



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE TECNOLOGIA E GEOCIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE POSTOS DE
SAÚDE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2017

ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE POSTOS DE
SAÚDE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Pernambuco como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção para a obtenção de grau de Mestre de Engenharia de Produção.

Área de Concentração: Gerência da Produção.

Orientadora: Prof^a Denise Dumke de Medeiros,
Docteur

RECIFE

2017

Catálogo na fonte
Bibliotecária Margareth Malta, CRB-4 / 1198

M386a Martins, Alice Josefa Andrade.

Avaliação da percepção da qualidade dos serviços de postos de saúde no interior de Pernambuco / Alice Josefa Andrade Martins. – 2017.

91 folhas, il., gráfs., tabs.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Dumke de Medeiros.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2017.

Inclui Referências, Apêndices e Anexos.

1. Engenharia de Produção. 2. Qualidade percebida. 3. Modelo hierárquico e multidimensional. 4. Saúde Pública. 5. *Structural Equation Modeling*. I. Medeiros, Denise Dumke de. (Orientadora). II. Título.

UFPE

658.5 CDD (22. ed.)

BCTG/2018-96



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA
DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DE MESTRADO ACADÊMICO DE

ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS

***“AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE POSTOS DE
SAÚDE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO”***

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERÊNCIA DE PRODUÇÃO

A comissão examinadora, composta pelos professores abaixo, sob a presidência do(a) primeiro(a), considera o candidato(a) **ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS APROVADO(A)**.

Recife, 20 de dezembro de 2017.

Prof. DENISE DUMKE DE MEDEIROS, *Docteur* (UFPE)

Prof. LUCIANA HAZIN ALENCAR, Doutora (UFPE)

Prof. ADRIANA FALANGOLA BENJAMIN BEZERRA, Doutora (UFPE)

Aos meus dias sombrios, sem eles eu não seria capaz de identificar as cores da vida

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre ter me abençoado e protegido, principalmente nos momentos críticos em que pensei que afundaria. Sem Ele eu não seria nada e estaria perdida nos meus próprios caminhos.

À minha mãe, essa mulher guerreira que praticamente me criou sozinha e me fez a mulher que sou hoje. Obrigada pelo amor, por sempre confiar em mim e por ter me dado uma criação tão digna e exímia.

Ao meu pai pelo apoio no primeiro ano do curso e pela confiança.

Às minhas irmãs, Gislany e Gêssica pela companhia e momentos de descontração.

À minha sobrinha, Maria Luiza, um pedaço de mim que sempre me deu amor e me trouxe felicidade nos momentos difíceis.

A Capes, pelo apoio financeiro durante toda a trajetória.

À minha orientadora Denise Dumke de Medeiros, por aceitar o desafio, apoiar e ajudar a encontrar alternativas durante o processo.

À banca composta pelas professoras Luciana Hazin Alencar e Adriana Falangola Benjamim Bezerra.

À minha amiga, Ana Carolina por toda força, apoio e confiança. Sem você eu não teria chegado até aqui. Obrigada pela amizade, mesmo que a distância. Obrigada por me levantar quando pensei que cairia.

À minha equipe de laboratório que permitiram momentos de descontração e alegria, pelo apoio e força, especialmente a Ana Carla, Lucas, Larissa e Naia.

Aos professores que me ajudaram a chegar até esse momento.

Aos funcionários da secretária do PPGEP, que sempre foram cordiais.

A todos os meus amigos e familiares que de alguma forma me deram força e coragem para enfrentar os desafios.

Nós não somos nada sem as outras pessoas. Não vamos longe sem o apoio dos outros. Enfim, essa dissertação é para todos que de alguma maneira me permitiram continuar em pé.

RESUMO

A percepção da qualidade em serviços ganha espaço relevante em estudos na área, por isso, esta pesquisa tem o objetivo de avaliar a percepção da qualidade dos serviços dos postos de saúde dos distritos de Umari e Sítio Aroeiras localizados na cidade de Bom Jardim, no interior de Pernambuco. O modelo escolhido para avaliar esta percepção, foi o modelo hierárquico e multidimensional proposto por Brady & Cronin (2001). Como instrumento de coleta para a pesquisa foi utilizado o questionário, o qual foi baseado no estudo dos autores. O modelo dos autores é composto por 3 dimensões (qualidade de interação, qualidade de ambiente e qualidade de resultado) e 9 subdimensões (atitude, comportamento, *expertise*, condições ambientais, *design*, fatores sociais, tempo de espera, tangíveis e valência). Para a análise dos dados utilizou-se a Modelagem de Equações Estruturais (*Structural Equation Modeling* – SEM). Os resultados evidenciam que para amostra consultada, apenas a dimensão qualidade de ambiente se mostra relevante para avaliar a qualidade global, as demais dimensões não são significantes. Entre as subdimensões, a única que se mostrou relevante para qualidade de ambiente foi condições ambientais. Tais resultados demonstram que os usuários do serviço atribuem importância às instalações físicas e a um bom ambiente, ou seja, o local de atendimento ser aconchegante, confortável e limpo são fatores expressivos para a percepção do consumidor.

Palavras-chave: Qualidade percebida. Modelo hierárquico e multidimensional. Saúde Pública. *Structural Equation Modeling*.

ABSTRACT

The perception of quality in services gains relevant space in studies in the area, so this research has the objective of evaluating the perception of the quality of the services of health posts in the districts of Umari and Sítio Aroeiras located in the city of Bom Jardim, in the interior of Pernambuco. The model chosen to evaluate this perception was the hierarchical and multidimensional model proposed by Brady & Cronin (2001). As a tool for collecting the research, the questionnaire was used, which was based on the authors' study. The authors' model is composed of 3 dimensions (quality of interaction, quality of environment and quality of result) and 9 sub-dimensions (attitude, behavior, expertise, environmental conditions, design, social factors, waiting time, tangibles and valence). Structural Equation Modeling (SEM) was used to analyze the data. The results show that for the sample consulted, only the quality dimension of the environment is relevant to evaluate the overall quality, the other dimensions are not significant. Among the sub-dimensions, the only one that was relevant for environmental quality was environmental conditions. These results demonstrate that the users of the service attach importance to the physical facilities and to a good environment, that is, the place of care being warm, comfortable and clean are expressive factors for the perception of the consumer.

Keywords: Quality in Services. Perceived service quality. Hierarchical and multidimensional model. Public health. Structural Equation Modeling.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 2.1 – Modelo de lacunas (gaps).....	20
FIGURA 2.2 – Modelo SERVQUAL.....	21
FIGURA 2.3 – Modelo de qualidade Rust & Oliver.....	28
FIGURA 2.4 – Modelo hierárquico de vários níveis.....	28
FIGURA 2.5 – Modelo de qualidade em serviços Brady & Cronin (2001).....	29
FIGURA 2.6 – Modelo final de Brady & Cronin (2001).....	32
FIGURA 3.1 – Estrutura Metodológica de pesquisa.....	36
EQUAÇÃO 3.1 – Tamanho mínimo da amostra.....	38
EQUAÇÃO 3.2 – Tamanho da amostra.....	38
FIGURA 3.2 – Etapas da SEM.....	43
FIGURA 4.1 – Modelo das dimensões.....	54
FIGURA 4.2 – Modelo das subdimensões.....	56
FIGURA 4.3 – Modelo Global.....	57
FIGURA 4.4 – Modelo das dimensões reespecificado.....	59
FIGURA 4.5 – Modelo das subdimensões reespecificado.....	61
FIGURA 4.6 – Modelo global reespecificado.....	62

LISTA DE TABELAS

TABELA 2.1 – Hipóteses do Estudo.....	34
TABELA 4.1 – Perfil socioeconômico da amostra.....	48
TABELA 4.2 – Estatística de confiabilidade.....	49
TABELA 4.3 – Análise Descritiva dos Dados.....	50
TABELA 4.4 – Teste de normalidade dos dados.....	52
TABELA 4.5 – Estimativas do modelo das dimensões primárias.....	55
TABELA 4.6 – Ajuste dos modelos.....	58
TABELA 4.7 – Estimativas do modelo das dimensões primárias reespecificado.....	60
TABELA 4.8 – Ajuste dos modelos reespecificados.....	63
TABELA 4.9 – Indicadores de confiabilidade.....	64
TABELA 4.10 – Hipóteses validadas e refutadas.....	65

LISTA DE SIGLAS

AVE	Average variance extracted
CC	Confiabilidade composta
CFI	<i>Comparative fit index</i>
CMIN	<i>Chi-square</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
CR	<i>Critical ratios</i>
GFI	<i>Goodness-of-fit index</i>
NFI	<i>Normed fit index</i>
PGFI	<i>Parsimony-adjusted goodness of fit</i>
PIB	Produto interno bruto
PNFI	<i>Parsimony-adjusted normed fit index</i>
RMR	<i>Root meansquare residual</i>
RMSEA	<i>Root mean square of approximation</i>
SEM	<i>Structural equation modeling</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Justificativa e Descrição do Problema.....	15
1.2	Objetivos	17
1.3	Estrutura do Trabalho.....	18
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
2.1	Qualidade em Serviços.....	19
2.1.1	Modelo SERVQUAL	20
2.1.2	Modelo SERVPERF	21
2.1.3	Análise Hierárquica de Serviços	22
2.2	Qualidade em Serviços de Saúde	23
2.3	Saúde Pública no Brasil	24
2.4	Modelo de Brady & Cronin (2001)	27
2.5	Considerações sobre o Capítulo	33
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.1	Tipo de Pesquisa	35
3.2	Definição da Amostra	37
3.2.1	Procedimentos	39
3.3	Aspectos Éticos	39
3.4	Análise de Dados	40
3.5	Modelagem de Equações Estruturais	40
3.6	Especificação do Modelo.....	42
3.7	Considerações sobre o Capítulo	44
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	46
4.1	Dados sobre os postos de saúde foco da pesquisa.....	46
4.2	Perfil da Amostra	47
4.3	Análise de estatística de confiabilidade	49
4.4	Análise Descritiva dos Dados	49
4.5	Análise da adequação dos dados ao modelo	51
4.6	Especificação dos Modelos Propostos.....	53
4.6.1	Ajuste dos modelos	58

4.7	Reespecificação dos modelos propostos	59
4.7.1	Ajuste dos Modelos Reespecificados.....	63
4.7.2	Confiabilidade e Validade dos modelos.....	63
4.8	Discussão	64
4.9	Considerações sobre o Capítulo	67
5	CONCLUSÕES	68
5.1	Limitações e dificuldades da pesquisa.....	69
5.2	Recomendações e trabalhos futuros	69
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA: QUESTIONÁRIO ...	75
	APÊNDICE B - MODELO DAS SUBDIMENSÕES.....	79
	APÊNDICE C - MODELO GLOBAL	80
	APÊNDICE D - MODELO DAS SUBDIMENSÕES	
	REESPECIFICADO	81
	APÊNDICE E - MODELO GLOBAL REESPECIFICADO.....	82
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE	
	ÉTICA	83
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DOS POSTOS DE SAÚDE	87
	ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E	
	CONFIDENCIALIDADE	88
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO	89

1 INTRODUÇÃO

A qualidade cada vez é discutida e fixada em todos os setores de uma empresa, essa inclusão da qualidade foi consequência do ambiente de concorrência exacerbado no qual as empresas adentraram e na consciência dos gestores em relação ao papel do cliente no sucesso da sua organização (MURTI, DESHPANDE & SRIVASTAVA, 2013; KORDSHOULI, JAFARPOUR & BOUZANJANI, 2016). No setor de serviços esta preocupação é ainda maior, visto que a qualidade neste caso não é algo palpável. Amin & Nasharuddin (2013) frisam que os gerentes das organizações devem fazer uso da qualidade como um mecanismo para fidelizar e expandir a lealdade dos consumidores, para que assim haja uma equivalência entre o que o consumidor espera e o que ele recebe.

Quando o consumidor obtém a qualidade que desejava de um serviço, normalmente passa a ter dois comportamentos: recompra o produto e/ou faz a divulgação boca-a-boca, ambas ações são respostas prosociais. Desta forma, a busca por alcançar a lealdade do cliente é um dos pontos que a organização deseja alcançar (POLLACK, 2009). Essas respostas prosociais positivas dos clientes foram avaliadas por Kordshouli, Jafarpour & Bouzanjani (2016), que reforçam a forte relação da satisfação com a divulgação.

O impacto de determinado fator para um consumidor será visto de diversas maneiras dependendo da sua necessidade no momento em que o serviço foi realizado. As necessidades e expectativas no serviço de saúde não são uniformes, cada paciente espera um resultado e possui um fator que mais lhe influenciará a ter uma perspectiva positiva do resultado final do serviço obtido (YE *et al.*, 2015).

A gestão da qualidade em saúde tem como necessidade a integração com a estratégia da organização e uma estratégia específica para a qualidade. Essa estratégia deve ser de longo prazo, pois permite a construção de relacionamentos fortes entre as medidas de desempenho de serviço. Nessas estratégias pode-se incluir: programa de treinamentos sobre a gestão de relacionamento com os pacientes, introdução de banco de dados do paciente para ser acessado em qualquer lugar do país, histórico de consultas anteriores e introdução de cartões de saúde inteligentes (CHAHAL & KUMARI, 2010).

No Brasil, o setor público de saúde sempre enfrentou problemas em relação ao serviço prestado. O país saiu de um nível extremamente pobre, principalmente rural e com serviços de

saúde em vários níveis; e passou para um país urbano de renda média com um sistema de saúde unificado. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma rede de serviços que engloba hospitais públicos e privados contratados em todo o país. O SUS possui convênio com os hospitais privados e a porcentagem de planos privados varia entre os estados (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2016). Com o SUS foi possível obter vários avanços no setor de saúde público durante os anos, melhorando o acesso aos cuidados primários e de emergência, mas só estas ações não são suficientes. A Estratégia Saúde da Família (ESF) faz parte de uma iniciativa do SUS e seu objetivo é poder permitir um acesso fácil e rápido aos doentes, dando-lhe acompanhamento semanal na maioria dos casos (PAIM *et al.*, 2011; VICTORA *et al.*, 2011).

A percepção da saúde no setor público do Brasil implica em construções particulares do ambiente, no qual as responsabilidades entre as pessoas que trabalham neste sistema são compartilhadas por todos igualmente. Os postos de saúde são o foco deste trabalho devido a sua função como porta de entrada nos serviços de saúde públicos (BERNARDO & GARBIN, 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Na seção seguinte será explanado a descrição do problema e justificativa.

1.1 Justificativa e Descrição do Problema

O setor de saúde no Brasil sempre viveu em inconstância, sendo impulsionado em sua maioria pela sociedade e não pelo governo. Na década de 1980, o sistema de saúde no Brasil era composto por três níveis com instituições privadas, de segurança social e caritativa, sendo posteriormente substituído por um sistema nacional. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve um aumento significativo do acesso à saúde no país. A população de baixa renda começou a usufruir dos serviços com mais qualidade, tendo um dos direitos básicos do cidadão ao seu dispor. A saúde deixou de ser responsabilidade exclusiva do poder executivo federal e passou a ser administrada por estados e municípios (PAIM *et al.*, 2011; VICTORA *et al.*, 2011; CUNHA *et al.*, 2016).

A criação do SUS não ajudou apenas nos problemas de saúde do país, mas afetou diretamente as desigualdades regionais, que foram diminuídas. As zonas rurais do país começaram a ter equipes de saúde disponíveis, seja uma vez por semana ou a semana inteira. Porém, embora a maioria dos indicadores relacionados ao setor de saúde tenham aumentado

positivamente, outros estão piorando no mesmo nível e alguns desafios ainda permanecem intactos esperando uma solução (VICTORA *et al.*, 2011).

O sistema de saúde brasileiro tem como porta de entrada os postos de saúde, os centros de saúde e as unidades de saúde da família. A partir do primeiro atendimento que é feito nessas localidades, o paciente é encaminhado para serviços de maior complexidade, como os hospitais e clínicas especializadas. Em alguns desses postos e centros de saúde existe a distribuição de medicamentos, em outras localidades essa distribuição só é realizada por grandes centros de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Muitas vezes confunde-se os postos de saúde com os centros de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2017), postos de saúde são unidades destinadas a prestar atendimento a determinada população, podendo ser programada e com um profissional médico ou apenas enfermeiros. Os centros de saúde, por sua vez, realizam atendimentos de atenção básica e integral, característicos por serem permanentes, tendo, além disso, alguns serviços como assistência odontológica, por exemplo.

Os prestadores de serviços buscam investir na melhoria das suas ações, no entanto, ainda ficam devendo em aspectos importantes para os consumidores. Conquistar a confiança do consumidor com competência é fundamental, pois a percepção do cliente é o benefício advindo desta competência, no entanto, não é a competência em si. Desta forma, encontrar a competência por meio da qualidade é uma necessidade recorrente (CORRÊA & CORRÊA, 2012).

A avaliação da qualidade percebida pelos clientes no setor de serviços cresceu nas últimas décadas e a quantidade de modelos propostos para serviços é um dos motivos desta crescente. O SERVQUAL aparece como o modelo mais utilizado, porém muitos autores não conseguiram encontrar no modelo aquilo que buscaram para seus trabalhos e desde então várias adaptações e criações de outros modelos estão em pauta (DAGGER, SWEENEY & JOHNSON, 2007).

Brady & Cronin (2001) propuseram um modelo hierárquico e multidimensional que parte da premissa que para a avaliação global de um serviço existem 3 dimensões e que essas dimensões são suportadas por 9 subdimensões. O modelo é uma derivação de estudos

anteriores, como o Modelo de Lacunas, SERQUAL e SERVPERF (BRADY & CRONIN, 2001).

No estudo de Cunha (2016), que analisava o serviço odontológico brasileiro, os usuários dos serviços públicos classificaram as instalações físicas como boas, tendo um alto índice de aprovação. O relacionamento com a equipe atendente também foi considerado bom, no entanto, as pessoas que classificaram tal ação como ruim atribuíram isto ao mau humor do funcionário. A fila de espera também é outro fator que influencia em uma percepção negativa do serviço. Estes pontos mencionados reforçam o uso do modelo de Brady & Cronin (2001) que avalia essas características por suas dimensões ou subdimensões.

Com as dificuldades existentes no setor de saúde do Brasil, principalmente no interior dos estados, este trabalho procura estudar a Estratégia Saúde da Família (ESF) que é conhecida popularmente como os postos de saúde, com foco nos serviços situados no interior de Pernambuco. Para avaliar a percepção da qualidade das pessoas que utilizam os serviços de saúde pública da localidade, foi utilizado o modelo de Brady & Cronin (2001). Assim, o trabalho busca responder a seguinte questão: *“O que influencia a percepção da qualidade nos distritos de Umari e Sítio Aroeiras no interior de Pernambuco?”*.

Os trabalhos em serviços de saúde, muitas das vezes estão voltados para as capitais dos estados, então estudar a população vai permitir que o escopo para a literatura cresça. Nesse contexto, entender a percepção dos habitantes das zonas rurais sobre os serviços que recebem é importante para saber se os mesmos estão satisfeitos.

1.2 Objetivos

O presente trabalho tem o propósito de avaliar a percepção de qualidade dos usuários sobre o serviço de saúde pública nos postos de saúde nos distritos de Umari e Sítio Aroeiras no interior de Pernambuco.

Para alcançar o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Determinar que dimensões da qualidade e subdimensões possuem maior impacto na qualidade global;
- Avaliar como as dimensões da qualidade podem impactar diretamente na percepção das outras dimensões.

1.3 Estrutura do Trabalho

Esta dissertação está dividida em 5 capítulos, o primeiro deles é esta Introdução. O Capítulo 2 é a Fundamentação Teórica e Revisão Bibliográfica, que apresenta uma revisão sobre a qualidade em serviços, apresenta como é a qualidade nos serviços de saúde, a saúde pública do Brasil e o Modelo de Brady & Cronin (2001).

O Capítulo 3 delinea os procedimentos metodológicos seguidos pela pesquisa em cada fase, na qual foi definida o tamanho da amostra, uma explanação sobre a Modelagem de Equações Estruturais (SEM) e como esta abordagem foi utilizada na pesquisa junto com o modelo escolhido. O Capítulo 4 apresenta as análises dos resultados da aplicação do modelo de Brady & Cronin (2001) com a modelagem de SEM.

E por fim, o Capítulo 5, apresenta as considerações finais do trabalho e indicações de trabalhos futuros na temática abordada.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo é dedicado para a fundamentação teórica e revisão bibliográfica deste trabalho. O mesmo pretende fornecer informações que sustentem a base teórica para o desenvolvimento da pesquisa, sendo constituído pelos seguintes tópicos: fundamentação teórica da literatura em qualidade de serviços e serviços de saúde, situação da saúde brasileira e do estado de Pernambuco e apresentação do modelo de Brady & Cronin (2001).

2.1 Qualidade em Serviços

A qualidade passou por mudanças ao decorrer das últimas 3 décadas, tornando-se uma ferramenta para melhorar o resultado operacional do serviço/produto. O setor de serviço vem em crescente e alcança a maior parcela do PIB mundial (OCDE, 2016). A qualidade em serviços é um tópico discutido, principalmente pelo fato do cliente ser considerado parte do insumo e desta forma estar atrelado ao processo do serviço. Esta interação do cliente com o serviço nem sempre é positiva e pode acarretar em certas percepções da qualidade enviesadas, visto que é o desejo do cliente que estará no topo e qualquer coisa que lhe desagrade será encarado como um ponto negativo (SUNDER, 2016).

Em relação à percepção da qualidade, é importante distinguir e saber como os consumidores do serviço veem esta parte da organização. Então, a intenção de satisfazer os desejos do cliente e repeti-lo o quanto for necessário é um ponto a ser explorado, pois um cliente satisfeito voltará a utilizar o serviço e, conseqüentemente, divulgá-lo para outras pessoas (MURTI, DESHPANDE & SRIVASTAVA, 2013).

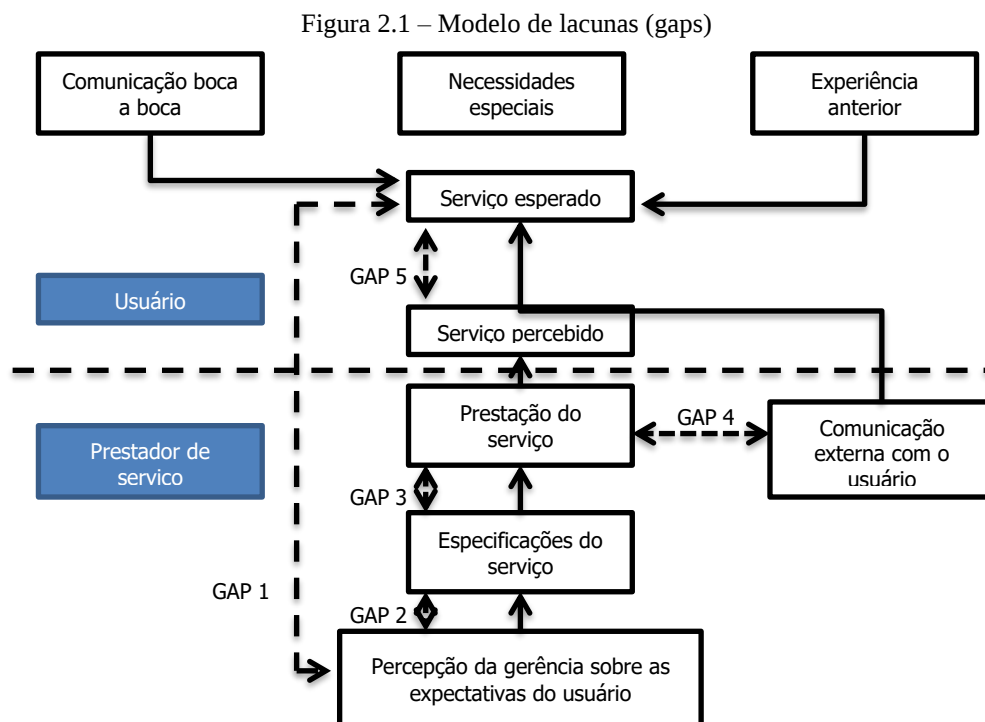
Os modelos da avaliação da qualidade de serviços não se limitam, existem diversos modelos direcionados a diferentes áreas. Alguns modelos são considerados hierárquicos, pois proporcionam diagnósticos aprimorados para entender os atributos específicos de cada dimensão. No entanto, a quantidade e o tipo de dimensões é um assunto debatido nesta área (HOWAT & ASSAKER, 2013; POLLACK, 2009).

Sumaedi, Yarmen & Bakti (2016) afirma que a construção de um modelo de qualidade que avalie os serviços de saúde é algo discutido com frequência na literatura. Alguns autores elaboraram modelos específicos multidimensionais de saúde, no entanto, os mesmos se mostraram limitados. Ainda falta desenvolvimento nas pesquisas e um aprofundamento na

escolha das dimensões e subdimensões do modelo, o que talvez permita que bons resultados sejam alcançados.

2.1.1 Modelo SERVQUAL

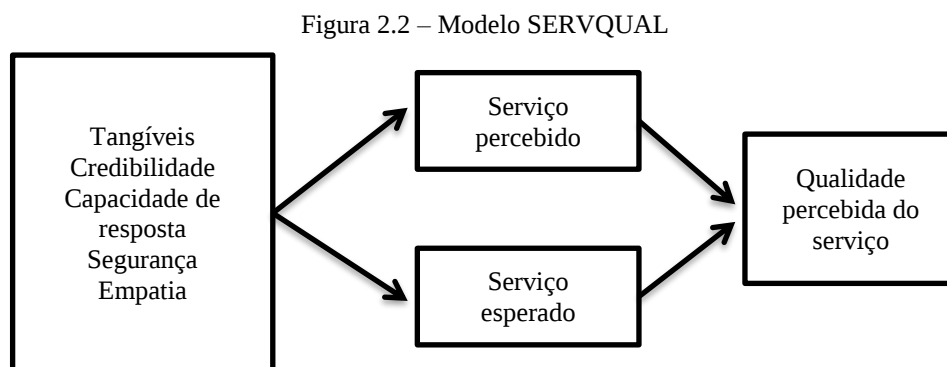
Segundo o modelo de lacunas (*gaps*) de Parasuman, Zeithaml, & Berry (1985), a qualidade deriva do “Paradigma da Desconfirmação”, que é baseado na confrontação entre as expectativas do cliente antes da utilização do serviço e o resultado após esta utilização. Essa desconfirmação pode ser positiva (quando o desempenho é superior às expectativas), neutra (quando o desempenho iguala-se as expectativas) ou negativa (quando o desempenho é abaixo das expectativas). Os *gaps* tem o objetivo de medir as inconsistências existentes entre a percepção do usuário de serviço e o prestador de serviço. Ao todo são 5 *gaps*. O *gap* 1 mede a percepção gerencial, a forma como a gerência falha em perceber as expectativas do cliente. O *gap* 2 mensura a especificação da qualidade do serviço, o que ocasiona a falha da gerência da qualidade. O *gap* 3 está relacionado com a prestação do serviço, o que ocasiona deficiências no processo produtivo e de entrega do serviço do cliente. O *gap* 4 diz respeito a comunicação externa com o mercado, o que levou a promessas não atendidas. E por fim, o *gap* 5 analisa a qualidade percebida pelo cliente, as diferenças entre o serviço esperado e o serviço que de fato é prestado. A Figura 2.1 abaixo ilustra o modelo de *gaps*.



Fonte: Adaptado de Parasuman, Zeithaml & Berry (1985)

O estudo de Parasuman, Zeithmal & Berry (1985) foi uma derivação do que já era discutido por Grönroos (1984). Em outro estudo, Parasuman, Zeithmal & Berry (1988) deram origem a escala SERVQUAL, que inicialmente era composta por 10 dimensões (Tangíveis, Confiabilidade, Presteza, Competência, Cortesia, Credibilidade, Segurança, Acessibilidade, Comunicação e Compreensão do cliente) e que depois de alguns testes, acabou ficando apenas com 5 dimensões (Tangíveis, Credibilidade, Capacidade de Resposta, Segurança e Empatia).

O modelo SERVQUAL proposto por Parasuman, Zeithaml & Berry (1988) tem como objetivo medir a qualidade por meio da comparação entre a expectativa antes da compra e as percepções após o uso do serviço, neste caso é aplicado um questionário com 44 perguntas, 22 antes e 22 depois da utilização do serviço. O modelo SERVQUAL parte do *gap* 5 apresentado no modelo de lacunas (*gaps*) dos mesmos autores em 1985, no qual o *gap* 5 busca mensurar a diferença entre o serviço esperado e o serviço prestado. O modelo SERVQUAL será apresentado na Figura 2.2 abaixo.



Fonte: Adaptado de Brady & Cronin (2001)

2.1.2 Modelo SERVPERF

Cronin & Taylor (1992) acharam inadequados os resultados encontrados por Parasuman, Zeithaml & Berry (1988), visto que uma empresa deve sempre partir da premissa que o consumidor tem a maior expectativa, ou seja, que espera um serviço perfeito. Assim, os autores desenvolveram outro modelo, o SERVPERF que avalia somente as percepções do serviço, aplicando as 22 questões sobre o serviço recebido. Os primeiros resultados dos autores foram positivos e demonstraram que o modelo se aproximava em resultados perto do que era discutido na literatura em relação a satisfação dos clientes.

O SERVPERF consegue explicar as variações do serviço com uma precisão mais apurada, se comparado ao SERVQUAL. No estudo de Adil, Ghaswyneh & Albkour (2013), no

qual os autores fizeram uma comparação entre os dois modelos para a qualidade de marketing, foi possível perceber que o SERVPERF se mostrou superior na realidade estudada, visto que reduziu o número de variáveis a serem explicadas e gerou respostas imparciais.

No entanto, para cada contexto analisado, os resultados serão diferentes. Na avaliação da qualidade de serviços móveis, o SERVPERF não se mostrou totalmente eficiente para análise e entre as suas 5 dimensões, somente 2 dimensões se mostraram relevantes para este ambiente (HODOVIC, KALAJDZIC & IMSIRPASIC, 2017). Desta forma, tanto o SERVQUAL, como o SERVPERF são úteis na medição da qualidade de diferentes áreas. Mas, outro modelo adquire destaque, o modelo de Análise Hierárquica de Brady & Cronin (2001).

2.1.3 Análise Hierárquica de Serviços

A Análise Hierárquica de Serviços proposta por Brady & Cronin (2001), surgiu da indeterminação da literatura em relação à qual modelo de medição da percepção da qualidade utilizar para as mesmas áreas de serviços. Os autores buscavam criar um modelo que permitisse fazer uma análise a partir de agregações, ou seja, avaliar os diferentes desempenhos do serviço em cada nível, que neste caso são as dimensões e subdimensões, a fim de se obter uma avaliação da qualidade global.

Mesmo com vários avanços, ainda não é possível ter um modelo da avaliação da qualidade de serviços que seja aceito pela maioria dos pesquisadores. O modelo de Análise Hierárquica de Serviços desenvolvido por Brady & Cronin (2001) é um dos mais utilizados, porém não é unânime para todos os setores de serviço, pois as dimensões da qualidade podem diferir dependendo do tipo do serviço. Este modelo pode ser considerado como um preditor de satisfação e lealdade (POLLACK, 2009).

Sumaedi, Yarmen & Bakti (2016) usaram a Análise Hierárquica de Brady & Cronin (2001) para medir a qualidade do serviço de saúde e obtiveram resultados expressivos. A pesquisa confirmou que o modelo se adequa bem na medição da qualidade de serviços de saúde e as 3 dimensões propostas (qualidade de interação, qualidade de ambiente e qualidade de resultado) foram aceitas no contexto estudado, assim como as 9 subdimensões (atitude, comportamento, expertise, condições ambientais, *design*, fatores sociais, tempo de espera, tangíveis e valência).

2.2 Qualidade em Serviços de Saúde

O setor de saúde enfrenta desafios e mudanças sem precedentes em termos de tecnologia, infraestrutura e profissionais, o que gera uma grande competição entre as unidades de serviços, sejam elas privadas ou públicas. Portanto, o setor não consegue se sustentar apenas com a disponibilidade dos serviços relacionados a resolver problemas de saúde, os consumidores desejam seu próprio envolvimento no processo para sentirem-se satisfeitos. Logo, os cuidados a saúde devem ser realizados em todas as facetas na qual o setor está disponível. Visto isso, compreende-se melhor a importância da avaliação da qualidade em diversos aspectos nos serviços de saúde (YE *et al.*, 2015; CHARAL & KUMARI, 2010).

A qualidade dos serviços de saúde é um fator importante para os resultados de um centro de saúde. A percepção desta qualidade afeta o cliente diretamente na escolha do local a se tratar. Alguns autores defendem a importância da qualidade nos serviços de saúde como parte da estratégia, pois este setor atrai a atenção dos clientes, pesquisadores e gerentes da área. Murti, Deshpande & Srivastava, (2013) e Leonard & Masatu (2005) ainda expõem a transição do setor de saúde de um mercado vendedor para um mercado comprador.

Charal & Kumari (2010) enfatizam que as organizações públicas de saúde nos países em desenvolvimento são limitadas quanto a sua capacidade de fornecer serviços de saúde com qualidade. O desenvolvimento de estratégias baseadas nos itens de saúde torna-se, então, fundamentais na construção de um serviço de qualidade que possa atender as expectativas da população e na melhoria da forma depreciativa pela qual a saúde pública desses países é vista. Charal & Kumari (2010) ainda propuseram dois modelos diferentes para medir a qualidade nos serviços de saúde público. No primeiro modelo, os efeitos diretos das dimensões qualidade de interação e qualidade do ambiente físico são medidos. Já no segundo modelo, são medidos o efeito da qualidade de interação e qualidade do ambiente físico por meio da qualidade do resultado.

Com medidas precisas da qualidade dos serviços de saúde é possível que os pesquisadores comparem e contrastem diferentes sistemas, desempenhos, valor do treinamento e compreensão dos comportamentos dos clientes do serviço. No entanto, medir a qualidade diretamente é impossível, sendo assim, a opção mais comum é a medição da qualidade

indiretamente, por intermédio de insumos e características encontradas durante o processo (LEONARD & MASATU, 2005).

Cunha *et al.* (2016) realçam que a percepção do usuário de serviços de saúde públicos é uma ferramenta fundamental para que possíveis melhorias do serviço sejam promovidas. Os usuários do serviço fazem parte do resultado final oferecido, então sua inclusão nas discussões sobre os aspectos da qualidade do serviço e, conseqüentemente, na qualidade de vida deve ser tratada como uma ação comum.

2.3 Saúde Pública no Brasil

A saúde pública no Brasil obteve vários avanços durante os anos, e grande parte desses avanços foram impulsionados pelas Conferências Nacionais de Saúde. A 1ª Conferência Nacional de Saúde teve foco na defesa sanitária, assistência social e proteção da maternidade. A última, a 15ª da história do país, teve foco na qualidade dos serviços ofertados aos usuários, no qual o propósito foi reafirmar a importância de ofertar serviços com qualidade, onde engloba-se a rapidez e os aspectos físicos. Durante as conferências, a saúde foi colocada como um Direito, sendo de responsabilidade de cada Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Cada Estado é responsável por promover as suas políticas de saúde, visando garantir serviços de saúde iguais para todos os usuários, garantindo que não haja diferença entre as áreas urbanas e rurais. As estratégias de saúde, neste caso, são regionais, e o propósito é levar serviços de qualidade para os usuários dos serviços, seja nos níveis básicos de saúde ou nos especializados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No estado de Pernambuco, o governo é responsável por coordenar a expansão de projetos, implementar e qualificar o trabalho responsável pelos cuidados primários dos usuários dos serviços de saúde, realizar supervisões, cursos e oficinas, envolvendo todos os profissionais das mais variadas áreas e monitorizar a utilização dos recursos transferidos para saúde (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2016).

O Plano Estadual de Saúde (PES) é específico para cada estado, sendo programado para 4 anos, no entanto, cada ano tem as suas próprias metas e ações para serem realizadas. Em Pernambuco, o ano de 2017 tem como diretrizes: fortalecer a atenção primária dos cuidados com os usuários de serviços públicos, desenvolver e aperfeiçoar o acesso regionalizado às ações

de média e alta complexidade, fortalecer a política de assistência farmacêutica, desenvolver ações estratégicas de vigilância em saúde, qualificar e inovar os processos de governança e ampliar os investimentos em saúde (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2017).

Antes da criação do SUS, apenas 30 milhões de brasileiros possuíam acesso aos serviços públicos de saúde no Brasil. Com a criação do sistema de saúde, esse número subiu para 150 milhões. O SUS foi introduzido no país quando os serviços privados de saúde cresciam desordenadamente, e o público estava sendo privatizado em blocos (PAIM *et al.*, 2011).

O Sistema Único de Saúde é a principal fonte de cuidados médicos para a população brasileira, estando presente em todos os níveis, e tendo a sua disposição seus próprios serviços públicos, hospitais universitários e até serviços privados, que atuam como complemento para os serviços públicos. Atualmente, o SUS possui cerca de 280 mil instituições que prestam serviços para o sistema público de saúde, e destes, 200 mil instituições são serviços complementadores privados (SANTOS & ALVES, 2016).

O sistema de saúde brasileiro possui níveis hierárquicos para os serviços ofertados e ações oferecidas, o que orienta o acesso ao serviço por meio dos fluxos de assistência. A porta de entrada nos serviços ofertados pelo SUS são os postos de saúde com foco na Estratégia Saúde da Família (SANTOS & ALVES, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia do SUS, voltada para responder regionalmente as necessidades de saúde de uma população integrando as ações curativas e preventivas, de forma contínua e sistematizada. A APS busca prevenir as doenças, promover e fazer a manutenção da saúde por meio de uma prestação de serviço centrada no usuário que necessita de cuidados médicos e no ambiente que ele está inserido. A APS é a responsável por apresentar as equipes da Estratégia Saúde da Família para os usuários do serviço (SECRETÁRIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2016).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994 e tinha o propósito de levar médicos, enfermeiros e agentes comunitários para as áreas mais pobres do país (AQUINO, OLIVEIRA & BARRETO, 2009). Anos depois, o nome PSF foi substituído por Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa englobar e reorganizar os serviços de atenção básica de saúde do país. As equipes do ESF são compostas por no mínimo: médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários. A média de pessoas pela

qual cada equipe do ESF deve ser responsável gira em torno de 3000 pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Gonçalves *et al.* (2016) realizaram um estudo no sistema ambulatorial da saúde pública em Porto Alegre – RS e obtiveram como resultados que características sociais e demográficas, principalmente relacionadas a etnia não branca e grau menor de escolaridade indicam que as desigualdades influenciam no desempenho dos resultados de saúde. Muitos usuários relataram dificuldades para serem atendidos na APS, o que fazia com que os serviços de emergência hospitalar atuassem independente da APS. Assim, os usuários dos serviços precisam de locomover para buscar atendimento em outros níveis de assistência.

Com a atual situação financeira do país, o SUS enfrenta grandes dificuldades em relação à sua sustentabilidade, no que diz respeito à financiamento e judicialização da saúde. Esses fatores, associados a falta de qualificação de profissionais e treinamento, o desafio de assumir a liderança para permitir que a população envelheça com qualidade, o aumento dos níveis de violência e dos acidentes de trânsito, corroboram para o agravante da falta de planejamento na saúde pública do Brasil (SANTOS & ALVES, 2016).

Para enfrentar os desafios do sistema de saúde brasileiro e transpor as dificuldades, é necessário que haja um apoio político fortalecido, para que o financiamento possa ser reestruturado e os papéis do setor público e privado dentro do sistema sejam redefinidos e alinhados (PAIM *et al.*, 2011).

Em Pernambuco, a distribuição das despesas com saúde não são uniformes, sendo em sua maioria bem abaixo das médias brasileiras. Tanto as despesas *per capita* com saúde quanto o percentual de crescimento no estado não são distribuídos uniformemente entre as regiões, sendo então, irregular entre municípios de uma mesma região (ESPÍRITO SANTO, FERNANDO & BEZERRA, 2012).

Após mais de duas décadas de existência, o SUS se consolidou como uma ruptura radical no sistema de saúde público que eram ofertados pelo país, sendo um modelo de saúde pública muito bem estruturado, com o objetivo de permitir acesso aos usuários de todas as áreas do país. No entanto, os limites ao acesso ocorrem em todos os níveis, desde as portas de entrada até os serviços especializados e de alta complexidade. Muito ainda deve ser feito para que os cuidados ofertados pelo país se equipare aos cuidados mundiais. Um dos desafios do SUS é a

necessidade de atender a qualidade desejada pelos usuários dos serviços de saúde e o acesso aos serviços de atenção básica (BARBIANI *et al.*, 2014).

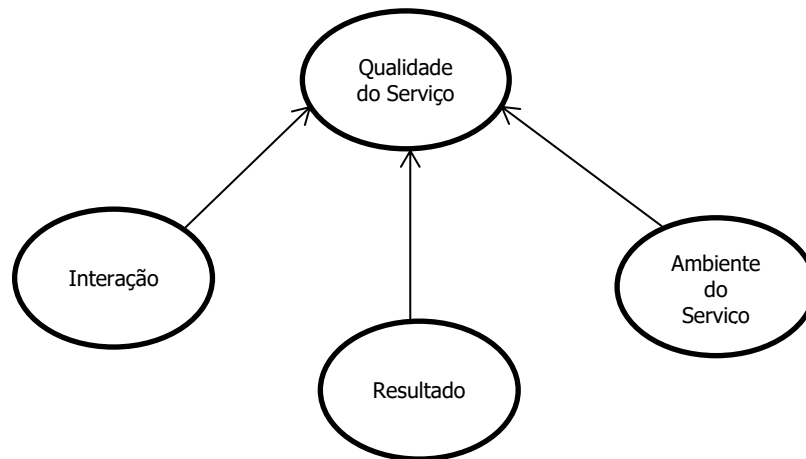
Para atender a tarefa de planejamento do SUS, estabelecendo prioridades e alocando os recursos de forma eficiente para à atenção primária, os centros de saúde necessitam da experiência de fornecedores e da identificação da percepção da qualidade dos usuários do serviço. Assim, os profissionais e gestores precisam ser bem informados, para que desta forma, os serviços de saúde possam ser ofertados com a qualidade esperada pelos usuários (CAMPOS, NEGROMONTE FILHO & CASTRO, 2017).

Campos, Negromonte Filho & Castro (2017) avaliaram os serviços de saúde de clínicas públicas de atendimento básico em Natal – RN. Como resultado, os autores perceberam que os provedores do serviço público atribuem baixa expectativa aos usuários dos serviços, enquanto os usuários demonstraram que possuem expectativas elevadas, desta forma existe lacunas em relação ao que o provedor de saúde pública e os usuários dos serviços pensam. Essa lacuna mostra que o setor público no Brasil, principalmente o SUS ainda necessita trabalhar no planejamento com base nas expectativas dos seus usuários.

2.4 Modelo de Brady & Cronin (2001)

Diante da discordância existente quanto a determinação de um modelo unânime, Brady & Cronin (2001) propuseram com base nos estudos anteriores um modelo hierárquico e multidimensional composto por dimensões primárias que influenciam a qualidade do serviço, que por sua vez são influenciadas por subdimensões. Para definição das dimensões primárias, foram utilizadas como base as dimensões propostas por Rust & Oliver (1994): interação, ambiente do serviço e resultado. A Figura 2.3 ilustra o modelo de Rust & Oliver (1994).

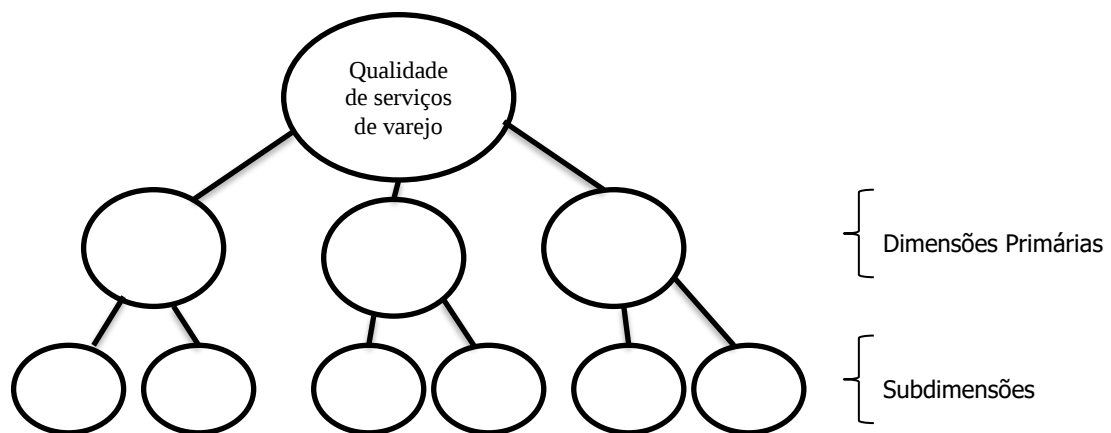
Figura 2.3 - Modelo de Qualidade Rust & Oliver (1994)



Fonte: Adaptado de Rust & Oliver (1994)

Já a percepção da qualidade como multidimensional (vários níveis) foi influenciada pelo trabalho de Dabholkar, Thorpe & Rentz (1996). A Figura 2.4 ilustra o modelo hierárquico de vários níveis, expondo as dimensões e subdimensões.

Figura 2.4 – Modelo hierárquico de vários níveis

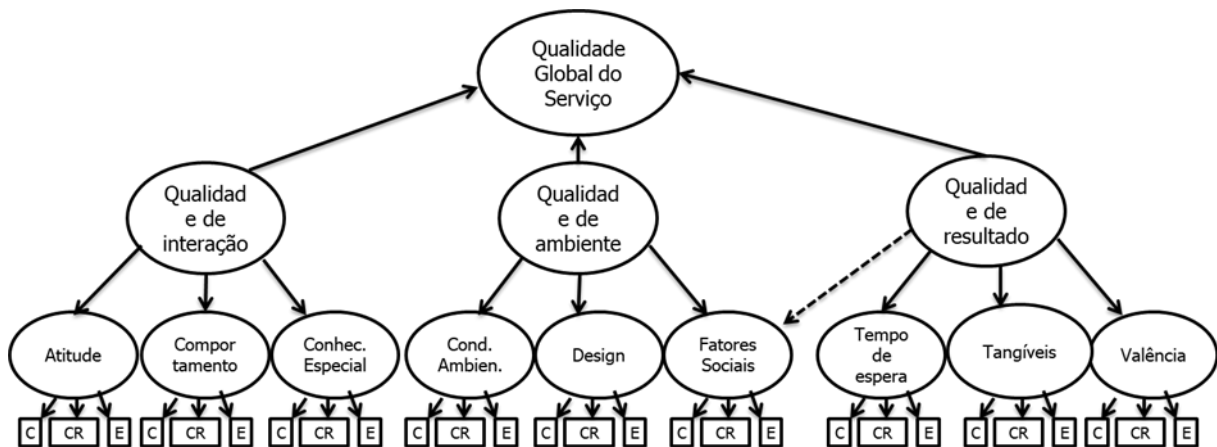


Fonte: Adaptado de Dabholkar, Thorpe & Rentz (1996)

O modelo de Brady & Cronin (2001) é composto por 3 dimensões primárias da qualidade do serviço que por sua vez possuem 3 subdimensões cada. Através da avaliação das subdimensões, os clientes irão formar suas percepções que serão utilizadas para julgar a qualidade global do serviço oferecido. Ou seja, a sequência das percepções desencadeará no nível de qualidade que o cliente percebe ao fim do serviço.

As mudanças que os autores realizaram quando há uma comparação do modelo de Brady & Cronin (2001) com os modelos anteriores são claras. Alguns pontos considerados como dimensão no modelo SERVQUAL, passou a ser visto como subdimensão no modelo de Brady & Cronin (2001). Assim, foram formadas as dimensões primárias: qualidade de interação, qualidade do ambiente e qualidade do resultado. Na qualidade de interação, as subdimensões são: atitude, *expertise* e comportamento. Na qualidade do ambiente as subdimensões estão classificadas em: condições do ambiente, *design* e fatores sociais. Já a qualidade do resultado é formada pelas seguintes subdimensões: tempo de espera, elementos tangíveis e valência. A Figura 2.5 representa o modelo de Brady & Cronin (2001) com as suas respectivas dimensões e subdimensões.

Figura 2.5 – Modelo de qualidade em serviços Brady & Cronin (2001)*



Fonte: Adaptado Brady & Cronin (2001)

*Onde: C = Confiabilidade, CR = Capacidade de Resposta, e E = Empatia

O estudo de Brady & Cronin (2001) foi realizado em 4 setores de serviços, são eles: *fastfood*, desenvolvimento de fotografia, parques de diversão e limpeza à seco. A escolha dos serviços ocorreu devido às características particulares de cada serviço, no qual os mesmos permitem: (1) avaliação dos clientes quanto a interação com funcionários, o ambiente físico e o resultado; (2) são um conjunto de prestadores de serviços; e (3) são semelhantes a outras empresas de serviços utilizadas em pesquisas anteriores. Os autores buscaram seguir a mesma linha dos seus influenciadores para que seu trabalho não fosse refutado.

Para validar o modelo conceitual, Brady & Cronin (2001) testaram várias hipóteses, no qual, as mesmas estão relacionadas com cada dimensão e subdimensão pré-selecionadas. Para

a dimensão de qualidade de interação, que trata das relações construídas ao longo do serviço foi elencada a seguinte hipótese:

H1: As percepções a respeito da qualidade de interação do serviço influenciam diretamente a percepção da qualidade global do serviço.

Esta primeira hipótese está relacionada com a forma como o contato entre o prestador de serviço e o consumidor acontece. Esta hipótese foi sustentada pelo estudo de Bitner (1990) que assume que as atitudes e comportamentos dos empregados influenciam diretamente a percepção de qualidade dos consumidores.

H2: As percepções a respeito das atitudes dos empregados influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço.

H3: As percepções a respeito do comportamento dos empregados influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço.

H4: As percepções a respeito do grau de conhecimento especializado (*expertise*) dos empregados influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço.

As subdimensões para a qualidade de interação: atitude, comportamento e *expertise*, foram sustentadas por outros estudos. Czepiel (1990) especifica que a atitude, comportamento e a habilidade dos funcionários irão interferir na qualidade final do serviço prestado.

Para a qualidade de ambiente que aborda o aspecto físico do serviço, formulou-se a seguinte hipótese:

H5: As percepções a respeito da qualidade do ambiente físico influenciam diretamente a qualidade global do serviço.

Essa dimensão foi suportada pelo estudo de Mc Alexander, Kaldenberg & Koenig (1994), que obtiveram resultados parecidos em seus trabalhos, no qual a visão do ambiente influencia o bem estar que o consumidor possui na prestação do serviço.

H6: As percepções a respeito das condições ambientais influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço.

H7: As percepções a respeito das instalações do ambiente físico influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço.

H8: As percepções a respeito das condições sociais das instalações influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço.

O estudo de Baker (1986) conseguiu encontrar o fator social como influenciador do ambiente, desta forma, suporta o proposto por Brady & Cronin (2001). As condições ambientais, que estão relacionadas com os sentidos presenciados dentro do serviço tiveram sua afirmação de importância no estudo de Bitner (1990).

Para a qualidade do resultado, que trata da avaliação do serviço que foi entregue ao cliente foi formulada a seguinte hipótese:

H9: As percepções a respeito da qualidade do resultado influenciam diretamente a qualidade global do serviço.

A importância da qualidade de resultado como uma forma de avaliar o que foi entregue ao consumidor pode ser observada nos estudos de Grönroos (1984) e de Mc Alexander, Kaldenberg & Koenig (1994). As hipóteses para as subdimensões da qualidade de resultado são as seguintes:

H10: As percepções a respeito do tempo de espera influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço.

H11: As percepções a respeito dos elementos tangíveis influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço.

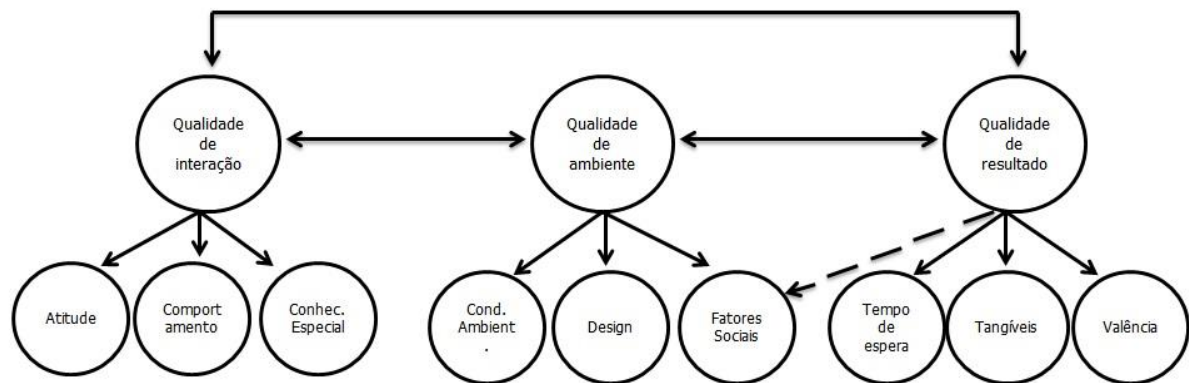
H12: As percepções a respeito do resultado da experiência influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço.

As subdimensões tempo de espera, elementos tangíveis e resultado da experiência são suportadas por alguns estudos. Martínez Caro & Martínez García (2008) reforçam a importância do tempo de espera para o consumidor. Os elementos tangíveis, assim como resultado de experiência foram discutidos no trabalho de Zeithaml, Parasuman & Berry (1985).

Os resultados de Brady & Cronin (2001) apresentaram uma divergência quanto a subdimensão tempo de espera entre o restaurante *fastfood* estudado e os demais serviços. Os

autores atribuem esta diferença ao sistema de enfileiramento presente neste tipo específico de serviço. Este tempo de espera acaba não influenciando apenas a qualidade do resultado, mas também as expectativas de desempenho do funcionário. Desta forma, a qualidade do resultado estaria associada a qualidade de interação. A Figura 2.6 ilustra esta relação entre as dimensões do modelo.

Figura 2.6 – Modelo final de Brady & Cronin (2001)



Fonte: Adaptado de Brady & Cronin (2001)

Para Chahal & Kumari (2010), o modelo hierárquico de Brady & Cronin (2001) necessita ser modificado para tornar-se apto a diferentes cenários, visto as amplas diferenças do setor de serviço. Os autores já citavam esta necessidade de modificações em seu trabalho de 2001.

Martínez Caro & Martínez García (2008) propuseram um modelo multidimensional e hierárquico que tinha o propósito de tratar a qualidade de serviço de uma agência de viagens como uma construção de terceira ordem composta por dimensões e subdimensões, focando nas dimensões: interação pessoal, ambiente físico e resultado, diferenciando-se apenas do modelo original de Brady & Cronin (2001) na construção das subdimensões.

O estudo de Al-Hubaishi, Ahmad & Hussain (2017) tinha foco nas relações móveis e de telecomunicação do governo, com o objetivo de analisar quais dimensões propostas por Brady & Cronin (2001) se mostravam suficientes para este serviço, acrescentando outros construtos como dimensões. Os autores concluíram que na realidade estudada, são relevantes as dimensões qualidade de interação, qualidade de informação, qualidade do ambiente, qualidade do sistema, qualidade da rede e qualidade do resultado. Assim, as subdimensões foram retiradas e as

dimensões encontradas foram usadas para compor um novo modelo, apto para analisar os serviços móveis de governos.

Sumaedi, Yarmen & Bakti (2016) realizaram mudanças no modelo de Brady & Cronin (2001), adaptando-o para avaliar pequenos serviços de saúde. Os resultados dos autores demonstraram que as dimensões propostas (mesmas do modelo original), são aptas para a avaliação dos serviços de saúde que foram estudados. As subdimensões modificadas, que no trabalho deles foram propostas apenas 8 (tempo de espera, medicina, eficácia, interação suave, expertise, interação difícil, condições dos equipamentos e condições ambientais), também se comprovaram significantes.

2.5 Considerações sobre o Capítulo

Nesse capítulo foi realizada uma fundamentação teórica e revisão bibliográfica das temáticas necessárias para abordagem do tema estudado. Desta forma, foi visto a conceitualização de qualidade em serviços, os modelos para avaliar a qualidade dos serviços, a qualidade em serviços de saúde, o serviço de saúde pública no Brasil e uma abordagem do modelo hierárquico e multidimensional de Brady & Cronin (2001).

Baseada nas hipóteses propostas para avaliação da qualidade de serviços a partir do estudo de Brady & Cronin (2001), esta dissertação tem as seguintes hipóteses apresentadas na Tabela 2.1:

Tabela 2.1 – Hipóteses do Estudo

Hipóteses do Estudo	
H1	As percepções sobre qualidade de interação influenciam diretamente a percepção sobre a qualidade global do serviço dos postos de saúde.
H2	As percepções a respeito das atitudes dos funcionários dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço dos postos de saúde.
H3	As percepções a respeito do comportamento dos funcionários dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço dos postos de saúde.
H4	As percepções a respeito do grau de conhecimento dos funcionários dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço do posto de saúde.
H5	As percepções sobre qualidade do ambiente influenciam diretamente a percepção sobre a qualidade global do serviço dos postos de saúde.
H6	As percepções a respeito das condições ambientais dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço dos postos de saúde.
H7	As percepções a respeito das instalações físicas dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço dos postos de saúde.
H8	As percepções a respeito das condições sociais dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço dos postos de saúde.
H9	As percepções sobre qualidade de resultado influenciam diretamente a percepção sobre a qualidade global do serviço dos postos de saúde.
H10	As percepções a respeito do tempo de espera dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço dos postos de saúde.
H11	As percepções a respeito dos elementos tangíveis dos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço dos postos de saúde.
H12	As percepções a respeito do resultado da experiência nos postos de saúde influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço dos postos de saúde.

Fonte: Esta Pesquisa (2017)

No capítulo seguinte serão apresentados os procedimentos metodológicos seguidos pela pesquisa e o método escolhido para a análise dos resultados. Pretende-se mostrar as etapas seguidas na pesquisa, além de explicar como foi feita a definição da amostra e realizar uma especificação do modelo utilizado para análise.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este tópico visa explicar as etapas seguidas no trabalho, desde a definição da amostra, coleta de dados e a análise dos resultados. Assim, o capítulo apresenta as seguintes etapas: tipo de pesquisa (método, abordagem), definição da amostra (quantidade da população estudada), a modelagem de equações estruturais, especificação do modelo de análise utilizado, aspectos éticos da pesquisa e as considerações sobre o capítulo.

3.1 Tipo de Pesquisa

Segundo Cervo, Bervian & Da Silva (2007), o método é caracterizado pela ordem das etapas dos diferentes processos que se fazem necessário para obtenção do resultado desejado. Para definição do método é preciso a definição do objeto da pesquisa. Neste trabalho foi feito o uso do método da dedução, visto que a pesquisa parte de uma verdade universal na avaliação dos serviços de saúde para uma verdade restrita na avaliação dos serviços de postos de saúde nos distritos de Umari e Sítio Aroeiras no interior de Pernambuco.

A pesquisa científica busca conhecer um ou mais assuntos profundamente, focando em todos os seus aspectos, sendo classificada em diferentes tipos. Essa pesquisa é classificada como Descritiva, pois visa descrever as percepções sobre a qualidade da saúde pública da população estudada e estabelecer relação entre as variáveis encontradas. As pesquisas descritivas caracterizam-se pelo uso de questionários na coleta de dados e observações sistêmicas, sendo nomeada como pesquisa de levantamento quanto aos procedimentos técnicos (PRODANOV & FREITAS, 2013).

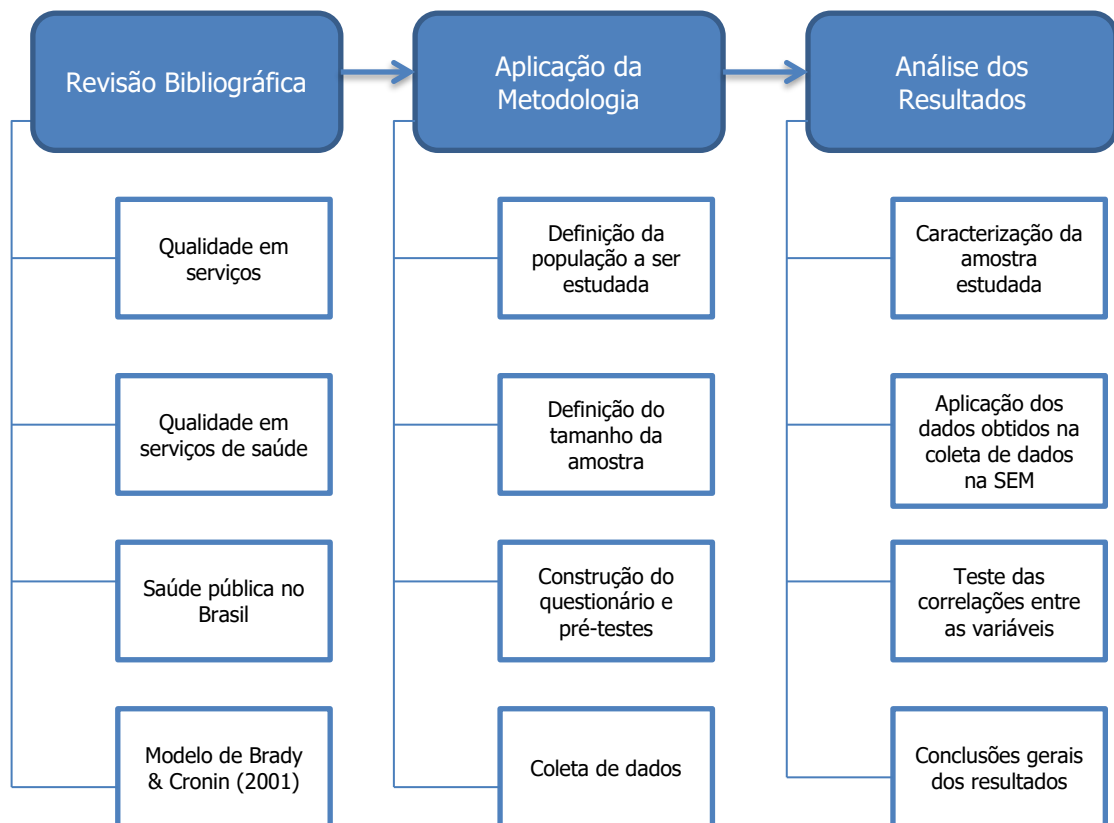
Esta pesquisa pode ser considerada quantitativa, posto que uma das características deste tipo de pesquisa é apontar a frequência e intensidade de um determinado grupo ou população. Para este tipo de abordagem é utilizado comumente questionários e perguntas objetivas (MIGUEL *et al.*, 2012).

A coleta de dados tem diversas ações pré-definidas que devem ser seguidas, como: a determinação da população a ser estudada, a elaboração do instrumento de coleta, a programação da coleta e os tipos de dados gerados pela coleta (CERVO, BERVIAN & DA SILVA, 2007). Esta pesquisa tem como foco a população do interior de Pernambuco, mais precisamente da cidade de Bom Jardim. O estudo foi realizado com os habitantes dos distritos de Umari e do Sítio Aroeiras. A escolha da população foi por conveniência.

Como a pesquisa é um levantamento de dados e existe uma interrogação quanto ao assunto a estudar, para a coleta de dados foi feito o uso de um questionário, visto que permite a medição com exatidão do que se deseja estudar, além de ser aplicado para amostras grandes (CERVO, BERVIAN & DA SILVA, 2007; MIGUEL *et al.*, 2012; PRODANOV & FREITAS, 2013). O instrumento de coleta foi elaborado com base na revisão bibliográfica do trabalho, tendo foco no modelo desenvolvido por Brady & Cronin (2001). Logo após a tabulação e organização dos dados foi utilizada a Modelagem de Equações Estruturais (SEM) para medir as relações das variáveis.

A pesquisa seguiu a ordem apresentada na Figura 3.1 abaixo.

Figura 3.1 – Estrutura metodológica desta pesquisa



Fonte: Esta Pesquisa (2017)

Como visto na Figura 3.1, a pesquisa contou com 3 etapas, sendo elas: revisão bibliográfica, aplicação da metodologia e análise dos resultados. Na etapa da revisão bibliográfica, o estudo centrou nas descobertas existentes sobre os assuntos abordados, fazendo

um retrospecto da qualidade de serviços, da qualidade de serviços no setor da saúde, da saúde pública no Brasil e na modelagem de equações estruturais.

Na segunda etapa, foi definida a população a ser estudada, seguida do tamanho da amostra. Na sequência foi construído o questionário com base na revisão bibliográfica e no modelo de Brady & Cronin (2001). Logo após a construção do instrumento de coleta, foi feito um pré-teste do modelo que teve por intuito verificar a compreensão e exatidão do questionário. Nesta etapa também foi feita a coleta de dados.

Por fim, na terceira etapa foi realizada uma caracterização da amostra, na qual foi observada a linearidade e singularidades da população estudada. Logo após, foi executada a aplicação dos dados obtidos na SEM, onde foi possível obter as relações entre as variáveis e um panorama geral da percepção da qualidade. Nesta etapa também houve testes das correlações das variáveis dependentes e independentes, com o intuito de medir até onde uma variável influencia a outra. Desta forma, ao fim da terceira etapa ocorreram as conclusões gerais sobre as percepções da análise dos dados obtidos e a definição da percepção da qualidade nos postos de saúde dos dois distritos estudados.

3.2 Definição da Amostra

Para definir a amostra, foram utilizados como base os dados da Secretária Estadual de Saúde (2016), que especificam que a cidade de Bom Jardim possui 7 postos de saúde para comportar um quantitativo populacional de 38.976 habitantes. Desses 7 postos de saúde espalhados pela cidade, o estudo teve foco em 2 postos de saúde, que juntos atendem cerca de 1200 pessoas por mês, entre atendimento básico, como curativos à médicos especialistas.

Três fatores influenciaram na escolha dos 2 postos de saúde foco da pesquisa, foram eles: a possibilidade de acessibilidade para a coleta de dados, a proximidade entre os 2 postos de saúde e o fato de ambos os postos se localizarem distante do centro da cidade, o que leva a considerar que as pessoas que os utilizam realmente são as que necessitam deste serviço e consequentemente permitiria resultados pertinentes ao analisar a percepção dos reais usuários do serviço.

Barbetta (2011) realiza um cálculo inicial para obtenção do tamanho mínimo da amostra (n), o cálculo está demonstrado na Equação 3.1:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \longrightarrow n_0 = \frac{1}{0,05^2} \quad (3.1)$$

Sendo:

N = Tamanho da população

n = Tamanho da amostra

n_0 = Primeira aproximação para o tamanho da amostra, e

E_0 = Erro amostral tolerável

Caso a população seja muito grande (vinte vezes o valor calculado em n_0), então (n_0) pode ser adotado como tamanho da amostra. Caso contrário, será necessário fazer uso da equação 3.2, para determinar o tamanho mínimo da amostra (n), calculado na equação 3.1:

$$n = \frac{N.n_0}{N+n_0} \longrightarrow n = \frac{1200.400}{1200+400} = 300 \quad (3.2)$$

Para determinação da amostra utilizou-se as equações da amostra aleatória simples com grau de confiança de 95% e α de 5%. Levando em consideração a população atendida por mês nos postos de saúde que são o foco da pesquisa (1200), tem-se como resultado final o tamanho da amostra de 300 respondentes.

Hair *et al.* (2009) explicitam que para utilização de Equações Estruturais é preciso no mínimo 150 respondentes, desta forma o tamanho da amostra encontrado através da equação validaria o uso do tipo de modelagem.

A pesquisa foi realizada com usuários dos serviços de saúde prestados nos postos, nos distritos de Umari e Sítio Aroeiras, localizados na cidade de Bom Jardim – Pernambuco. Os participantes da pesquisa foram os moradores com idade superior a 18 anos destas localidades, exclusivamente.

O critério de inclusão para esta pesquisa é que os participantes deviam ser moradores dos distritos citados, fazer uso dos serviços públicos de saúde da localidade, ser maior de idade ou emancipado. Foram excluídas pessoas que não fazem uso dos serviços do posto de saúde a pelo menos 1 ano.

3.2.1 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada através de um questionário baseado no modelo de Brady & Cronin (2001) que está apresentado no Apêndice 1, e neste deveria-se responder as questões por todos os participantes seguindo a escala de mensuração *Likert*, na qual, 1 = discordo totalmente; 2 = mais discordo do que concordo; 3 = não concordo e nem discordo; 4 = mais concordo do que discordo; e 5 = concordo totalmente.

O questionário proposto por Brady e Cronin (2001) foi adaptado neste trabalho para os dois postos de saúde e uma questão foi adicionada na subdimensão Fatores Sociais. Antes da aplicação do questionário foi realizado um pré-teste para validar as alterações realizadas no questionário original. O pré-teste foi aplicado em 4 usuários de postos de saúde e nessa etapa foi possível perceber que a questão 21 não era bem compreendida pelos respondentes e desta forma, a mesma foi modificada para o questionário final.

A questão 21, anteriormente estava descrita da seguinte forma: “Você acredita que a presença de outros pacientes influencia a sua percepção sobre a prestação de um bom serviço”. Logo após o pré-teste, a questão foi reformulada da seguinte maneira: “Você acredita que a presença de vários pacientes não afeta a prestação de um bom serviço”.

O questionário final impresso foi aplicado pela pesquisadora, mas a mesma se manteve isenta e não interferiu em momento algum nas respostas dos respondentes. A pesquisadora só interferiu no caso de dúvidas dos respondentes quanto ao conteúdo das questões.

Dos 300 elementos inicialmente estimados para a amostra, conseguiu-se obter 271 respostas. Houve problemas na coleta de dados, pois algumas pessoas se negaram a responder o questionário, visto que não se acharam aptas.

3.3 Aspectos Éticos

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde exigida pelo Comitê de Ética de Pesquisa, os Aspectos Éticos de riscos e benefícios estão mencionados abaixo:

- Riscos: O questionário poderá expor os participantes a uma leve fadiga, a um desconforto pelo tempo gasto nas questões e constrangimento a responder algumas das

perguntas. Portanto, para minimizar esta probabilidade de riscos, o questionário foi aplicado individualmente, em local reservado e ambiente agradável.

- **Benefícios:** Com a pesquisa espera-se obter a percepção dos construtos que mais influenciam a qualidade para a população estudada. Assim como demonstrar quais as dimensões que mais influenciam uma percepção positiva e/ou uma percepção negativa. Desta forma, será possível perceber quais ações são necessárias para estratégias futuras nesta aérea.

A pesquisadora declara que os dados utilizados nesta pesquisa são confidenciais e serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

3.4 Análise de Dados

Após a coleta de dados iniciou-se o tratamento dos dados que foram tabulados pelo Microsoft Excel. Logo depois, os dados foram transferidos para o software estatístico IBM SPSS STATISTICS, versão 22, para realizar a análise demográfica dos dados e verificar a normalidade dos dados. Após isto, os dados foram enviados para a extensão IPM SPSS AMOS, versão 22, para a análise final dos resultados, verificando como a amostra se comporta no modelo proposto por Brady & Cronin (2001) e se é significativa no setor estudado, com as condições previamente relatadas.

3.5 Modelagem de Equações Estruturais

A Modelagem de Equações Estruturais (SEM, do inglês Structural Equation Modeling) faz parte de uma série de modelos estatísticos que buscam explicar as relações entre múltiplas variáveis, examinando as inter-relações nas equações, nas quais estas equações descrevem as relações entre os construtos (variáveis dependentes e independentes). Na SEM é possível medir cada conjunto de variáveis dependentes de forma separada, mas que manterão uma interdependência entre si (HAIR *et al.*, 2009).

A SEM torna-se apropriada quando um pesquisador depara-se com múltiplos construtos, cada um representando uma variável diferente, e estes construtos são distinguidos com base na informação de serem exógenos ou endógenos. Os construtos exógenos estão relacionados com

as variáveis independentes, não sendo explicados por outras variáveis do estudo. Os construtos endógenos, são variáveis dependentes e como o próprio nome sugere, dependem de outros construtos (HAIR *et al.*, 2009).

A Modelagem de Equações Estruturais começou a ser utilizada no setor de serviços para a avaliação da qualidade dos serviços no campo de transporte público e expandiu-se por ser capaz de revelar as variáveis observadas e latentes e sua relação com a qualidade global (RAHMAN *et al.*, 2016).

Entre os métodos de análise, a SEM é assertiva por estimar parâmetros e ao mesmo tempo realizar a correlação entre os fatores observados. Outros métodos de regressão podem produzir estimativas tendenciosas dos parâmetros, pois assumem uma dependência aproximada entre os preditores, o que talvez leve facilmente o pesquisador a obter resultados errôneos e não confiáveis. Entretanto, o método não é o melhor, apenas tem uma adequação mais significativa para o setor de serviços de saúde, especificamente (YE *et al.*, 2015).

Para a validação da SEM, o ajuste só pode ser considerado bom quando caracterizado como parcimonioso e quando a matriz de covariância ajustada está bem próxima da matriz de covariância observada (DIVERT *et al.*, 2017).

Vários estudos aplicaram a Modelagem de Equações Estruturais (SEM) para medir a qualidade de diferentes setores. Amin & Nasharuddin (2013) fizeram uso da SEM para testar se a qualidade do serviço hospitalar é uma construção multidimensional composta de cinco subdimensões, no qual cada dimensão possui uma relação com a qualidade percebida do serviço. O resultado encontrado confirma o objetivo da pesquisa de Amin & Nasharuddin (2013) e reafirma o que anteriormente havia sido levantado por Brady & Cronin (2001).

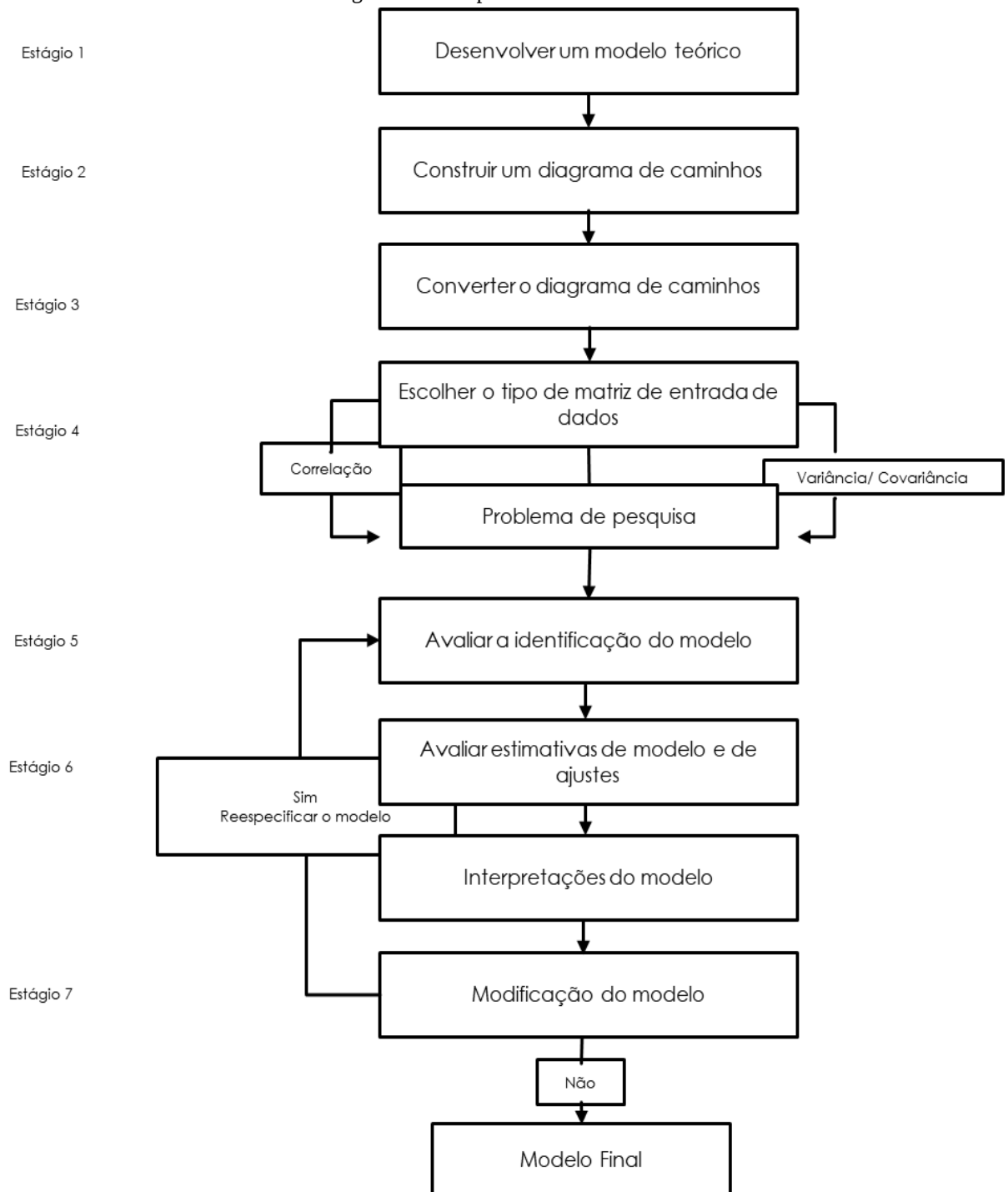
Divert *et al.* (2017), fizeram uso da SEM para mostrar que tipo de associação existe entre o consumo de doces e a doçura dos alimentos para as crianças. Malaquias & Hwang (2016) utilizaram a SEM para medir a confiança na banca móvel do Brasil. Kordshouli, Jafarpour & Bouzanjani (2016) empregaram a SEM para medir a correlação entre a qualidade/satisfação e o comportamento prosocial dos consumidores dos serviços das empresas. Estes exemplos mostram a diversidade na qual a SEM pode ser aplicada e em como a modelagem é suficiente para analisar objetivos de diversos estudos, permitindo que os múltiplos construtos propostos possam ser avaliados.

3.6 Especificação do Modelo

O trabalho segue o modelo proposto por Brady & Cronin (2001). As hipóteses do trabalho deles foram adaptadas para o contexto de qualidade em serviços de postos de saúde. Para a avaliação do modelo hierárquico e multidimensional de Brady & Cronin (2001) optou-se pelo uso da SEM, metodologia utilizada pelos autores em sua pesquisa.

Para utilização da SEM é necessário seguir estágios predefinidos, que neste caso foram baseadas no estudo de Hair *et al.* (2009). Os estágios que os autores sugerem são: 1- Desenvolver um modelo teórico; 2- Construir um diagrama de caminhos; 3- Converter o diagrama de caminho; 4- Escolher o tipo de matriz de entrada de dados; 5- Avaliar a identificação do modelo; 6- Avaliar as estimativas do modelo e da qualidade de ajuste e corrigir estimativas transgressoras; e 7- Interpretar e modificar o modelo. Estas etapas estão apresentadas na Figura 3.2 a seguir.

Figura 3.2 – Etapas da SEM



Fonte: Adaptado de Hair et al. (2009)

Antes de utilizar a análise da SEM, é necessário realizar o teste de Alpha de Cronbach para a validade dos construtos, no qual irá medir a confiabilidade do instrumento de coleta da pesquisa. Logo após, parte-se para a aplicação dos estágios da SEM, onde, no primeiro estágio, o modelo pode ser baseado em algum modelo existente na literatura ou em um novo modelo

construído pelo pesquisador. Já para o segundo e terceiro estágio é necessário o uso de um software para construir e converter o diagrama. No quarto estágio, além da definição de correlação e covariância, também serão feitos os testes de normalidade dos dados e remoção de *outliers*. Cada software irá ter um teste de normalidade para os dados, desta forma, os mesmos irão variar em cada estudo.

No quinto estágio é feita a identificação do modelo através dos graus de liberdade, que precisam ser maiores que 0. No sexto estágio é avaliado as estimativas do modelo e de ajustes. Para avaliação do bom ajustamento do modelo é preciso avaliar se o valor de β é superior a 0,2 e se há a inexistência de estimativas transgressoras. O bom ajustamento indica se as relações entre as variáveis no modelo são válidas. Como estimativas transgressoras consideram-se os valores que excedem os valores teóricos ou os valores que são negativos. Já os ajustes do modelo serão analisados pelo valor de qui-quadrado, do CMIN/DF (*chi-square*), RMSEA (*Root meansquare residual*), NFI (*Normedfit*), CFI (*Comparativefit index*), PNFI (*Parsimony-adjusted normed fit index*) e PCFI (*Parsimony-adjusted goodness of fit*).

No sétimo estágio, deve ser avaliado se no sexto estágio houveram estimativas transgressoras, e se caso o resultado for positivo, deve-se reespecificar o modelo. Logo após a reespecificação, o modelo precisa ser analisado novamente quanto as estimativas e ajustes, e assim, se tudo estiver correto, obtêm-se o modelo final.

Por fim, deve-se analisar a confiabilidade e validade do modelo. Para esta análise é usado a Confiabilidade Composta (CC) e a Variância Média Extraída (AVE).

3.7 Considerações sobre o Capítulo

Neste capítulo foram apresentados os itens em relação a metodologia adotada para esta pesquisa. O estudo foi realizado em dois postos de saúde localizados no interior de Pernambuco, nos distritos de Umari e Sítio Aroeiras, ambos pertencentes a cidade de Bom Jardim.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário feito com base na literatura do modelo de Brady & Cronin (2001). O questionário foi composto por dimensões primárias e subdimensões, contendo ao todo 36 variáveis que foram analisadas.

Ainda neste tópico foi feita uma abordagem sobre a modelagem de análise escolhida, a SEM (Structural Equation Modeling), no qual mostrou-se suas principais características e aplicabilidades. Além disto, também demonstrou-se a maneira que a SEM foi utilizada para a análise dos dados e suas etapas.

No capítulo seguinte são apresentadas as análises feitas a partir das respostas dos dados coletados e como os modelos propostos se comportam na SEM.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Diante da problemática do que influencia a percepção da qualidade em serviços de saúde no interior do estado de Pernambuco, este trabalho busca analisar como os habitantes de tais localidades enxergam a qualidade global dos serviços dos postos de saúde. Para descobrir quais fatores contribuem para formação da percepção do serviço, foi utilizado o modelo de Brady & Cronin (2001), e feita a análise com a Modelagem de Equações Estruturais (SEM). Os resultados são relevantes e mostram o descontentamento dos usuários em relação aos serviços que recebem.

4.1 Dados sobre os postos de saúde foco da pesquisa

Os dois postos selecionados para a pesquisa estão localizados nos distritos de Sítio Aroeiras e Umari, ambos na cidade de Bom Jardim - Pernambuco e atendem por mês cerca de 1200 pessoas. O posto de saúde de Sítio Aroeiras tem atendimento de clínico médico 1 vez por semana, no entanto, os atendimentos de curativos funcionam de segunda a sexta-feira na parte da manhã. Por sua vez, o posto de saúde de Umari tem atendimento de clínico médico e pediatra 2 vezes por semana. Durante o mês, o posto também dispõe de 1 consulta com psicólogo, odontologista e fonoaudiólogo. O atendimento a curativos e vacinas funcionam de segunda a sexta-feira, na parte da manhã.

A quantidade de fichas disponíveis para cada posto de saúde varia de 20 a 30 para cada médico especialista, o que acarreta muitas vezes na falta de atendimento de muitos usuários do serviço. Os usuários precisam acordar cedo e enfrentar filas para conseguirem se consultar e muitas vezes acabam não tendo essa chance.

Quanto à condição física dos postos de saúde, eles ficam a desejar, de acordo com relatos da população atendida. O posto de saúde de Sítio Aroeiras é antigo e durante toda a sua existência não obteve nenhuma reforma, o que acarretou na sua degradação e em uma infraestrutura ruindo. O posto se localiza no meio de vegetação, que muitas vezes atrapalha a chegada dos usuários e causa incômodo.

O posto de saúde Umari foi reformado há 3 anos, no entanto, as condições ainda não são as mais adequadas. O posto ainda tem alguns defeitos em sua infraestrutura e problema com o teto e infiltração, o que acaba tornando o local desagradável. No entanto, o posto de Umari é localizado em uma área agradável do distrito e de fácil acesso.

Os dois postos de saúde estão localizados relativamente perto, cerca de 3 km de distância entre eles, o que faz com que os habitantes do Sítio Aroeiras frequentem o posto de Umari para os atendimentos que não são ofertados em seu distrito. O que acarreta em lotação do posto de Umari e pressão para a quantidade de atendimentos médicos ofertados aumentem.

4.2 Perfil da Amostra

A pesquisa teve 271 respondentes, dos quais, 57,2% são da localidade de Sítio Aroeiras e 42,8% são de Umari. Destes 58,7% são do sexo feminino e 41,3% do sexo masculino. A faixa etária com maior percentagem de respostas situa-se entre 18 a 24 anos, com 28, 4%, mas os respondentes entre 25 a 31 anos, vem logo em seguida com 26,2%. O índice de baixa idade dos respondentes pode ser explicado pelo fato das jovens engravidarem cedo, o que faz com que as mesmas frequentem constantemente os postos de saúde.

A maior frequência de ida ao posto nos últimos 6 meses se concentra na faixa de 1 a 3 vezes, com 92,6%. O grau de instrução que predomina é o ensino médio completo, mas o ensino fundamental I incompleto vem logo em seguida, o que demonstra a falta de alfabetização nessas localidades. A renda familiar é predominantemente de 1 salário mínimo e a situação empregatícia da maioria foi marcada como micro agricultor. As informações completas estão apresentadas na Tabela 4.1.

Tabela 4.1 – Perfil socioeconômico da amostra

Variável	n(%)	
Localidade	Sítio Aroeiras	155 (57,2)
	Umari	116 (42,8)
Gênero	Masculino	112 (41,3)
	Feminino	159 (58,7)
Idade	18 a 24	77 (28,4)
	25 a 31	71 (26,2)
	32 a 38	35 (12,9)
	39 a 45	34 (12,5)
	46 a 52	22 (5,9)
	53 a 59	16 (5,9)
	>60	16 (5,9)
Ida ao posto de saúde (últimos 6 meses)	1 a 3	251 (92,6)
	4 a 6	19 (7)
	10 a 12	1 (0,4)
Grau de Instrução do respondente	Fundamental I Incompleto	69 (25,5)
	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	18 (6,6)
	Fundamental II completo / Médio incompleto	33 (12,2)
	Médio completo / Superior incompleto	142 (52,4)
	Superior completo	8 (3)
	Especialização (pós-graduação)	1 (0,4)
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	175 (64,6)
	Acima de 1 até 2 salários mínimos	75 (27,7)
	Acima de 2 até 5 salários mínimos	8 (3)
	Acima de 5 até 10 salários mínimos	1 (0,4)
	Não sabe	12 (4,4)
Situação Empregatória	Empregado com carteira assinada	22 (8,1)
	Empregado sem carteira assinada	31 (11,4)
	Concursado estatutário	1 (0,4)
	Pensionista / Aposentado	17 (6,3)
	Autônomo	5 (1,8)
	Desempregado	12 (4,5)
	Proprietário / Empregador	3 (1,1)
	Não trabalha	28 (10,3)
	Estagiário	6 (2,2)
	Micro Agricultor	146 (53,9)

Fonte: Esta Pesquisa (2017)

4.3 Análise de estatística de confiabilidade

Hair *et al.* (2009) sugerem que seja feita uma análise de estatística de confiabilidade, que irá medir se o instrumento utilizado para coleta de dados se adequa ao que está sendo estudado, ou seja, mede a confiabilidade do instrumento. Esta análise de confiabilidade pode ser feita através do alfa de cronbach. Na Tabela 4.2 são apresentados a estatística de confiabilidade.

Tabela 4.2 – Estatística de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
0,852	36

Fonte: Esta Pesquisa (2017)

Para a confiabilidade ser considerada aceitável no alfa de cronbach, α tem que ser maior que 0,7. O instrumento de coleta desta pesquisa possui um alfa de 0,852 para as perguntas que medem diretamente o objeto de pesquisa, a qualidade.

4.4 Análise Descritiva dos Dados

A análise descritiva dos dados foi feita para saber como os mesmos se comportam. Nesta análise é possível observar quais os construtos que possuem menor avaliação segundo a média, o que mostra que os usuários estão insatisfeitos com o mesmo. Vale salientar que na utilização da escala *likert* os construtos não são avaliados por média, mas, neste caso, é apenas para observar o padrão de comportamento.

Como resultado para médias abaixo de 3, 14 variáveis foram identificadas. A V21 e V22 estão associadas a dimensão qualidade de ambiente e ambas possuem uma média de 2,14. A questão com média mais baixa é a V26 que está associada a subdimensão condições ambientais, com uma média de 1,58. As outras variáveis com notas mais baixas estão relacionadas as subdimensões: tempo de espera e tangíveis.

Como maiores médias, são identificadas 3 variáveis com 4,49 e elas estão associadas a tempo de espera, tangíveis e valência. Desta forma, é possível perceber que tempo de espera e tangíveis possuem construtos com baixas e altas avaliações, o que denota afirmar que apenas alguns pontos na dimensão qualidade de resultado, a qual estão associadas estas subdimensões, precisam de melhorias. Na Tabela 4.3 são apresentados os resultados da análise descritiva dos dados.

Tabela 4.3 – Análise Descritiva dos dados

Variáveis	Construtos / Dimensões / Subdimensões	Média	Desvio Padrão
V10	Qualidade de Interação	3,42	,911
V11	Qualidade de Interação	3,81	,868
V12	Atitude	3,69	,861
V13	Atitude	3,60	,913
V14	Atitude	3,31	1,048
V15	Comportamento	3,66	,895
V16	Comportamento	3,22	1,065
V17	Comportamento	3,33	1,256
V18	<i>Expertise</i>	4,19	1,032
V19	<i>Expertise</i>	3,75	1,014
V20	<i>Expertise</i>	3,75	,953
V21	Qualidade de Ambiente	2,14	1,386
V22	Qualidade de Ambiente	2,14	1,379
V23	Condições Ambientais	2,62	1,247
V24	Condições Ambientais	2,80	1,237
V25	Condições Ambientais	4,27	1,124
V26	<i>Design</i>	1,58	,993
V27	<i>Design</i>	2,56	1,080
V28	<i>Design</i>	4,31	1,089
V29	Fatores Sociais	3,48	,838
V30	Fatores Sociais	2,31	1,265
V31	Fatores Sociais	3,35	1,250
V32	Fatores Sociais	2,24	1,318
V33	Qualidade de Resultados	3,42	,939
V34	Qualidade de Resultados	3,47	,847
V35	Tempo de Espera	2,18	1,028
V36	Tempo de Espera	1,88	1,072
V37	Tempo de Espera	4,49	1,043
V38	Tangíveis	2,54	1,216
V39	Tangíveis	1,92	1,057
V40	Tangíveis	4,49	,942
V41	Valência	3,69	,785
V42	Valência	3,88	,861
V43	Valência	4,49	,856
V44	Qualidade Global	2,20	1,249
V45	Qualidade Global	2,80	1,010

Fonte: Esta Pesquisa (2017)

Esses resultados empíricos, implicam-se em afirmar que na análise da SEM, alguns desses construtos avaliados negativamente possam se mostrar relevantes, visto que são pontos com baixa avaliação da maioria dos usuários do serviço.

4.5 Análise da adequação dos dados ao modelo

Nesta seção testa-se a adequação do modelo de Brady & Cronin (2001) à realidade da qualidade dos postos de saúde do interior de Pernambuco, seguindo as etapas sugeridas por Hair *et al.* (2009). Na primeira etapa, que trata do desenvolvimento de um modelo teórico, foi feita com base no estudo de Brady & Cronin (2001). Na Tabela 2.1 foram apresentadas as hipóteses do estudo.

Na segunda etapa é feita a construção de um diagrama de caminhos para representar o modelo teórico. Na terceira etapa há a conversão deste diagrama de caminhos, onde vai identificar o número de indicadores e as correlações dos construtos. Estas duas etapas foram feitas no software IBM SPSS AMOS versão 22. Na quarta etapa verifica-se a normalidade dos dados e a remoção de *outliers*. Os resultados dos testes de normalidade são encontrados na Tabela 4.4.

O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov Z trata a hipótese nula como a normalidade dos dados e a hipótese alternativa como não normalidade dos dados no software onde foi realizado o teste (IBM SPSS versão 22). Para todas as variáveis da amostra, a hipótese nula foi rejeitada, pois o p-valor é menor que 0,05. Neste caso, Kline (2016) afirma que os testes paramétricos são sensíveis quanto a desvios de normalidade e que desta forma, outros testes devem ser aplicados. O autor ainda sugere o uso dos testes de assimetria e curtose para análise da normalidade. Para esta amostra, os valores de assimetria são inferiores a 3 e a curtose inferior a 10, o que inverte a afirmação que apesar dos dados não serem normais, os desvios não irão interferir na análise a ser realizada. Os valores de assimetria e curtose são apresentados na Tabela 4.4.

Tabela 4.4 – Teste de Normalidade dos dados

Variável	Kolgomorov-Smirnov Z	p-valor	Assimetria	Desvio padrão Assimetria	Curtose	Desvio padrão Curtose
V10	0,274	0,00	0,174	0,148	-0,355	0,295
V11	0,298	0,00	-0,858	0,148	1,185	0,295
V12	0,299	0,00	-0,713	0,148	0,687	0,295
V13	0,220	0,00	-0,322	0,148	-0,040	0,295
V14	0,201	0,00	0,064	0,148	-1,108	0,295
V15	0,251	0,00	-0,440	0,148	0,050	0,295
V16	0,223	0,00	0,001	0,148	-1,081	0,295
V17	0,256	0,00	-0,445	0,148	-0,910	0,295
V18	0,301	0,00	-1,159	0,148	0,457	0,295
V19	0,271	0,00	-0,762	0,148	0,214	0,295
V20	0,292	0,00	-0,788	0,148	0,449	0,295
V21	0,344	0,00	0,646	0,148	-1,186	0,295
V22	0,324	0,00	0,695	0,148	-1,067	0,295
V23	0,163	0,00	0,267	0,148	-0,910	0,295
V24	0,162	0,00	0,148	0,148	-0,859	0,295
V25	0,373	0,00	-1,428	0,148	1,016	0,295
V26	0,396	0,00	1,793	0,148	2,574	0,295
V27	0,227	0,00	0,011	0,148	-0,812	0,295
V28	0,372	0,00	-1,561	0,148	1,562	0,295
V29	0,311	0,00	-0,955	0,148	1,015	0,295
V30	0,214	0,00	0,552	0,148	-0,935	0,295
V31	0,188	0,00	-0,307	0,148	-0,911	0,295
V32	0,247	0,00	0,692	0,148	-0,777	0,295
V33	0,237	0,00	-0,525	0,148	0,206	0,295
V34	0,274	0,00	-0,694	0,148	0,717	0,295
V35	0,251	0,00	0,854	0,148	0,474	0,295
V36	0,257	0,00	1,437	0,148	1,740	0,295
V37	0,460	0,00	-1,909	0,148	2,419	0,295
V3	0,199	0,00	0,283	0,148	-1,029	0,295
V39	0,266	0,00	1,029	0,148	0,422	0,295
V40	0,407	0,00	-2,034	0,148	3,528	0,295
V41	0,356	0,00	-1,004	0,148	1,406	0,295
V42	0,337	0,00	-1,067	0,148	1,545	0,295
V43	0,398	0,00	-1,822	0,148	3,060	0,295

(continua)

(continuação da tabela)

V44	0,285	0,00	0,444	0,148	-1,238	0,295
V45	0,242	0,00	0,104	0,148	-0,050	0,295

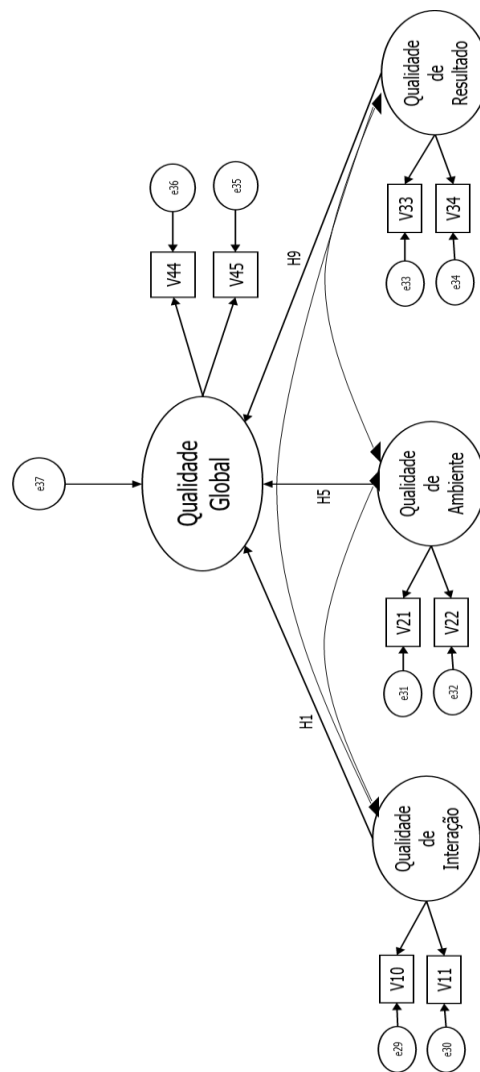
Fonte: Esta Pesquisa (2017)

4.6 Especificação dos Modelos Propostos

Nesta seção serão expostos os modelos usados para avaliar a qualidade global do serviço dos postos de saúde do interior de Pernambuco. Os três modelos foram propostos com o objetivo de analisar como cada construto se comportava separadamente e como os mesmos se comportavam junto com a qualidade global. O foco, no entanto, é no modelo global do serviço, que irá avaliar a percepção geral do usuário do serviço dos postos de saúde dos dois distritos estudados.

O primeiro modelo proposto é o modelo das dimensões primárias, que busca analisar se as mesmas influenciam diretamente a qualidade global do serviço e como elas se comportam. No modelo é possível perceber as questões que estão associadas a cada construto, na qual elas são numeradas com um “V” e logo em seguida o número da questão. Já os “e” representam os erros do modelo. As hipóteses por sua vez são representadas por um “H” e o número das hipóteses. Então, em cada modelo, será possível perceber quais hipóteses foram aceitas e quais foram refutadas. O modelo das dimensões primárias é apresentado na Figura 4.1.

Figura 4.1 – Modelo das dimensões primárias para avaliar a relação das dimensões e a qualidade global



Fonte: Esta pesquisa (2017)

No modelo das dimensões primárias, obteve-se como resultado que as dimensões qualidade de interação e qualidade de resultado possuem estimativas transgressoras quando relacionadas a dimensão global. O p-valor em qualidade de interação é 0,205, enquanto que em qualidade de resultado é 0,576, ambos os valores excedem o valor estimado, que é de $p < 0,05$. O *Critical Ratios* (CR) de ambas também mostra-se transgressor, sendo o de qualidade de interação negativo, e o de qualidade do resultado 0,560, o que é menor que o permitido, $CR > 1,96$. Este resultado mostra que ambas as dimensões não contribuem diretamente para a qualidade global. Assim, as hipóteses H1 e H9 são refutadas. As estimativas encontradas estão apresentadas na Tabela 4.5.

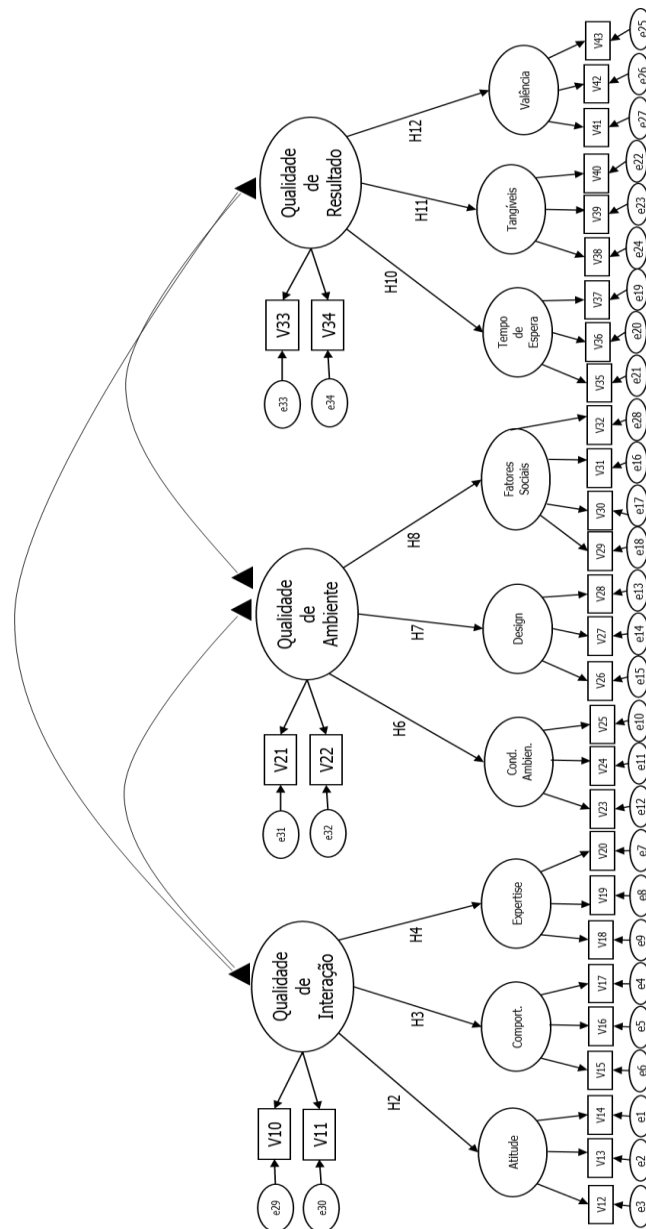
Tabela 4.5 – Estimativas do modelo das dimensões primárias

			Estimativas	S.E.	C.R.	P
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Interação	-,062	,049	-1,269	,205
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Ambiente	,279	,046	6,097	***
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Resultado	,028	,051	,560	,576
V10	<---	Qualidade_Interação	1,000			
V11	<---	Qualidade_Interação	,852	,095	8,945	***
V21	<---	Qualidade_Ambiente	1,000			
V22	<---	Qualidade_Ambiente	,988	,043	23,191	***
V33	<---	Qualidade_Resultado	1,000			
V34	<---	Qualidade_Resultado	,911	,101	9,059	***
V45	<---	Qualidade_Global	1,000			
V44	<---	Qualidade_Global	2,560	,389	6,589	***

Fonte: Esta pesquisa (2017)

O segundo modelo proposto é o modelo das subdimensões, conforme apresentado na Figura 4.2. Este modelo tem como objetivo analisar a relevância das 9 subdimensões em relação as dimensões a quais estão associadas.

Figura 4.2 – Modelo das subdimensões para avaliar a relação entre subdimensões e dimensões

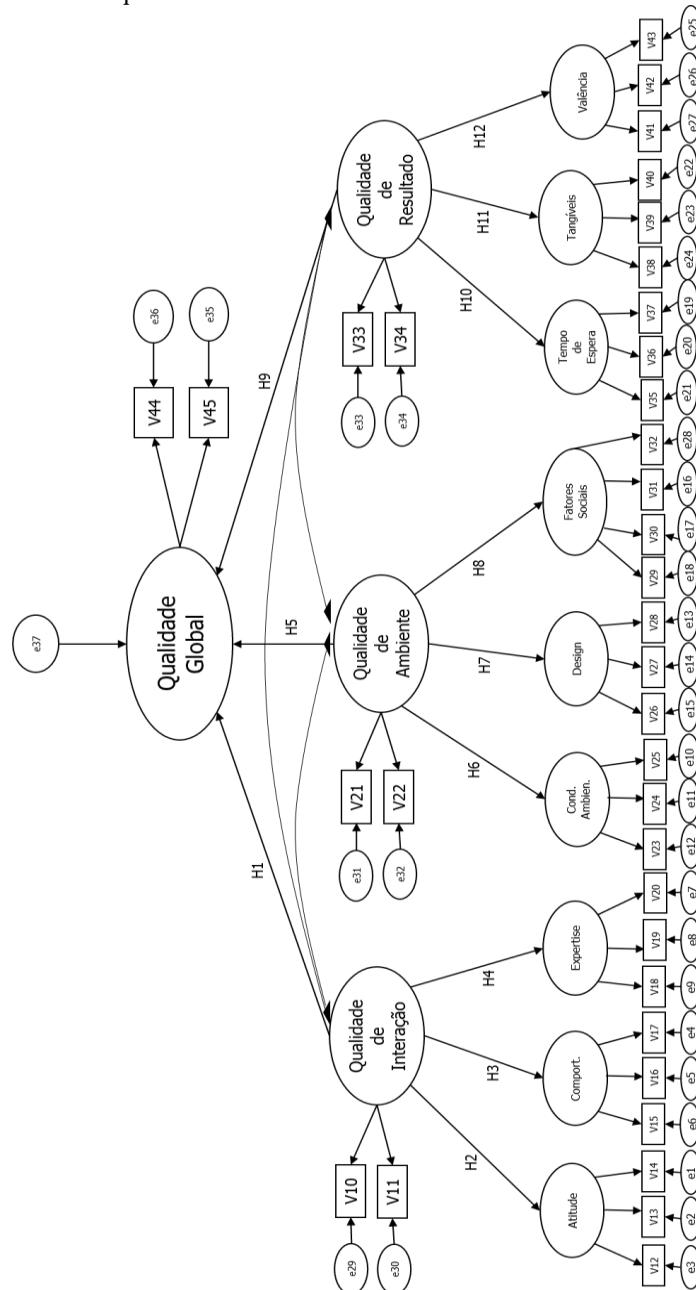


Fonte: Esta pesquisa (2017)

O modelo das subdimensões apresentaram algumas estimativas transgressoras em relação as subdimensões: condições ambientais, *design* e fatores sociais, que não se mostraram relevantes para mensurar a qualidade de ambiente. O p-valor das subdimensões ultrapassa o limite, sendo respectivamente, 0,512; 0,539 e 0,182. Já o CR das subdimensões também é insuficiente, marcando apenas 0,656; 0,614 e 1,335, respectivamente. Desta forma, as hipóteses H6, H7 e H8 são rejeitadas. Estes coeficientes de regressão são apresentados no Apêndice 2.

O último modelo analisado é o modelo global que é apresentado na Figura 4.3 a seguir. O modelo global proposto é a junção dos dois modelos apresentados anteriormente e tem como objetivo mensurar como as dimensões e subdimensões se comportam para a percepção da qualidade global dos serviços dos postos de saúde.

Figura 4.3 – Modelo Global que avalia a influência das dimensões e subdimensões na qualidade global



Fonte: Esta pesquisa (2017)

No modelo global, a relação entre a qualidade global - qualidade de interação e qualidade global - qualidade de resultados se mostra insuficiente, apresentando estimativas

transgressoras. A relação qualidade do ambiente e suas subdimensões (condições ambientais, *design* e fatores sociais) também apresenta estimativas transgressoras. Conforme apresentado no Apêndice 3.

Na quinta etapa da modelagem da SEM, é avaliado a identificação do modelo, que conforme Hair *et al.* (2009) é feita com base nos graus de liberdade. Os modelos podem ser considerados superidentificados, pois todos possuem o grau de liberdade maior que 0. Um modelo superidentificado tem graus de liberdade utilizados para avaliar, quando possível, os erros amostrais e mensuração, e deste modo, fornecer estimativas das relações causais.

4.6.1 Ajuste dos modelos

A sexta etapa proposta por Hair *et al.* (2009) é a avaliação das estimativas dos modelos e a qualidade dos ajustes. Algumas estimativas dos modelos se mostraram transgressoras, conforme descrito nas seções anteriores. Desta forma, esses resultados apontam para a necessidade de reespecificação do modelo.

Quanto ao ajuste do modelo, um dos tópicos da sexta etapa, os resultados estão resumidos na Tabela 4.6. Existem vários indicadores na literatura para análise do ajuste do modelo. Os três tipos de medidas analisados neste caso são: 1- Medidas de ajuste geral do modelo (qui-quadrado, CMNI/DF e RMSEA), 2- Medidas de ajuste incremental (NFI e CFI) e 3- Medidas de ajuste parcimonioso (PNFI e PCFI).

O modelo de dimensões possui valor aceitável em relação ao CMNI/DF, NFI e CFI, já o RMSEA ultrapassa os limites, assim como as medidas de ajuste parcimonioso. O modelo de subdimensões não possui nenhuma medida aceitável. O mesmo ocorre com o modelo global, que não possui valores aceitáveis.

Tabela 4.6 – Ajuste dos modelos

Modelo	χ^2	CMNI/DF	RMSEA	NFI	CFI	PNFI	PCFI
Modelo de Dimensões	53,294	3,807	0,102	0,950	0,962	0,475	0,481
Modelo de subdimensões	2498,446	5,627	0,131	0,448	0,493	0,419	0,461
Modelo Global	3135,249	5,332	0,127	0,461	0,509	0,430	0,475
Valores aceitáveis	>0	<5	>0,05 e <0,08	>0,9	>0,9	>0,9	>0,9

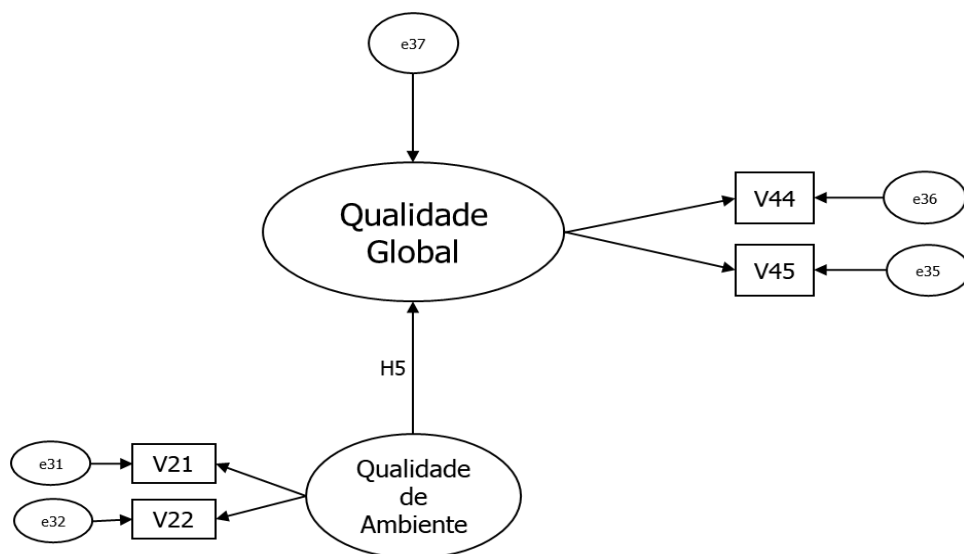
Fonte: Esta Pesquisa (2017)

4.7 Reespecificação dos modelos propostos

Logo após analisar os resultados apresentados pelo modelo especificado, a sétima etapa da SEM é a reespecificação do modelo. Nesta etapa serão analisadas as estimativas transgressoras encontradas e os problemas de ajustes. Brady & Cronin (2001) salientavam a importância de realizar modificações nos modelos que apresentam estimativas transgressoras, com o objetivo de ter um modelo coeso. As reespecificações dos modelos serão apresentadas na sequência, partindo do modelo das dimensões primárias, do modelo das subdimensões e por fim, o modelo global do serviço estudado.

O modelo das dimensões primárias possui estimativas transgressoras quanto as suas dimensões Qualidade de Interação e Qualidade do Resultado. Qualidade de Ambiente é a única dimensão que contribui diretamente para explicar a Qualidade Global quanto a avaliação dos postos de saúde no interior de Pernambuco na amostra pesquisada, conforme apresentado na Figura 4.4 abaixo.

Figura 4.4 – Modelo das dimensões primárias reespecificado para avaliar a relação das dimensões e a qualidade global



Fonte: Esta pesquisa (2017)

Nesta reespecificação, todos os valores que compõem a dimensão de Qualidade do Ambiente estão dentro das estimativas pré-determinadas. O p-valor é significativo, o S.E tem valor de 0,046 e o CR é 6,327, conforme apresentado na Tabela 4.7.

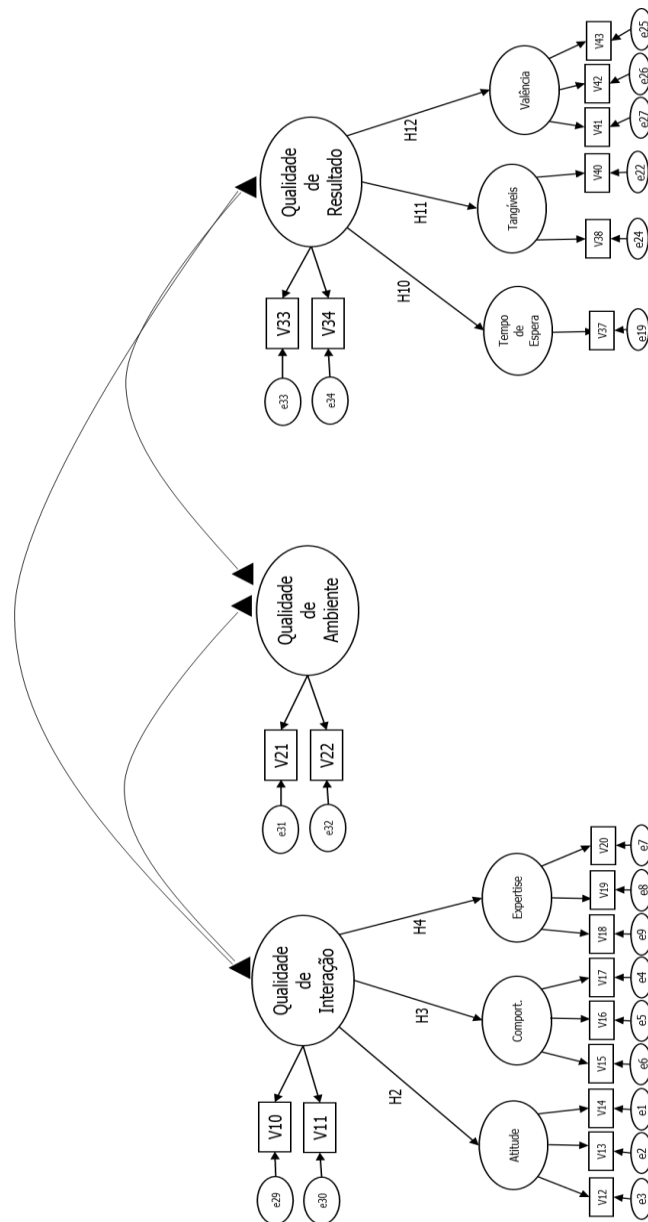
Tabela 4.7 – Estimativas do modelo de dimensões primárias reespecificado

			Estimate	S.E.	C.R.	P
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Ambiente	,293	,046	6,327	***
V21	<---	Qualidade_Ambiente	1,000			
V22	<---	Qualidade_Ambiente	,993	,043	23,085	***
V45	<---	Qualidade_Global	1,000			
V44	<---	Qualidade_Global	2,493	,370	6,735	***

Fonte: Esta pesquisa (2017)

No modelo das subdimensões, algumas se mostraram insuficientes para influenciar as dimensões com as quais estão atreladas. Este foi o caso de Fatores Sociais, *Design* e Condições Ambientais, que não contribuem diretamente para a Qualidade do Ambiente. Alguns construtos também foram retirados por apresentarem estimativas transgressoras. Dois desses construtos estavam relacionados com a subdimensão Tempo de espera e outro com a subdimensão Tangíveis. A Figura 4.5 apresenta o modelo de subdimensões reespecificado.

Figura 4.5 – Modelo das subdimensões reespecificado para avaliar a relação entre subdimensões e dimensões



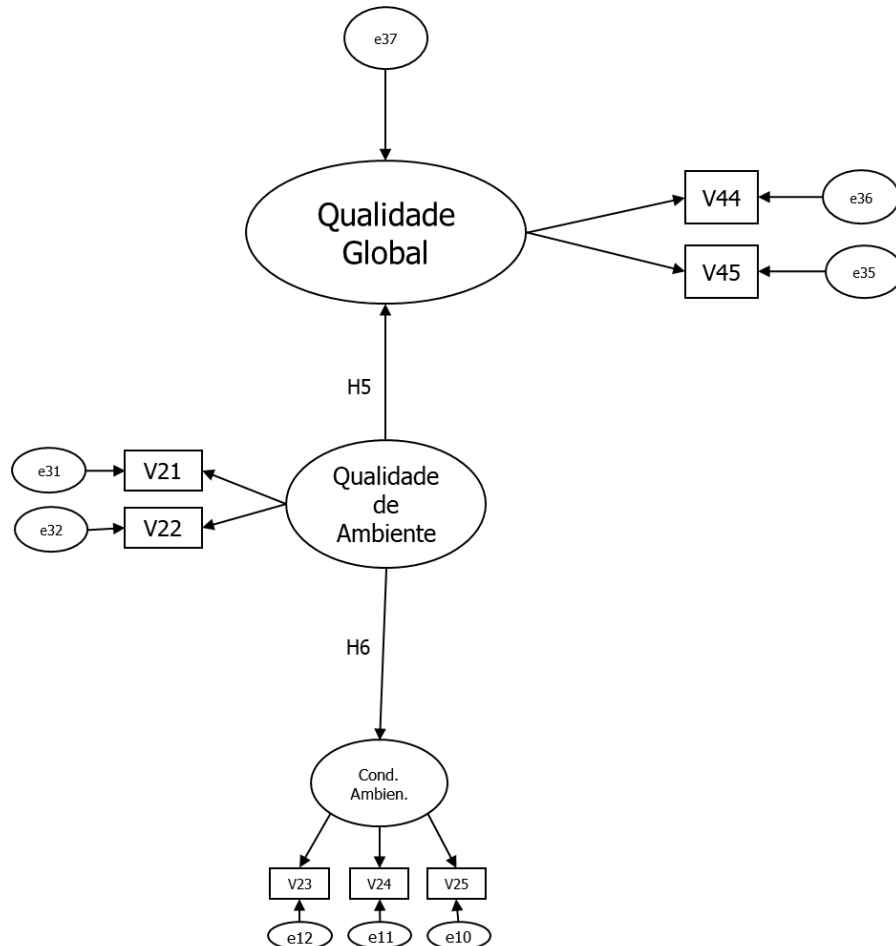
Fonte: Esta pesquisa (2017)

Pelos resultados das estimativas das subdimensões associadas as dimensões, pode-se perceber que todas as subdimensões da dimensão Qualidade de Interação, se mostram diretamente associadas a ela. Todas as estimativas são apresentadas no Apêndice 4.

O modelo global reespecificado foi o que mais sofreu alterações. As dimensões Qualidade de Interação e Qualidade do Resultado, inicialmente já apresentaram estimativas transgressoras, o que demonstra que ambas são insuficientes para explicar diretamente a Qualidade Global. Desta forma, a única dimensão que influencia a Qualidade Global é a

Qualidade de Ambiente para esta amostra pesquisada. Já na Qualidade de Ambiente, a única subdimensão que a sustenta relacionada com a Qualidade Global é a subdimensão Condições Ambientais, conforme apresentado na Figura 4.6.

Figura 4.6 – Modelo global reespecificado que avalia a influência das dimensões e subdimensões na qualidade global



Fonte: Esta pesquisa (2017)

Assim, a hipótese H5 é aceita com um p-valor de 0,00, e a qualidade global é influenciada pela qualidade de ambiente. Na qualidade do ambiente apenas a hipótese H6 é validada com um p-valor de 0,007, esta hipótese está associada a subdimensão condições ambientais. As estimativas completas do modelo global reespecificado estão contidas no Apêndice 5.

4.7.1 Ajuste dos Modelos Reespecificados

Quanto ao ajuste dos modelos reespecificados, o modelo das dimensões reespecificado apresenta valor relevante apenas em relação ao CFI, as demais medidas não estão nos padrões estimados. O modelo de subdimensões reespecificado, por sua vez, não possui nenhum dos valores nos padrões estimados. O modelo global reespecificado tem valores relevantes para o CMIN/DF, NFI, CFI, enquanto os ajustes parcimoniosos não alcançam o mínimo necessário. Vale salientar que o objetivo da SEM não é buscar um modelo de melhor ajuste, mas, validar uma construção teórica.

Ory & Mokhtarian (2009) explicitam que ao reespecificar modelos, erros nos ajustes podem ocorrer. Hair *et al.* (2009) afirmam que na maioria dos modelos aceitos, o RMSEA está abaixo de 0,10, desta forma, resultados abaixo desse nível seriam aceitáveis, mesmo não estando nos limites pré-determinados pela literatura. Na Tabela 4.8 são apresentados os valores do ajuste dos modelos reespecificados.

Tabela 4.8 – Ajuste dos modelos reespecificados

Modelo	χ^2	CMIN/DF	RMSEA	NFI	CFI	PNFI	PCFI
Modelo de Dimensões reespecificado	5,714	5,714	0,132	0,091	0,993	0,165	0,165
Modelo de subdimensões reespecificado	0	5,151	0,124	0,638	0,726	0,605	0,643
Modelo Global reespecificado	39,380	3,319	0,093	0,965	0,975	0,552	0,557
Valores de referência	>0	<5	>0,05 e <0,08	>0,9	>0,9	>0,9	>0,9

Fonte: Esta pesquisa (2017)

4.7.2 Confiabilidade e Validade dos modelos

Nesse estágio da utilização da SEM deve-se avaliar a confiabilidade para validar os modelos propostos. Para medir a confiabilidade são utilizadas duas medidas, a Confiabilidade Composta (CC) e a Variância Média Extraída (AVE). Os construtos devem possuir valores $CC > 0,7$ e $AVE > 0,5$ para serem considerados indicadores consistentes.

O valor de CC foi discrepante para a Qualidade de interação, Expertise, Qualidade dos resultados, Tempo de espera, Tangíveis e Valência. Para AVE, os indicadores são inconsistentes para Atitude, Comportamento, Expertise e Tangíveis. A seguir, na Tabela 4.9 são apresentados os valores dos indicadores de confiabilidade.

Tabela 4.9 – Indicadores de Confiabilidade

Variável	Alfa de Cronbach	CC	AVE
Qualidade de Interação	0,772	0,579	0,639
Atitude	0,773	0,741	0,490
Comportamento	0,757	0,723	0,466
Expertise	0,703	0,581	0,317
Qualidade do Ambiente	0,932	0,932	0,874
Condições ambientais	0,655	0,750	0,560
Qualidade dos Resultados	0,765	0,673	0,712
Tempo de Espera	-	0,315	0,561
Tangíveis	-0,167	0,225	0,355
Valência	0,672	0,600	0,577
Qualidade Global	0,636	0,718	0,586

Fonte: Esta Pesquisa (2017)

Em relação a confiabilidade de cada item, Condições ambientais, Tempo de Espera, Tangíveis, Valência e Qualidade Global se mostram fora dos parâmetros estimados, no entanto estão com índices considerados medianos.

4.8 Discussão

A qualidade dos serviços cada vez é mais estudada na literatura e entender quais os desejos dos clientes é parte do processo de produção e operações de uma organização. Nesta pesquisa, a modelagem utilizada trouxe resultados relevantes, pois grande parte das hipóteses foram refutadas para a realidade dos postos de saúde estudados no interior de Pernambuco, o que mostra a insatisfação do usuário, conforme dados na Tabela 4.10 a seguir.

O resultado da SEM sugere a indicação do construto mais crítico do modelo estudado e quais as prioridades a serem resolvidas ou mantidas no serviço. Dentre todas as dimensões estudadas, a que se mostrou suficiente para explicar a qualidade global é a qualidade do ambiente. Ou seja, os usuários do serviço esperam que as instalações físicas do ambiente sejam melhores e possam ser satisfatórias, atendendo aos seus requisitos. As demais dimensões se

mostraram irrelevantes no contexto estudado. Um dos fatores que pode ter implicado na irrelevância das outras duas dimensões pode ser a variação de notas dadas pelos respondentes, visto que os postos estudados possuem divergência quanto as suas características. Em relação as subdimensões, a única que se mostrou significativa para a avaliação de qualidade de ambiente foi Condições Ambientais, que está relacionada com o bom ambiente físico do serviço. Na Tabela 4.10 são apresentadas as hipóteses aceitas e refutadas no modelo global final reespecificado.

Tabela 4.10 – Hipóteses Validadas e Refutadas

Hipóteses do Estudo		Hipóteses Validadas	p-valor
H1	As percepções sobre qualidade de interação influenciam diretamente a percepção sobre a qualidade global do serviço do posto de saúde.	NÃO	0,135
H2	As percepções a respeito das atitudes dos funcionários do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço do posto de saúde.	NÃO	***
H3	As percepções a respeito do comportamento dos funcionários do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço do posto de saúde.	NÃO	***
H4	As percepções a respeito do grau de conhecimento dos funcionários do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade de interação do serviço do posto de saúde.	NÃO	***
H5	As percepções sobre qualidade do ambiente influenciam diretamente a percepção sobre a qualidade global do serviço do posto de saúde.	SIM	0,00
H6	As percepções a respeito das condições ambientais do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço do posto de saúde.	SIM	0,007
H7	As percepções a respeito das instalações físicas do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço do posto de saúde.	NÃO	0,569
H8	As percepções a respeito das condições sociais do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade do ambiente do serviço do posto de saúde.	NÃO	0,136
H9	As percepções sobre qualidade de resultado influenciam diretamente a percepção sobre a qualidade global do serviço do posto de saúde.	NÃO	0,007

(continua)

(continuação da Tabela 4.10)

H10	As percepções a respeito do tempo de espera do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço do posto de saúde.	NÃO	***
H11	As percepções a respeito dos elementos tangíveis do posto de saúde influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço do posto de saúde.	NÃO	***
H12	As percepções a respeito do resultado da experiência no posto de saúde influenciam diretamente a qualidade de resultado do serviço do posto de saúde.	NÃO	***

Fonte: Esta Pesquisa (2017)

Os postos de saúde estudados realmente estão com as suas instalações físicas deterioradas e isto pode ser um dos fatores que influenciou o resultado do estudo, pois mostra que os usuários desejam mudanças em relação a parte física do serviço. O posto de saúde de Umari é o mais novo em relação a parte física, no entanto, ainda tem alguns pontos que devem ser melhorados. O posto de saúde de Sítio Aroeiras, por sua vez, pode ser considerado um dos piores da região em relação a parte física. Algumas partes da estrutura cederam e afetam a locomoção no local. O ambiente físico do local não é agradável, visto que a vegetação praticamente tomou conta de toda fachada. Os usuários do serviço precisam atravessar uma vegetação que cobre seus pés e causa desconforto.

O estudo de Sumaedi, Yarmen & Bakti (2016) salienta que no caso de um serviço de saúde ter uma baixa avaliação por parte dos usuários, o primeiro passo a ser tomado é a melhora nas condições ambientais. Desta forma, este estudo se equipara com os resultados apresentados pelos autores e denota a importância da dimensão qualidade de ambiente e da subdimensão condições ambientais.

O perfil dos respondentes mostrou que a maioria deles possuem o ensino médio completo, apesar de $\frac{1}{4}$ deles terem apenas o ensino fundamental I incompleto, sabendo no máximo escrever seu nome. Analisando este perfil, que demonstra que a maioria é um povo simples, que vive com um salário mínimo e teve um estudo básico, é possível perceber que mesmo sem explorar as oportunidades que eles têm a sua disposição, os usuários do serviço são bem críticos em relação a parte estrutural do serviço.

A maioria dos construtos analisados obtiveram médias abaixo de 3 na análise descritiva dos dados, o que demonstra que os usuários foram analíticos e souberam avaliar o serviço que recebem com responsabilidade. Os usuários conseguem apontar o que não lhes satisfazem e o que precisa ser melhorado urgentemente. Assim, o resultado impressiona pelo perfil dos respondentes, que por fazerem parte de uma população simples, poderiam analisar como ótimos os serviços ofertados, sendo interessante para a análise da saúde pública no Brasil.

Com os resultados obtidos é possível perceber que os postos de saúde estudados precisam melhorar em vários aspectos. Uma grande parte de onde são empregados seus recursos não são pontos-chaves para os usuários, que esperam que outros construtos sejam melhorados. Com melhoras nos outros níveis que não se mostraram relevantes é possível que haja uma mudança no quadro de percepção da qualidade dos postos de saúde, mas para isto ocorrer, os responsáveis pelo serviço precisam trabalhar nas principais lacunas identificadas pelos usuários.

Os usuários do serviço também sentem falta de funcionários mais atenciosos e que saibam o que tem que fazer. Além disto, fatores como tempo de espera e materiais usados (remédios) requerem mais atenção dos responsáveis por fornecer este tipo de serviço. Com a aplicação de recursos voltada para as expectativas dos clientes, é provável que uma nova visão da percepção da qualidade seja encontrada e que mais dimensões sejam relevantes para os usuários.

4.9 Considerações sobre o Capítulo

Para avaliação dos postos de saúde do interior de Pernambuco, o modelo hierárquico e multidimensional de Brady & Cronin (2001) analisado pela SEM, mostrou que a qualidade de ambiente é o único fator capaz de explicar a percepção de qualidade global no serviço estudado, quanto as dimensões. E que entre as subdimensões, a que se mostra relevante são as condições ambientais. As demais hipóteses do modelo foram refutadas.

No próximo capítulo são apresentadas as conclusões gerais do trabalho, assim como as limitações do estudo e sugestões de pesquisas futuras.

5 CONCLUSÕES

Os objetivos propostos pela pesquisa foram alcançados através dos resultados obtidos nas análises apresentadas no capítulo 4 deste trabalho. Primeiramente, a percepção dos usuários do serviço dos postos de saúde no interior de Pernambuco foi auferida através da utilização do modelo proposto pelo Brady & Cronin (2001) com a análise feita a partir da SEM. Das três dimensões propostas pelos autores, apenas Qualidade de Ambiente se confirmou como significativa para a qualidade global percebida pelos usuários do serviço.

Quanto as subdimensões, apenas Condições Ambientais se confirmou significativa quando avaliada juntamente com a qualidade de ambiente e a qualidade global, o que indica que os usuários do serviço estão preocupados e necessitam de ambientes com uma boa aparência. Tais perspectivas são compreensíveis, visto que o ambiente físico é importante para o usuário dos serviços de saúde, pois traz segurança ao mesmo.

É possível observar que os resultados obtidos com a análise da SEM, demonstram que a análise descritiva realizada anteriormente na pesquisa foi relevante e apresentou estatísticas parecidas com o modelo final encontrado para a realidade dos postos de saúde. A dimensão qualidade de ambiente que possuía menor média das variáveis se confirmou como a única significativa para a qualidade global. E a subdimensão condições ambientais que possuía a menor média geral, se confirmou como relevante para a qualidade de ambiente. Ou seja, ambas, dimensão e subdimensão são fatores críticos para os postos de saúde estudados.

Quanto a relação das dimensões, foi possível observar que as dimensões não apresentaram relações significantes, ou seja, elas não estão correlacionadas no serviço estudado e não impactam positivamente ou negativamente nas demais.

Os resultados alcançados são pertinentes, posto que outros estudos realizados em serviços de saúde, que utilizaram o mesmo modelo e modelagem obtiveram resultados divergentes. Este é o caso do estudo de Sumaedi, Yarmen & Bakti (2016) que estudaram pequenos serviços de saúde da Indonésia, que poderiam ser comparados aos postos de saúde do Brasil. Os resultados dos autores implicaram na significância de todas as dimensões e subdimensões. Desta forma, há uma diferença significativa entre os serviços de saúde avaliados no interior de Pernambuco e os avaliados na Indonésia por aqueles autores, o que retifica a criticidade por parte da população estudada em relação a infraestrutura do serviço.

Os postos de saúde do interior de Pernambuco, em sua maioria, precisam melhorar sua infraestrutura. Este contexto falho também abarca os postos analisados na pesquisa. Desta forma, o estudo pode ajudar os responsáveis pelos postos de saúde a identificar quais aspectos precisam ser melhorados e onde os recursos devem ser empregados com prioridade com relação às expectativas da população atendida.

Quanto às implicações gerenciais, o estudo fornece dados relevantes para a prefeitura da cidade, que pode rever e melhorar os planos de ação dos postos de saúde, tentando alcançar pontos que serão mais satisfatórios para os usuários do serviço. O foco, inicialmente pode ser na infraestrutura dos postos de saúde, que apresentam as maiores deficiências. Então, posteriormente, poderia investir em materiais hospitalares (remédios, gases) que suprissem a necessidade dos usuários.

Quanto ao estudo da arte, o trabalho amplia o escopo de estudos direcionados a qualidade dos serviços de saúde, trazendo resultados relevantes para a saúde pública nos postos de saúde do estado de Pernambuco.

5.1 Limitações e dificuldades da pesquisa

Pode ser identificada como uma das limitações da pesquisa o fato de apenas dois distritos terem sido estudados, o que não proporciona uma visão geral da percepção do serviço dos postos de saúde, mas, apenas dos serviços estudados. Outra limitação está relacionada com o perfil da amostra, que neste caso foi definida por conveniência e desta forma não implica na generalização dos resultados.

A principal dificuldade foi o aceite dos usuários dos postos de saúde para responder o questionário, pois eles não sentiam confiança em responder as questões, visto que não se achavam aptos.

5.2 Recomendações e trabalhos futuros

Como proposta para estudos futuros, sugere-se que haja a ampliação do estudo em outros distritos e cidades, para que um panorama geral do interior de Pernambuco em relação aos serviços dos postos de saúde possa ser criado e implique em resultados que pressione o Governo a aplicar melhorias relevantes para os usuários dos serviços. Outra opção é ampliar o

estudo para os serviços do SUS como um todo, analisando todas as áreas, desde os serviços de atenção básica aos serviços especializados.

O tamanho da amostra também pode ser ampliado, o que talvez implicaria em resultados diferentes e mostraria outra realidade. Assim, além da qualidade de ambiente, outras dimensões poderiam se mostrar relevantes para a percepção global da qualidade em serviços de saúde dos postos do interior.

Por fim, acredita-se que a percepção da qualidade dos serviços é importante como um todo para qualquer organização, seja ela privada ou pública. No setor de saúde pública esta percepção se torna relevante, pelo fato dos usuários do serviço sentirem a necessidade de estarem atrelados a todos os estágios dentro do serviço. Assim, obter a satisfação desses usuários acarretará em uma avaliação positiva por parte deles.

REFERÊNCIAS

- ADIL, M.; GHASWYNEH, O. F. M.; ALBKOUR, A. M. SERVQUAL and SERVPERF: A review of measures in services marketing research. **Global Journal of Management and Business Research Marketing**, 13(6): 64-76, 2013.
- AL-HUBAISHI, H. S.; AHMAD, S. Z.; HUSSAIN, M. Exploring mobile government from the service quality perspective. **Journal of Enterprise Information Management**, 30(1): 4-16, 2017.
- AMIN, M.; NASHARUDDIN, S. Z. Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention. **Clinical Governance: An International Journal**, 18 (3): 238-254, 2013.000
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, 99 (1): 87-93, 2009.
- BAKER, J. The role of the environment in marketing services: the consumer perspective. **The services challenge: Integrating for competitive advantage**, 1 (1): 79-84, 1986.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 7ª edição, págs. 320, 2011.
- BARBIANI, R.; JUNGES, J. R.; DALLA, C. R. N.; ASQUIMADAMINI, F. **The scientific literature on access within the Brazilian National Health System in Brazil: advances, limitations, and challenges**. Saúde e Sociedade, 23(3): 855-868, 2014.
- BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista brasileira de Saúde ocupacional**, 36 (123): 103-117, 2011.
- BITNER, M. J. Evaluating Service Encounters: The effects of physical surroundings and employee responses. **Journal of Marketing**, 54: 69-82, 1990.
- BRADY, M. K; CRONIN, JR. J. J. Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. **Journal of Marketing**, 65 (3): 34-49, 2001.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6ª edição, São Paulo, Pearson Prentice Hall, 2007.
- CHARAL, H.; KUMARI, N. Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context. **Journal of Indian Business Research**, 2 (4): 230-255, 2010.
- CORRÊA, H. L.; CORRÊA, C. A. **Administração de produção e operações: manufatura e serviços: uma abordagem estratégica**. 3ª edição, São Paulo, Atlas, 2012.
- CRONIN, J. J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: A reexamination and extension. Academic Journal – **Journal of Marketing**, 56 (3): 55-68, 1992.

CUNHA, J. T.; MASSI, G.; GUARINELLO, A. C.; PEREIRA, F. M. SUS users' perception: a speech-language pathology approach based on health promotion. **CoDAS – Caderno de Saúde**, 28 (4): 417-428, 2016.

CZEPIEL, J. A. Service Encounters and Service Relationships: Implications for Research. **Journal of Business Research**, 20: 13-21, 1990.

DABHOLKAR, P. A.; THORPE, D. I.; RENTZ, J. O. A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation. **Journal of the Academy of Marketing Science**, 24 (1): 3–16, 1996.

DAGGER, T. S.; SWEENEY, J. C.; JOHNSON, L. W. A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. **Journal of Service Research**, 10 (2): 123-142, 2007.

DIVERT, C.; CHABANET, C.; SCHOUMACKER, R.; MARTIN, C.; LANGE, C.; ISSANCHOU, S.; NICKLAUS, S. Relation between sweet food consumption and liking for sweet taste in French children. **Food Quality and Preference**, 56: 18-27, 2017.

ESPIRITO SANTO, A. C. G.; FERNANDO, V. C. N.; BEZERRA, A. F. B. Municipal public health spending in the state of Pernambuco, Brazil, from 2000 to 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(4):861-871, 2012.

GONÇALVES, M. R.; HAUSER, L.; PRESTES, I. V.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HARZHEIM, E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, 33(3): 238-242, 2016.

GRONROOS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, 18 (4): 36–44, 1984.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. 6ª edição, Bookman Editora, 2009.

HODOVIC, V. B.; KALAJDZIC, M. A.; IMSIRPASIC, A. Perceived quality and corporate image in mobile services: The role of technical and functional quality. **South East European Journal of Economics and Business**, 12(1):114-125, 2017.

HOWAT, G.; ASSAKER, G. The hierarchical effects of perceived quality on perceived value, satisfaction, and loyalty: Empirical results from public, outdoor aquatic centres in Australia. **Sport Management Review**, 16: 268-284, 2013.

KLINE, R.B. **Principles and practice of structural equation modeling**. Fourth edition, New York, The Guilford Press, 2016.

KORDSHOULI, H. R.; JAFARPOUR, Y.; BOUZANJANI, A. A. An analysis of the pro-social behaviors of customers in response to the firms' service quality. **Iranian Journal of Management Studies**, 9 (1): 21-41, 2016.

LEONARD, K. L.; MASATU, M. L. The use of direct clinician observation and vignettes for health services quality evaluation in developing countries. **Social Science & Medicine**, 61: 1944-1951, 2005.

- MALAQUIAS, F. FO.; HWANG, Y. Trust in mobile banking under conditions of information asymmetry: Empirical evidence from Brazil. **Information Development**, 32 (5): 1600-1612, 2016.
- MARTÍNEZ, L. C.; MARTÍNEZ, G. J. A. Developing a multidimensional and hierarchical service quality model for the travel agency industry. **Tourism Management**, 29: 706-720, 2008.
- MARTINS JUNIOR, D. F.; FELZEMBURGH, R. M.; DIAS, A. B.; CARIBE, A. C.; BEZERRA-FILHO, S.; MIRANDA-SCIPPA, A. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study. **BMC Public Health**, 2016.
- MCALEXANDER, J. H.; KALDENBERG, D. O.; KOENING, H. F. Service quality measurement. **Journal of Health Care Marketing**, 14 (3): 34-40, 1994.
- MIGUEL, P. A. C., Coord. **Metodologia de Pesquisa em Engenharia de Produção e Gestão de Operações**. 2ª edição, Rio de Janeiro, Elsevier: ABEPRO, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**, Biblioteca Virtual em Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 26 de dezembro de 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS, a saúde do Brasil**, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 29 de dezembro de 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica – DAB**, Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 26 de dezembro de 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entenda o SUS**, 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2017.
- MURTI, A.; DESHPANDE, A.; SRIVASTAVA, N. Service Quality, customer (patient) satisfaction and behavioural intention in health care services: exploring the Indian perspective. **Journal of Health Management**, 15 (1): 29-44, 2013.
- OECD, **Organisation for Economic Co-operation and Development**, 2016. Disponível em: <<http://www.oecd.org/>>. Acesso em: 14 de outubro de 2017.
- ORY, D. T.; MOKHTARIAN, P. L. The impact of non-normality, sample size and estimation technique on goodness-of-fit measures in structural equation modeling: evidence from ten empirical models of travel behavior. **Quality & Quantity**, 44(3): 427-445, 2009.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, 377(9779): 1778-1797, 2011.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, 49: 41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, 64(1): 12-40, 1988.

POLLACK, B. L. Linking the hierarchical service quality model to customer satisfaction and loyalty. **Journal of Services Marketing**, 23 (1), 42-50, 2009.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico (recurso eletrônico): métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª edição, Novo Hamburgo, Feevale, 2013.

RAHMAN, F.; DAS, T.; HADIUZZAMAN, M.; HOSSAIN, S. Perceived service quality of paratransit in developing countries: A structural equation approach. **Transportation Research Part A**, 93: 23-38, 2016.

RUST, R.T.; OLIVER, R.L. **Service quality: Insights and managerial implications from the Frontier**. London: Sage Publications, 1994.

SANTOS, A. O.; ALVES, S. M. C. Public Health System in Brazil nowadays: challenges for its operation and funding. **Cuadernos Iberoamericanos de Derecgo Sanitario**, 5(3): 65-79, 2016.

SES, SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**, 2016. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_estadual_de_saude_2016-2019.pdf>. Acesso em: 03 de janeiro de 2018.

SES, SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE. **Programação Anual de Saúde – 2017**, 2017. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/programacao-anual-de-saude-2013-2014>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2018.

SES, SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/aplicativo/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/cadernos-de-informacoes-em-saude>>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2017.

SUMAEDI, S.; YARMEN, M.; BAKTI, G. M. Y. Healthcare service quality model a multi-level approach with empirical evidence from a developing country. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 65(8): 1007-1024, 2016.

SUNDER, V. M. Constructs of quality in higher education services. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 65 (8): 1091-1111, 2016.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, 377: 1867-1876, 2011.

YE, G.; ROSEN, P.; COLLINS, B.; LAWLESS, S. One Size Does Not Fit All: Pediatric Patient Satisfaction Within an Integrated Health Network. **American Journal of Medical Quality**, 31 (6): 559-567, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA: QUESTIONÁRIO

Projeto Aprovado pelo CEP (Centro de Ciências da Saúde) da UFPE com Número do Parecer 2.062.935

Este questionário faz parte de uma pesquisa desenvolvida na UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE) para a Dissertação de Mestrado Acadêmico. Os resultados individuais desta pesquisa serão confidenciais e **NÃO SERÃO REVELADOS**. O objetivo deste trabalho é aplicação do modelo de Brady & Cronin para avaliação da qualidade dos serviços do posto de saúde.

Sexo: **(1)** Masculino **(2)** Feminino

Idade: _____

01. Localidade do posto de saúde que frequenta: **(1)** Sítio Aroeiras **(2)** Umari

02. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você foi ao posto de saúde? _____

Grau de instrução:

- | | |
|---|---|
| 1. Ensino fundamental I incompleto | 5. Superior completo |
| 2. Ensino fundamental I completo/Ensino Fundamental II incompleto | 6. Especialização (Pós-graduação – Lato Sensu) |
| 3. Ensino fundamental II completo/Ensino médio incompleto | 7. Mestrado e Doutorado (Pós-graduação – Stricto Sensu) |
| 4. Ensino médio completo/Superior incompleto | 8. Não sabe ou não respondeu |

Grau de instrução do chefe da família:

- | | |
|---|---|
| 1. Ensino fundamental I incompleto | 5. Superior completo |
| 2. Ensino fundamental I completo/Ensino Fundamental II incompleto | 6. Especialização (Pós-graduação – Lato Sensu) |
| 3. Ensino fundamental II completo/Ensino médio incompleto | 7. Mestrado e Doutorado (Pós-graduação – Stricto Sensu) |
| 4. Ensino médio completo/Superior incompleto | 8. Não sabe ou não respondeu |

Renda individual:

- | | |
|---|--|
| 1. Até 1 salário mínimo (Não possui renda OU até R\$ 937,00); | 4. Acima de 5 até 10 salários mínimos (R\$ 4.685,01 até R\$ 9.370,00); |
| 2. Acima de 1 até 2 salários mínimos (R\$ 937,01 até R\$ 1.874,00); | 5. Acima de 10 salários mínimos (A partir de R\$ 6.370,01); |
| 3. Acima de 2 até 5 salários mínimos (R\$ 1.874,01 até R\$ 4.685,00); | 7. Não sabe ou não respondeu |

Renda familiar:

- | | |
|--|---|
| 1. Até 1 salário mínimo (Não possui renda OU até R\$ 937,00); | 5. Acima de 10 salários mínimos (A partir de R\$ 6.370,01); |
| 2. Acima de 1 até 2 salários mínimos (R\$ 937,01 até R\$ 1.874,00); | 7. Não sabe ou não respondeu |
| 3. Acima de 2 até 5 salários mínimos (R\$ 1.874,01 até R\$ 4.685,00); | |
| 4. Acima de 5 até 10 salários mínimos (R\$ 4.685,01 até R\$ 9.370,00); | |

Qual é a sua situação empregatícia?

1. Empregado com carteira assinada
2. Empregado sem carteira assinada
3. Concursado estatutário/CLT;
4. Pensionista / Aposentado
5. Autônomo
6. Desempregado a menos de um ano
7. Desempregado a mais de um ano
8. Proprietário/ Empregador
9. Não trabalha;
10. Estagiário
11. Outro. Qual?

01. Assinale a melhor opção em relação aos seus sentimentos ao serviço percebido do posto de saúde que você frequenta:

	Discordo Totalmente	Mais discordo do que concordo	Nem concordo nem discordo	Mais concordo do que discordo	Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5
1. No geral, você diria que a relação dos funcionários com os pacientes é muito boa.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Você considera que a qualidade da sua relação com os funcionários do posto de saúde é boa.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Você acredita que os funcionários são amigáveis com os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Você acredita que os funcionários demonstram atitude de quem deseja ajudar.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Você acredita que os funcionários demonstram que entendem as necessidades dos pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Você pode contar com os funcionários para tratar as necessidades dos pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Você acredita que as necessidades dos pacientes são respondidas rapidamente pelos funcionários.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Você acredita que o comportamento dos funcionários mostra que eles entendem as necessidades dos pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Você acredita que os funcionários sabem o que deve fazer.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Você acredita que os funcionários são capazes de responder as perguntas dos pacientes rapidamente.	☐	☐	☐	☐	☐

11. Você acredita que os funcionários entendem que os pacientes confiam neles para resolverem seus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Você considera que as instalações físicas do posto de saúde estão entre as melhores da região.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Você classifica como muito boas as instalações físicas do posto de saúde que frequenta	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ao usar os serviços do posto de saúde você sempre encontra um bom ambiente físico.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Você acredita que o ambiente do posto de saúde é do tipo que agrada os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Você acredita que os responsáveis pelo posto de saúde sabem que o ambiente é importante para os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Você considera que o posto de saúde sempre apresenta novidades quanto a arrumação dos móveis.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Você acredita que a arrumação dos móveis no posto de saúde agrada os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Você acredita que os responsáveis pelo posto de saúde entendem que a arrumação dos móveis é importante para os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Você acredita que os outros pacientes saem do posto de saúde com uma boa impressão em relação aos serviços que receberam.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Você acredita que a presença de vários pacientes não afetam a prestação de um bom serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Você acredita que os responsáveis pelo posto de saúde entendem que a presença de outros pacientes afetam sua visão do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Você leva em consideração a opinião de outros pacientes para avaliar se o serviço do posto de saúde é bom.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Você sempre fica com uma boa impressão quando utiliza os serviços do posto de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Você aprova os serviços que o posto de saúde realiza com seus pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
26. O tempo de espera para o atendimento é previsível.	☐	☐	☐	☐	☐
27. O posto de saúde tenta diminuir o tempo que os pacientes esperam para receber atendimento.	☐	☐	☐	☐	☐

28. Os responsáveis pelo posto de saúde entendem que o tempo de espera é importante para os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Você sempre está satisfeito com os materiais e remédios usados no posto de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Este posto de saúde utiliza os melhores materiais e remédios.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Os responsáveis pelo posto de saúde sabem que os pacientes querem os melhores materiais e remédios.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Quando você é atendido no posto de saúde normalmente tem uma boa experiência para resolver seus problemas de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Você acredita que o posto de saúde tenta dar uma boa experiência para os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Você acredita que os responsáveis pelo posto de saúde sabem o tipo de atendimento que os pacientes esperam receber para resolver os problemas de saúde deles.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Você considera o serviço do posto de saúde superior aos demais da região.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Você acredita que o serviço do posto de saúde é excelente.	☐	☐	☐	☐	☐

APÊNDICE B - MODELO DAS SUBDIMENSÕES

			Estimativas	S.E.	C.R.	P
Atitude	<---	Qualidade_Interação	<u>1,092</u>	,123	8,863	***
Comport	<---	Qualidade_Interação	1,492	,151	9,885	***
Expertise	<---	Qualidade_Interação	,833	,110	7,595	***
Cond_Ambie	<---	Qualidade_Ambiente	,037	,056	,656	,512
Design	<---	Qualidade_Ambiente	,033	,054	,614	,539
Fatores_Sociais	<---	Qualidade_Ambiente	,083	,062	1,335	,182
Tempo_Espera	<---	Qualidade_Resultado	,978	,118	8,274	***
Tangíveis	<---	Qualidade_Resultado	,710	,104	6,803	***
Valência	<---	Qualidade_Resultado	,785	,097	8,114	***
V14	<---	Atitude	1,000			
V13	<---	Atitude	1,118	,109	10,224	***
V12	<---	Atitude	,932	,100	9,362	***
V17	<---	Comport	1,000			
V16	<---	Comport	,867	,080	10,872	***
V15	<---	Comport	,646	,067	9,700	***
V20	<---	Expertise	1,000			
V19	<---	Expertise	1,294	,174	7,455	***
V18	<---	Expertise	1,165	,168	6,918	***
V25	<---	Cond_Ambie	1,000			
V24	<---	Cond_Ambie	17,480	26,663	,656	,512
V23	<---	Cond_Ambie	18,574	28,326	,656	,512
V28	<---	Design	1,000			
V27	<---	Design	9,396	15,380	,611	,541
V26	<---	Design	6,242	10,269	,608	,543
V31	<---	Fatores_Sociais	1,000			
V30	<---	Fatores_Sociais	-,967	1,048	-,923	,356
V29	<---	Fatores_Sociais	,507	,630	,806	,420
V37	<---	Tempo_Espera	1,000			
V36	<---	Tempo_Espera	-,184	,117	-1,571	,116
V35	<---	Tempo_Espera	-,187	,112	-1,665	,096
V40	<---	Tangíveis	1,000			
V39	<---	Tangíveis	-,241	,160	-1,509	,131
V38	<---	Tangíveis	,633	,194	3,260	,001
V43	<---	Valência	1,000			
V42	<---	Valência	1,140	,143	7,983	***
V41	<---	Valência	,901	,124	7,235	***
V32	<---	Fatores_Sociais	,081	,794	,101	,919
V10	<---	Qualidade_Interação	1,000			
V11	<---	Qualidade_Interação	,927	,102	9,050	***
V21	<---	Qualidade_Ambiente	1,000			
V22	<---	Qualidade_Ambiente	1,029	,045	23,095	***
V33	<---	Qualidade_Resultado	1,000			
V34	<---	Qualidade_Resultado	,984	,100	9,889	***

APÊNDICE C - MODELO GLOBAL

			Estimativas	S.E.	C.R.	P
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Interação	<u>,110</u>	,074	1,493	,135
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Ambiente	,299	,049	6,130	***
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Resultado	<u>-,219</u>	,082	<u>-2,679</u>	<u>,007</u>
Atitude	<---	Qualidade_Interação	1,097	,124	8,846	***
Comport	<---	Qualidade_Interação	1,499	,152	9,864	***
Expertise	<---	Qualidade_Interação	,833	,110	7,560	***
Cond_Ambie	<---	Qualidade_Ambiente	<u>,029</u>	,056	<u>,528</u>	<u>,597</u>
Design	<---	Qualidade_Ambiente	<u>,031</u>	,054	<u>,569</u>	<u>,569</u>
Fatores_Sociais	<---	Qualidade_Ambiente	<u>,092</u>	,062	1,493	,136
Tempo_Espera	<---	Qualidade_Resultado	1,041	,126	8,235	***
Tangíveis	<---	Qualidade_Resultado	,775	,111	6,989	***
Valência	<---	Qualidade_Resultado	,833	,103	8,071	***
V14	<---	Atitude	1,000			
V13	<---	Atitude	1,117	,109	10,238	***
V12	<---	Atitude	,931	,099	9,372	***
V17	<---	Comport	1,000			
V16	<---	Comport	,867	,079	10,904	***
V15	<---	Comport	,643	,066	9,680	***
V20	<---	Expertise	1,000			
V19	<---	Expertise	1,299	,175	7,442	***
V18	<---	Expertise	1,168	,169	6,900	***
V25	<---	Cond_Ambie	1,000			
V24	<---	Cond_Ambie	21,692	41,079	<u>,528</u>	<u>,597</u>
V23	<---	Cond_Ambie	22,927	43,413	<u>,528</u>	<u>,597</u>
V28	<---	Design	1,000			
V27	<---	Design	10,235	18,053	<u>,567</u>	<u>,571</u>
V26	<---	Design	7,063	12,503	<u>,565</u>	<u>,572</u>
V31	<---	Fatores_Sociais	1,000			
V30	<---	Fatores_Sociais	<u>-,803</u>	,865	<u>-,927</u>	<u>,354</u>
V29	<---	Fatores_Sociais	,480	,552	<u>,868</u>	<u>,385</u>
V37	<---	Tempo_Espera	1,000			
V36	<---	Tempo_Espera	<u>-,234</u>	,114	<u>-2,045</u>	<u>,041</u>
V35	<---	Tempo_Espera	<u>-,249</u>	,110	<u>-2,261</u>	<u>,024</u>
V40	<---	Tangíveis	1,000			
V39	<---	Tangíveis	<u>-,297</u>	,153	<u>-1,940</u>	<u>,052</u>
V38	<---	Tangíveis	,504	,180	2,802	,005
V43	<---	Valência	1,000			
V42	<---	Valência	1,132	,138	8,227	***
V41	<---	Valência	,901	,121	7,474	***
V32	<---	Fatores_Sociais	<u>,141</u>	,715	<u>,197</u>	<u>,843</u>
V10	<---	Qualidade_Interação	1,000			
V11	<---	Qualidade_Interação	,930	,103	9,019	***
V21	<---	Qualidade_Ambiente	1,000			
V22	<---	Qualidade_Ambiente	1,016	,040	25,113	***
V33	<---	Qualidade_Resultado	1,000			
V34	<---	Qualidade_Resultado	,992	,106	9,342	***
V45	<---	Qualidade_Global	1,000			
V44	<---	Qualidade_Global	2,604	,396	6,578	***

APÊNDICE D - MODELO DAS SUBDIMENSÕES REESPECIFICADO

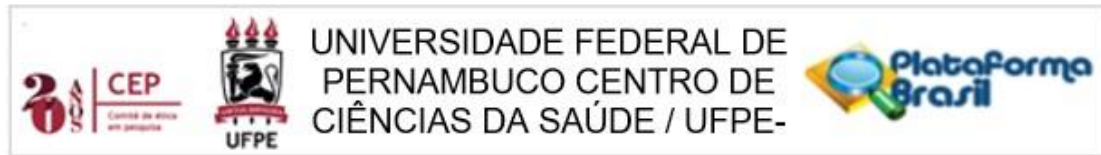
			Estimate	S.E.	C.R.	P
Atitude	<---	Qualidade_Interação	1,087	,122	8,901	***
Comport	<---	Qualidade_Interação	1,484	,149	9,929	***
Expertise	<---	Qualidade_Interação	,829	,109	7,620	***
Tempo_Espera	<---	Qualidade_Resultado	,913	,112	8,182	***
Tangíveis	<---	Qualidade_Resultado	,651	,099	6,557	***
Valência	<---	Qualidade_Resultado	,743	,092	8,114	***
V14	<---	Atitude	1,000			
V13	<---	Atitude	1,117	,109	10,230	***
V12	<---	Atitude	,931	,099	9,364	***
V17	<---	Comport	1,000			
V16	<---	Comport	,867	,080	10,867	***
V15	<---	Comport	,650	,067	9,754	***
V20	<---	Expertise	1,000			
V19	<---	Expertise	1,286	,173	7,436	***
V18	<---	Expertise	1,159	,168	6,899	***
V37	<---	Tempo_Espera	1,000			
V40	<---	Tangíveis	1,000			
V38	<---	Tangíveis	,774	,212	3,646	***
V43	<---	Valência	1,000			
V42	<---	Valência	1,132	,147	7,688	***
V41	<---	Valência	,905	,129	7,032	***
V10	<---	Qualidade_Interação	1,000			
V11	<---	Qualidade_Interação	,924	,102	9,102	***
V21	<---	Qualidade_Ambiente	1,000			
V22	<---	Qualidade_Ambiente	,770	,163	4,711	***
V33	<---	Qualidade_Resultado	1,000			
V34	<---	Qualidade_Resultado	,979	,094	10,433	***

APÊNDICE E - MODELO GLOBAL REESPECIFICADO

			Estimate	S.E.	C.R.	P
Qualidade_Ambiente	<---	Cond_Ambie	4,492	1,653	2,718	,007
Qualidade_Global	<---	Qualidade_Ambiente	,296	,047	6,302	***
V25	<---	Cond_Ambie	1,000			
V24	<---	Cond_Ambie	5,560	2,013	2,762	,006
V23	<---	Cond_Ambie	5,997	2,171	2,762	,006
V21	<---	Qualidade_Ambiente	1,000			
V22	<---	Qualidade_Ambiente	1,027	,041	25,057	***
V45	<---	Qualidade_Global	1,000			
V44	<---	Qualidade_Global	2,496	,372	6,715	***

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Percepção da Qualidade dos Serviços de Postos de Saúde no interior de Pernambuco

Pesquisador: ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66936917.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE TECNOLOGIA E GEOCIÊNCIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.062.935

Apresentação do Projeto:

A pesquisa é intitulada "Avaliação da Percepção da Qualidade dos Serviços de Postos de Saúde no interior de Pernambuco". Trata de um estudo, que será desenvolvido por Alice Josefa Andrade Martins, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção do Centro de Tecnologia e Geociências. O Programa de Saúde da Família, conhecidos popularmente como os postos de saúde são o foco deste trabalho, o qual busca obter percepção da qualidade dos serviços de Postos de Saúde no interior de Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos:

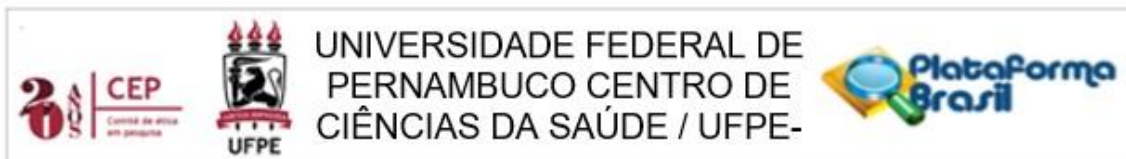
Objetivo Primário

- Avaliar a percepção de qualidade dos clientes do serviço de saúde pública nos postos de saúde do interior de Pernambuco.

Objetivos Secundários

- Determinar que dimensões possuam maior impacto na qualidade global;
- Avaliar como as dimensões podem impactar diretamente uma na outra;

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.062.935

- Montar um panorama específico da percepção da qualidade nos serviços de saúde público no interior de Pernambuco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O questionário poderá expor os participantes a uma leve fadiga, a um desconforto pelo tempo gasto nas questões e constrangimento a responder algumas das perguntas.

Benefícios: Com a pesquisa espera-se fazer um panorama demonstrando como os serviços públicos dos postos de saúde são percebidos pela parte da população em questão. Assim como demonstrar quais as dimensões que mais influenciam uma percepção positiva, assim como, uma percepção negativa. Desta forma, será possível perceber quais ações são necessárias para estratégias futuras nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa descritiva, caracteriza-se pelo uso de questionários, sendo nomeada como pesquisa de levantamento quanto aos procedimentos técnicos. Ainda, será feito o uso do método da dedução, visto que a pesquisa parte de uma verdade universal na avaliação dos serviços de saúde para uma verdade restrita na avaliação dos serviços de saúde públicos no interior de Pernambuco. Tem como critérios de inclusão e exclusão:

- 1) Critérios de Inclusão: Os participantes devem ser moradores dos distritos citados, fazer uso dos serviços públicos de saúde da localidade, ser maior de idade ou emancipado.
- 2) Critérios de Exclusão: Pessoas que não fazem uso dos serviços do posto de saúde a pelo menos 1 ano

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Encontram-se todos adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

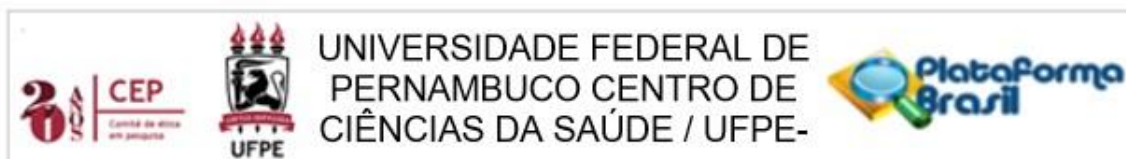
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.062.935

Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

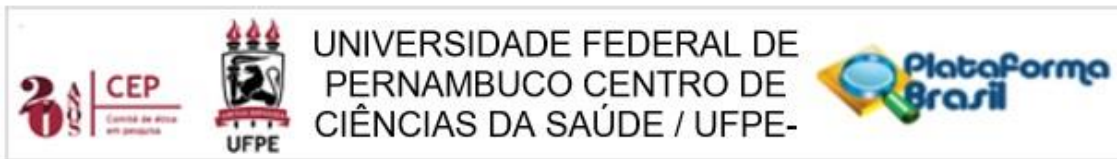
Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_899529.pdf	10/05/2017 11:42:44		Aceito
Outros	cartadeanuenciaposto2.jpg	10/05/2017 11:42:24	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Outros	cartadeanuenciaposto1.jpg	10/05/2017 11:41:47	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Outros	cartaderesposta.pdf	10/05/2017 11:41:11	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Outros	declaracaodevinculo.pdf	11/04/2017 10:53:59	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	11/04/2017 10:52:56	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	tclemaiores18.pdf	11/04/2017 10:52:32	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.062.935

Ausência	tclemaiores18.pdf	11/04/2017 10:52:32	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	11/04/2017 10:51:49	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Outros	curriculo_denise.pdf	11/04/2017 08:01:31	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Outros	curriculo_alice.pdf	11/04/2017 08:01:07	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	11/04/2017 08:00:44	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/04/2017 07:56:23	ALICE JOSEFA ANDRADE MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 15 de Maio de 2017

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepocs@ufpe.br

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DOS POSTOS DE SAÚDE**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Alice Josefa Andrade Martins**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Avaliação da percepção da qualidade dos serviços de saúde no interior de Pernambuco”, que está sob a coordenação/orientação da Profa. Denise Dumke de Medeiros, cujo objetivo é avaliar a percepção de qualidade dos clientes do serviço de saúde pública nos postos de saúde do interior de Pernambuco.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em ____/____/ 2016.

Nome/assinatura e carimbo do responsável onde a pesquisa será realizada

ANEXO C – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE POSTOS DE SAÚDE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO

Pesquisador responsável: Alice Josefa Andrade Martins

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE / Centro de Tecnologia e Geociências - CTG

Telefone para contato: (81) 99980-3287

E-mail: allitamartins@gmail.com

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados;
- Assegurar que as serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

A pesquisadora declara que os dados coletados nesta pesquisa através da aplicação de questionários, ficarão armazenados em pasta de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 – UFPE – DEP – PLANASP – 1º Andar, Bloco B, pelo período de mínimo 5 anos.

A Pesquisadora declara ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, de de 2017

Alice Josefa Andrade Martins

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE TECNOLOGIA E GEOCIÊNCIAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DA PRODUÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE POSTOS DE SAÚDE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Alice Josefa Andrade Martins, com endereço em Sítio Aroeiras, número 19, Bom Jardim – PE, CEP: 55730-000, Telefone: (81) 99980-3287 e E-mail: allitamartins@gmail.com. Estando sob a orientação de: Denise Dumke de Medeiros, Telefone: (81)2126-5564, E-mail: medeirosdd@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa intitulada como “Avaliação da Percepção da Qualidade dos Serviços de Postos de Saúde no interior de Pernambuco”. A coleta de dados será feita através da aplicação de questionários que seguem a escala *Likert*.
- O período de coleta das informações será de junho a agosto, sendo contabilizado a partir do momento em que o parecer do comitê de ética for dado. Os participantes só irão participar uma única vez.
- Riscos: O questionário poderá expor os participantes a uma leve fadiga, a um desconforto pelo tempo gasto nas questões e constrangimento a responder algumas das perguntas. Para minimizar estes riscos, o participante poderá parar a entrevista e retomá-la apenas se assim desejar.

- **Benefícios:** Com a pesquisa espera-se fazer um panorama demonstrando como os serviços públicos dos postos de saúde são percebidos pela parte da população em questão. Assim como demonstrar quais as dimensões que mais influenciam uma percepção positiva, assim como, uma percepção negativa. Desta forma, será possível perceber quais ações são necessárias para estratégias futuras nesta área.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 – UFPE – DEP – PLANASP – 1º Andar, Bloco B, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Alice Josefa Andrade Martins

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS**

DE POSTOS DE SAÚDE NO INTERIOR DE PERNAMBUCO como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa

e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: