304). Nesse contexto, Vinagre (2008) enfatiza a complexidade de aferição dos serviços pelos aspectos da **intangibilidade** (ausência de atributos físicos) dos serviços (PARASURAMAN *et al.*, 1991b) e o fato dos serviços constituírem-se essencialmente enquanto processos, sendo afetados por interações e atividades (GRÖNROOS, 1990), ou seja, dependente de aspectos relacionais entre usuários e prestadores de serviços.

Na pesquisa da literatura aplicada sobre mensuração de satisfação e/ou qualidade em saúde no Brasil, destacaram-se poucos trabalhos: três trabalhos de pequeno porte de aplicação da Servqual em contextos específicos (HERCOS; BEREZOVSKY, 2004; BORGES *et al.*, 2006; CRUZ; MELLEIRO, 2007). Também foram identificados dois trabalhos com sistematização da Servqual, mas com aplicação em amostra resumida no Brasil (ALBUQUERQUE, 2012; ROSALEM, 2013). Esses trabalhos aplicaram apenas a versão original da escala Servqual, sendo de difícil mensuração dos resultados comparativos pela ausência de validação transcultural.

Em uma meta-análise sobre o assunto, Szymanski e Henard (2001) salientam que as investigações sobre **satisfação** de consumidores focam predominantemente os efeitos sobre a **satisfação** através das variáveis preditoras, quais sejam as **expectativas**, a **desconfirmação** (como preditor com efeito dominante) e, ainda, citam outros preditores como a **equidade** (como forte preditor, quando analisada conjuntamente com as **expectativas** e as **emoções**) e, a **percepção** (com um efeito preditor muito mais fraco, quando analisada conjuntamente com as **expectativas de desempenho**).

Atribui-se a Parasuraman et al. (1985a) a elaboração de um instrumento de mensuração de satisfação denominado de escala *Service Quality - Servqual*. Nessa escala, foi proposta a medição de qualidade do serviço, baseado no modelo *gap model* de satisfação de Oliver (1980), que afirma que a satisfação do cliente é uma função da diferença entre expectativa e desempenho. Ou seja, nesse modelo a posição da percepção do cliente sobre a qualidade de serviço percebida depende da natureza e da extensão da discrepância entre a expectativa de serviço e o desempenho percebido.

A perspectiva de avaliação da qualidade na metodologia do *gap model* é operacionalizada pela comparação algébrica entre a **expectativa** dos usuários-utilizadores e a **satisfação percebida** em organizações de serviços (PARASURAMAN et al., 1985A), que, em seguida, transformou-se na escala Servqual (PARASURAMAN et al., 1988; 1991b), com posterior adaptação para aplicação em serviços de saúde (BABAKUS; MANGOLD, 1992), por meio de análises de confiabilidade e validade (por meio de correlação e análise fatorial exploratória) concluíram que a escala Servqual é confiável e válida no ambiente hospitalar e em outros serviços de saúde.

Inicialmente, a escala Servqual foi desenvolvida com 97 itens, tomando como base as 10 dimensões da qualidade (PARASURAMAN et al., 1985a; 1991a) e, por fim, consolidou-se um instrumento com 22 questões, que foram redistribuídas das dez (10) dimensões originais para as atuais cinco (5) dimensões da escala Servqual (PARASURAMAN et al., 1991a; BERRY et al., 1994).

Uma breve análise da escala proposta na iniciativa do Gespública (BRASIL, 2014) revela muita similaridade com as cinco dimensões e com as 22 questões da escala original Servqual (PARASURAMAN et al., 1991a; BERRY et al., 1994), portanto, aparentemente, na composição da escala de satisfação que compõe o IPPS não houve um processo de adequação através de tradução transcultural e análises de confiabilidade e validade (por meio de correlação e análise fatorial exploratória).

Face à escassez de instrumentos oficiais para medir a satisfação do usuário dos serviços públicos de saúde no Brasil, nesta investigação elaborou-se uma proposta de estratégia de mensuração de avaliação de satisfação dos usuários-utilizadores,

pautada em princípios científicos, embasada na tradução e validação transcultural multicêntrica da escala Servqual para identificar os constructos (ideias-forças) relevantes/importantes na visão de especialistas, gestores e profissionais, além da validação de campo através de uma amostra de usuários do SUS.

Metodologia

A natureza da pesquisa caracteriza-se por uma metodologia avaliativa do tipo **observacional** (controle de possíveis influências intencionais no objeto pesquisado), **transversal**, com abordagem por método misto (qualitativo e quantitativo) de avaliação durante a etapa de validação metodológica, e **instrumental**, por agentes-chaves da amostra (gestores, profissionais e usuários da saúde).

Na exploração inicial dos conhecimentos prévios dos agentes de decisão, seguiram-se os princípios de Sampieri *et al.* (2006), que sugerem a amostragem por conveniência quando a investigação está centrada em indivíduos ou grupos portadores de um ou vários atributos que possam contribuir para o desenvolvimento de uma teoria. Citam a limitação de generalização de resultados, mas também a boa captação e compreensão dos significados em contextos específicos.

Sendo assim, objetivando operacionalizar uma adaptação transcultural da escala Servqual, no âmbito da pesquisa de tese de Galba Freire Moita, na Universidade de Coimbra, conforme aprovada na Plataforma Brasil (CAAE: 54972816.9.0000.5051), selecionou-se inicialmente um grupo piloto de gestores e profissionais para formar um painel de especialistas com 25 profissionais, ouvidores e gestores de qualidade (fase 1) que, em seguida, foi validada por um grupo piloto de 170 profissionais (fase 2). Em seguida, aplicou-se uma pesquisa de campo de validação por 506 usuários de 15 unidades de saúde do SUS. A proposta de estudo inicial foi apresentada publicamente em congresso da Abrasco (MOITA *et al.*, 2017), destacando apenas as etapas da investigação, mas com fluxos de aplicação, análise e resultados originais publicados e detalhados neste trabalho.

A partir dos conceitos e possíveis categorias analíticas que emergiram da análise crítica da escala Servqual, propôs-se um embasamento teórico-metodológico para estruturar instrumentos (questionários semiestruturados) construídos em etapas e fases sucessivas de colaboração com grupos de 195 especialistas, profissionais, gestores provenientes de 10 estados (províncias) brasileiros: Bahia, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia e o Distrito Federal, e, posteriormente, envolver usuários do SUS visando mapear as preferências e relevâncias atribuídas pelos respondentes quanto aos constructos (ideias-forças) propostos.

Quadro 1 – Síntese das etapas do processo analítico

Análise cód.	Etapas/Estudo	Fases	Proxy	Informantes (N) / Categorias
A1) Análises de respostas atribuídas através de 4 <i>proxies</i> (pesos atribuídos para os constructos)				
A1.a)-Inicial	Etp4 – ciclo1	1	H	25 espec./gestor
A1.b)-Ajuste	Etp4 – ciclo1	2	I	170 espec./gestor
A1.c)-Síntese	Etp4 – ciclo1	3	H + I	195 espec./gestor
A1.d)-Campo	Etp4 – ciclo2	4	J	506 usuários
A2) Análises de respostas calculadas através de 4 <i>proxies</i> (pesos refletidos para as subdimensões):				
A2.a)-Inicial	Etp4 – ciclo1	1	H	25 espec./gestor
A2.b)-Ajuste	Etp4 – ciclo1	2	I	170 espec./gestor
A2.c)-Síntese	Etp4 – ciclo1	3	H + I	195 espec./gestor
A2.d)-Campo	Etp4 – ciclo2	4	J	506 usuários
A3) Análises de respostas calculadas através de um <i>proxy</i> (pesos refletidos para os macrodomínios e para a performance global percebida)				
A3.a)-Campo	Etp4 – ciclo2	4	J	506 usuários

Na primeira fase, reuniram-se dois grupos somando 25 especialistas (ouvidores e gestores de qualidade de unidades de saúde) que analisaram o conteúdo das 22 questões originais e sugeriram um conjunto de constructos dentro da realidade dos pacientes do SUS. Ainda nessa primeira fase, o instrumento construído foi objeto de análise e valoração quanto à relevância e à importância de cada um dos constructos propostos, estruturando-se um novo instrumento com os constructos que obtiveram relevância com médias superiores a 3 (relevantes e muito relevantes). Em seguida, formaram-se sete grupos *Delphi* de profissionais que analisaram e atribuíram valoração a cada um dos 40 constructos propostos pelo painel de especialista inicial.

Estruturou-se a análise em dois *proxies* (H e I) de adequações dos questionários (respostas valoradas simultaneamente para a perspectiva dos usuários_U e para a perspectiva dos profissionais_P). Neste caso, consolidaram-se as 25 respostas dos grupos 1 e 4 (etapa 4, fases 1 e 2) (*proxy H*). Em seguida, esses resultados passaram pela análise e valoração de sete grupos pilotos de 170 profissionais (*proxy I*), ambas sempre separadas pelas duas perspectivas: usuários e profissionais.

Na segunda fase montou-se um questionário com os 40 constructos priorizados, seguindo a lógica e as cinco macrodimensões da escala Servqual original. Reuniu-se

um total de 170 profissionais, em sete grupos *Delphi* de validação – que consistiu em consultar de forma progressiva as preferências dos participantes a fim de construir bases de consenso por sucessivas consultas ao grupo de decisores de forma escrita e estruturada (MINAYO *et al.*, 2010), visando ponderar e validar os níveis de preferência (relevâncias/importâncias) dos profissionais quanto à valoração dos constructos de qualidade percebida, propostos na fase inicial.

Em seguida, na terceira fase da pesquisa, um novo instrumento foi validado pela percepção dos profissionais, com 40 constructos, 22 subdimensões e cinco macrodimensões de qualidade/satisfação, que foi aplicado para consolidar os constructos de qualidade percebida quanto aos níveis de preferências (relevâncias/importâncias) de 506 usuários em atendimento, de 15 unidades de saúde de um grande município da região metropolitana de Fortaleza (*proxy J*).

Os dados coletados foram tabulados em planilhas e analisados pelas médias ponderadas das notas atribuídas (valoração de importância/relevância) por meio de uma escala ordinal de *Likert* de cinco níveis (1 = menor nível/grau e 5 = maior nível/grau) de relevância/importância atribuída pelos entrevistados.

Por fim, aplicaram-se aos resultados obtidos as análises descritivas e significância estatística, e pela análise inferencial elaborou-se um modelo de validação com 40 constructos, 22 subdimensões e cinco macrodimensões pela adequação, tradução transcultural e análises de confiabilidade e validade (por meio de correlação e análise fatorial exploratória), que permita futuramente estruturar um instrumento de avaliação de qualidade percebida (satisfação e adequação ao uso), com questões adequadas ao SUS.

Resultados

Nessa etapa inicial do estudo, propôs-se junto a um grupo de 25 especialistas (ouvidores, gestores de qualidade e profissionais) a análise de cada uma das questões originais da escala Servqual e sua (in) aplicabilidade junto a profissionais e usuários do SUS. Os especialistas chegaram ao consenso de que parte das questões originais da escala original Servqual poderia ter conteúdos de difícil entendimento para os usuários do contexto de saúde do Brasil, sendo necessária uma análise específica de cada questão e posterior tradução conceitual. Isso parece alinhado com os achados de Babakus e Mangold (1992), que validaram apenas 15 questões do conjunto de 22 questões originais da escala Servqual, no contexto de saúde.

A presente investigação foi desenvolvida a partir dos modelos conceituais e conhecimentos gerais de um grupo de 195 especialistas, gestores e profissionais de saúde com o objetivo de medir os níveis de adequação e adaptabilidade de um

instrumento de mensuração da qualidade percebida, validado internacionalmente e aplicável ao SUS.

Inicialmente, abordou-se uma análise integrada de fases incrementais (fases 1 e 2, *proxies* H e I) que se iniciou pela validação de face (fase 1) e aplicou dois instrumentos diferentes (fases 2 e 3), através de uma amostra de 195 informantes especialistas, gestores e profissionais de saúde. Efetivou-se uma análise integrada das respostas obtidas nesses dois instrumentos (*proxy* H+I), pois apresentaram muitas similaridades (40 constructos, 22 subdimensões de constructos e cinco macrodimensões de qualidade percebida). Em fase posterior (fase 3), abordou-se a análise da *proxy* J - 506 informantes (40 constructos, 22 subdimensões de constructos e cinco macrodimensões de qualidade percebida).

Vale lembrar que cada um dos itens poderia ter diferentes quantidades de respostas, pois os informantes poderiam optar por não responder a totalidade dos itens, mas a comparabilidade foi garantida pela análise das médias ponderadas de todas as respostas obtidas.

Validação por profissionais/especialistas (análise descritiva)

A Tabela 1 apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra da *proxy* H+I (195 informantes). Dessa forma, destaca-se que a amostra se mostrou balanceada (Tabela 1) no nível de atenção à saúde que os indivíduos trabalhavam: níveis secundário (34,87%), primário (14,36%) e terciário (28,72%) de atenção à saúde, além de 22,05% da categoria outros (estruturas não assistenciais, por exemplo, apenas de gestão ou governança). Grande parte dos indivíduos (43,62%) exercia o nível de cargo/função outros (por exemplo, assessores de gestão, profissionais em geral, etc.), e boa parte (27,13%) exercia o nível de cargo/função organizacional. Considerou-se a amostra (n = 195) bastante qualificada, visto que a maior parte dos indivíduos (50,52%) possuía pós-graduação e ainda 93,30% possuíam nível superior; a grande parte dos indivíduos (48,19%) possuía mais de 60 meses de experiência e que uma boa parte dos indivíduos (17,03%) trabalhava há mais de 60 meses em cargo/função de decisão, enquanto apenas 4,40% não possuíam experiência em cargo/função de decisão.

Tabela 1 - Análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra (proxy H+I)

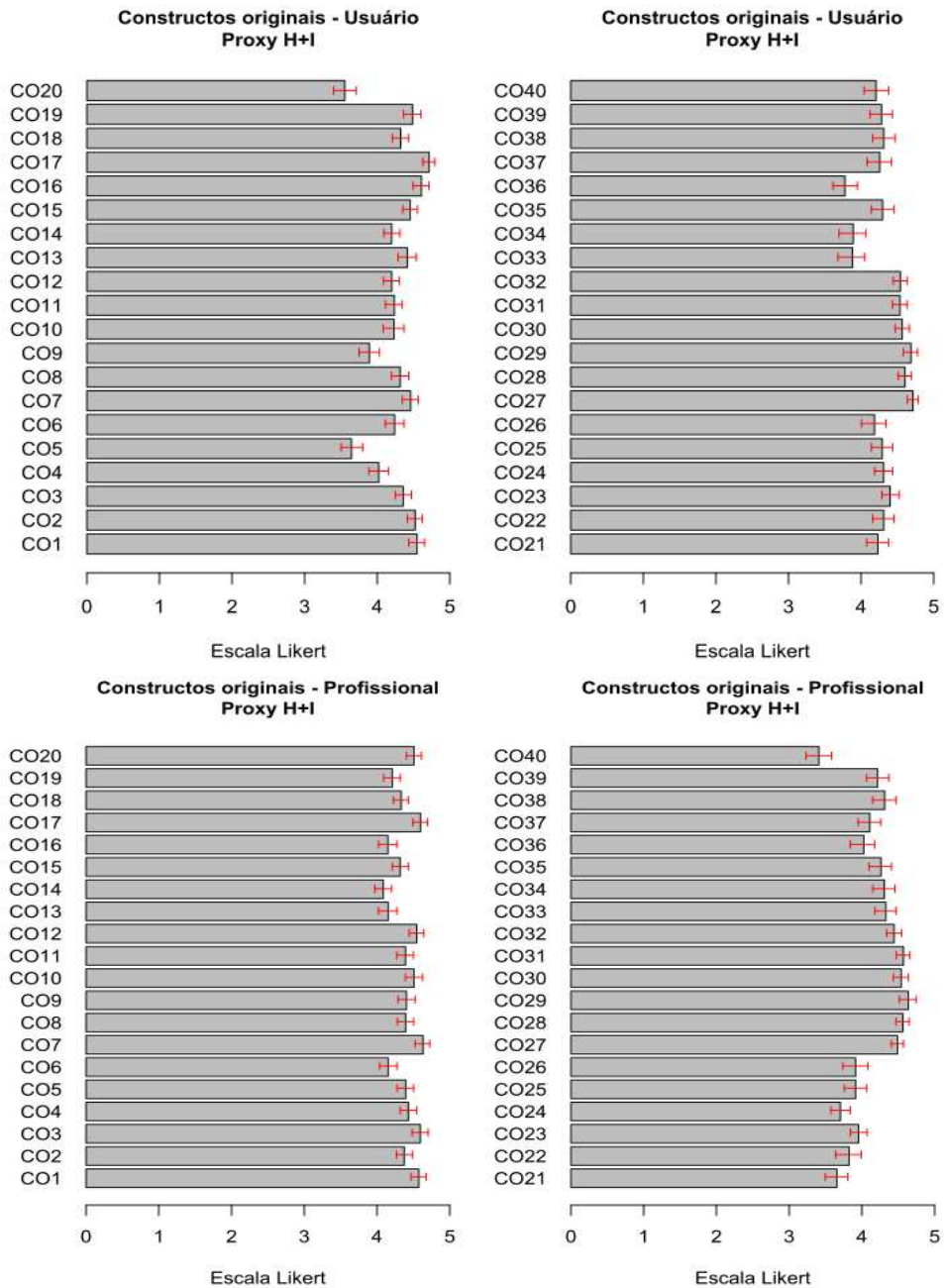
Variáveis		N	%
Nível de atenção à saúde	Atenção primária	28	14,36%
	Atenção secundária	68	34,87%
	Atenção terciária	56	28,72%
	Outros	43	22,05%
Nível complexidade de assistência	Baixa	34	17,44%
	Média	86	44,10%
	Alta	33	16,92%
	Outros	42	21,54%
Nível cargo/função	Sistêmico	19	10,11%
	Organizacional	51	27,13%
	Gerencia de equipe	36	19,15%
	Outros	82	43,62%
Escolaridade	Analfabeto	0	0,00%
	Ensino básico	0	0,00%
	Ensino fundamental	0	0,00%
	Ensino médio	13	6,70%
	Ensino superior	56	28,87%
	Pós-graduação	98	50,52%
	Mestrado/ PhD	27	13,92%
Tempo de experiência	Não tem	1	0,52%
	Menos de 6 meses	23	11,92%
	6 - 12 meses	35	18,13%
	13 - 24 meses	14	7,25%
	25 - 36 meses	9	4,66%
	37 - 48 meses	8	4,15%
	49 - 60meses	10	5,18%
	> 60 meses	93	48,19%

Tempo em cargo de decisão	Não tem	8	4,40%
	Menos de 6 meses	72	39,56%
	6 - 12 meses	25	13,74%
	13 - 24 meses	10	5,49%
	25 - 36 meses	17	9,34%
	37 - 48 meses	6	3,30%
	49 - 60meses	13	7,14%
	> 60 meses	31	17,03%
Formação/profissão	Enfermeiro	36	18,46%
	Engenheiro	12	6,15%
	Administrador	12	6,15%
	Médico	10	5,13%
	Assistente Social	10	5,13%
	Outras	115	58,97%

Fonte: elaboração própria.

A análise global do Gráfico 1 permite afirmar que a ampla maioria dos 40 constructos originais obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 4). O Gráfico 1 mostra que na ampla maioria dos 40 constructos de qualidade (CO1 a CO40) houve variabilidade na valoração atribuída pelos especialistas e profissionais de saúde, de forma indireta, para a perspectiva de usuários e a dos profissionais, sendo que na maioria dos constructos analisados os intervalos de confiança não se sobrepuseram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar valorações (importância/relevância) com diferenças significativas na ampla maioria dos 40 constructos para a perspectiva de usuários e a dos profissionais, na *proxy* H+I.

Gráfico 1 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os constructos originais - proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspectiva indireta para usuários e profissionais).

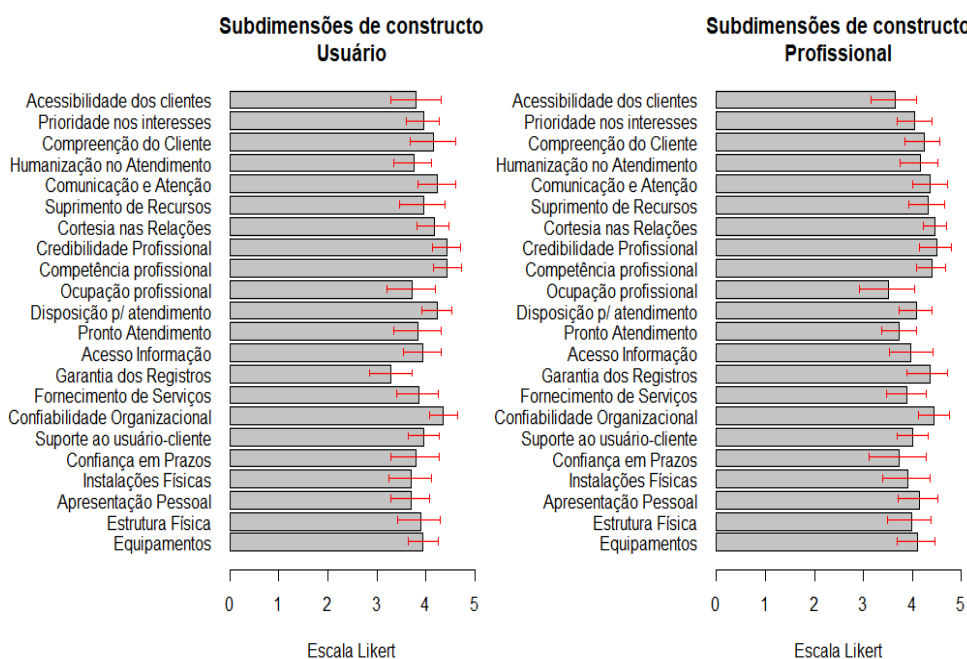


Fonte: elaboração própria.

Por sua vez, a análise das subdimensões de constructos de qualidade estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as subdimensões propostas pelos informantes.

A análise global do Gráfico 2 permite afirmar que a ampla maioria das 22 subdimensões de constructos obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante), para as perspectivas de usuários e a dos profissionais, na análise do proxy H+I, sendo as 22 subdimensões consideradas relevantes/importantes para as próximas fases de investigação.

Gráfico 2 – Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões dos constructos propostos (proxy H+I)

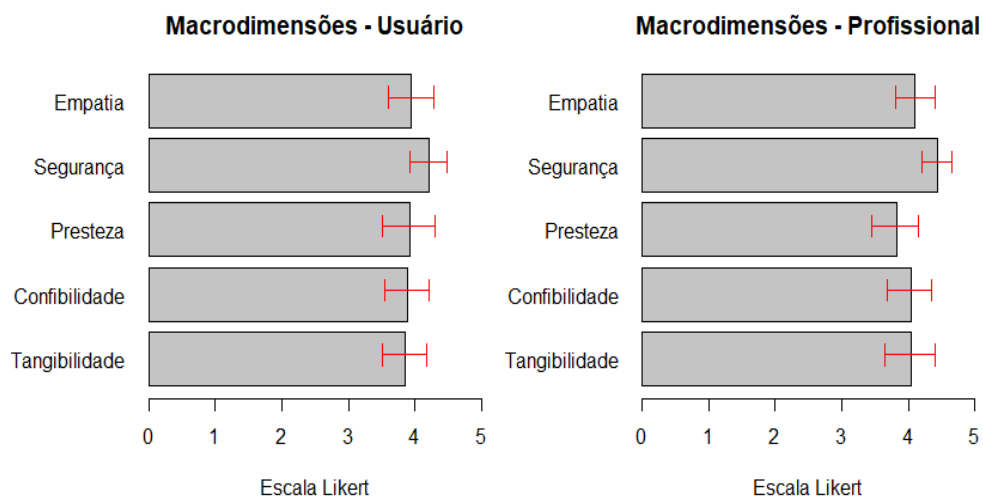


Fonte: elaboração própria.

Da mesma forma, a análise das macrodimensões de qualidade estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

A análise global do Gráfico 3 permite afirmar que a ampla maioria das cinco macrodimensões de qualidade obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante), na análise do proxy H+I, sendo todas as cinco macrodimensões consideradas relevantes/importantes para análise nas próximas fases de investigação.

Gráfico 3 – Gráfico de barras com intervalos de confiança para as macrodimensões dos constructos propostos (proxy H+I)



Fonte: elaboração própria.

Dessa análise descritiva pode-se sintetizar que os especialistas e profissionais atribuíram valoração média elevada (superior a 4, muito importante/relevante) para as subcategorias (40 constructos), as categorias (22 subdimensões de qualidade) e as macro categorias (cinco macrodimensões de qualidade) dos itens de análise. Esses resultados consolidaram todos os ítems desse instrumento para a medição de qualidade/satisfação de usuários de saúde, aplicado na fase posterior da investigação (proxy J, fase 3).

Ressalte-se, ainda, que a validação das cinco macrodimensões de qualidade (macrocategorias de análise), na perspectiva de especialistas e profissionais, na proxy H+I, estão alinhadas com a validação dessas mesmas macrodimensões da escala Servqual, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde, mas a validação da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas (categorias de análise) trata-se de um achado inovador desta investigação que será objeto de aprofundamento da validação nas etapas posteriores.

Aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto à possível influência de três variáveis mediadoras testadas: nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função na valoração das 22 subdimensões e das cinco macrodimensões de constructos, para a perspectiva dos usuários e dos profissionais.

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, pode-se sintetizar que houve tendência de influência da variável

mediadora nível de atenção à saúde na maioria (≥ 12) das 22 subdimensões de constructos, para as perspectivas de usuários (12 subdimensões) e dos profissionais (13 subdimensões), que não houve tendência de influência da variável mediadora nível de complexidade da assistência na ampla maioria (≥ 14) das 22 subdimensões de constructos, para as perspectivas de usuários (17 subdimensões) e dos profissionais (14 subdimensões), e que não houve tendência de influência da variável mediadora nível de cargo/função na ampla maioria (≥ 17) das 22 subdimensões de constructos nas perspectivas de usuários (17 subdimensões) e dos profissionais (20 subdimensões), na *proxy* H+I, que se propõe aprofundar investigações. Por sua vez, também pode-se sintetizar que houve uma tendência de influência da variável mediadora nível de atenção à saúde, em todas as cinco macrodimensões de constructos (tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia) para as perspectivas de usuários e dos profissionais. Por sua vez, não houve tendência de influência da variável mediadora nível de complexidade da assistência, na ampla maioria das cinco macrodimensões de constructos para a perspectiva de usuários e a dos profissionais, sendo exceções duas macrodimensões (confiabilidade e segurança), na perspectiva de usuários. Também não houve tendência de influência da variável mediadora nível de cargo/função, na ampla maioria das cinco macrodimensões de constructos para a perspectiva de usuários e a dos profissionais, sendo exceções duas macrodimensões (confiabilidade e presteza), na perspectiva de usuários, na *proxy* H+I, que se propõe aprofundar investigações.

Diante desses resultados, a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde funcionar enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas, além de todas as cinco macrodimensões de qualidade originais da escala Servqual, trata-se de um achado inovador desta investigação. Os indícios dos dois fatores mediadores nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade cargo/função funcionarem enquanto fatores mediadores das 22 subdimensões e cinco macrodimensões de constructos propostas foram aprofundados nas etapas posteriores (*proxy* J, fase 3).

Validação por usuários (análise descritiva)

Em seguida, no ciclo 2, fase 3, voltou-se à validação na perspectiva direta de 506 informantes usuários do SUS. Vale lembrar que cada um dos itens poderia ter diferentes quantidades de respostas, pois os informantes poderiam optar por não responder à totalidade dos itens, mas a comparabilidade foi garantida pela análise das médias ponderadas de todas as respostas. Aplicaram-se as análises descritivas e de significância estatísticas das respostas obtidas.

Na Tabela 2 destaca-se que a amostra se mostrou diversificada (Tabela 26) no nível de atenção à saúde que os indivíduos estavam em atendimento: níveis primário (47,63%), secundário (27,67%) e terciário (24,70%) de atenção à saúde. A maior parte dos indivíduos na amostra (52,37%) estava em atendimento em unidades de média complexidade, enquanto 47,63% estava em atendimento em unidades de baixa complexidade. Não houve entrevista em unidades de alta complexidade da assistência, por exemplo, em hospitais de grande porte. Considerou-se a amostra (n = 506) razoavelmente representativa da realidade dos usuários do SUS, visto que a maior parte dos indivíduos (48,62%) possuía até o ensino basilar (analfabeto e ensino básico), seguidos por boa parte (39,01%) que possuía ensino médio e por 13,44% de indivíduos que possuíam ensino fundamental, e, ainda, a maioria dos indivíduos (73,27%) era do sexo feminino — desequilibrada por histórica demanda reduzidas de homens –, a faixa de idade mais frequente entre os indivíduos foi a de 30 a 39 anos (23,91%), seguida por 20 a 29 anos (21,94%) e 40 a 49 anos (15,02%).

Tabela 2 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - proxy J (Visão de usuários).

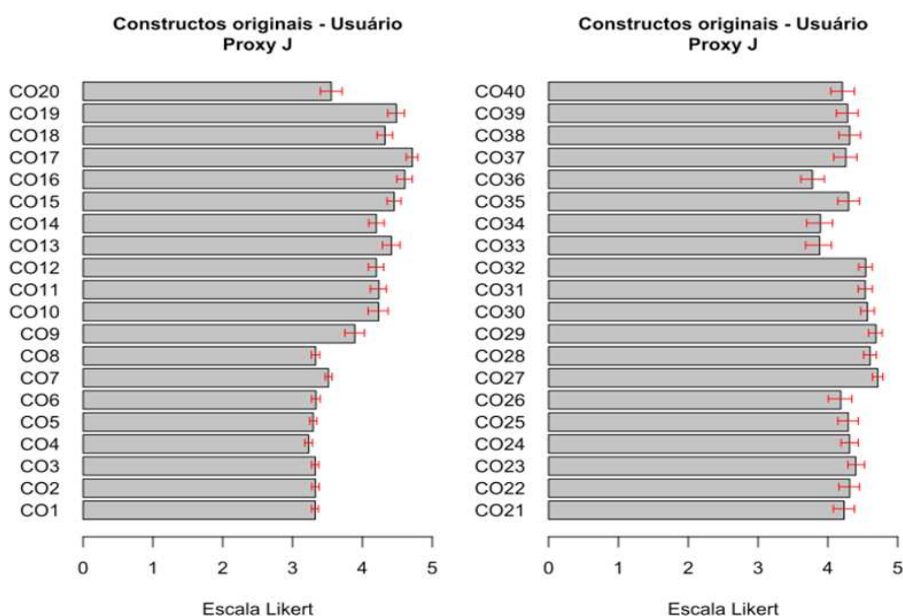
Variáveis	N	%	
Nível de atenção à saúde	Atenção primária	241	47,63%
	Atenção secundária	140	27,67%
	Atenção terciária	125	24,70%
	Outros	0	0,00%
Nível Complexidade da assistência	Baixa	241	47,63%
	Média	265	52,37%
	Alta	0	0,00%
	Outros	0	0,00%
Escolaridade	Analfabeto	22	4,35%
	Ensino básico	224	44,27%
	Ensino fundamental	68	13,44%
	Ensino médio	183	36,17%
	Ensino superior	8	1,58%
	Pós-graduação	1	0,20%
	Mestrado/ PhD	0	0,00%

Sexo	Masculino	134	26,53%
	Feminino	370	73,27%
	Outros	1	0,20%
Idade	Até 19 anos	4	0,79%
	20 a 29 anos	111	21,94%
	30 a 39 anos	121	23,91%
	40 a 49 anos	76	15,02%
	50 a 59 anos	72	14,23%
	60 a 69 anos	61	12,06%
	60 a 79 anos	36	7,11%
	80 anos ou mais	25	4,94%

Fonte: elaboração própria.

A análise global do Gráfico 4 permite afirmar que todos os 40 constructos originais propostos obtiveram valoração média superior ao nível 3 (importante/relevante), sendo, portanto, considerados relevantes/importantes para estruturar as questões do instrumento de pesquisa dos usuários do SUS.

Gráfico 4 – Gráfico de barras com intervalos de confiança para os constructos de qualidade - proxy J (Visão de usuários).



Fonte: elaboração própria.

Por sua vez, a análise das subdimensões de constructos de qualidade estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as subdimensões propostas pelos informantes.

A análise global do Gráfico 5 permite afirmar que a ampla maioria (18) das 22 subdimensões de constructos obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante), na análise da *proxy J*, sendo as 22 subdimensões consideradas relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de pesquisa de usuários. Na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos avaliadas para a visão de usuários, houve diferença significativa da valoração média obtida somente em três subdimensões (suprimentos de recursos, ocupação profissional e confiança em prazos), que formaram um grupo com valorações significativamente menores em relação às demais, como também na subdimensão confiabilidade organizacional com valoração significativamente maior em relação às demais, uma vez que todas as demais 18 subdimensões tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram.

Por sua vez, a análise das macrodimensões de qualidade estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes. A Tabela 3 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas macrodimensões de qualidade, na análise da *proxy J*, na visão de usuários de saúde.

A análise global da Tabela 3 permite afirmar que todas as cinco macrodimensões de qualidade obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante), na análise do *proxy J*, sendo todas as cinco macrodimensões consideradas relevantes/importantes para estruturar as questões do instrumento de pesquisa dos usuários do SUS.

Tabela 3 - Análise descritiva das macrodimensões de constructos – *proxy J* (Visão de usuários).

Macrodimensões	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Tangibilidade	3,35	0,50	[3,31; 3,39]
Confiabilidade	3,16	0,28	[3,14; 3,19]
Presteza	3,07	0,24	[3,05; 3,09]
Segurança	3,19	0,31	[3,16; 3,21]
Empatia	3,10	0,24	[3,08; 3,12]

¹ Intervalo Bootstrap:

Fonte: elaboração própria.

Dessa análise descritiva pode-se sintetizar que os **usuários** atribuíram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante) para as subcategorias (40 constructos), as categorias (22 subdimensões de qualidade) e as macro categorias (cinco macrodimensões de qualidade) dos itens de análise. **Esses resultados podem subsidiar a construção de um novo instrumento, pela estruturação de questões validadas a partir destes itens de avaliação validados**, em uma escala inovadora de medição de qualidade/satisfação de usuários de saúde.

Ressalte-se, ainda, que a validação das cinco macrodimensões de qualidade (macrocategorias de análise), na perspectivas de usuários do SUS, na *proxy J*, estão alinhadas com a validação dessas mesmas macrodimensões da escala Servqual, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde, mas a validação da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas (categorias de análise) trata-se de um achado inovador desta investigação.

Aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto à possível influência de três variáveis mediadoras testadas: nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função na valoração das 22 subdimensões e das cinco macrodimensões de constructos, para a perspectiva dos usuários.

Tabela 4 - Comparação das subdimensões dos constructos em relação aos níveis de atenção à saúde (*proxy J*) (Visão de usuários).

Subdimensões de constructos/ nível de atenção à saúde	Primária		Secundária		Terciária		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	3,05	0,04	3,59	0,04	3,45	0,05	0,000
Estrutura física	3,24	0,04	3,56	0,04	3,49	0,04	0,000
Apresentação pessoal	3,20	0,04	3,49	0,05	3,66	0,04	0,000
Instalações físicas	3,20	0,04	3,62	0,04	3,41	0,05	0,000
Confiança em prazos	2,95	0,03	2,96	0,04	2,74	0,06	0,001
Suporte ao usuário-cliente	3,16	0,02	3,20	0,03	3,14	0,03	0,398
Confiabilidade organizacional	3,35	0,04	3,85	0,03	3,45	0,05	0,000
Fornecimento de serviços	3,02	0,03	3,40	0,03	3,07	0,03	0,000
Garantia dos registros	3,14	0,02	3,16	0,04	3,00	0,03	0,001
Acesso informação	3,16	0,02	3,13	0,03	3,15	0,03	0,614
Pronto atendimento	2,93	0,02	3,24	0,04	2,99	0,03	0,000
Disposição p/ atendimento	3,13	0,02	3,19	0,03	3,06	0,02	0,009

Ocupação profissional	2,88	0,03	3,01	0,01	3,01	0,01	0,000
Competência profissional	3,25	0,03	3,36	0,04	3,26	0,04	0,070
Credibilidade profissional	3,27	0,03	3,47	0,04	3,35	0,04	0,001
Cortesia nas relações	3,18	0,03	3,37	0,04	3,20	0,04	0,000
Suprimento de recursos	2,81	0,03	2,99	0,01	2,99	0,01	0,000
Comunicação e atenção	3,14	0,02	3,10	0,03	3,06	0,02	0,102
Humanização no atendimento	3,16	0,02	3,20	0,03	3,08	0,02	0,020
Compreensão do cliente	3,07	0,02	3,24	0,04	3,11	0,03	0,000
Prioridade nos interesses	3,11	0,02	3,01	0,01	3,06	0,02	0,001
Acessibilidade dos clientes	2,91	0,03	3,07	0,02	3,06	0,02	0,000

¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: elaboração própria.

Tabela 5 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência – proxy J (Visão de usuários).

Subdimensões de constructos do usuário / nível de complexidade	Baixa		Média		Valor-p
	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	3,05	0,04	3,53	0,03	0,000
Estrutura física	3,24	0,04	3,53	0,03	0,000
Apresentação pessoal	3,20	0,04	3,57	0,03	0,000
Instalações físicas	3,20	0,04	3,52	0,03	0,000
Confiança em prazos	2,95	0,03	2,86	0,04	0,073
Suporte ao usuário-cliente	3,16	0,02	3,17	0,02	0,588
Confiabilidade organizacional	3,35	0,04	3,66	0,03	0,000
Fornecimento de serviços	3,02	0,03	3,24	0,03	0,000
Garantia dos registros	3,14	0,02	3,09	0,02	0,164
Acesso informação	3,16	0,02	3,14	0,02	0,342
Pronto atendimento	2,93	0,02	3,12	0,03	0,000
Disposição p/ atendimento	3,13	0,02	3,13	0,02	0,903
Ocupação profissional	2,88	0,03	3,01	0,01	0,000
Competência profissional	3,25	0,03	3,31	0,03	0,199
Credibilidade profissional	3,27	0,03	3,41	0,03	0,002

Cortesia nas relações	3,18	0,03	3,29	0,03	0,005
Suprimento de recursos	2,81	0,03	2,99	0,01	0,000
Comunicação e atenção	3,14	0,02	3,08	0,02	0,054
Humanização no atendimento	3,16	0,02	3,15	0,02	0,823
Compreensão do cliente	3,07	0,02	3,18	0,02	0,001
Prioridade nos interesses	3,11	0,02	3,03	0,01	0,001
Acessibilidade dos clientes	2,91	0,03	3,06	0,02	0,000

¹ Teste de Mann-Whitney

Fonte: elaboração própria.

Tabela 6 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – proxy J (Visão de usuários).

Subdimensões de constructos do usuário / escolaridade	Basilar		Fundamental		Médio		Superior		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	3,36	0,03	3,17	0,08	3,29	0,04	3,31	0,23	0,351
Estrutura física	3,49	0,03	3,23	0,08	3,36	0,04	3,11	0,15	0,003
Apresentação pessoal	3,44	0,04	3,19	0,07	3,44	0,05	3,33	0,17	0,008
Instalações físicas	3,45	0,04	3,23	0,08	3,34	0,04	3,11	0,20	0,053
Confiança em prazos	2,89	0,04	2,99	0,06	2,88	0,04	3,00	0,00	0,494
Suporte ao usuário-cliente	3,26	0,03	3,13	0,04	3,08	0,02	3,00	0,00	0,000
Confiabilidade organizacional	3,63	0,03	3,32	0,07	3,46	0,04	3,56	0,18	0,000
Fornecimento de serviços	3,19	0,03	3,04	0,05	3,10	0,03	3,28	0,12	0,048
Garantia dos registros	3,18	0,03	3,06	0,03	3,06	0,03	2,89	0,11	0,002
Acesso informação	3,22	0,03	3,08	0,03	3,10	0,02	3,00	0,00	0,001
Pronto atendimento	3,08	0,03	2,94	0,03	3,00	0,02	3,22	0,15	0,042
Disposição p/ atendimento	3,19	0,03	3,08	0,03	3,07	0,02	3,22	0,15	0,002
Ocupação profissional	2,95	0,02	2,92	0,04	2,95	0,02	3,00	0,00	0,763
Competência profissional	3,36	0,03	3,19	0,06	3,22	0,03	3,44	0,18	0,005
Credibilidade profissional	3,44	0,03	3,24	0,06	3,27	0,04	3,44	0,18	0,003
Cortesia nas relações	3,35	0,03	3,16	0,04	3,14	0,03	3,33	0,17	0,000
Suprimento de recursos	2,92	0,02	2,88	0,04	2,90	0,03	2,94	0,06	0,925
Comunicação e atenção	3,14	0,02	3,10	0,04	3,07	0,02	3,11	0,11	0,154
Humanização no atendimento	3,22	0,03	3,13	0,04	3,08	0,02	3,17	0,12	0,001
Compreensão do cliente	3,18	0,03	3,09	0,04	3,08	0,02	3,33	0,17	0,006
Prioridade nos interesses	3,09	0,02	3,09	0,03	3,05	0,02	3,00	0,00	0,405
Acessibilidade dos clientes	2,99	0,03	2,94	0,04	3,01	0,02	3,11	0,11	0,325

¹ Teste de Kruskal-Wallis

Fonte: elaboração própria.

Por fim, das análises das Tabelas 4 a 6, pode-se sintetizar que, na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos, houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde (18 subdimensões), nível de complexidade da assistência (15 subdimensões) e nível de escolaridade de usuários (14 subdimensões), na *proxy* J (506 informantes, visão de usuários).

Por sua vez, a análise das macrodimensões de qualidade estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

Pode-se sintetizar que houve diferença significativa quanto às variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários, para se considerar enquanto fatores mediadores em todas as macrodimensões de constructos (tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia), para a perspectiva de usuários, na *proxy* J. No entanto, quanto ao nível de complexidade essa tendência deve ser melhor investigada, por exemplo, com agregação de entrevistas em unidades de alta complexidade.

Diante desses resultados, a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários funcionarem enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas, além de todas as cinco macrodimensões de qualidade originais da escala Servqual, trata-se de um achado inovador desta investigação.

Ressalte-se, ainda, que essa validação das cinco macrodimensões de qualidade, na perspectivas de usuários, na *proxy* J, estão alinhadas com a validação dessas mesmas macrodimensões originais da escala Servqual, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde.

Validação por usuários (análise inferencial)

Concluídas as análises descritivas, em busca de validar, foi feita uma análise fatorial confirmatória (AFC) (HAIR *et al.*, 2009) para as subdimensões de constructos, na *proxy* J (n = 506). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de dois constructos (CO15_apoio_U e CO19_prazo.atendim), todos os demais 38 constructos que permaneceram na análise, além da análise e exclusão de sete subdimensões de constructos (Confiança em prazos, confiabilidade organizacional, fornecimento de serviços, ocupação profissional, suprimento de recursos, compreensão do cliente e acessibilidade dos clientes), todas as 15 subdimensões de constructos apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC).

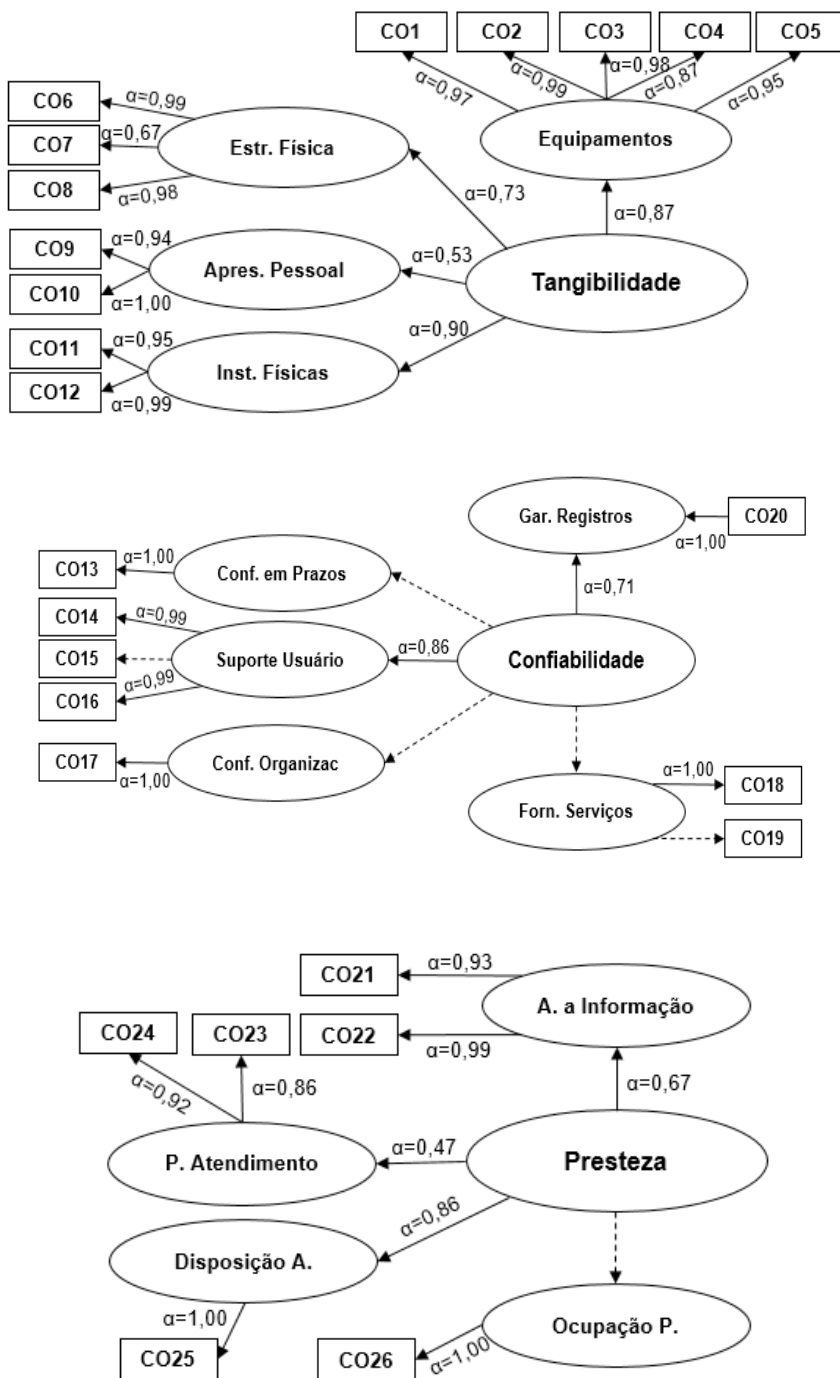
Noutra análise, a qualidade e a validade das 22 subdimensões de constructos analisadas (equipamentos, estrutura física, apresentação pessoal, instalações físicas, confiança em prazos, etc) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy J* ($n = 506$). Por sua vez, pode-se observar que a qualidade e a validade das cinco macrodimensões de qualidade percebida analisadas (tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy J* ($n = 506$).

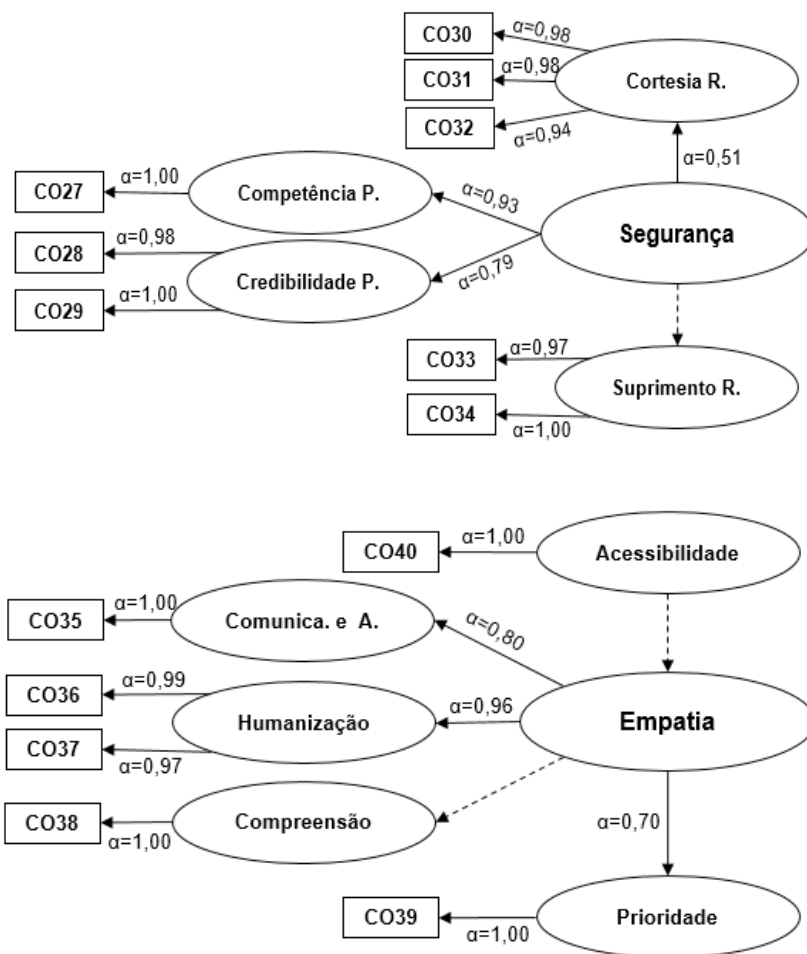
Para validar a variável latente qualidade global percebida foi feita uma análise fatorial confirmatória (AFC) (HAIR *et al.*, 2009) da valoração média obtida para as macrodimensões de qualidade, na *proxy J* ($n = 506$). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de uma macrodimensão (tangibilidade), todas as demais quatro macrodimensões de qualidade que permaneceram na análise apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy J*.

Também se aplicaram testes para medir a qualidade (ajustamento) do modelo construído para as macrodimensões de qualidade percebida da *proxy J* (506 informantes), através de alguns índices selecionados na literatura relevante ($X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA). Pode-se observar que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA foi menor que o limite máximo de 0,10.

Diante desses resultados, a Figura 3 sintetiza o ajuste da análise fatorial confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente qualidade global percebida, na *proxy J* (506 informantes, visão de usuários). Devido ao elevado número de constructos, optou-se por omitir suas nomenclaturas, que ficaram identificados como C01 a C040.

Figura 3 – Análise fatorial confirmatória da qualidade global percebida - *proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de usuários).





Fonte: elaboração própria.

Pode-se destacar que 38 dos 40 constructos propostos pelo painel de especialistas apresentaram cargas fatoriais validadas similares (0,80 a 1,00) no modelo final, exceto os constructos CO15 e CO19. Em seguida a análise de carga fatorial, de subdimensões, eliminou sete das 22 subdimensões propostas (confiança em prazos, confiabilidade organizacional, fornecimento de serviços, ocupação profissional, suprimento de recursos, compreensão do paciente e acessibilidade). Nenhuma das subdimensões vinculadas às macrodimensões tangibilidade e segurança foram eliminadas no modelo final, revelando ampla concordância entre as propostas do painel de especialistas e as valorações dos grupos pilotos. Além disso, revelaram-se distintos níveis de cargas fatoriais que podem se dividir em três grupos. Três subdimensões com cargas reduzidas (prioridade no atendimento - 0,47, cortesia nas relações - 0,51 e apresentação pessoal - 0,53), quatro com cargas medianas

(acesso à informação - 0,68, prioridade no interesse dos clientes - 0,70, credibilidade profissional - 0,79 e comunicação e atenção - 0,80) e outras oito subdimensões com cargas elevadas (com carga maior que 0,85). Após análise e exclusão de uma macrodimensão (tangibilidade), todas as demais quatro macrodimensões de qualidade que permaneceram na análise apresentaram carga fatorial superior a 0,50, ou seja, neste modelo final, garantiu-se a confiabilidade e a validade de 15 subdimensões e de quatro macrodimensões.

Para concluir a análise inferencial, foi possível observar que os constructos apresentaram maiores correlações com suas subdimensões de constructos, e as subdimensões apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões de qualidade percebida, na *proxy J* (n = 506).

Considerações finais

No Brasil, na revisão da literatura não se constatou a existência de metodologia validada em uso para avaliar a satisfação dos usuários. Por sua vez, a iniciativa do Gespública (BRASIL, 2014) revela muita similaridade com as cinco dimensões e com as 22 questões da escala original Servqual (PARASURAMAN *et al.*, 1991a; BERRY *et al.*, 1994), mas, usada por meio de tradução livre, sem análises de confiabilidade e validade na construção da escala de satisfação que compõe o IPPS.

Os resultados obtidos das respostas de 195 profissionais e 506 usuários, em três fases sucessivas (painel de especialistas, grupos *Delphi* e pesquisa de campo), foram objetos de análise descritiva e de significância estatística. Os 40 constructos, as 22 subdimensões e as cinco macrodimensões que surgiram e tiveram valorações médias superiores ao nível relevante/importante (acima de 3) em todas as fases da pesquisa foram analisados, com rigor metodológico, sendo avaliados por análise inferencial apenas nos resultados dos usuários.

Da análise descritiva (Gráficos 1 a 3), pode-se sintetizar que houve validação dos itens de avaliação, propostos e analisados por grupos pilotos de especialistas e profissionais que atribuíram valoração média elevada (superior a 4, muito importante/relevante) para as subcategorias (40 constructos) às categorias (22 subdimensões de qualidade) e às macrocategorias (cinco macrodimensões de qualidade). Em seguida, a análise descritiva das respostas dos usuários (Gráfico 4 e Tabela 3) validou a ampla maioria dos itens de avaliação. De todos os 40 constructos originais propostos, a ampla maioria (18) das 22 subdimensões de constructos obteve valoração média, bem como todas as cinco macrodimensões de qualidade obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante), tendo sido considerados relevantes/importantes para aplicação da análise inferencial.

Além disso, na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos, houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde (18 subdimensões), nível de complexidade da assistência (15 subdimensões) e nível de escolaridade de usuários (14 subdimensões), na *proxy* J. Noutra análise, houve diferença significativa quanto às variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários, para se considerar enquanto fatores mediadores em todas as macrodimensões de constructos (tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia), para a perspectiva de usuários, na *proxy* J (506 usuários). No entanto, quanto ao nível de complexidade essa tendência deve ser melhor investigada.

Concluídas as análises descritivas, aplicou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC) (HAIR *et al.*, 2009). A confiabilidade e a validade das 15 subdimensões e das cinco macrodimensões de constructos analisadas foram asseguradas. Para validar a variável latente qualidade global percebida foi feita uma análise fatorial confirmatória (AFC) (HAIR *et al.*, 2009) que, após análise e exclusão de uma macrodimensão (tangibilidade), todas as demais quatro macrodimensões de qualidade (confiabilidade, presteza, segurança e empatia) foram validadas. Também se aplicaram testes para medir a qualidade (ajustamento) do modelo construído para as macrodimensões de qualidade percebida, através de alguns índices selecionados na literatura relevante ($\chi^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA). Pode-se observar que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste. No modelo final, foram validados 38 constructos, 15 subdimensões e quatro macrodimensões de constructos, similares ao modelo Servqual (Figura 2).

Desses resultados das análises descritiva e fatorial demonstrou-se que há diferentes importâncias relativas atribuídas por especialistas, profissionais e usuários entre os constructos, subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida e seus possíveis fatores mediadores, na mensuração de satisfação e qualidade percebida. A validação de quatro das cinco macrodimensões originais da escala Servqual demonstra que a nova escala proposta (Quality Saúde) manteve-se globalmente alinhada com a escala estudada, mas a validação de apenas 15 das 22 subdimensões, propostas por uma amostra de especialistas e validadas por profissionais e usuários, trata-se de um processo inovador que estabeleceu subcategorias e categorias de dimensões analíticas passíveis de uso para comparação entre diferentes unidades avaliadas bem como enquanto itens de orientação para intervenção de gestores.

A validação da confiabilidade e da validade da ampla maioria dos itens de avaliação – 38 constructos (ideias-forças), 13 subdimensões e quatro macrodimensões de

avaliação – enquanto mecanismo de mensuração da qualidade percebida pelos usuários subsidiará a construção de um novo instrumento, pela estruturação de um grupo de questões semiestruturadas, em um questionário aplicável aos usuários do SUS, já em planejamento para avanços da pesquisa, inclusive através do desenvolvimento de protótipo de uma plataforma de informática, usado como suporte tecnológico para aplicação do instrumento validado.

Outro resultado importante é a confirmação das diferenças significativas de fatores mediadores (níveis de atenção e de complexidade da assistência e nível de escolaridade dos usuários) nas valorações dos itens de avaliação (constructos, subdimensões e macrodimensões), que pode contribuir na compreensão de possíveis complexidades de aferição da qualidade e satisfação em saúde, que são consideradas de difícil mensuração na literatura (GRÖNROOS, 1990; ESPERIDIÃO ; TRAD, 2005; VINAGRE, 2008; ESPERIDIÃO, 2009). Sendo assim, podem-se estudar esses e outros fatores mediadores de valoração para explicar possíveis complexidades de mensuração.

Os resultados consolidados abrem novas perspectivas para a gestão dos serviços de saúde no sentido de se obter informações cientificamente válidas acerca da percepção dos usuários da saúde, possivelmente evitando as dificuldades e desalinhamentos de métodos de aferição sem validação por especialistas, e contribuindo para a mensuração da qualidade e satisfação do usuário por um método de seleção de itens de avaliação a partir das valorações de painéis de especialistas e grupos de profissionais. Também há o potencial de se impulsionar as pesquisas realizadas por algumas ouvidorias do SUS.

Referências bibliográficas

- AHARONY, L.; STRASSER, S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review: Medical Care Review*. v. 50, 31 p. 1993.
- ALBUQUERQUE, J. D. *Qualidade hospitalar: uma análise da sua realidade em Campina Grande - Paraíba - Brasil*. Doctoral Universidade de Extremadura, Espanha: Badajoz. 2012.
- BABAKUS; MANGOLD, G. *Adapting Servqual Scale hospital service: na empirical investigation*. Health Services Research: Health Services Research. 22. 1992.
- BARBOSA, L.; NETO, A. P. Ludwik Fleck (1896-1961) e translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. v. 41, 13 p., 2017.
- BATISTA, W. J.; PAIVA, A. D. *A utilização do instrumento padrão de pesquisa de satisfação (IPPS) no diagnóstico de uma organização militar de saúde do exército brasileiro*. XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia- SEGeT. Resende - RJ 2014.
- BERRY, L. L. *et al*. Improving service quality in America: lessons learned; executive commentary. *The Academy of Management Executive*, v. 8, n. 2, p. 21, 1994.

BORGES, J. B. C.; CARVALHO, S. M. R.; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*. Marília, São Paulo – Brasil: Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. 25 2006.

BRASIL. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Ministério da Saúde. Brasília. 2003.

_____. *Decreto nº 5.378, de 23 de fevereiro de 2005*. Casa Civil, P. D. R. 2005.

_____. *Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – Gespública. Manual de avaliação de satisfação do usuário do serviço público*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Brasília. 2010

_____. *Governos estaduais no federalismo brasileiro*. República, S. D. A. E. D. P. D. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 335 p. 2014.

CAMERON, K. *Critical questions in assessing organizational effectiveness*. Organization Dynamics. v. 6, 15 p. 1980.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Pesquisa revela que 92% da população está insatisfeita com a saúde no Brasil*: Conselho Federal de Medicina Brasileiro. 2014.

_____. *Para 93% da população, a saúde no Brasil é considerada péssima, ruim ou regular*: Conselho Federal de Medicina Brasileiro. 2015.

_____. *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde* 2018.

CHAHAL, H.; KUMARI, N. Consumer perceived value and consumer loyalty in the healthcare sector. *Journal of Relationship Marketing*, v. 10, n. 2, p. 15, 2011.

_____. Consumer perceived value -The development of a multiple item scale in hospitals in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, v. 6, n. 2, p. 24, 2012.

CIHR, C. I. O. H. R. *Knowledge translation strategy 2004-2009: innovation in action*. CIHR. Ottawa. 2004.

CLAVIER, C.; SÉNÉCHAL, Y.; POTVIN, L. A theory - based model of translation practices in public health participatory research. *Sociology of health and illness*. Henley-on-thames: *Sociology of Health and Illness*. v. 34, 16 p., 2011.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA (CNI), C. N. D. I.-. *Retratados da sociedade brasileira: saúde pública* (2011). CNI. Brasília. 2012.

_____. *Retratados da sociedade brasileira: saúde pública* . CNI. Brasília. 2018.

CRONIN, J. R. J.; TAYLOR, A. S. Measuring service quality: a reexamination and a extension. *American marketing association*, v. 56, 1992.

CRUZ, W. B. S.; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo– Brasil: Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2007.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration In: PRESS, H. A. 1980 (Ed.). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Michigan, v.1, p. 30, 1980.

SCOREL, S. et al. *O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil*. *Rev. Panam. Salud Públ. /Pan Am. J. Public Health*:

- Rev. Panam. Salud Públ. /Pan Am. J. Public Health. v. 21, 110 p., 2007.
- ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. *Avaliação de satisfação de usuários. Ciência e saúde coletiva [online]:* Ciência e saúde coletiva [online]. v. 10, 10 p., 2005.
- ESPERIDIÃO, M. A. *O usuário e o julgamento dos serviços de saúde*. 171 Doctoral Universidade Federal da Bahia, Bahia. 2009.
- FERREIRA, J. J. *et al.* A model of entrepreneurial intention: an application of the psychological and behavioral approaches. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, v. 19, p. 17, 2012.
- FERREIRA, P. L. *Family of instruments to evaluate hospital quality: a pilot test*. Coimbra, Portugal: Faculty of Economics, 1993.
- FERREIRA, P. L. *et al.* Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo [*Determinants of satisfaction of primary care users: the case of Lisbon and Tagus Valley*]. *Revista portuguesa de saúde pública*, v. 2, p. 9, 2001.
- FERREIRA, P. L.; Mendes, J. Hospital patient satisfaction: a Portuguese experience. European healthcare management association conference changing management in healthcare: new missions, conditions & skills. *EHMA*, v. 69, 1997.
- FERREIRA, P. L.; RAPOSO, V. M. *A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação [Health governance and the use of satisfaction indicators]*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral: Revista Portuguesa de Clínica Geral*. v. 22, 12 p., 2006.
- FERREIRA, P. L.; RAPOSO, V. M.; PISCO, L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal [*The voice of primary care patients in the Lisbon and Tagus Valley region of Portugal*]. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 12, 2017.
- GIESE, J. L.; COTE, J. A. Defining consumer satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, v.2000, p.24, 2000. Disponível em: < <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=344042051&Fmt=7&clientId=13656&RQT=309&VName=PQD> >.
- GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 12, 15 p., 2009.
- GRÖNROOS, C. Marketing e defined. *Management Decision*. v. 28, 1 p., 1990.
- _____. *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- HAIR, J. F. et al. *Análise multivariada de dados*. 6a. Porto Alegre, 2009.
- HARTZ, S.; JOHN, J. Contribution of economic evaluation to decision making in early phases of product development: A methodological and empirical review *International journal of technology assessment in health care*, v. 24, n. 4, p. 9, 2008.
- HERCOS, B. V. S.; BREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde – SUS. 15º Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia. Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil 2004.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. D.; SOUSA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos - abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

MOITA, G. F.; AL, E. Tradução, adaptação e validação cultural da escala Servqual para a mensuração de satisfação de usuários do SUS. In: 3º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA ABRASCO. Natal, 2017.

OLIVER, R. I. A Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, v. 17, n. 4, p. 10, 1980.

_____. Measurement and evaluation of the satisfaction process in retail settings. *Journal of Retailing*, v. 57, n. 3, p. 24, 1981a.

_____. What in customer satisfaction? *Wharton Magazine: Wharton Magazine*. 5: 6 p. 1981b.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, v. 49, p. 10, 1985a.

_____. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, v. 49, p. 41-50, 1985b.

_____. Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, v. 64, p. 29, 1988.

_____. Refinement and reassessment of the Servqual scale. *Journal of Retailing*, v. 67, n. 4, 1991a.

_____. Understanding customer expectation of service. *Sloan Management Review*, v. 31, p. 10, 1991b.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*, v. 58, p. 14, 1994.

PEDRO, S.; FERREIRA, P. L.; MENDES, J. Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Tourism & Management Studies: Tourism & Management Studies*. v. 6, 15 p., 2010.

ROSALEM, V. Análise das percepções dos principais atores da cadeia produtiva da saúde sobre a qualidade dos serviços prestados por hospitais no Estado de Goiás - Brasil. 2013. Doctoral Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LÚCIO, P. B. Metodologia de pesquisa. São Paulo: McGraw Hill, 2006.

SZYMANSKI, D. M.; HENARD, D. H. Customer satisfaction: a meta-analysis of the empirical evidence. *Academy of Marketing Science. Journal*, v. 29, n. 1, p. 1, 2001. Disponível em: < <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=65464878&Fmt=7&clientId=13656&RQT=309&VName=PQD> >.

TSE, D. K.; WILTON, P. C. Models of consumer satisfaction: Na Extension. *Journal of Marketing Research*, v. 25, p. 9, 1988.

VINAGRE, M. H. A satisfação de utentes de serviços públicos de saúde: preditores e mediadores. Doctoral Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa- ISCTE, Portugal: Lisboa. 2008.

VOLPATO, L. F. Utilização de uma ferramenta para análise da qualidade nos serviços públicos de saúde. 112 Doctoral Faculdade de odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba. 2014.

VUORI, H. V. Quality assurance of health services: concepts and methodology. In: (Ed.). Public Health in Europe. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, v.16, 1982. p.127. ISBN 9289011521.

WHO, W. H. O. Bridging the “know-do” gap: meeting on knowledge translation in global health. WHO. Geneva. 2006.

Yi, Y. A critical review of consumer satisfaction. In: ASSOCIATION, A. M. (Ed.). Review of Marketing. Chicago: American Marketing Association, 1990 p. 68-123.

Galba Freire Moita

Doutor em Gestão e Ciência da Decisão pela Universidade de Coimbra. Pesquisador-Especialista do Ministério da Saúde e da Fundação Osvaldo Cruz. Contato: prgalba@gmail.com

Allan Claudius Queiroz Barbosa

Doutor em Administração pela USP. Professor titular da FACE/UFMG e professor residente do IEAT/UFMG. Contato: allan@ufmg.br

Vitor Manuel Reis Raposo

Doutor em Gestão e Ciência da Decisão pela Universidade de Coimbra. Professor auxiliar da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Contato: vraposo@fe.uc.pt

Anexo

Tabela 7 - Pesquisa integrativa de definições conceituais de satisfação de consumidores (usuários-utilizadores) – ordenamento cronológico

Fonte	Definição conceitual	Resposta	Enfoque	Tempo
(PLICHON, 1999 citado por LICHTLÉ; PLICHON, 2005)	Estado afetivo proveniente dum processo de avaliação afetivo e cognitivo que advém de uma transação específica	Estado afetivo	Transação específica	Pós-consumo
(AURIER; EVRARD, 1988)	Um estado psicológico resultante do processo de compra e de consumo	Estado psicológico	Processo de compra e de consumo	
(OLIVER, 1997)	Resposta de utilização dos consumidores. É um julgamento relativo que leva em consideração tanto as qualidades (atributos) e benefícios obtidos da aquisição, como os custos e esforços do consumidor para conseguir essa aquisição	Resposta/ julgamento de realização	Produto ou serviço	Durante ou pós-consumo
(OLIVER, 1997)	Um julgamento de que o serviço forneceu um nível agradável de realização relativa ao consumo	Julgamento de realização	Serviço	Pós-consumo
(OSTROM; IACOBUCCI, 1995)	A satisfação/insatisfação é um julgamento relativo que leva em consideração tanto as qualidades (atributos) e os benefícios obtidos da aquisição, como os custos e esforços do consumidor para conseguir essa aquisição.	Julgamento avaliativo relativo		
(HALSTEAD et al., 1994)	Uma resposta afetiva relativa a uma transação específica resultante da comparação entre o desempenho do produto e determinados padrões de compra (idêntica a HUNT, 1977; OLIVER, 1989)	Resposta afetiva	Desempenho por comparação a padrões pré-compra	Durante o consumo
(MANO; OLIVER, 1993)	Satisfação (com um produto) é uma atitude idêntica ao julgamento avaliativo pós-consumo (HUNT 1977) que varia ao longo de um contínuo hedônico (OLIVER, 1989; WESTBROOK; OLIVER, 1991)	Atitude - julgamento avaliativo variando ao longo de um contínuo hedônico	Produto ou serviço	Pós-consumo

(ANDERSON; SULLIVAN, 1993)	Uma avaliação pós-compra da qualidade do produto a partir das expectativas pré-compra	Avaliação	Qualidade do produto Desconfirmação às expectativas	Pós-compra
(FORNELL, 1992)	Uma avaliação global pós-venda. Percepção pós-compra Desconfirmação entre o desempenho do produto e as expectativas	Avaliação global	Desconfirmação entre o desemp. do produto e as expectativas	Pós-consumo
(OLIVER, 1992)	A satisfação é um somatório do fenômeno atributivo com emoções de consumo	Fenômeno atributivo + emoções de consumo	Atributos do produto	Durante o consumo
(WESTBROOK; OLIVER, 1991)	Julgamento avaliativo pós-escolha referente a uma seleção específica	Julgamento avaliativo	Seleção de compra específica	Pós-escolha
(OLIVER; SWAN, 1988)	Sem definição conceitual, mas uma função da justiça e desconfirmação		Vendedor	Durante a compra
(TSE; WILTON, 1988)	A resposta do consumidor à avaliação da discrepância percebida entre as expectativas iniciais e o desempenho atual ou percebido depois do consumo.	Resposta a uma avaliação	Discrepância percebida entre as expectativas prévias e o desempenho	Pós-consumo
(CADOTTE et al., 1987)	Conceitualizada como uma sensação desenvolvida através da avaliação de experiência de utilização.	Sensação desenvolvida pela avaliação	Experiência de uso	Durante o consumo
(WESTBROOK, 1987)	Julgamento global avaliativo sobre o consumo e uso do produto.	Julgamento global avaliativo	Utilização do produto/ consumo	Durante o consumo
(DAY, 1984)	A resposta avaliativa a uma experiência de consumo relativamente à discrepância percebida entre as expectativas prévias e o desempenho percebido (p.496).	Resposta avaliativa	Discrepância percebida entre expectativas prévias e desempenho	Pós-compra
(BEARDEN; TEEL, 1983)	Sem definição conceitual, mas uma função das expectativas consideradas como crenças de atributos dos produtos (já referido por Olson e Dover, 1979) e da desconfirmação (p. 22).			Durante o consumo
(LABARBERA; MAZURSKY, 1983)	Avaliação pós-compra: uma avaliação da surpresa inerente à aquisição de um produto ou à experiência de consumo citando de Oliver (1981), (p.394).	Avaliação	Surpresa	Pós-consumo ou aquisição

(WESTBROOK; REILLY, 1983)	Uma resposta emocional a experiências de consumo.	Resposta emocional	Experiência de consumo	Pós-compra
	Uma resposta emocional despoletada por um processo de avaliação cognitiva de desconfirmação das percepções ou crenças sobre o produto ou serviço e os valores, necessidades ou desejos do consumidor.		Percepções (ou crenças) sobre um objeto, ação comparada com valores individuais	
(CHURCHILL; SURPRENANT, 1982)	Um resultado de compra e utilização de um produto por comparação com as recompensas e custos da compra e consequências antecipadas. Similar a atitude.	Resultado	Comparação das recompensas e custos relativamente às consequências antecipadas	Pós-consumo
(OLIVER, 1981A)	Uma avaliação da surpresa inerente à aquisição de um produto ou à experiência de consumo.	Avaliação	Surpresa	Pós-consumo ou compra
		Estado psicológico	Desconfirmação de expectativas em conjunto com sensações prévias	
		Emoção		
(SWAN; TRAWICK, 1980)	Avaliação consciente ou julgamento cognitivo do desempenho. A satisfação envolve também afetos relativos a sensações referentes aos produtos.	Avaliação consciente ou julgamentos cognitivos	Através do produto	Durante ou pós-consumo
		Dimensões afetivas		
(WESTBROOK, 1980A)	Refere-se à avaliação subjetiva individual favorável dos resultados e experiência de consumo associada (citando Hunt, 1977).	Avaliação subjetiva individual favorável	Resultados e experiências	Durante o consumo
(HUNT, 1977)	Tipo de avaliação que considera que a experiência é pelo menos tão boa quanto deveria ser	Avaliação da experiência	Experiência foi pelo menos tão boa quanto era suposto ser	Durante a experiência de consumo
(HOWARD; SHETH, 1969)	Estado cognitivo dos compradores recompensados de forma adequada ou desadequada em função do seu sacrifício	Estado cognitivo	Ser adequado ou desadequado à recompensa por sacrifícios	

(CARDOZO, 1965)	Sem definição formal. Constatação de que a satisfação deverá ser um conceito mais global que a simples avaliação de um produto, envolvendo também toda a experiência de consumo, através da desconfirmação/confirmação de expectativas e avaliação de esforço dispendido (e outros elementos a identificar em estudos posteriores)	Avaliação Desconfirmação/ confirmação das expectativas. Avaliação de esforço dispendido	Produto e experiência de consumo	
Fonte: adaptado de Giese e Cote (2000 apud VINAGRE, 2008, p. 23-25)				

Fonte: adaptado de Giese e Cote (2000 apud VINAGRE, 2008, p. 23-25)