

**PROJETO DE GRADUAÇÃO**

**HEALTHQUAL: Percepção da qualidade  
de clientes em hospitais**

Por,

**Eduardo Kemper da Silva**

**12/0115981**

Brasília, 15 de julho de 2019

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

FACULDADE DE TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Faculdade de Tecnologia

Departamento de Engenharia de Produção

## PROJETO DE GRADUAÇÃO

# HEALTHQUAL: Percepção da qualidade de clientes em hospitais

POR,

**Eduardo Kemper da Silva**

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

### **Banca Examinadora**

Prof. Dr. Ari Melo Mariano, UnB/ EPR (Orientador) \_\_\_\_\_

Msc(c) Prof. Marcos Lopes Nascimento \_\_\_\_\_

Msc(c) Prof. Tiago Eny Relim de Jesus Garcia \_\_\_\_\_

Brasília, 15 de julho de 2019

*'Ande com pessoas melhores que você e será inevitável se tornar uma pessoa melhor'.*

**Guy Selmar Spier - Investidor Sul-Africano**

## **Agradecimentos**

Aos meus familiares, principalmente meus pais Cristine e Ronaldo que sempre me deram amor e apoio incondicional.

Aos amigos que sempre estiveram apoiando nos momentos difíceis e comemorando nos momentos felizes.

Aos colegas de faculdade e professores que foram essenciais para superar desafios ao longo da trajetória acadêmica.

Aos colegas de trabalho que nunca hesitaram em compartilhar conhecimento e experiências.

Ao meu orientador Prof. Ari Melo Mariano, Ph.D., que sempre dá o seu melhor para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa e dos alunos.

À banca examinadora, por aceitar avaliar o trabalho realizado.

A todos que disponibilizaram um pouco de seu tempo para responder à pesquisa.

E àqueles que, mesmo de forma breve, passaram pela minha vida e puderam contribuir com o meu desenvolvimento pessoal.

---

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi apresentar etapas para melhoria do atendimento à usuários de serviços hospitalares. A Pesquisa Nacional de Saúde levantou que 71,2% da população brasileira fora consultada por um médico no período de um ano que a antecedeu, mostrando ser um serviço presente pela parte majoritária. Para obter informações sobre a qualidade do serviço de saúde no Brasil, foi realizada uma adaptação do modelo HEALTHQUAL (MIRANDA et al., 2012), analisando 173 respostas de brasileiros sobre o serviço de saúde do país, para se compreender melhor o que é julgado mais ou menos relevante. A pesquisa foi do tipo exploratória, com abordagem quantitativa. Os dados coletados foram tratados por equações estruturais utilizando o software SmartPLS. O modelo estrutural proposto foi validado pela confiabilidade composta média de 0,826. O modelo, por meio de suas hipóteses, explicou a qualidade global dos serviços de saúde em 35%. Com a análise dos resultados, as hipóteses que suportaram o modelo foram Instalação e Estrutura (29,1%) e Eficiência Geral (4,7%), e por meio delas foi criado um modelo com ações para melhorar o desempenho dos serviços de saúde prestados no Brasil.

Palavras-chave: HEALTHQUAL, Qualidade de Serviço, Equações Estruturais, PLS, Brasil

---

## ABSTRACT

The general objective of this study was to study the critical factors of success of service offered in clinics, hospitals and other health centers in Brazil. The National Health Survey found that 71,2% of the Brazilian Population had been consulted by a Physician in the period of one year that preceded it, showing that it is a service used by the majority. In order to obtain information on the quality of the health service in Brazil, an adaptation of the HEALTHQUAL model was performed (MIRANDA et al., 2012), analyzing 173 responses of brazilians about the country's health service, to better judge what is more or less relevant. The research was exploratory and quantitative. The data were treated by structural equations using the SmartPLS software. The proposed structural model was validated by the mean composite reliability (0.826). The model, through hypotheses, explained the overall quality of health services by 35%. With the results, the hypotheses that supported the model were Facilities (28,1%) and Efficiency (4,7%), through which a model was created with actions to improve the performance of the health services provided in Brazil.

Keywords: HEALTHQUAL, Service Quality, Structural Equations, PLS, Brazil

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 PROBLEMA DA PESQUISA .....	12
1.2 Justificativa da pesquisa .....	12
1.3 Objetivos .....	12
1.3.1 Objetivo geral.....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	12
1.4 Estrutura dos capítulos.....	13
2. TEORIA DO ENFOQUE META-ANALÍTICO CONSOLIDADO (TEMAC) ..	14
2.1 Preparação da pesquisa .....	15
2.2 Apresentação e interrelação dos dados .....	15
2.3 Detalhamento, modelo integrador e validação por evidências .....	23
2.3.1 <i>Co-citation</i> .....	23
2.3.2 <i>Coupling</i> .....	25
2.3.3 Palavras chave mais frequentes.....	28
2.3.4 Determinação do enfoque teórico da pesquisa .....	29
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	32
3.1 Saúde no Brasil.....	32
3.2 Qualidade de serviço.....	36
3.3 HEALTHQUAL .....	40
4. MÉTODO.....	43
4.1 Tipo de pesquisa .....	43
4.2 Local de estudo.....	43
4.3 Objeto de estudo.....	43
4.4 Instrumento de coleta de dados .....	43
4.5 Procedimento de coleta.....	44
4.6 Amostra (Cálculo e Característica).....	45
4.7 Ferramenta de Análise .....	47
5. RESULTADOS E ANÁLISES.....	49
5.1 Descrição do modelo e hipóteses .....	49
5.2 Validação e confiabilidade do modelo .....	51
5.2.1 Validação e confiabilidade dos modelos reflexivos.....	51
5.2.2 Validação e confiabilidade do modelo formativo .....	54
5.3 Valoração do Modelo Estrutural .....	56

5.4	Discussões .....	58
5.5	Aplicações práticas .....	60
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE PESQUISA .....	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66
	APÊNDICE .....	72
	Apêndice A – Instrumento da Pesquisa .....	72
	Anexo A – Instrumento HEALTHQUAL inglês .....	78

## Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo TEMAC.....	15
Figura 2 - Número de Contribuições por País .....	17
Figura 3 - Áreas de pesquisa .....	18
Figura 4 - Publicações em periódicos .....	20
Figura 5 - Nuvem de palavras .....	21
Figura 6 - Publicações ano a ano.....	22
Figura 7 - Citações ano a ano .....	23
Figura 8 - Mapa de calor de cocitações .....	24
Figura 9 - Mapa de calor de coupling .....	26
Figura 10 - Mapa de calor de palavras-chave .....	28
Figura 11 - Modelo da satisfação dos usuários nos serviços de plano de saúde .....	34
Figura 12 - Modelo dos 5 gaps.....	37
Figura 13 - Resultados da pesquisa de Miranda et al. (2012).....	41
Figura 14 - Resposta sobre utilização de hospitais .....	45
Figura 15 - Resposta sobre gênero dos entrevistados.....	46
Figura 16 - Resposta sobre faixa etária dos entrevistados .....	46
Figura 17 - Resposta sobre nível de escolaridade dos entrevistados .....	47
Figura 18 - Metodologia PLS.....	49
Figura 19 - Modelo proposto .....	50
Figura 20 - Primeiro modelo estrutural proposto .....	52
Figura 21 - Modelo estrutural final.....	56
Figura 22 - Mapa de importância-desempenho.....	61
Figura 23 – Fatores críticos do sucesso.....	64

## Lista de Quadros

Quadro 1 - Periódicos de maior impacto .....	19
Quadro 2 - Principais artigos .....	31
Quadro 3 - Legenda HEALTHQUAL .....	41

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Confiabilidade composta, AVE e validade discriminante.....	53
Tabela 2 - VIF.....	55
Tabela 3 - Valoração e significância dos pesos - Modelo Formativo.....	55
Tabela 4 - Valoração e significância dos pesos - Modelo Estrutural .....	57

## 1. INTRODUÇÃO

Em 2013, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE, 71,1% dos 156,1 milhões de brasileiros que frequentaram o mesmo médico e hospital procuraram atendimento na rede pública e, apenas 20,6% buscaram serviço em consultórios ou clínicas privadas. Frente a esse fato aproximadamente 6,0% dos 201,6 milhões de brasileiros ficaram internados em hospitais por pelo menos 24 horas nos últimos 12 meses que antecederam a Pesquisa.

O Brasil é um país com grande território e também com muitas divergências sociais. Na PNS (2013) foi constatado que apenas 27,9% da população brasileira possuía plano de saúde médico ou odontológico particular, sendo que a região sudeste predominava com 36,9% contra apenas 13,3% da região norte do Brasil, assim podendo gerar divergências em como cada brasileiro julga a qualidade do serviço médico hospitalar.

Existe uma importância muito grande de se saber como os clientes avaliam a qualidade dos serviços de organizações, seja de um pequeno comércio local ou clínica médica, possibilitando assim uma gestão mais organizada das empresas.

O método SERVQUAL (PARASURAMAN et al., 1988) foi criado para medir a diferença entre a experiência de um usuário com a sua expectativa em relação a algum serviço, assim tangibilizando um conceito subjetivo.

No estudo de Miranda et al. (2012), constata-se que o SERVQUAL havia sido utilizado em diversos estudos na área de saúde entre eles (BABAKUS; MAGOLD, 1992; WALBRIDGE; DELENE, 1993), porém concluíram que os métodos utilizados pelos autores, em geral, não analisavam sistematicamente as escalas psicométricas, uma vez que focavam em questões gerenciais dos serviços de saúde. Propuseram então um método adaptado chamado de HEALTHQUAL para suprir essa demanda. O mesmo método será utilizado como base para o estudo da opinião de brasileiros sobre o serviço de atendimento em hospitais.

## **1.1 PROBLEMA DA PESQUISA**

Para o objeto de estudo, foram encontrados poucos resultados relevantes acerca do que a população julga como importante no atendimento em hospitais brasileiros. Assim, questiona-se: Quais os fatores críticos de sucesso no atendimento para os usuários de serviços hospitalares?

## **1.2 Justificativa da pesquisa**

É de grande importância, estratégica e gerencial para uma empresa, saber o que os clientes classificam como mais importante em seus serviços e produtos, trazendo benefícios competitivos para a companhia e possibilitando o aumento da satisfação do cliente.

Para a Engenharia de Produção está relacionada à área de gestão da qualidade, buscando entender a melhor forma de oferecer serviços a clientes e à sociedade, assim aumentando o grau de satisfação dos mesmos.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo geral**

O objetivo geral deste trabalho é:

Apresentar etapas para melhoria do atendimento à usuários de serviços hospitalares.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Para atingir o objetivo geral proposto pelo trabalho, foram elegidos os seguintes objetivos específicos:

- Explorar dados da saúde no Brasil;
- Identificar escalas para mensuração da qualidade do atendimento aos usuários de serviços hospitalares;
- Aplicar escala selecionada segundo aderência;

- Modelar os resultados via modelo estrutural;
- Calcular o modelo estrutural;
- Conhecer fatores que mais influenciam a qualidade do atendimento aos usuários de serviços hospitalares.

#### **1.4 Estrutura dos capítulos**

O trabalho está dividido em seis capítulos: o presente capítulo, o capítulo 1, trouxe uma introdução da pesquisa ao delimitar um problema de pesquisa e seus objetivos. O capítulo 2 aborda a teoria do enfoque meta analítico para mapear como a ciência já contribuiu para o assunto estudado. O terceiro trata do referencial teórico, que explora elementos da saúde no Brasil e um estudo realizado utilizando a metodologia HEALTHQUAL. O quarto aponta a metodologia utilizada no trabalho e o quinto demonstra os resultados obtidos. O sexto e último capítulo discorre sobre as considerações finais, limitações e futuras linhas de pesquisa.

## **2. TEORIA DO ENFOQUE META-ANALÍTICO CONSOLIDADO (TEMAC)**

Para todo trabalho científico e acadêmico é de extrema importância realizar um estudo sobretudo que já se foi realizado em relação ao tema que se está desenvolvendo.

Antes do fácil acesso à tecnologia pela população, era muito burocrático e difícil encontrar artigos específicos sobre o tema sendo abordado, possivelmente inviável em alguns casos, onde era impensável, por exemplo, viajar cerca de nove mil quilômetros do Brasil até Londres a fim de encontrar um texto, existindo ainda a possibilidade de o mesmo não ser o que se esperava.

Segundo Castells et al. (2005), as tecnologias de informação e comunicação começaram a ser desenvolvidas nos anos 60, mas os maiores usuários da própria tecnologia eram quem as desenvolvia. Ainda é afirmado que a tecnologia toma forma por meio do que a sociedade espera ou precisa.

Com a criação de bancos de dados sobre conhecimento científico, hoje em dia é possível encontrar praticamente qualquer trabalho de qualquer lugar do mundo, tornando a vida de estudantes, professores e pesquisadores muito mais cômoda, no que tange ao histórico do objeto de estudo.

Para o presente trabalho, foi utilizada a Teoria do Enfoque Meta-Analítico Consolidado – TEMAC, criada por Mariano e Rocha (2017). A teoria é um método sistemático, onde é possível realizar uma revisão bibliográfica do assunto, encontrando literaturas que são relacionadas e podem servir de apoio para um artigo mais bem elaborado.

A TEMAC se divide em 3 partes: (1) Preparação da pesquisa, (2) apresentação e inter-relação dos dados e (3) detalhamento, modelo integrador e validação por evidências, conforme Figura 1:

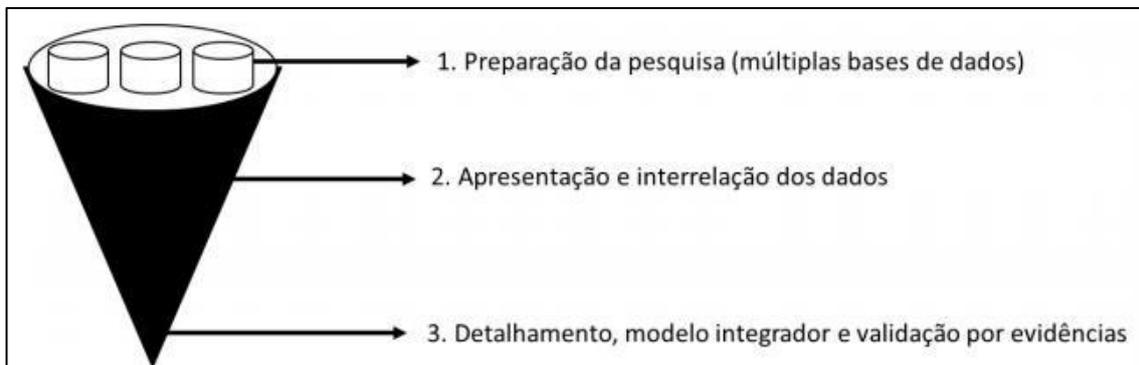


Figura 1 - Modelo TEMAC

Fonte: Mariano e Rocha (2017)

## 2.1 Preparação da pesquisa

Na primeira etapa da TEMAC, foram definidos como termos de pesquisa “*Patient Perception*” ou “HEALTHQUAL” na base de dados do Web of Science com o raio de busca de 1945-2018, nas áreas de “*Health Care Sciences Services*”, “*Management*”, “*Engineering Industrial*”, “*Business*” e “*Primary Health Care*”. Como resultado, foram encontrados 134 trabalhos onde 73 são dos Estados Unidos, representando 54,4% do total.

## 2.2 Apresentação e interrelação dos dados

Dos 134 registros encontrados, 105 são artigos, o que representa 79,5% do total. Após a análise do registro dos resultados, foi constatado que o registro mais antigo da base de dados da Web of Science é um artigo publicado na revista “*Jornal of Family Practice*”, escrito por Falvo (1980), onde foi feita uma análise em 588 pacientes em um período de 10 meses para avaliar a percepção do paciente como uma forma de *feedback* para os residentes, e como resultado do estudo, os médicos que foram avaliados ficaram satisfeitos, pois puderam analisar seus pontos fortes e fracos, permitindo oferecer um melhor serviço aos seus clientes. Os pacientes também ficaram satisfeitos, uma vez que tiveram a oportunidade de dar a sua opinião em relação ao serviço que estava sendo prestado, ganhando um senso de participação mais ativo.

O artigo mais citado “Patient perception of involvement in medical-care - relationship to illness attitudes and outcomes” de Brody et al. (1989) possui 241 citações. O artigo aborda sobre como os pacientes avaliavam sua participação antes, um dia depois e uma semana após as consultas médicas, e como eles avaliavam a sua melhora durante o tratamento. A pesquisa constatou que os pacientes que eram mais participativos nas consultas apresentavam menos desconforto e uma melhora geral de seus sintomas uma semana após a consulta em relação aos pacientes que eram mais omissos durante as consultas. Além disso, pacientes mais participativos disseram que tinham menos preocupações com suas doenças e ficavam mais satisfeitos com seus médicos.

Os autores com maior participação nos resultados da pesquisa são Zalmai Hakimi, um economista com pesquisas nas áreas farmacêutica e médica, e Susan Mathias, presidente da Health Outcomes Solutions, empresa médica que tem foco na satisfação do cliente. Ambos possuem quatro publicações cada. Os trabalhos de Hakimi possuem foco na percepção da qualidade de vida do paciente durante a dosagem de remédios e medicamentos, pode-se citar como exemplo o tratamento de bexiga hiperativa com *mirabegron*. A bexiga hiperativa é uma doença que afeta o controle da vontade de urinar, podendo levar a incontinência urinária e gerar constrangimento, limitando algumas atividades rotineiras do enfermo e com o uso do medicamento *mirabegron*, evidenciou-se uma melhora significativa no quadro clínico e da qualidade de vida do paciente (HAKIMI et al., 2015). Mathias, em seus trabalhos também busca entender a melhoria da qualidade de vida do paciente com tratamentos, a autora buscou entender em um estudo, por meio de um diário semanal, o que os pacientes asmáticos sentiam logo após a utilização da bombinha de asma e pôde concluir que o diário semanal é um método válido e confiável para identificar os pacientes que percebem o tratamento funcionando e que estão satisfeitos com a percepção (MATHIAS et al., 2007).

Existe apenas o registro de oito encontros que abordaram temas dos termos de pesquisa, porém nenhum se destacou, visto que cada um aparece

apenas uma vez nos dados da pesquisa. Entretanto, quatro encontros foram organizados pela SGIM (*Social of General Internal Medicine*) que é uma associação de médicos americanos com foco em pesquisas clínicas e estudos para trazer ganhos e produzir conhecimento à medicina interna.

Segundo o registro da base Web of Science, o país que mais publicou foi os Estados Unidos, seguido pela Inglaterra e Canadá. Somando-os obtém-se mais de 80% do total, os três países possuem a língua inglesa como materna. A Figura 2 mostra os países que mais contribuíram.

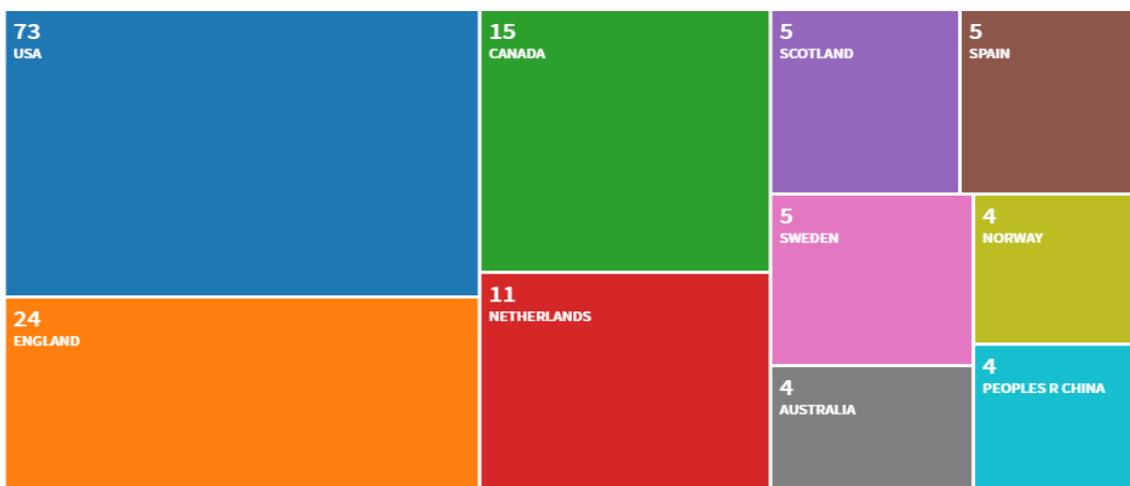


Figura 2 - Número de Contribuições por País

Fonte: Elaborado pelo autor via Web of Science

O Brasil aparece apenas com o registro “*The effect of pillow height on muscle activity of the neck and mid-upper back and patient perception comfort*” (SACCO et al., 2015), onde se buscou avaliar o conforto de pacientes assintomáticos de acordo com o conforto e tensão muscular na região do pescoço com três alturas diferentes de travesseiros, concluindo que o travesseiro de 10cm de altura obteve os melhores resultados nos parâmetros avaliados, e, também que a altura do travesseiro afeta o conforto de cada paciente.

A base de dados apresenta a maioria dos registros em língua inglesa, com exceção de um trabalho realizado em língua espanhola.

As instituições de ensino que mais contribuíram com o tema foram a Universidade de Harvard e a Universidade de Toronto, ambas com cinco publicações.

Para instituições financiadoras, duas se destacaram, *Agency for Healthcare Research and Quality* e *Medical Research Council*, a primeira sediada nos Estados Unidos e a segunda no Canadá.

Um artigo de extrema relevância para o presente trabalho é “*Primary health care services in Spain: A formative measurement approach using PLS path modelling*” por Miranda et al. (2012). Os autores afirmam que a percepção de qualidade dos pacientes em hospitais na Espanha aparenta ser majoritariamente ignorada pelos administradores hospitalares, e propõem um modelo para medir a percepção de qualidade dos pacientes e usuários, comparando com a percepção do corpo funcional do hospital, mostrando a diferença entre eles.

A figura 3 mostra as áreas de pesquisa relacionadas aos tópicos, onde é possível observar que a pesquisa está fortemente ligada à medicina.

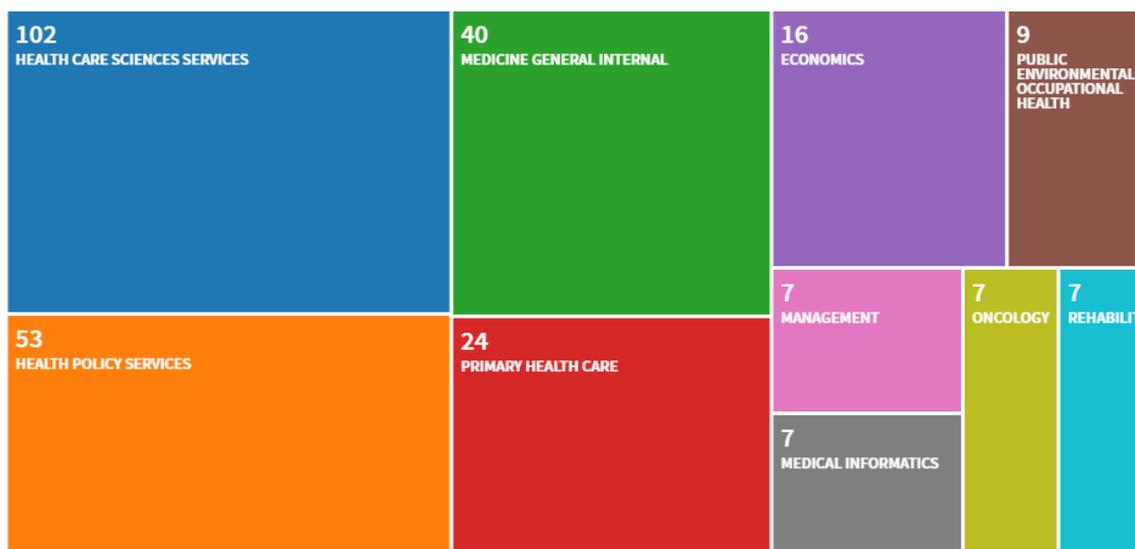


Figura 3 - Áreas de pesquisa

Fonte: Elaborado pelo autor via Web of Science

No quadro 1, por meio da seção *Journal Citation Reports (JCR)* da *Web of Science*, é possível observar quais os periódicos possuem o maior impacto dentre as áreas pesquisadas.

Rank	Periódico	Total de citações	Fator de Impacto
1	Academy of Management Annals	2,783	9.281
2	Academy Of Management Review	31,863	8.855
3	Journal Of The Academy Of Marketing Science	10,015	8.488
4	Journal Of Management	18,808	8.080
5	Journal Of Marketing	24,133	7.338
6	BMJ Quality & Safety	4,293	7.226
7	Journal Of Service Research	4,093	6.842
8	Academy Of Management Journal	34,781	6.700
9	International Journal Of Management Reviews	3,297	6.489
10	Journal Of International Business Studies	12,782	6.198

Quadro 1 - Periódicos de maior impacto

Fonte: Elaborado pelo autor

As principais revistas de maior impacto são da área de gestão e marketing, pois o foco do trabalho é identificar os principais critérios que influenciam na satisfação dos clientes no serviço de saúde de maneira geral, levando menos em consideração fatores técnicos da medicina.

A partir da figura 4 é possível observar que os trabalhos encontrados no *Web of Science* em estudo estão inseridos em maior quantidade em periódicos com foco na área médica, pois não possuem relevância significativa para estarem em periódicos de gestão e marketing, devido ao foco de seu conteúdo ser técnico e não gerencial.



Figura 4 - Publicações em periódicos

Fonte: Elaborado pelo autor

A partir da ferramenta online *TagCrowd*, foi possível obter as palavras chaves que mais aparecem na linha de pesquisa. Todas as palavras são de língua inglesa. A palavra “Cancer” foi retirada dos critérios, uma vez que era enquadrada como fator de apoio social, saindo da linha pesquisa.

Foram escolhidas as 50 palavras com maior frequência. Quanto maior o tamanho da palavra, maior sua importância, e a direita de cada palavra o número entre parênteses representa o número de aparições dentro dos trabalhos analisados. A figura 5 apresenta a nuvem de palavras.



Figura 5 - Nuvem de palavras

Fonte: Elaborado pelo autor via TagCrowd.com

Seguindo a linha de pesquisa deste artigo, as palavras chave com maior relevância são: “*patient*”, “*care*”, “*perception*” e “*quality*”, o que valida o objeto de estudo, visto que o objetivo principal busca entender quais são as percepções dos pacientes quanto à qualidade dos serviços hospitalares.

Outras palavras que chamam a atenção são: “*communication*”, “*management*”, “*questionnaire*”, “*satisfaction*”, “*services*” e “*survey*”, que também estão fortemente relacionadas com o modelo de instrumento que vem sendo utilizado para este tipo de pesquisa. Segundo Baptista e Cunha (2007), o questionário é um dos métodos de coleta de dados mais utilizados e é composto por uma lista de perguntas formuladas pelo pesquisador e são respondidas pelo público alvo da pesquisa, onde os itens devem ser formulados com qualidade e de maneira muito cuidadosa, pois com a ausência do pesquisador no momento do preenchimento das respostas pode haver confusão e má interpretação. Cunha (1982), cita como principais vantagens do questionário o baixo custo e capilaridade para se atingir um grande número de respostas, enquanto as desvantagens são a dificuldade de responder às

dúvidas dos entrevistados e quase não há como saber se a resposta foi dada de forma espontânea e sem vieses.

Para se entender a evolução recente do tema, organizou-se as publicações relacionadas ao tema ano a ano, no período de 15 anos entre 2003 e 2018, conforme Figura 6 abaixo:

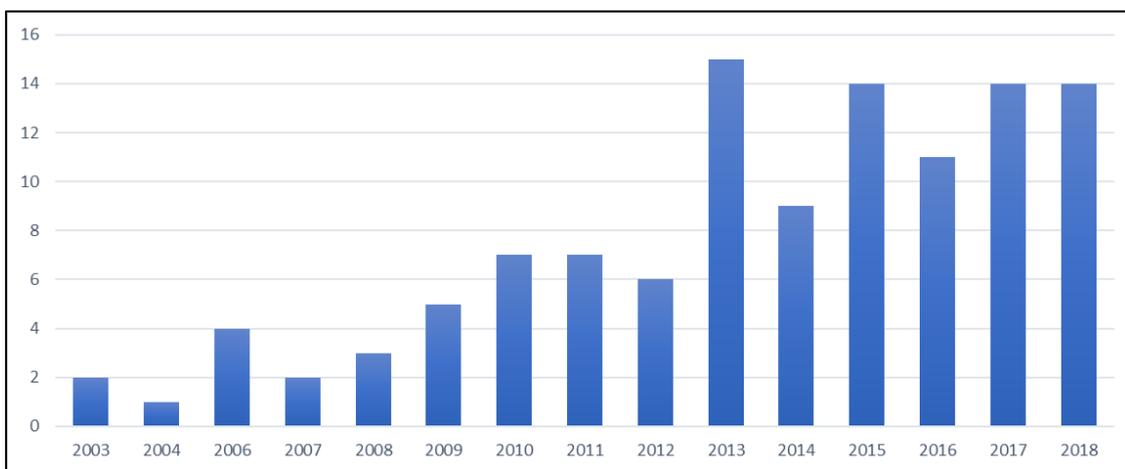


Figura 6 - Publicações ano a ano

Fonte: Elaborado pelo autor via Web of Science

A figura 7 mostra que a partir do ano de 2012 a pesquisa obteve uma ampliação significativa no número de publicações, o que demonstra que assunto está interessando cada vez mais pesquisadores no mundo afora, principalmente nos Estados Unidos como gráficos e tabelas anteriores já demonstraram. Demonstrando que há cada vez mais interesse em entender melhor a satisfação de clientes e pacientes em hospitais e centros de saúde para oferecer um serviço com melhora contínua. O número de citações relacionadas ao tema no período compreendido entre 1980 e janeiro de 2019 é demonstrado segundo a Figura 7 a seguir:

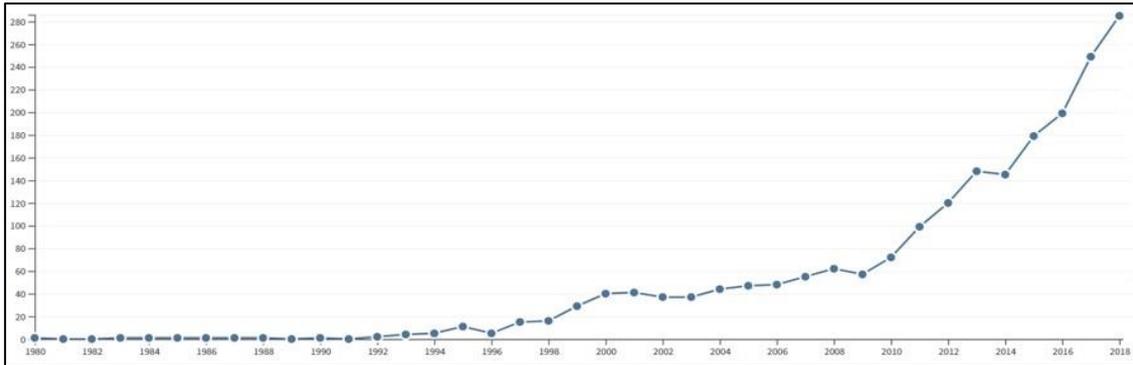


Figura 7 - Citações ano a ano

Fonte: Elaborado pelo autor via *Web of Science*

A partir da figura é possível entender que desde 2009 o número de citações sobre o tema tem uma ascensão ano a ano, com exceção ao ano de 2014.

## 2.3 Detalhamento, modelo integrador e validação por evidências

A terceira e última parte do TEMAC relaciona os principais resultados, por meio de contribuições por meio de *coupling* e *co-citation*.

O acoplamento bibliográfico (*coupling*), segundo Boyack e Klavans (2010), liga os trabalhos que fazem referência ao mesmo conjunto de documentos citados, enquanto a palavra co-citação (*co-citation*) denota a formação de agrupamentos de documentos que foram citados de maneira conjunta.

### 2.3.1 Co-citation

As *co-citations* auxiliam na identificação de quais autores são citados juntos de forma assídua, possibilitando identificar autores com linha de pesquisa parecida. A figura 8 mostra o mapa de calor das co-citações, onde há 4 aglomerados:

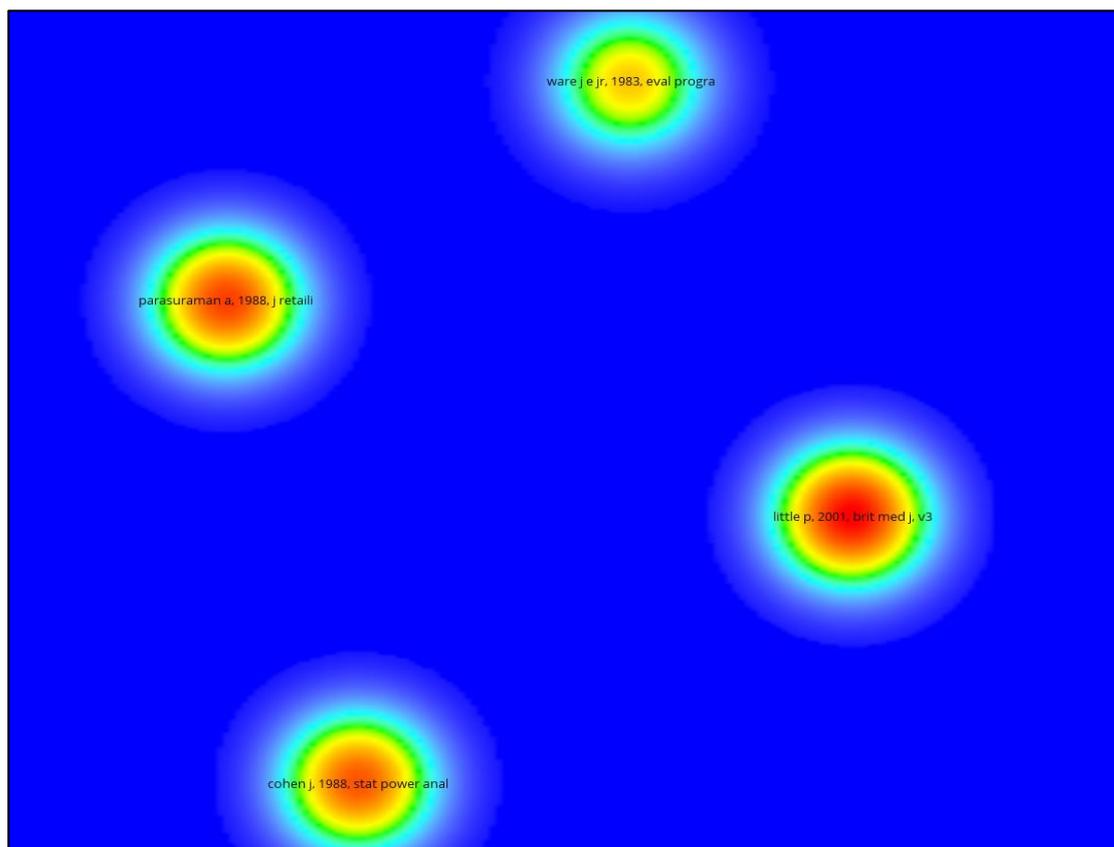


Figura 8 - Mapa de calor de citações

Fonte: Elaborado pelo autor via VOSviewer

Um dos autores mais importantes para a linha de pesquisa é Parasuraman *et al.* (1988) que é o criador da escala SERVQUAL, que mensura a qualidade percebida de serviços. Em seu trabalho desenvolveu a escala de 22 itens para avaliar as percepções dos clientes sobre a qualidade de serviços oferecidos por empresas e organizações por meio de de cinco dimensões (empatia, tangibilidade, confiabilidade, garantia e capacidade de resposta), evidenciando a validade e confiabilidade da escala por meio de testes estatísticos. A escala SERVQUAL pode ser utilizada em diversos setores do mercado, dentre eles lojas de departamento e varejo que possuem diversas unidades para entender o nível de serviço oferecido por cada uma, possibilitando entender as particularidades em relação às demais da rede e realizar comparações, a partir disso a companhia pode oferecer um melhor serviço de maneira global. Outra possível aplicação da escala é entender e categorizar os clientes de acordo com a qualidade percebida (alta, média ou

baixa) e conforme as pontuações obtidas na escala, analisar o estilo de vida e dados demográficos de cada grupo, baseado nisso a empresa deve buscar ações para aumentar a satisfação percebida de seu público-alvo.

Cohen (1988) é um famoso estatístico americano por estudar o tamanho de efeito na estatística. Em sua obra, define que o poder de um teste estatístico é a probabilidade de se produzir resultados significativos e constata que apesar da significância estatística ser buscada e desejada por cientistas ela não é muito bem compreendida na literatura que foi encontrada pelo autor de maneira geral, mostrando em seu trabalho a importância da confiabilidade e do poder na estatística. Mostra, dentre suas análises, o tamanho de efeito para *t-value*, para explicar os intervalos de aceitação de cada variável estudada, demonstrando e comprovando se os resultados são relevantes e confiáveis.

Little (2001), buscou medir o grau de satisfação de pacientes em relação a um centro médico e, realizou uma pesquisa com 865 pessoas, constatando que os fatores mais relevantes para os clientes eram: a comunicação entre paciente e médico, onde os médicos simpáticos, interessados nos problemas dos pacientes e que estavam dispostos a discutir sobre dificuldades e tratamentos representavam o fator principal de agrado. Em seguida veio o relacionamento pessoal, representado pelo profissional que conhece bem o paciente, assim como suas necessidades emocionais. A promoção à saúde e abordagem positiva, onde o paciente era bem informado sobre o problema e possível prazo para estar curado. Outro fato levantado pelo autor é que usuários que sentiam ter uma boa relação com seu médico, possuíam uma menor taxa de encaminhamento em comparação aos demais.

### **2.3.2 Coupling**

Segundo Coutinho (2017), o mapa de *coupling* mostra quais as principais linhas de pesquisa que estão sendo seguidas pelos autores, ou seja, aglomera os trabalhos que utilizam o mesmo conjunto de documentos em suas citações, compreendendo um período de três anos, e está representado pela figura 9 abaixo:

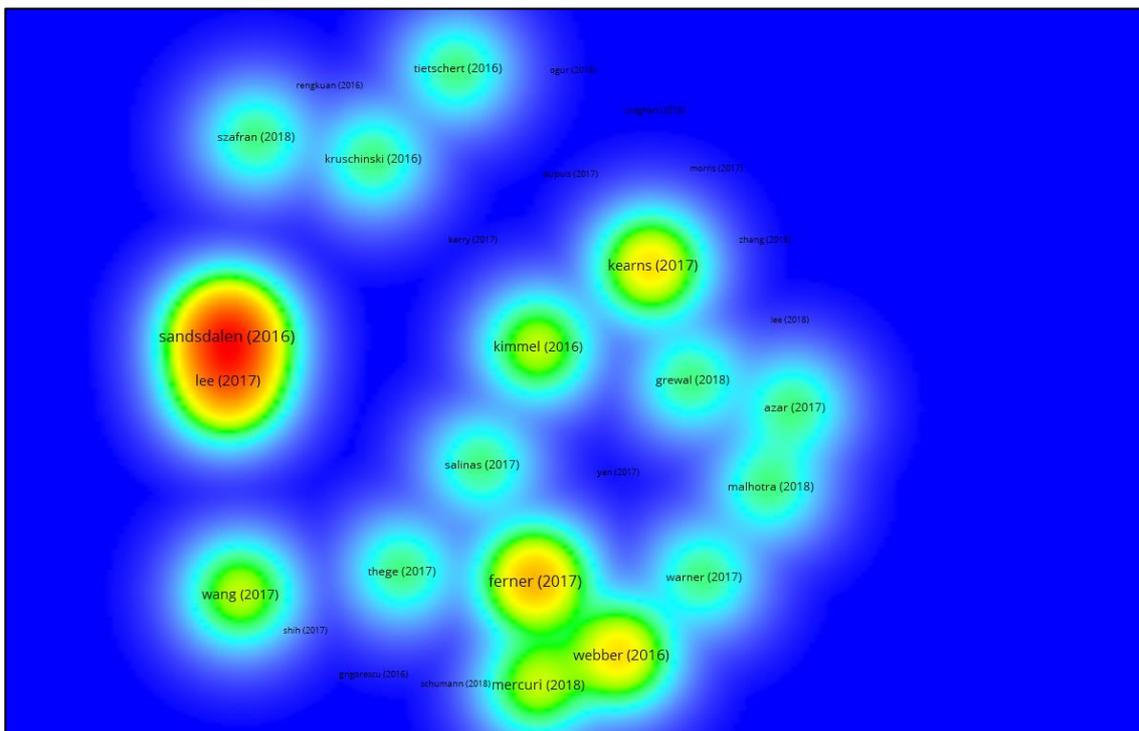


Figura 9 - Mapa de calor de coupling

Fonte: Elaborado pelo autor via VOSviewer

O mapa de calor mostra que ainda há clusters muito isolados sobre o assunto. O cluster de maior tamanho e importância para o atual trabalho é de Lee (2017) que trata sobre as prioridades na qualidade do serviço baseado em nove critérios em hospitais na Coréia do Sul. Realizou um estudo distribuindo 500 cópias de um questionário para pacientes de um hospital e outras 500 para o público geral (acompanhantes, familiares e amigos) que não haviam sido usuários de serviço médico nos últimos 3 meses. Ao final obteve-se 368 respostas válidas de pacientes e 389 do público geral. Os respondentes deviam classificar de 1 a 9, sendo 1 o mais importante e 9 o menos importante, os seguintes itens: grau de melhoria no cuidado dos pacientes, infraestrutura, segurança, eficiência, empatia, competência da equipe, acessibilidade, preocupação da equipe em resolver o problema dos pacientes e pontualidade. Os dois primeiros itens que mais influenciavam a satisfação de ambos os grupos foram o grau de melhoria no cuidado dos pacientes e a infraestrutura do hospital, a segurança foi o terceiro lugar para os pacientes, enquanto para o público geral foi a eficiência. Ambos elegeram a pontualidade como o fator que menos influencia na satisfação.

Sandsdalen et al. (2016) buscaram entender os fatores mais importantes para pacientes internados em hospitais, que frequentavam hospitais de dia, ou que estavam em asilos ou em casa, tratados com cuidados paliativos na Noruega. Cuidados paliativos estão relacionados ao alívio do sofrimento de doenças graves e ou terminais, por meio da cura de sintomas paralelos, como gripe, febre e depressão, oferecendo expectativa e qualidade de vida. O estudo foi realizado com 191 pacientes que recebiam cuidados paliativos com doenças terminais, analisando 12 fatores e constatou que o cuidado médico, a honestidade, respeito e empatia eram os itens mais importantes para que o paciente se sentisse bem durante o período de terapia.

Webber et al. (2016) perceberam que há uma diferença na percepção nos sintomas de dor entre pacientes e profissionais da saúde e por isso buscavam compreender o nível de disparidade, possibilitando uma melhor estratégia na gestão de medicamentos e no controle da dor. Uma pesquisa foi realizada inicialmente com 100 pacientes no Reino Unido que foram diagnosticados com algum tipo de câncer, porém apenas 81 participaram, visto que uma parcela deles não se sentiu bem o suficiente para colaborar com o trabalho, dentre outros problemas. Então, realizou-se um acompanhamento e foi aplicado um questionário para os pacientes e médicos, contendo perguntas como: com que frequência a dor aparece, se a dor atrapalha o andamento da vida normal do paciente, o quão eficaz são os medicamentos aplicados e quanto tempo demoram para fazer efeito. A partir do acompanhamento inicial, 35% dos pacientes julgaram que o tratamento contra a dor do câncer era controlada de forma inadequada comparado com 72% dos médicos. Em 68% dos casos houve revisão dos medicamentos e os mesmos foram alterados e após uma semana de acompanhamento 62% dos pacientes afirmaram que os sintomas de dor haviam melhorado equiparado com 58% dos médicos, comprovando que a comunicação com os profissionais de saúde, uma boa gestão hospitalar e a confiança transmitida pelos médicos estavam diretamente relacionados com a satisfação dos pacientes durante o tratamento.

### 2.3.3 Palavras chave mais frequentes

Diferentemente da nuvem de palavras, o mapa de calor de palavras chave, figura 10, mostra quais as palavras-chave ocorrem juntamente nos trabalhos, reforçando os resultados encontrados na nuvem de palavras criada a partir das palavras-chave isolada.

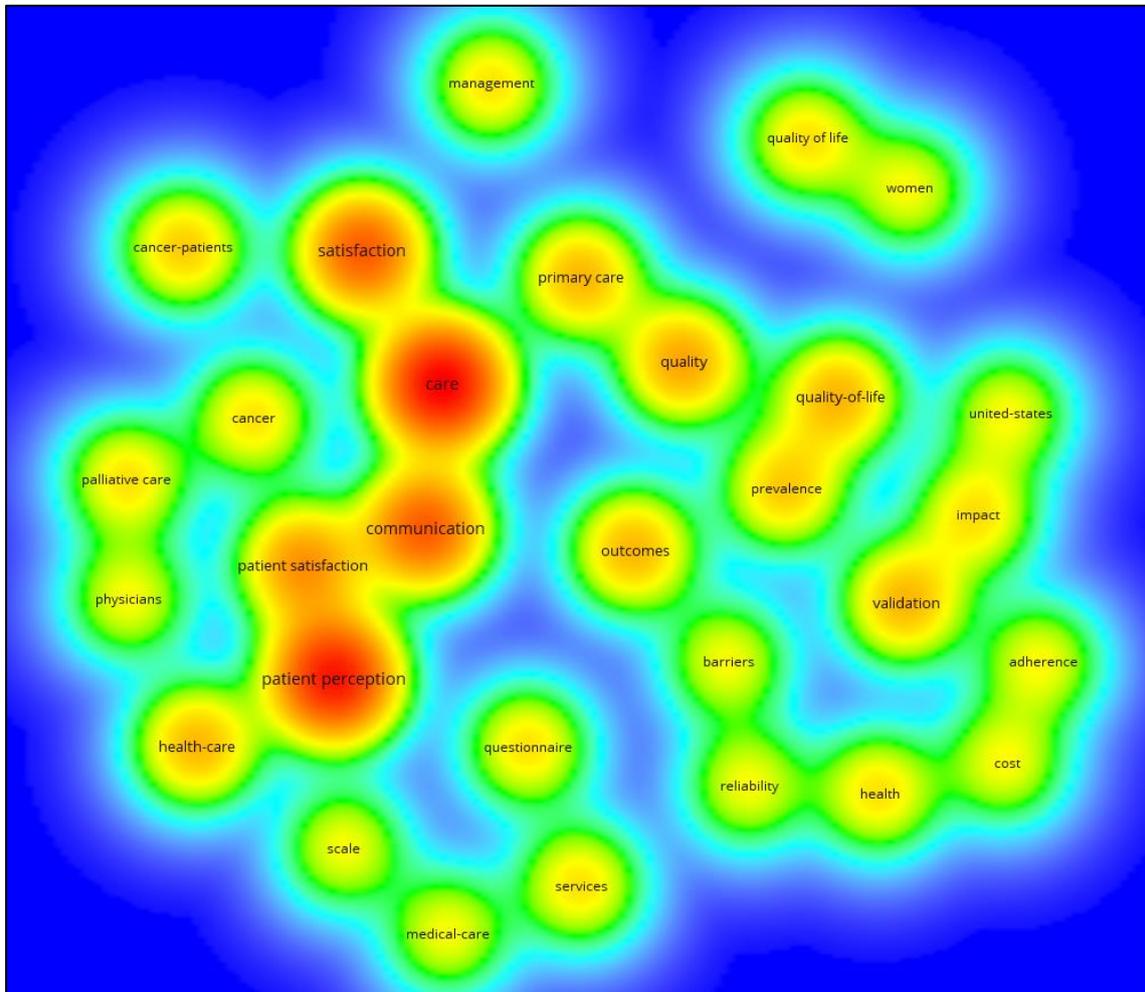


Figura 10 - Mapa de calor de palavras-chave

Fonte: Elaborado pelo autor via VOSviewer

O mapa de calor indica as palavras-chave em conjunto que mais aparecem pelos pesquisadores e quais são suas principais combinações.

Percebe-se que as palavras “*satisfaction*”, “*care*”, “*communication*”, “*patient perception*” e “*patient satisfaction*” são o arranjo mais utilizado por pesquisadores que desenvolvem trabalhos sobre o assunto.

### 2.3.4 Determinação do enfoque teórico da pesquisa

Após a coleta de dados, foram determinados os artigos mais relevantes para a continuidade e auxílio na construção teórica e prática da pesquisa. Para complementar este estudo, foram adicionados dois artigos de origem brasileira. No quadro abaixo, listaram-se os trabalhos que servirão de apoio teórico deste estudo.

<b>Artigo</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Amostra</b>
<i>Primary health care services quality in Spain</i>	Miranda, J. F.; Chamorro, A.	O objetivo principal deste trabalho foi encontrar um modelo que oferecesse uma ferramenta para medir a qualidade de clínicas médicas utilizando a escala HEALTHQUAL	2556
Qualidade nos serviços de saúde: Um estudo exploratório no Distrito Federal	Coutinho, G. T. B.	O artigo buscou responder os fatores determinantes na percepção de qualidade no Distrito Federal do ponto de vista dos usuários,	159

Artigo	Autor(es)	Principais resultados	Amostra
		obtido que a qualidade técnica foi o fator mais relevante, seguido por qualidade do ambiente e qualidade administrativa, além de conter diversas informações relevantes sobre a saúde no Brasil	
<i>The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales</i>	Carrilat, A.C.; Jaramillo, F.; Mulki, J. P.	O trabalho mostra que a escala SERVQUAL em contexto melhora sua validade preditiva, já o SERVPERF não apresenta melhoras em sua validade preditiva em contexto.	Não se aplica
SERVQUAL x SERVPERF: Comparação	Salomi, Gilberto G. E.; Miguel, Paulo A. C.;	O trabalho mostra a comparação	106

Artigo	Autor(es)	Principais resultados	Amostra
entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos	Abackerli, Alvaro J.	entre SERVPERF e SERVQUAL na mensuração de qualidade de serviços internos em uma empresa de mecânica, no estudo, quanto à confiabilidade, o alfa de Cronbach se mostrou maior na escala SERVPERF ponderada	

Quadro 2 - Principais artigos

Fonte: Elaborado pelo autor

Com o auxílio dos artigos e trabalhos do quadro 2, será possível obter um melhor embasamento teórico e metodológico para o desenvolvimento do presente trabalho.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Saúde no Brasil**

O sistema de saúde no Brasil é composto por clínicas, hospitais e prestadores de serviços que disputam os clientes e pacientes entre si, gerando uma competição elevada, principalmente na área privada. A saúde brasileira é dividida em três subsetores: o público, que utiliza recursos do Estado nas esferas federal, estadual, municipal, também englobando o SUS (Sistema Único de Saúde) e serviços para os militares, o subsetor privado que recebe recursos públicos e ou privados, e por fim o subsetor de saúde complementar, que compreende, por exemplo, planos e seguros de saúde. (PAIM et al., 2011).

A partir da Constituição Federal de 1988 que evidenciava a necessidade de organizar o sistema de saúde no Brasil e, com base nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 e Conselhos de Saúde foi criado o SUS. Como política pública, o SUS deve oferecer serviços de saúde de qualidade para a população de forma universal, ou seja, independe de fatores socioeconômicos, raça, sexo, etnia, cor, idade, dentre outros. Porém é questionado se isso ocorre efetivamente, em especial para a parcela da população brasileira que é mais carente de recursos (RIBEIRO, et al., 2006; BRASIL, 1988).

Um estudo foi realizado em 2009 por Moimaz et al. (2009) com 471 famílias em cinco cidades no estado de São Paulo para se entender melhor a percepção sobre o serviço de saúde público. Dos entrevistados, 93% disseram utilizar o serviço público e apenas 72% acreditam que o serviço oferecido é suficiente para atender a população e resolver seus problemas. Apesar de relativamente alta a satisfação dos usuários, houveram muitas queixas sobre o serviço oferecido como: qualidade baixa de atendimento, falta de empatia, precariedade da infraestrutura física e material e demora excessiva entre a marcação da consulta e o atendimento. A falta de recursos humanos foi outro grave problema encontrado e foi constatado o mesmo problema em outro estudo realizado em Minas Gerais, onde há falta de médicos e equipes reduzidas, impactando na demora do atendimento e na insatisfação dos usuários. As dificuldades apresentadas estão presentes em outras regiões do

Brasil (MOIMAZ *et al.*, 2010; RONZANI e SILVA, 2008; VIEGAS e PENNA, 2013).

A precariedade encontrada no setor de saúde público não acontece por acaso. Segundo o Senado Federal e o Conselho Federal de Medicina (2019), em 2018 o Governo gastou R\$108 bilhões no setor médico e hospitalar, o que representou apenas gastos básicos sem sobras para realizar investimentos. Este valor representa apenas 43% dos gastos na área de saúde, o restante foi custeado pelo setor privado. Recomenda-se que em países com sistemas de saúde único o governo participe por pelo menos 65% dos gastos, no Reino Unido essa parcela chega a 80%. A partir desses números o gasto médio do Governo brasileiro por habitante chegou a US\$340, pode-se usar para comparação outro país sul-americano como a Argentina que gasta duas vezes mais e em países europeus, como França e Reino Unido, esse número chega a US\$3.500, representando mais que dez vezes o investimento no Brasil.

Com o intuito de minimizar ou não passar pelos problemas oferecidos pelo setor público, as pessoas optam por utilizar serviços privados a partir de consultas diretas ou a utilização de planos de saúde. Planos de saúde são uma alternativa para encontrar, por exemplo, serviços médicos especializados de forma menos custosa comparado com a utilização direta da medicina privada, hospitais com melhor infraestrutura, passar menos tempos em fila. Em contrapartida, deve-se pagar uma taxa mensal para aderir ao plano e seus preços podem ser mais elevados para pessoas idosas e com histórico elevado de doenças. Pessoto *et al.* (2013) e Pilloto e Celeste (2018) constataram que, em média, o tempo de espera no mesmo dia por atendimento pela população que não possui planos de saúde chega a três vezes mais em comparação aos que possuem plano de saúde. Possuir um plano de saúde dá a liberdade do usuário a utilizar tanto a rede pública quanto a privada, mas foi constatado que pessoas com cobertura utilizam os serviços com maior frequência que as demais, uma vez que a população com maior renda e escolaridade tem uma maior tendência a serem clientes de planos e se preocupam mais com sua saúde, mostrando que é notória a desigualdade social que existe no Brasil (PESSOTO *et al.*, 2013; PILLOTO e CELESTE, 2018).

Para se entender melhor o mercado de planos de saúde Morais et al. (2018) buscaram compreender os fatores que mais influenciavam na satisfação dos usuários deste serviço. Foi realizada uma pesquisa com 217 respostas válidas, sendo 117 do gênero feminino e os demais do masculino. O modelo era composto conforme figura 11 abaixo:

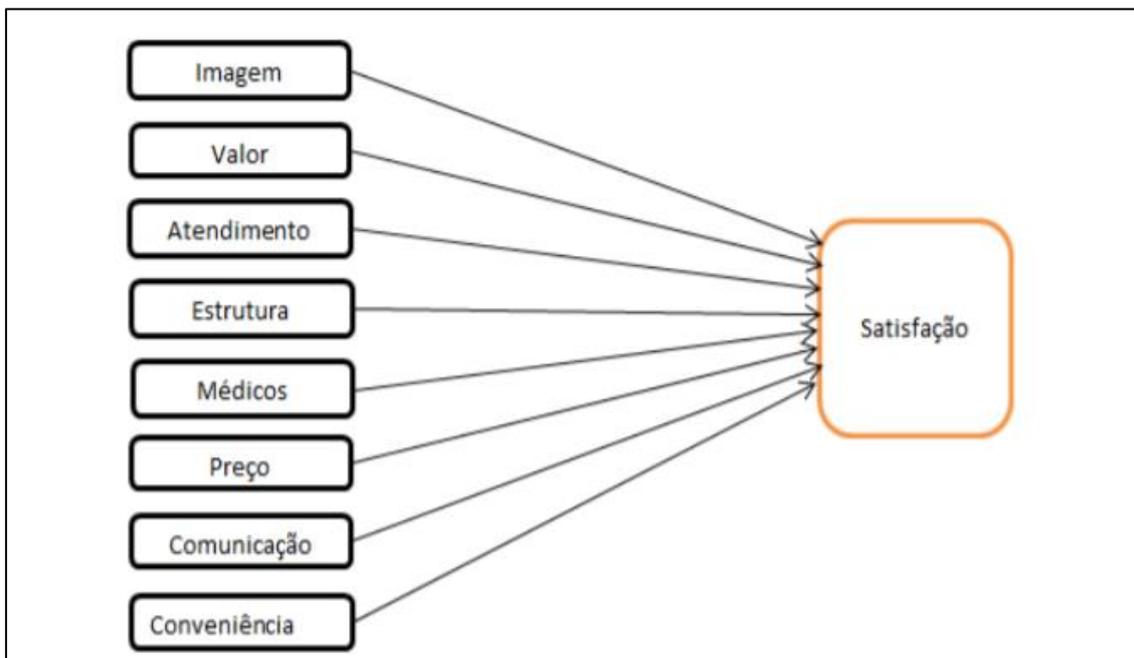


Figura 11 - Modelo da satisfação dos usuários nos serviços de plano de saúde

Fonte: Morais *et al.* (2018)

Os autores validaram o modelo usando o Alfa de Cronbach e todos seus itens alcançaram valor igual ou superior a 0,6, então não houve a necessidade de remover nenhum. Seu modelo explicou em 80% a satisfação dos usuários de plano de saúde e as hipóteses que mais explicaram seu modelo foram a imagem (efeito das experiências do cliente com a empresa) e o valor percebido pelo usuário (o quão útil é o serviço para o usuário) (MORAIS et al., 2018). Segundo Pilloto e Celeste (2018), de 1998 até 2013 houve redução da população com plano de saúde de 24,9% para 22,2%, mas mesmo assim o uso de serviços de saúde subiu em 16%, demonstrando que, mesmo com uma maior taxa de pessoas enfrentando os problemas do serviço público, elas estão se preocupando cada vez mais com a qualidade de vida, fator que é muito positivo para o Brasil.

Para trazer mais informações sobre o serviço de saúde com dados quantitativos, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística realizada no ano de 2013 em parceria com o Ministério de Saúde, órgão do governo responsável pela gestão da saúde pública do Brasil. O objetivo da pesquisa é de ter um conhecimento melhor de como é o desempenho da saúde da população brasileira de forma geral, possibilitando a criação de políticas para melhorar seus indicadores. Nos 12 meses que antecederam a pesquisa, 71,2% da população brasileira, o que significa 142 milhões de pessoas, foram consultadas por um médico, demonstrando que a saúde é uma área essencial para a qualidade de vida das pessoas (IBGE, 2013).

Segundo Neri e Soares (2002), quanto maior a renda de um brasileiro, maior será a tendência de possuir melhor qualidade de saúde, essa informação está relacionada com o fato de que apenas cerca de 25% da população possui algum plano de saúde. A desigualdade social se confirma pelo fato de que apenas 2,8% da população mais pobre do país é atendida por esse serviço, enquanto 75% dos mais ricos possuem cobertura. O tipo de consulta também é demarcado pela renda, uma vez que pessoas com mais dinheiro buscam, na maioria dos casos, consultas preventivas e de rotina, enquanto a base da pirâmide aquisitiva não possui esse costume e busca atendimento apenas quando se já está doente ou com algum problema sério de saúde. É muito importante para a população que busque acompanhamento médico antes de ficarem doentes ou das doenças chegarem a um nível crítico, pois assim, além de terem uma melhor qualidade de vida, os gastos públicos e privados com tratamento podem ser reduzidos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2012), o câncer de mama é uma das principais causas da morte de mulheres, e é o segundo tipo de câncer com maior incidência em 140 países, em primeiro aparece o de pele. A cada ano, no Brasil, são diagnosticadas cerca de 50.000 pessoas com esse tipo de câncer. É possível identificar a doença com exames como a mamografia e, àqueles que não têm condições de o realizar, seja por questões

financeiras ou de estrutura, podem optar pelo exame de toque, que em muitos casos é livre de custos. Se descoberto em estágios iniciais, o tratamento pode ser menos nocivo à saúde do paciente, além de que as chances de cura são elevadas e caso descoberto em fases avançadas o tratamento é mais agressivo, prolongado, custoso e provavelmente irreversível. Isso atesta a necessidade de realizar exames de acordo com o perfil de cada paciente de maneira rotineira e não esperar o aparecimento de doenças para procurar atendimento médico, com isso pode se gerar uma grande economia para o país e melhorar indicadores da qualidade de vida da população, porém esse hábito está presente em grande número apenas na população de alta renda, enquanto deveria ser geral (RODRIGUES et al., 2015; SOUZA et al., 2015; NERIS e SOARES, 2002).

A partir deste capítulo possível observar que o serviço de saúde é oferecido de forma desigual pelo país, e depende muito da renda das pessoas, deixando parte menos favorecida economicamente da população com serviços precários e de baixo desempenho, enquanto os mais ricos estão em busca constante de exames e informação sobre seu estado de saúde, uma vez que possuem alta tendência de ter acesso à saúde privada, especializada e de qualidade.

### **3.2 Qualidade de serviço**

Parasuraman et al. (1985) fizeram um modelo para medir a qualidade de serviços a partir do modelo de satisfação de Oliver (1980), dizendo que a satisfação do cliente seria a função da desigualdade do que era esperado e o que de fato foi entregue ao cliente, sendo essa diferença chamada de *gap*.

O modelo de Parasuraman et al. (1985) possui 5 *gaps*, onde o 1º representa a diferença entre expectativa do cliente comparada com a percepção gerencial da expectativa do cliente. O 2º é a diferença das percepções gerenciais sobre as expectativas do cliente e como elas foram transformadas em normas e especificações de serviço. O 3º representa

divergência entre as especificações do serviço e o que fora oferecido ao consumidor, 4º a lacuna entre o que o foi prestado ao cliente e a comunicação da empresa, e o *gap* 5 a divergência entre o serviço fornecido e o esperado. O modelo é exemplificado na figura 12 abaixo:

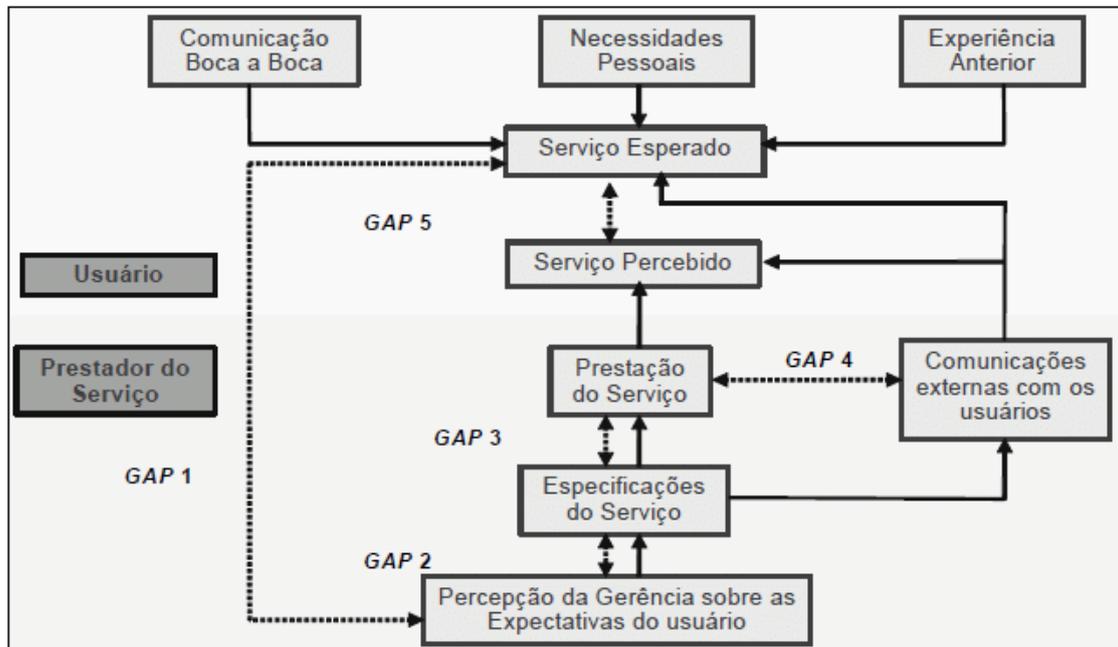


Figura 12 - Modelo dos 5 gaps

Fonte: Parasuraman *et al.* (1985)

O estudo de Parasuraman *et al.* (1985) serviu de base para o trabalho de Parasuraman *et al.* (1988), determinando as cinco dimensões mais relevantes da qualidade da escala SERVQUAL que são os critérios para o cliente definir a qualidade do serviço:

- Empatia: relaciona o quanto o serviço prestado é oferecido de acordo com a necessidade de cada cliente e sobre o tratamento com o cliente;
- Tangibilidade: mede a qualidade de aspectos físicos para a prestação do serviço, como infraestrutura e equipamentos;
- Confiabilidade: mede se o serviço que foi prestado está de acordo com o prazo e qualidade prometida;

- Garantia: mostra se a organização consegue transmitir que possui competência no que oferece para o cliente;
- Capacidade de resposta: demonstra a vontade da organização e dos funcionários de ajudar os clientes em caso de necessidade e dúvidas.

As dimensões da qualidade citadas servirão, também, de base para a construção do presente estudo, facilitando o entendimento dos fatores críticos de sucesso em hospitais e outros centros de saúde.

Ter conhecimento do que os clientes e usuários de empresas e serviços mais ou menos valorizam é um recurso competitivo muito importante, pois por meio de dados e informações obtidos, as empresas conseguem se adaptar melhor as novas tendências do mercado, possibilitando um ganho de fatia de mercado, uma vez que passam a oferecer produtos e serviços compatíveis com as preferências do público. Além disso, pode mostrar tendências no comportamento das pessoas, como no uso da tecnologia, por exemplo, fazendo com que empresas consigam respostas mais rápidas às mudanças do mercado.

A escala SERVPERF foi criada por Cronin e Taylor (1992), pois os autores acreditavam que o SERVQUAL possuía limitações, então a adaptaram de maneira a melhorá-la. A sua maior crítica ao SERVQUAL era que a escala de Parasuraman et al. (1985) se baseava nos *gaps*, ou seja, que isso levava a medir a percepção da qualidade do serviço oferecido por meio da diferença da expectativa do cliente e o que era disponibilizado na realidade. Então, o SERVPERF mede a qualidade do serviço por meio das percepções do cliente em relação ao desempenho da empresa. Para Cronin e Taylor (1992) essa diferença entre os conceitos é essencial.

Existem outras escalas para medir a qualidade que não são tão populares quanto ao SERVQUAL e o SERVPERF, como o modelo INTQUAL de Caruana e Pitt (1997). O INTQUAL utiliza como base a ideia de Parasuraman et al. (1985) para medir a qualidade interna do serviço e concentra-se em ações dentro da empresa, as quais a gerência precisa tomar

para implementar e garantir um serviço de qualidade para os clientes, onde itens com pontuação média e baixa precisam atenção especial, assim possibilitando um maior nível de satisfação dos usuários no geral.

As escalas também podem ser personalizadas de acordo com cada serviço prestado para se obter uma melhor percepção da qualidade específica da área ou setor. Gonçalez (2017) estudou a qualidade de serviços aéreos no Brasil utilizando a escala AIRQUAL (BARI et al., 2001), que é uma adaptação da escala SERVQUAL (PARASURAMAN et al., 1988) para o setor. Por meio de uma pesquisa com 152 respostas válidas, seu modelo explicou a satisfação dos clientes em 53,7% e as hipóteses que mais tiveram influência foram a imagem da companhia aérea (valores e crenças que são transmitidas pela empresa) e a tangibilidade da aeronave (higiene, conforto, entre outros fatores físicos do avião).

É muito importante se saber os fatores que mais influenciam na satisfação do cliente. Presente no TEMAC (Teoria Do Enfoque Meta-Analítico Consolidado) deste trabalho, Lee (2017) buscou entender melhor quais deveriam ser as prioridades de um hospital sul-coreano, então realizou um estudo e distribuiu questionários para 500 pacientes e 500 acompanhantes dos pacientes, obtendo 368 e 389 respostas válidas respectivamente, então pôde observar que a maior influência de qualidade para ambos eram a melhoria do cuidado dos pacientes e a infraestrutura do hospital.

Também na área de saúde, Coutinho (2017) estudou critérios para melhorar o desempenho no serviço oferecido no Distrito Federal, onde obteve 142 respostas válidas em seus questionários. Em seus resultados, concluiu que os fatores mais relevantes na qualidade do serviço são a qualidade técnica apresentada, o ambiente e a qualidade administrativa.

Como forma de se utilizar uma escala específica para a área de saúde neste estudo, será utilizado o HEALTHQUAL, que será explicado a seguir.

### 3.3 HEALTHQUAL

Segundo Donabedian (1988) a qualidade do serviço de saúde é a habilidade de alcançar objetivos usando meios legítimos, onde os objetivos são alcançar determinado nível de saúde, então a qualidade pode acontecer quando médicos e outros funcionários de hospitais conseguem fazer com que o paciente tenha uma vida mais tranquila e saudável, passando por boas experiências.

A escala HEALTHQUAL é uma adaptação da escala SERVQUAL para o contexto de uso em centros de saúde. Foi utilizada por Miranda et al. (2012) para mensurar as percepções de qualidade de usuários e administradores de hospitais na Espanha. Para o uso em seu estudo, os autores propuseram uma mudança no método SERVQUAL que utiliza o modelo *partial least squares* (PLS). A escala HEALTHQUAL utilizou 25 itens de percepção, que segundo Miranda et al. (2012) aborda as dimensões da qualidade do serviço, conforme quadro 3 abaixo:

Dimensão	Nome
HQ1	Higiene das instalações
HQ2	Equipamentos do hospital
HQ3	Localização do hospital
HQ4	Higiene da equipe de saúde
HQ5	Profissionalismo da equipe de saúde
HQ6	Gentileza e cortesia da equipe de saúde
HQ7	Confiança da equipe de saúde
HQ8	Serviço personalizado entregue pela equipe de saúde
HQ9	Comunicação da equipe de saúde
HQ10	Atenção da equipe de saúde para os problemas dos pacientes
HQ11	Interesse da equipe de saúde em resolver os problemas dos pacientes
HQ12	Compreensão dos problemas do paciente pela equipe de saúde
HQ13	Qualificação da equipe de saúde
HQ14	Higiene da equipe geral
HQ15	Profissionalismo da equipe geral
HQ16	Gentileza e cortesia da equipe geral
HQ17	Atenção da equipe geral para os problemas dos pacientes
HQ18	Interesse da equipe geral em resolver os problemas dos pacientes
HQ19	Facilidade em marcar uma consulta
HQ20	Nível de burocracia
HQ21	Tempo de espera antes de uma consulta

Dimensão	Nome
HQ22	Agilidade na realização de exames
HQ23	Solução de problemas
HQ24	Tempo destinado para cada paciente
HQ25	Agenda do Hospital

Quadro 3 - Legenda HEALTHQUAL

Fonte: adaptado de Miranda et al. (2012)

O objetivo do trabalho de Miranda et al. (2012) era avaliar a diferença de percepção da qualidade do serviço oferecido por hospitais entre pacientes e gestores do hospital na Espanha, obteve em sua amostra 2566 respostas de pacientes e 88 de gestores. Utilizando equações estruturais o trabalho chegou aos resultados conforme figura 13 abaixo:

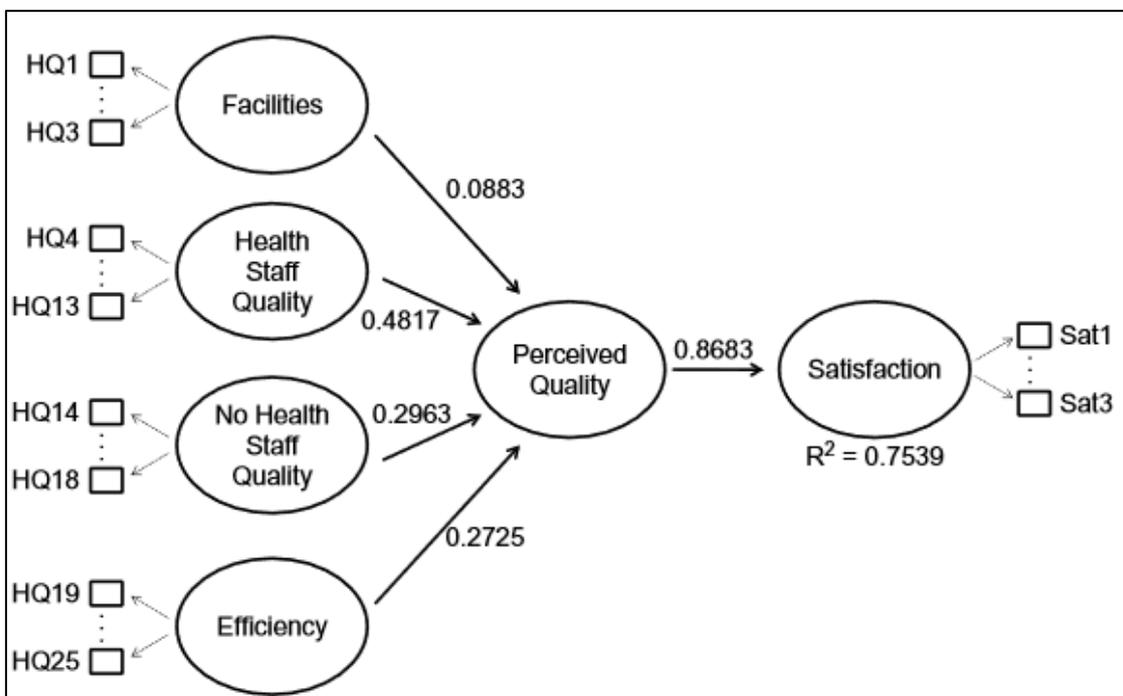


Figura 13 - Resultados da pesquisa de Miranda et al. (2012)

Fonte: Miranda et al. (2012)

Miranda et al. (2012) definiu cada construto da seguinte forma:

- *Facilities*: é composto de HQ1 até HQ3, e busca entender como as pessoas julgam aspectos tangíveis no serviço de saúde, no caso do HEALTHQUAL foi abordado: higiene

das instalações, equipamentos e localização do centro de saúde;

- *Health Staff Quality*: é composto de HQ4 até HQ13, avalia a empatia, garantia e confiabilidade do serviço oferecido pela equipe de saúde (médicos e enfermeiros), como empatia, atenção aos problemas dos pacientes e profissionalismo;
- *No Health Staff Quality*: engloba de HQ14 até HQ18, e é similar ao *Health Staff Quality*, mas avalia os demais funcionários do centro de saúde;
- *Efficiency*: é composto de HQ19 a HQ25 e são os fatores de confiabilidade e capacidade e resposta do centro de saúde de forma geral, avaliando fatores como burocracia, tempo de espera;
- *Perceived Quality*: é a qualidade geral percebida pelos usuários.

Nos resultados é possível observar que o que mais explica a qualidade no atendimento em hospitais e clínicas na Espanha são a qualidade de equipe de saúde e a qualidade de equipe geral.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

A pesquisa, segundo Gil (2002), é um procedimento realizado quando existem poucas ou nenhuma resposta para um problema, utilizando conhecimento e métodos disponíveis para chegar em um resultado satisfatório que esclareça melhor o problema.

Uma pesquisa recebe sua classificação de acordo com dois tipos, quanto aos fins e quanto aos meios. A presente pesquisa possui o fim exploratório quantitativo, pois busca esclarecer os fatores de qualidade no atendimento mais importantes em hospitais para os brasileiros. E quanto ao meio é classificada com pesquisa de campo, uma vez que foi realizada investigação por meio de questionários para compreender melhor a percepção dos clientes e usuários de hospitais no Brasil (VERGARA, 1990).

### **4.2 Local de estudo**

A escolha do local do estudo se originou pelo problema da pesquisa, que busca entender os fatores críticos de sucesso para hospitais e clínicas brasileiras, logo foi realizado no Brasil, pois com a divulgação do questionário utilizando redes sociais foi possível alcançar diversas regiões do país.

### **4.3 Objeto de estudo**

O objeto de estudo foi a percepção de pacientes sobre a qualidade dos serviços oferecidos em hospitais e clínicas do Brasil.

### **4.4 Instrumento de coleta de dados**

Para se obter as respostas necessárias para esclarecer os fatores críticos de sucesso em serviços de clínicas e hospitais, criou-se um questionário que se localiza no apêndice A, baseado no modelo HEALTHQUAL do Quadro 3 de Miranda et al. (2012), que é uma versão traduzida para a língua portuguesa, enquanto a versão com idioma original encontra-se no

anexo A. O questionário é composto por um total de 32 itens, onde 28 são relacionados ao HEALTHQUAL, enquanto outros 4 estão entre perguntas socioeconômicas e se o entrevistado frequentou hospitais e ou clínicas nos últimos 2 anos. O questionário por meio de todas as respostas recebidas foi validado com confiabilidade composta média de 0,826.

#### **4.5 Procedimento de coleta**

O questionário, disposto no apêndice A, foi construído e disponibilizado no site *Google Forms*, durante 4 dias no período entre 17 de junho de 2019 e 20 de junho de 2019, sendo divulgado, principalmente, em mídias sociais. Foram obtidas 173 respostas ao final e os dados foram convertidos em uma planilha para o *Microsoft Excel*, possibilitando o tratamento dos dados no software *SmartPLS*.

## 4.6 Amostra (Cálculo e Característica)

As amostras para PLS-SEM (*Partial Least Square – Structural Equation Model*) utilizam o tamanho amostral baseado no tamanho do efeito, essencialmente, em propriedades de regressão OLS (HAIR et al., 2017). A amostra foi calculada por meio do software G\*Power. O tamanho do efeito foi médio (0,15), a significância foi de 0,05 e nível de poder estatístico foi 0.85, como o modelo possui 4 variáveis independentes, a amostra mínima necessária foi de 95 registros. No total, foram obtidas 173 respostas, sendo a totalidade aproveitada, onde todos os questionários foram respondidos em sua totalidade e apenas um obteve todas as respostas iguais.

Para se ter uma melhor compreensão da pesquisa, foi realizada uma pergunta questionando se o entrevistado havia frequentado hospitais ou centros de saúde nos últimos dois anos. Foram realizadas também, três perguntas para entender o perfil dos respondentes. As respostas estão representadas pelas figuras 14, 15, 16 e 17:



Figura 14 - Resposta sobre utilização de hospitais

Fonte: Elaborado pelo autor

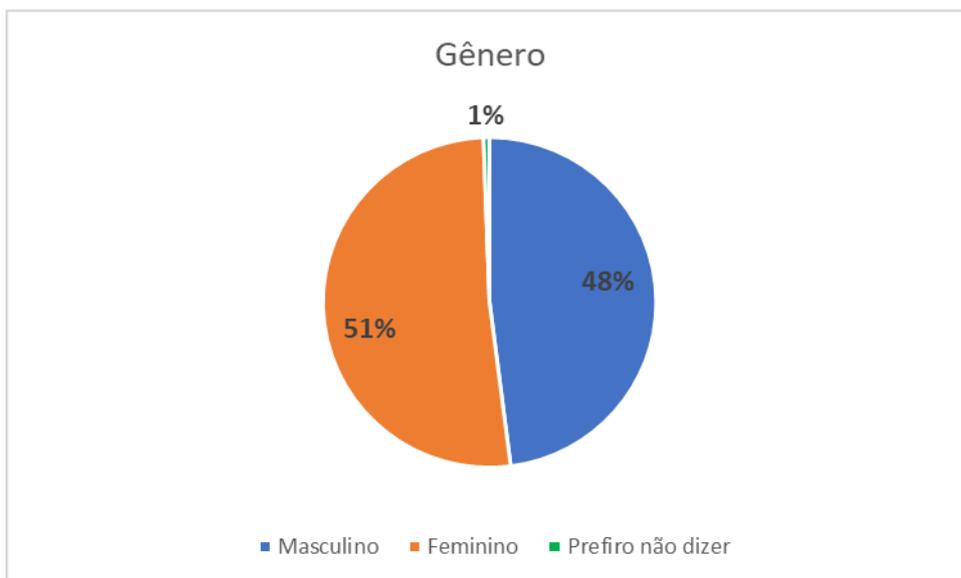


Figura 15 - Resposta sobre gênero dos entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor

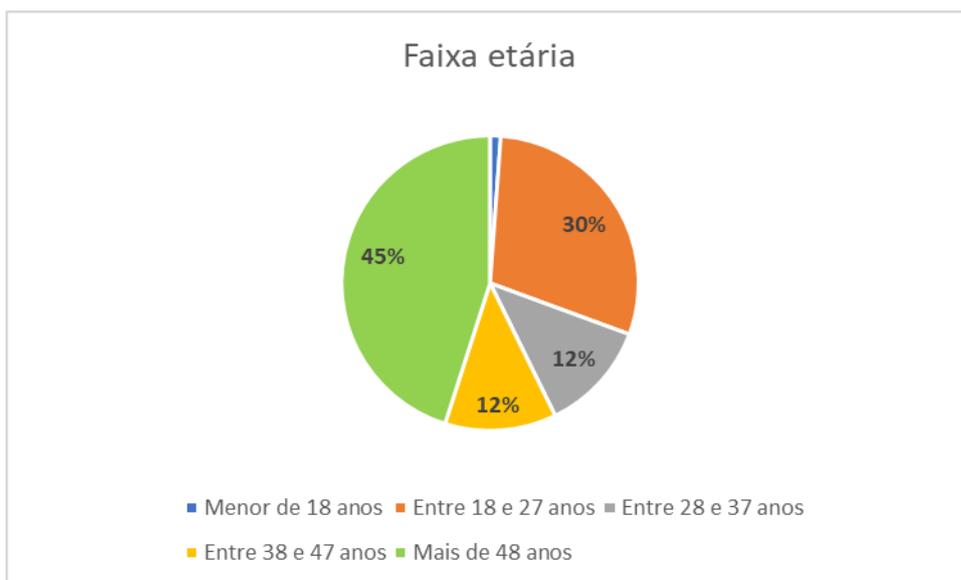


Figura 16 - Resposta sobre faixa etária dos entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor

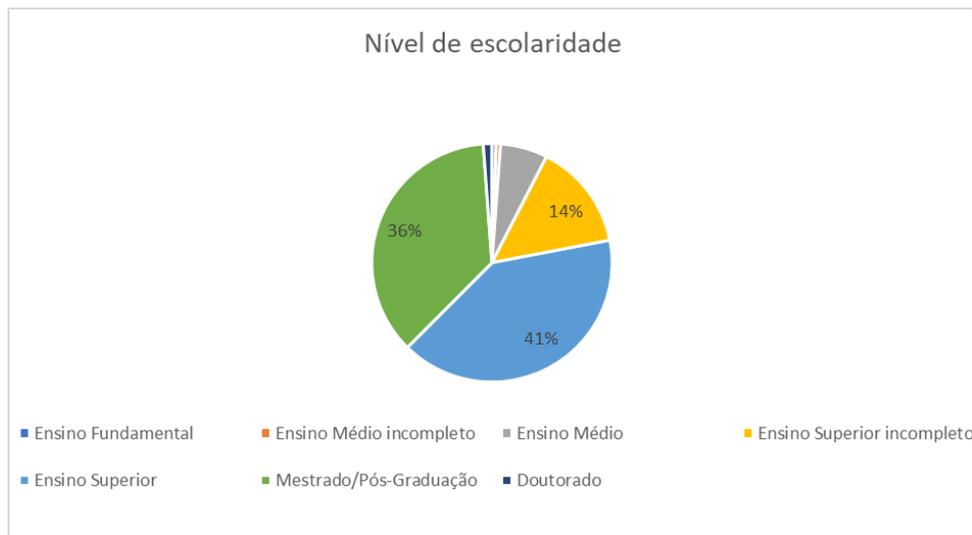


Figura 17 - Resposta sobre nível de escolaridade dos entrevistados

Fonte: Elaborado pelo autor

Analisando o público da entrevista, pode-se concluir que grande parte utilizou o serviço de hospitais e clínicas (86%) nos últimos dois anos, podendo realizar uma melhor e mais recente avaliação do serviço. O gênero dos entrevistados é praticamente igual para homens e mulheres, enquanto a faixa etária predominante (45%) é de maiores de 48 anos e onde mais da metade do total dos entrevistados possui ensino superior completo ou além.

#### 4.7 Ferramenta de Análise

Para o presente estudo, o software utilizado para análise do modelo de equações estruturais foi o SmartPLS. O *software* foi desenvolvido por Ringle et al. (2005), ganhando popularidade não apenas por possuir sua versão gratuita para estudantes e pesquisadores, mas também por apresentar uma interface amigável para o usuário e, a possibilidade de criar diversos tipos de relatórios. A análise e modelagem de equações estruturais ajuda, de forma visual, numérica e gráfica, a melhor interpretar as relações entre diversas variáveis com o intuito de priorizar esforços e recursos para resolver problemas e oferecer melhores serviços aos clientes e à sociedade, e isso está presente no SmartPLS (WONG, 2013)

A estatística multivariada teve início por volta de 1900, porém só está sendo mais bem aplicada na atualidade graças à tecnologia e aos *softwares* com grandes capacidades de ler dados (SOUZA e VICINI, 2005). A análise multivariada é compreendida como diversas técnicas e métodos aplicados ao mesmo tempo, para se ter um melhor entendimento de um conjunto de informações, variáveis e dados (NETO, 2004). Segundo Hair et al. (2011), o método multivariado a ser escolhido depende do tipo de pesquisa e o seu intuito, a partir disso se geram hipóteses ou confirmações a respeito do tema.

A modelagem em equações estruturais (SEM) começou a estudar o comportamento do consumidor na década de 1980 e, desde então começou a se popularizar em diversas áreas como marketing e administração. As ferramentas computacionais são muito importantes na utilização do SEM, mas os programas não fazem tudo, pois ainda são necessárias informações do próprio pesquisador, como direções de efeito e como as variáveis se relacionam e, em alguns casos, por meio de testes, as hipóteses podem não ser válidas, então é possível que haja necessidade de revisões no modelo. (BREI e NETO, 2006).

O SEM é dividido em dois: PLS-SEM (*Partial Least Squares SEM*) baseado em mínimos quadrados parciais e CB-SEM (*Covariance-Based SEM*) baseado em covariância. O PLS-SEM tem seu uso indicado em pesquisas exploratórias ou quando a pesquisa é extensão de alguma outra teoria já existente. Já o CB-SEM é mais apropriado para se confirmar ou não teorias e para realizar comparações entre duas teorias similares. Em casos de amostras relativamente pequenas, o PLS-SEM é o mais indicado, e em casos de amostras maiores o resultado produzido por ambos os tipos de SEM é muito similar, ficando a critério do pesquisador qual utilizar (HAIR et al., 2011).

Desta forma, para a atual pesquisa, utilizou-se o SmartPLS como software e ferramenta de análise. Uma vez que serão analisadas diversas variáveis e como elas se relacionam, para se encontrar os fatores mais importantes para satisfazer os usuários de serviços hospitalares.

## 5. RESULTADOS E ANÁLISES

A metodologia proposta por Ramirez et al. (2014) para o uso de mínimos quadrados parciais (PLS) é composta por três fases, conforme figura 18 abaixo:

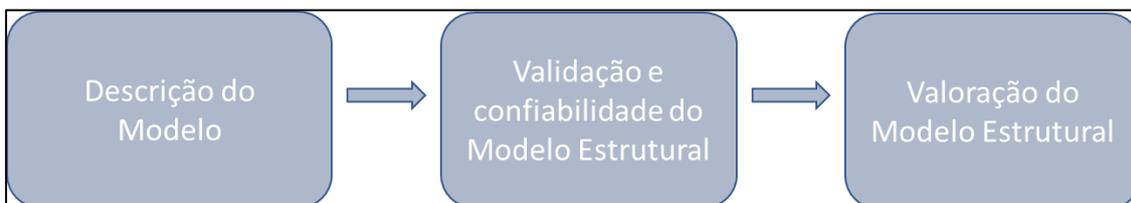


Figura 18 - Metodologia PLS

Fonte: Própria, adaptado de Ramirez et al. (2014)

Seguindo o primeiro passo da metodologia PLS proposta por Ramirez et al. (2014), deve-se especificar o modelo e demonstrar como as variáveis se relacionam e as relações entre indicadores e construtos. Na segunda etapa é necessária a validação e confiabilidade do modelo por meio de testes estatísticos, e caso necessário, reestruturar o modelo para que ele possua uma maior confiabilidade. E por último, é necessário realizar o estudo e análises de como as variáveis explicam e justificam o modelo.

### 5.1 Descrição do modelo e hipóteses

O modelo utilizado no presente trabalho é uma adaptação do proposto por Miranda et al. (2012). O modelo é composto por quatro variáveis independentes: instalação e estrutura, qualidade da equipe de saúde, qualidade da equipe geral e eficiência geral e uma variável dependente: qualidade global. São consideradas a instalação e estrutura construtos formativos enquanto, os demais são reflexivos, tratando-se de um modelo composto. Segundo Becker et al. (2012) o modelo reflexivo envolve variáveis distintas, mas são correlacionadas, enquanto o modelo formativo representa um conceito mais generalizado, onde as variáveis não estão necessariamente correlacionadas. O modelo está apresentado pela figura 19:

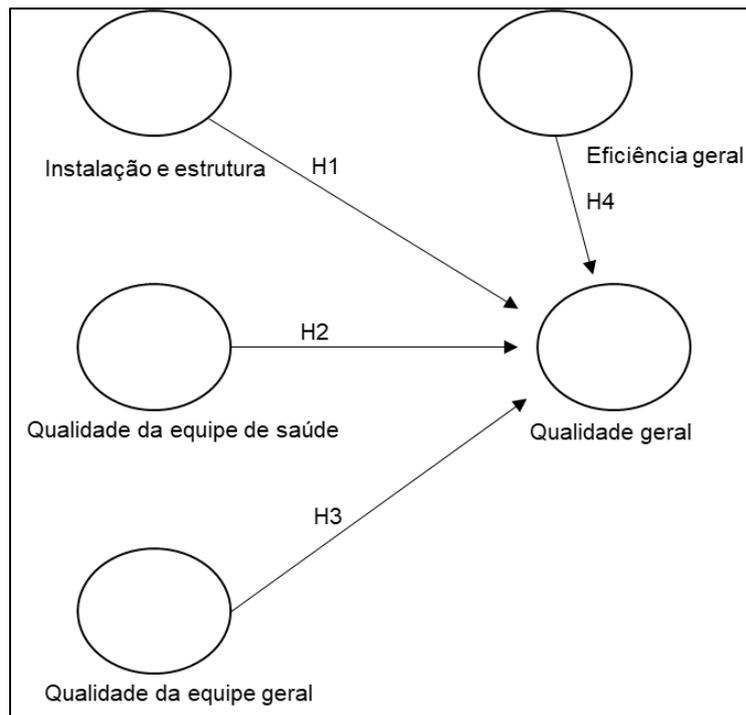


Figura 19 - Modelo proposto

Fonte: Própria, adaptado de Miranda et al. (2012)

O modelo proposto é composto por quatro hipóteses para explicar a qualidade geral de serviços de hospitais, clínicas e outros centros de saúde no Brasil.

H1: A instalação e estrutura influenciam a satisfação dos clientes:

A primeira hipótese avalia, principalmente, a tangibilidade dos centros de saúde e questiona aspectos como equipamentos e localização do hospital. É representado por IE1 até IE3 (adaptado de HQ1 até HQ3).

H2: A qualidade da equipe de saúde influencia na satisfação dos clientes:

A segunda hipótese avalia aspectos de confiabilidade, garantia, empatia e capacidade de resposta da equipe de saúde, como médicos e enfermeiros, questionando, por exemplo, qualificação da equipe e atenção na resolução de problemas. É representado por QS1 até QS9 (adaptado de HQ4 até HQ12).

H3: A qualidade da equipe geral influencia na satisfação dos clientes:

A terceira hipótese avalia aspectos de garantia, empatia, confiabilidade e capacidade da resposta da equipe geral, como atendentes e seguranças, abordando, por exemplo, se a equipe geral está atenta aos problemas do paciente e se está preocupada em resolver. É representado por QG1 até QG5 (adaptado de HQ13 até HQ17).

H4: A eficiência geral influencia na satisfação dos clientes:

A quarta hipótese avalia dimensões de confiabilidade e capacidade de resposta do centro de saúde, questionando temas como burocracia e rapidez na realização de exames. É representado por EG1 até EG7 (adaptado de HQ18 até HQ25).

## **5.2 Validação e confiabilidade do modelo**

A segunda etapa da construção de modelo utilizando a metodologia de mínimos quadrados parciais (PLS) proposto por Ramirez et al. (2014) é a validação e confiabilidade do modelo. A etapa será dividida em duas partes, uma para os modelos reflexivos e outra para o modelo formativo que é composto apenas por Instalação e Infraestrutura. A confiabilidade é definida por Malhotra (2001) como a capacidade de se construir resultados sólidos com operações repetidas de determinada característica e para Ramos (1987) a validação diz a respeito ao nível com que indicadores são capazes de medir com coerência as dimensões que lhe foram estabelecidas.

### **5.2.1 Validação e confiabilidade dos modelos reflexivos**

O primeiro teste de confiabilidade de modelos reflexivos é o de cada item. Segundo Chin (1998) os itens que possuem a confiabilidade inferior a 0,707 devem ser retirados do modelo. De acordo com Hulland (1999), pesquisadores frequentemente obtêm valores inferiores a 0,7, principalmente quando se trata de novos estudos, então, Hair et al. (2017) concordam em manter itens que estão entre o intervalo de 0,4 e 0,7, desde que não haja impactos fortes na confiabilidade composta e variância média extraída e, conforme itens são retirados há alteração em toda as relações do modelo,

sendo necessária a remoção dos itens que apresentam a confiabilidade de item fora do intervalo proposto. Hair et al. (2017) dizem que quanto maior for a confiabilidade de um item mais ele terá relações em comum com seu construto e, por sua vez quanto menor for a confiabilidade do item maior será a probabilidade de se ter mais relações em comum com outros constructos. A confiabilidade de cada item e o modelo inicial proposto está disponível na figura 20 abaixo:

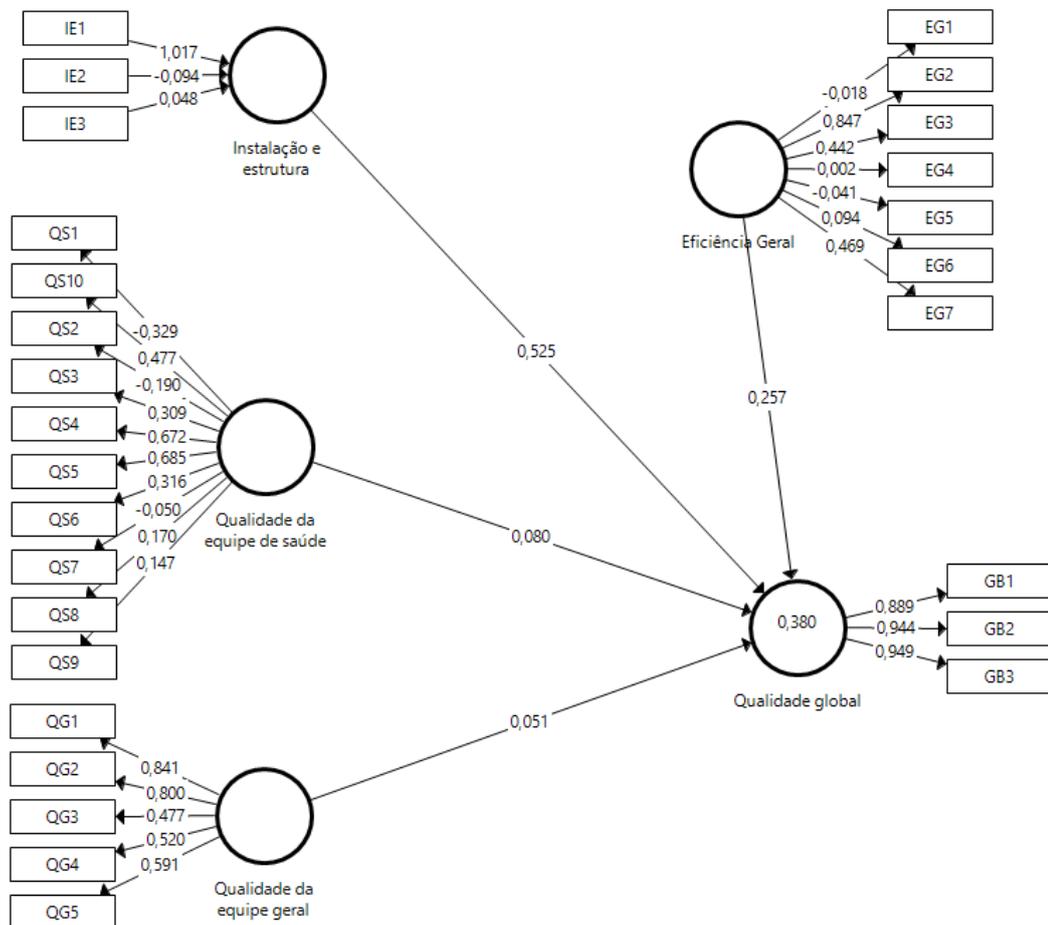


Figura 20 - Primeiro modelo estrutural proposto

Fonte: Própria, extraído do SmartPLS

Após esta etapa, os itens que permaneceram dentro do intervalo proposto e da confiabilidade são: QS4, QS5, QG1, QG2, EG2, EG3, GB1, GB2 e GB3. Os demais foram removidos, pois não apresentaram valor significativo para ter relevância em ter relações em comum com seu respectivo construto.

O segundo teste realizado para verificar a confiabilidade dos modelos reflexivos é de confiabilidade composta. O objetivo é compreender se o conjunto de itens são suficientes para explicar sua variável latente. Para Ramirez et al. (2014) é necessário que a confiabilidade composta seja maior que 0,7. Segundo a tabela 1 abaixo, pode-se concluir que o modelo estrutural atingiu o requisito.

Constructo	Confiabilidade composta	AVE	1	2	3	4
<b>1- Eficiência Geral</b>	<b>0,729</b>	<b>0,578</b>	0,760			
<b>2-Qualidade da equipe de saúde</b>	<b>0,743</b>	<b>0,594</b>	0,314	0,770		
<b>3-Qualidade da equipe geral</b>	<b>0,883</b>	<b>0,791</b>	0,222	0,387	0,89	
<b>4-Qualidade global</b>	<b>0,949</b>	<b>0,861</b>	0,226	0,205	0,078	0,928

Tabela 1 - Confiabilidade composta, AVE e validade discriminante

Fonte: Própria, extraído do SmartPLS

De acordo com Bem et al. (2011) quando os constructos atingem valor de confiabilidade composta superior a 0,7, é possível afirmar que os indicadores medem seus constructos de forma substancial, trazendo efeitos positivos para o modelo. Pode-se observar altos valores de confiabilidade composta do modelo, suficientes e acima do preconizado, deste modo pode-se comprovar que o modelo é confiável.

A primeira análise de validade de modelos reflexivos proposta por Ramirez et al. (2014) é a Variância Média Extraída (AVE), que estuda se os indicadores estão se relacionando com a variável que lhe fora proposta e não com as demais. Espera-se, segundo Ramirez et al. (2014) que cada indicador possua uma AVE superior a 0,5, o mesmo valor é sugerido por Fornell e Larcker (1981). No presente modelo estrutural todos os indicadores cumpriram tal requisito, o detalhamento está representado pela tabela 1.

De acordo com Hair et al. (2017), uma Variância Média Extraída superior a 0,5 ou superior, implica que, em média, o constructo explica em mais de 50% a variância de seus indicadores demonstrando que há consistência e, seguindo a mesma lógica, caso haja AVEs inferiores a 0,5, mais variância permanece no erro dos itens do que é explicada pelo constructo.

Como último critério de validação de modelos reflexivos é analisada a validade discriminante (tabela 1) de cada variável, sendo que cada uma deve possuir a raiz quadrada de sua Variância Média Extraída maior que as demais relações entre variáveis, garantindo que as variáveis são diferentes entre si.

A validade discriminante é a medida que diz se o constructo é realmente distinto dos outros padrões empíricos, ou seja, caso tenha o valor maior que as demais, implica que o constructo é único e captura fenômenos não representados em outros. No modelo atual, todos os constructos são capazes de serem exclusivos em relação aos demais (HAIR et al, 2017).

Assim, pode-se perceber que o modelo e o instrumento da pesquisa são confiáveis e válidos quanto a perspectiva reflexiva, porém o modelo conta com uma variável formativa que deve passar por análises próprias.

### **5.2.2 Validação e confiabilidade do modelo formativo**

Existem dois testes da confiabilidade e validade de modelos formativos a nível de indicador, o primeiro é o teste de confiabilidade, proposto por Diamantopoulos e Siguaaw (2006), por meio do Fator de Inflação da Variância (VIF), para comprovação da não multicolinearidade entre as variáveis, que mostra se as variáveis do modelo não influenciam nos dados das demais. Para modelos formativos a multicolinearidade não existirá caso os itens tenham valores inferiores a 3,3 (DIAMANTOPOULOS e SIGUAW, 2006; PETTER et al., 2007). Os VIFs do constructo Instalação e Infraestrutura podem ser observados de acordo com a tabela 2:

Variável	VIF
IE1 -> Instalação e estrutura	1,067
IE2 -> Instalação e estrutura	1,111
IE3 -> Instalação e estrutura	1,121

Tabela 2 - VIF

Fonte: Própria, extraído do SmartPLS

Pode-se perceber que o modelo cumpriu com o estipulado, sendo todos menores que 3,3.

A segunda análise realizada é para conhecer a significância de cada um dos itens que formam a variável. Esta análise é realizada por meio do *bootstrapping*, e valorando os índices de t de *student* e p *value*. Segundo Hair et al. (2017) o valor mínimo de t de *student* é de 1,96, enquanto o máximo de p *value* deve ser 0,05, para as configurações formativas, que devem ser bicaudais conforme tabela 3:

Variável	Coeficiente Estrutural	valor-t	valor-p
IE1 -> Instalação e estrutura	1,017	34,306	0
IE2 -> Instalação e estrutura	-0,094	0,764	0,445
IE3 -> Instalação e estrutura	0,048	0,382	0,703

Tabela 3 - Valoração e significância dos pesos - Modelo Formativo

Fonte: Própria, extraído do SmartPLS

Observado a tabela 3, é possível concluir que a variável IE1 é a única que atingiu o valor significativo para o modelo, enquanto IE2 e IE3 não conseguiram atingir os valores necessários de t de *student* e o p *value*, demonstrando que não possuem relevância significativa.

Realizados todos os testes de confiabilidade e validade propostos, obteve-se o modelo final abaixo representado pela figura 21, que é fundamentado e confiável:

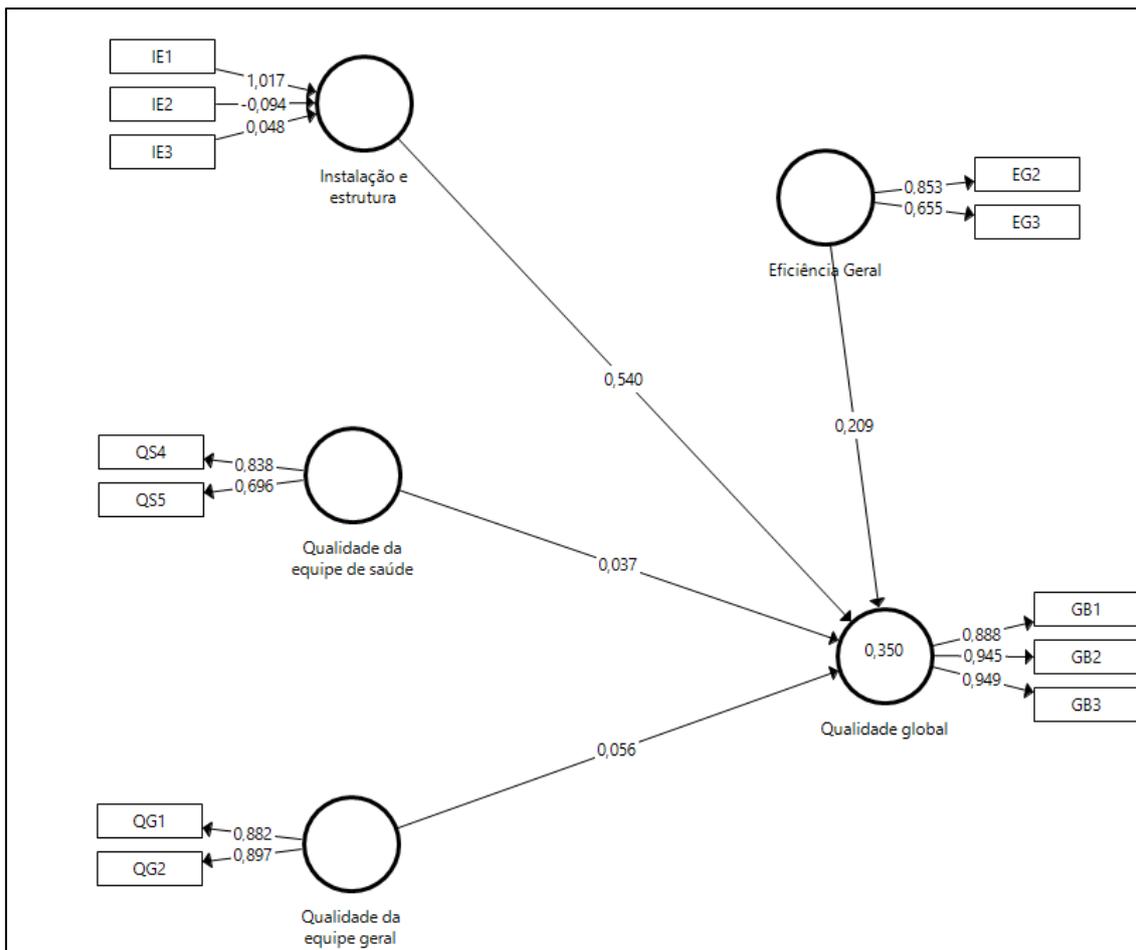


Figura 21 - Modelo estrutural final

Fonte: Própria, extraído do SmartPLS

Uma vez realizados os testes de validade e confiabilidade do modelo misto com variáveis reflexivas e formativas, procede-se a valoração do modelo estrutural.

### 5.3 Valoração do Modelo Estrutural

Terminada a etapa de validação e confiabilidade do modelo, é feita a valoração, para analisar o resultado do modelo e explicar os fatores críticos do sucesso de atendimento em centros de saúde.

No modelo, o  $R^2$  está representado pelo valor que aparece no interior do círculo de Qualidade global na figura 21, no caso é 0,35, valor que supera a expectativa apresentada por Chin (1998) de 0,33, ou seja, a variável qualidade

global do modelo é explicada em 35% por Instalações e Estrutura, Qualidade da Equipe Média, Qualidade da Equipe Geral e Eficiência Geral.

Realizada a análise de  $R^2$ , é estudado o coeficiente  $\beta$  também chamado de coeficiente estrutural, que é o número que aparece nos conectores entre as variáveis. Segundo Chin (1998), para se ter um  $\beta$  relevante para o modelo é necessário que ele seja maior ou igual a 0,2 ou menor ou igual a -0,2. Pode-se observar na figura 21, que a instalação e infraestrutura (0,540) e Eficiência geral (0,290) foram variáveis que influenciam a qualidade global.

Multiplicando o coeficiente estrutural pela correlação entre as variáveis, é possível encontrar a contribuição de cada variável para a porcentagem total (Tabela 4).

Utilizando a função de *Bootstrapping* do SmartPLS é possível encontrar os valores t de *student* e p *value*, para se concluir se cada hipótese suporta o modelo ou não apresenta importância para o modelo ou possui uma importância padrão que não a torna diferencial na explicação do resultado. Segundo Chin (1998) o valor de t de *student* deve ser superior a 1,96 enquanto o p *value* deve ser inferior a 0,05 para se saber se a hipótese suporta o modelo ou não, para relações do tipo bicaudal. Segundo Cohen (1988) o  $f^2$  representa o tamanho de efeito e, caso assumo valor maior ou igual a 0,35 possui um efeito grande na variável, se estiver entre 0,35 e maior ou igual a 0,15 possui um efeito moderado e para valores inferiores a 0,15 tem efeito pouco relevante na explicação. A tabela 4 mostra os indicadores citados do modelo:

Hipótese	Coeficiente Estrutural	%	valor-t	valor-p	f2	R2	Suportada
H4 Eficiência Geral -> Qualidade global	0,21	4,7%	2,51	0,012	0,060	<b>35%</b>	<b>Sim</b>
H1 Instalação e estrutura -> Qualidade global	0,54	29,1%	9,17	0	0,429		<b>Sim</b>
H2 Qualidade da equipe de saúde -> Qualidade global	0,04	0,8%	0,47	0,641	0,002		<b>Não</b>
H3 Qualidade da equipe geral -> Qualidade global	0,06	0,4%	0,46	0,647	0,004		<b>Não</b>

Tabela 4 - Valoração e significância dos pesos - Modelo estrutural

Fonte: Própria

As hipóteses que suportam o modelo foram H1 e H4, uma vez que ambas possuem t de *student* superior a 1,96 e p *value* inferior a 0,05, enquanto H2 e H3 não têm importância ou possuem importância padrão devido aos seus indicadores estarem fora do limite proposto por Chin (1998). Instalação e infraestrutura possuem maior tamanho de efeito do modelo.

## 5.4 Discussões

O modelo estrutural proposto é suportado por duas das quatro hipóteses levantadas, principalmente pela hipótese H1 de instalação e estrutura de hospitais e clínicas e por H4 de eficiência geral, enquanto H2 e H3, qualidade da equipe de saúde e qualidade da equipe geral, respectivamente, não apresentam importância relevante para a explicação do modelo estudado. A partir dos resultados obtidos é possível realizar uma análise do presente modelo e comparar com o estudo de Miranda et al. (2012):

H1: A dimensão de instalação e estrutura influencia na satisfação dos usuários:

A H1 foi a dimensão com os melhores indicadores apontados pela literatura para explicar o modelo com 29,1% dos 35%, apresentando um índice de mais de 80%. O resultado no presente trabalho obtido em H1 confronta o de Miranda et al. (2012), onde H1 foi a hipótese que menos explicava seu modelo na Espanha. O país ibérico é desenvolvido e por isso tem uma tendência maior em possuir infraestrutura hospitalar básica e de qualidade para a população, assim como equipamentos com boa tecnologia e funcionamento, seja na rede pública ou privada, tornando-se um fator comum para os espanhóis, por isso, é possível que seja um fator habitual e não diferencial para a amostra estudada na Espanha. Já o Brasil, apresenta problemas básicos no serviço de saúde, onde, por exemplo, pessoas deixam de ser atendidas por não conseguirem senha. Sendo assim, a infraestrutura e instalações de hospitais se torna algo diferencial para a amostra brasileira enquanto é algo presente no cotidiano espanhol, não se tornando um diferencial.

H2: A dimensão de qualidade da equipe de saúde influencia na satisfação dos usuários:

A H2 não suportou o modelo, pois apresentou de *t* de *student*, *p value* e  $\beta$  fora dos intervalos propostos pela literatura, e explica a qualidade global em apenas 0,4%, obtendo um índice de apenas 2,2%, se tornando a segunda pior hipótese em termos de relevância. Como já explicitado na Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (2013), muitos brasileiros deixam de ser atendidos nos hospitais por falta de médicos e acabam esperando horas ou até dias por um atendimento básico. Em uma situação de latência da demanda, o atendimento, indiferente do nível de qualidade é importante para essa população, sugerindo que a qualidade da equipe médica não é fator de decisão para os entrevistados, e sim ter o atendimento. O resultado de Miranda et al. (2012) mostrou que a qualidade da equipe médica é o fator mais relevante para explicar a qualidade geral para os espanhóis, uma vez que infraestrutura, por exemplo, é tão comum em sua rotina, o diferencial na experiência de serviços hospitalares é um médico que saiba lidar muito bem com o paciente, com boa qualificação e que demonstre preocupação em resolver os problemas. Isso é compreensível, uma vez que problemas com infraestrutura são escassos no país da pesquisa original.

H3: A dimensão de qualidade da equipe geral influencia na satisfação dos usuários:

Assim como a H2, H3 não suporta o modelo proposto, apresentando indicadores de *p value*, *t* de *student* e  $\beta$  fora do alcance sugerido pela literatura. H3 possui a menor relevância para o estudo, com um índice de apenas 1,2%. Como também demonstrado pela Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (2013) existem problemas intoleráveis no atendimento no Brasil, como discriminação em serviços de saúde por posição social, ou seja, é um fator que a população espera apenas o básico, como um tratamento digno e sem preconceitos, sendo valorado pela população o simples fato de ser atendido. Para Miranda et al. (2012), a hipótese de qualidade da equipe geral influencia na satisfação dos usuários apresentou a segunda maior relevância para seu modelo e sua

explicação é semelhante a H2, onde as pessoas esperam ter um tratamento especial e com atenção de todos os funcionários de serviços de saúde.

H4: A dimensão da eficiência geral influencia na satisfação dos usuários:

A dimensão de eficiência geral se mostrou a segunda mais relevante para a explicação do modelo com um índice de 13,5%, enquanto no estudo de Miranda et al. (2012) se mostrou a segunda menos relevante, demonstrando que um serviço de saúde eficiente é um diferencial para os brasileiros, enquanto na Espanha, assim como infraestrutura, é algo comum e rotineiro. Tal fato é explicado, também, pela falta de quadros de atendimento no Brasil, se tornando algo que, deveria ser básico, mas pela realidade do país é um fator que agrega valor na prestação de serviços de saúde.

Assim, pode-se perceber que o núcleo do fator decisivo da população amostrada está no simples ato de “ser atendido” e que as notícias diárias como do site Globo de Januzzi (2018) “Enquanto pacientes sofrem com a falta de macas em hospitais municipais do Rio de Janeiro, estoque guarda equipamentos sem uso” e do site Folha de São Paulo de Cavalcanti(2018) “Hospital de São Paulo deixa pacientes em macas e cadeiras nos corredores”, mostrando de forma recorrente pessoas em macas pelos corredores, falta de equipamentos e medicamentos, ficando marcada a falta de estrutura dos hospitais, o descaso com a população, a necessidade da população em deslocar-se para outros locais porque não há uma determinada máquina para um procedimento ou ficar aguardando sem previsão nenhuma a realização de algum importante exame.

## **5.5 Aplicações práticas**

Frente aos resultados do modelo é possível compreender de forma melhor os fatores críticos para o sucesso de hospitais no Brasil.

O mapa de importância-desempenho mostra quais aspectos que devem ser priorizados no atendimento nos serviços de saúde no Brasil para o aumento da qualidade geral oferecida aos usuários. Na figura 22 devem ser priorizadas,

segundo Ringle e Sarstedt (2016), do menor para o maior quadrante, ou seja, do quadrante 1 até o 4 sucessivamente para se obter melhores resultados. Através da análise do mapa, é possível traçar planos de ação para agregar cada vez mais valor para os serviços prestados no setor de saúde. O mapa de importância-desempenho está representado pela figura 22:

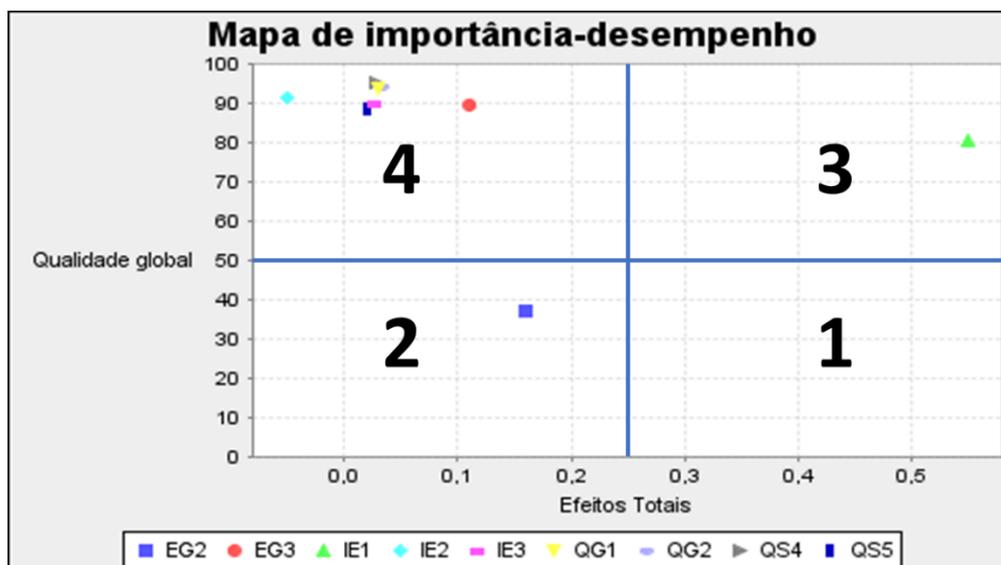


Figura 22 - Mapa de importância-desempenho

Fonte: Própria

Como não há nenhuma variável no quadrante 1, deve-se priorizar inicialmente a variável EG2 localizada no quadrante 2.

A variável EG2 é da dimensão de eficiência geral e, representa a burocracia. Segundo Aragão (1997) o excesso de burocracia remete a regras e normas rígidas, muitos papéis e formalismo, provocando ineficiência. A falta dela, por sua vez, pode causar desorganização. Então é importante que se encontre um equilíbrio da burocracia para oferecer segurança e qualidade aos funcionários, clientes e usuários do hospital.

É comum no Brasil e em países em desenvolvimento médicos que possuam dois ou mais contratos de trabalho em diferentes hospitais e localidades e, alguns chegam a trabalhar mais de 70 horas por semana enquanto o normal seria por volta de 40 horas. No Brasil, muitos deles trabalham em municípios diferentes, chegando a viajar cerca de 300km entre

os turnos. Esse tipo de prática faz com que esses médicos se envolvam pouco com a comunidade que deveriam de fato atender, pois não cumprem a carga horária programada e se tornam um provedor de serviços móveis. Dentre muitas consequências estão o cansaço do próprio médico que pode cometer erros mais facilmente devido ao seu cansaço e o descaso com os pacientes com a indisponibilidade médica (MACIEL et al., 2010).

Dentre as insatisfações e deficiências encontradas em hospitais no presente trabalho, estão problemas com mão de obra, atendimento desumanizado e insuficiência ou má qualidade de materiais para atendimento é algo importante nos hospitais. Logo, para aumentar a satisfação dos serviços oferecidos deve-se:

- Garantir que a equipe técnica e gerencial possua os certificados e registros necessários para exercer sua função e que cumpram suas obrigações e deveres, incluindo horários, passando a oferecer mais qualidade de serviço e segurança aos usuários;
- Gerir o controle de estoque do material disponível no hospital, principalmente do básico, como luvas e colchões, e seus usos, assim havendo redução de desperdícios e mitigação do risco de falta de atendimento por insuficiência dos mesmos e;
- Disponibilizar canal transparente de *feedbacks*, elogios e denúncias, pois oferece aos usuários a possibilidade de participar efetivamente da melhoria do serviço, além mapear casos de abusos e maus tratos aos pacientes para tomar medidas cabíveis para que os mesmos não se repitam.

A segunda variável a ser priorizada é IE1, presente na dimensão de instalações e infraestrutura e representada pela higiene.

A falta de higiene hospitalar é causa de milhares de mortes no mundo devido, principalmente, a proliferação de bactérias mais resistentes que causam doenças mais severas. Uma das formas mais eficientes de se prevenir o problema é com a higienização das mãos, pois evita a contaminação de superfícies e de pessoas, alinhada com a educação e informação da

importância deste hábito. Apesar de se tratar de ações no hábito das pessoas, elas têm forte impacto na higienização do ambiente, uma vez que com a higienização correta o ambiente tem menor tendência de infectar as pessoas (PAIM e LORENZINI, 2014; MAGNAGO et al., 2019).

Outra causa muito comum de contaminação hospitalar é por meio das roupas dos pacientes e das roupas de cama, pois elas aglomeram uma quantidade muito grande de bactérias. Para mitigar o problema é necessário ter uma boa rotina de troca e lavagem das roupas. Também é necessário grande cuidado no momento do transporte, pois em muitos casos há recontaminação das roupas limpas que entram em contato com as sujas (KONKEWICZ, 2006).

Para combater o risco de infecção bacteriana por falta ou pouca higiene no hospital, deve-se:

- Disponibilizar pias, sabonete e dispensadores de álcool em gel em locais visíveis e de fácil acesso, principalmente em locais próximos a macas, leitos e quartos;
- Garantir uma boa rotina de troca de roupa de cama e das roupas dos pacientes, assim diminuindo o risco de infecção de outras pessoas;
- Realizar rotina de limpeza, oferecendo ambiente com bom cheiro, limpo e agradável aos usuários, transmitindo que estão em um local seguro com baixo risco de contaminação.

Foi elaborado modelo para melhorar a qualidade de atendimento em centros de saúde por meio de ações retiradas do resultado do mapa de importância-desempenho, representado pela figura 23:



Figura 23 – Fatores críticos do sucesso

Fonte: Própria

Os fatores críticos para o sucesso de atendimento em centros de saúde podem auxiliar gestores na tomada de decisão para alavancar o desempenho do serviço oferecido aos pacientes e usuários por meio de soluções que foram levantadas com o auxílio da literatura encontrada neste trabalho.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS, LIMITAÇÕES E FUTURAS LINHAS DE PESQUISA**

O problema do presente estudo foi “Quais os fatores críticos de sucesso no atendimento para os usuários de serviços hospitalares?”. O problema foi respondido com um modelo que explica em 35% a percepção de qualidade dos usuários, sendo suportado pelas hipóteses H1 (Instalação e Infraestrutura) com 29,1% e H4 (Eficiência Geral) 4,7%.

Assim, o objetivo de se apresentar etapas para a melhoria de atendimento em hospitais foi alcançado por meio do modelo de qualidade de atendimento em hospitais, que foi elaborado visando, principalmente, aumentar a satisfação dos usuários.

Foram limitações para o estudo a amostra de respondentes, e a não distinção de estados brasileiros, renda e escolaridade, uma vez que pode haver grande diferença na percepção de qualidade de atendimento entre os grupos.

Para futuras pesquisas, aconselha-se que sejam contrastados os dados deste estudo em relação a cada região do Brasil e com outros países, de forma a possibilitar uma comparação crítica quanto a deficiências e características do atendimento hospitalar de cada região e suas possíveis melhorias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, C. V. Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. **Revista do Serviço Público**, v. 48, n. 3, p. 104–132, 1997.

BABAKUS, E.; MANGOLD, W. G. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. **Health services research**, v. 26, n. 6, p. 767–86, 1992.

BAPTISTA, S. G.; CUNHA, M. B. Estudo de usuários: visão global dos métodos de coleta de dados. *Perspectivas em ciência da informação*, v. 12, n. 2, p. 2007.

BARI, S. et al. AIRQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Service Quality, Customer Satisfaction, and Repurchase Intention. HOS-414 Graduation Project (Thesis), 2001, 1-104.

BECKER, J. M.; KLEIN, K.; WETZELS, M. Hierarchical Latent Variable Models in PLS-SEM: Guidelines for Using Reflective-Formative Type Models. **Long Range Planning**, v. 45, n. 5–6, p. 359–394, 2012.

BEM, A. B.; LANZER, E. A.; TAMBOSI FILHO, E.; SANCHEZ, O. P.; BERNARDI JUNIOR, P. Validade e confiabilidade de instrumento de avaliação da docência sob a ótica dos modelos de equação estrutural. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 16, n. 2, p. 375–401, 2011.

BOYACK, K. W.; KLAVANS, R.. Co-Citation Analysis, Bibliographic Coupling, and Direct Citation: Which Citation Approach Represents the Research Front Most Accurately? **Journal of the American Society for Information Science and Technology**, v. 2010, p. 1–27, 2010.

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BREI, V. A.; NETO, G. L. O uso da técnica de SEM na área de marketing. p. 131–151, 2006.

BRODY, D. S. et al. Patient perception of involvement in medical care: Relationship to illness attitudes and outcomes. **Journal of General Internal Medicine**, v. 4, n. 6, p. 506–511, 1989.

CARRILLAT, F. A.; JARAMILLO, F.; MULKI, J. P. The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales: A meta-analytic view of 17 years of research across five continents. **International Journal of Service Industry Management**, v. 18, n. 5, p. 472–490, 2007.

CARUANA, A.; PITT, L. INTQUAL - an internal measure of service quality and the link between service quality and business performance. **European Journal**

**of Marketing**, v. 31, n. 8, p. 604–616, 1997.

CASTELLS, M. et al. *A Sociedade em Rede*. 2005.

CAVALCANTI, T. Hospital de SP deixa pacientes em macas e cadeiras nos corredores. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 02 de mar de 2018. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/03/hospital-de-sp-deixa-pacientes-em-macas-e-cadeiras-nos-corredores.shtml>>. Acesso em: 12 de julho de 2019.

CHIN, W. W. The partial least squares approach to structural equation modelling. In Marcoulides G. A. (Ed.). **Modern Methods for Business Research**, 1998.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences, second edition**. [s.l: s.n.]. 1988.

CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 3, p. 55–68, 1992.

CUNHA, M. B. *Metodologias para estudo de usuários da informação científica e tecnológica*. 1982.

DIAMANTOPOULOS, A., and SIGUAW, J. A. “Formative Versus Reflective Indicators in Organizational Measure Development: A Comparison and Empirical Illustration,” *British Journal of Management* (17), pp. 263-282, 2006.

DONABEDIAN, A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**, v. 25, n. 1, p. 173–192, 1988.

FALVO, D. Patient perception as a tool for evaluation and feedback in family practice resident training. **The Journal of family practice**, v. 10, n. 3, p. 471–4, 1980.

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

GONÇALEZ, L. F. *Qualidade Dos Serviços Prestados Pelas Companhias Aéreas Brasileiras : Um Estudo Por Meio De Análise Qualidade Dos Serviços Prestados Pelas Companhias Aéreas Brasileiras*. 2017.

HAIR JR, et al.; HULT, G. T. M. Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). **Sage Publications**, 2017.

HAIR, J. F.; RINGLE, C. M.; SARSTEDT, M. PLS-SEM: Indeed a Silver Bullet. **Journal of Marketing Theory and Practice**, v. 19, n. 2, p. 139–152, 2011.

HAKIMI, Z. et al. Cost Effectiveness of Mirabegron Compared with Tolterodine Extended Release for the Treatment of Adults with Overactive Bladder in the

- United Kingdom. **Clinical Drug Investigation**, v. 35, n. 2, p. 83–93, 2015.
- HULLAND, J. Use of partial least squares (PLS) in strategic management research: A review of four recent studies. *Strategic Management Journal*, 20, 195–204, 1999.
- IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, p. 181, 2013.
- JANUZZI, F. Enquanto pacientes sofrem com a falta de macas em hospitais municipais do Rio, estoque guarda equipamentos sem uso. *Globo*, Rio de Janeiro, 24 de ago de 2018. Disponível em: < <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/08/24/enquanto-pacientes-sofrem-com-a-falta-de-macas-em-hospitais-municipais-do-rio-estoque-guarda-equipamentos-sem-uso.ghtml>>. Acesso em: 12 de julho de 2019.
- KONKEWICZ, L. R. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADO AO PROCESSAMENTO DAS ROUPAS HOSPITALARES. 2006.
- LEE, D. H. HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. **Service Business**, v. 11, n. 3, p. 491–516, 2017.
- LITTLE, P. et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. **Bmj**, v. 323, n. 7318, p. 908–911, 2001.
- MACIEL, R. H. et al. Multiple job contracts of physicians in Ceará, Northeastern Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 44, n. 5, p. 950–956, 2010.
- MAGNAGO, T. S. B. DE S. et al. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, 2019.
- MARIANO, A. M.; ROCHA, M. S. Revisão da Literatura: Apresentação de uma Abordagem Integradora Structural Equations View project Service Quality View project. **XXVI Congreso Internacional de la Academia Europea de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM)**, n. September, p. v.26, 2017.
- MALHOTRA, N. K. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MATHIAS, S. et al. Paa23 Understanding Patient Perception of Therapy: Development of a Weekly Diary To Determine Whether Patients With Asthma Can Feel Their Maintenance Inhaler Working Right Away. **Value in Health**, v. 10, n. 3, p. A115–A116, 2007.
- MIRANDA, F. J., et al. A Primary health care services quality in Spain. 2012.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1419–1440, 2010.

MORAIS, A.; GOSLING, I. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE – CASU / UFMG CLIENTS Amanda Costa de Moraes Mar. v. 15, p. 122–142, 2018.

NA SAÚDE, GOVERNO DEVE ENFRENTAR DESAFIO DE FINANCIAR O SUS – SENADO FEDERAL. Disponível em < <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus> > Acesso em 05 de julho de 2019

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Social Inequality and Health in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 77–87, 2002.

NETO, M. M. J. Estatística multivariada. Revista de Filosofia e Ensino. 2004.

OLIVER R. L. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17(4), n. November, p. 460–469, 1980.

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

PAIM, R. S. P.; LORENZINI, E. Estratégias De Prevenção Da Resistência Bacteriana: Contribuições Para a Segurança Do Paciente. **Revista CUIDARTE**, v. 5, n. 2, p. 757–764, 2014.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41–50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale For Measuring Consumer Perception. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12, 1988.

PESSOTO, U. C. et al. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo Health care services utilization and access inequalities in the Sao Paulo Metropolitan Region. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 351–362, 2013.

PETTER, S., STRAUB, D., and RAI, A., Specifying Formative Constructs in IS Research, *MIS Quarterly*, 31(4), 657-679, 2007.

PILOTTO, L. M.; CELESTE, R. K. Tendências no uso de serviços de saúde médicos e odontológicos e a relação com nível educacional e posse de plano privado de saúde no Brasil, 1998-2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.

- RAMÍREZ, P. E.; MARIANO, A. M.; SALAZAR, E. A. Propuesta Metodológica para aplicar modelos de ecuaciones estructurales con PLS: El caso del uso de bases de datos científicas en estudiantes universitarios. **Revista ADMpg Gestão Estratégica**, v. 7, n. 2, p. 133–139, 2014.
- RAMOS, J. M. G. El análisis factorial confirmatorio aplicado a la investigación pedagógica no-experimental. *Bordón*, Madrid, n. 267, p. 245267, 1987.
- RIBEIRO, M. C. S. DE A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011–1022, 2006.
- RINGLE C. M.; SARSTEDT, M. Gain more insight from your PLS-SEM results: The importanceperformance map analysis. **Industrial Management & Data Systems**, 116(9), 1865-1886, 2016
- RINGLE, C.; WENDE, S.; WILL, A; SmartPLS 2.0 (Beta). Hamburg, (www.smartpls.de). 2005.
- RODRIGUES, J. D.; CRUZ, M. S.; PAIXÃO, A. N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3163–3176, 2015.
- RONZANI, T. M.; SILVA, C. DE M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários Brazil's Family Health Program according to healthcare practitioners, managers and users. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 23–34, 2008.
- SACCO, I. C. N. et al. The Effect of Pillow Height on Muscle Activity of the Neck and Mid-Upper Back and Patient Perception of Comfort. **Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics**, v. 38, n. 6, p. 375–381, 2015.
- SALOMI, G. G. E.; MIGUEL, P. A. C.; ABACKERLI, A. J. Servqual x Servperf comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de Serviços internos. 2005.
- SANDSDALEN, T. et al. Patients' perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care, hospice day care, palliative units in nursing homes, and home care: A cross-sectional study. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 1, 2016.
- SOUZA, A. M.; VICINI, L. Análise multivariada da teoria à prática. **Ufsm**, p. 215, 2005.
- SOUZA, C. B. et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3805–3816, 2015.
- VERGARA, S. C. Tipos de pesquisa em administração. **Cadernos EBAP**, n. 52, p. 1–9, 1990.

VIEGAS, S. M. DA F.; PENNA, C. M. DE M. [The Brazilian Unified Health System (SUS) is universal, but quotas are the norm]. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181–190, 2013.

WALBRIDGE, S. W.; DELENE, L. M. Measuring physician attitudes of service quality. **J Health Care Mark**, v. 13, n. 1, p. 6–15, 1993.

WEBBER, K.; DAVIES, A. N.; COWIE, M. R. Disparities between Clinician and Patient Perception of Breakthrough Pain Control. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 51, n. 5, p. 933- 937.e2, 2016.

WONG, K.; KWONG, K. Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) Techniques Using SmartPLS. **Marketing Bulletin**, v. 24, n. 1, p. 1–32, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Latest World Cancer Statistics. Global Cancer Burden Rises To 14.1 Million New Cases In 2012: Marked Increase In Breast Cancers Must Be

# APÊNDICE

## Apêndice A – Instrumento da Pesquisa

26/06/2019

Critérios de atendimento determinantes em hospitais

### Critérios de atendimento determinantes em hospitais

A presente pesquisa tem por objetivo coletar dados para um projeto de graduação de Engenharia de Produção da Universidade de Brasília - UnB. O questionário busca responder quais os critérios de atendimento mais importantes para a população em hospitais, clínicas e outros centros de saúde. Todas as respostas enviadas são anônimas.

Caso tenha interesse sobre a pesquisa, entre em contato pelo e-mail:

[eduardokemper25@gmail.com](mailto:eduardokemper25@gmail.com)

\*Obrigatório

#### 1. Você utilizou serviços hospitalares da rede pública ou privada nos últimos 2 anos? \*

Marcar apenas uma oval.

- Sim  
 Não

### Perfil do entrevistado

#### 2. Gênero \*

Marcar apenas uma oval.

- Feminino  
 Masculino  
 Prefiro não dizer  
 Outro: \_\_\_\_\_

#### 3. Faixa etária \*

Marcar apenas uma oval.

- Menor de 18 anos  
 Entre 18 e 27 anos  
 Entre 28 e 37 anos  
 Entre 38 e 47 anos  
 Mais de 48 anos

#### 4. Nível de escolaridade \*

Marcar apenas uma oval.

- Ensino Fundamental  
 Ensino Médio incompleto  
 Ensino Médio  
 Ensino Superior incompleto  
 Ensino Superior  
 Mestrado/Pós-Graduação  
 Doutorado  
 Outro: \_\_\_\_\_

## Instalações e estrutura do hospital

Nesta etapa será avaliada a percepção de qualidade em questões específicas com o conteúdo de instalações e estrutura do hospital.

A escala utilizada é de 1 a 5, sendo: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo moderadamente), 3 (neutro), 4 (concordo moderadamente) e 5 (concordo totalmente).

### 5. IE1. O hospital que frequento apresenta boa higiene \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

### 6. IE2. É importante que o hospital possua equipamentos de alta tecnologia e com bom funcionamento. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

### 7. IE3. É importante que o hospital seja fácil de ser encontrado. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

## Qualidade da equipe de saúde

Nesta etapa será avaliada a percepção de qualidade em questões específicas com o conteúdo de qualidade da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, etc).

A escala utilizada é de 1 a 5, sendo: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo moderadamente), 3 (neutro), 4 (concordo moderadamente) e 5 (concordo totalmente).

### 8. QS1. A equipe de saúde precisa apresentar uma boa higiene. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

### 9. QS2. A equipe de saúde precisa demonstrar profissionalismo. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

### 10. QS3. É importante que a equipe de saúde seja educada e gentil. \*

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**11. QS4. Sinto-me bem quando a equipe de saúde transmite segurança. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**12. QS5. O hospital se destaca quando a equipe de saúde consegue entregar serviços personalizados. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**13. QS6. É importante que a equipe de saúde consiga transmitir de forma eficiente suas mensagens. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**14. QS7. É importante quando a equipe de saúde está atenta aos problemas do paciente. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**15. QS8. É importante que a equipe de saúde demonstre preocupação em resolver os problemas do paciente. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**16. QS9. É importante que a equipe de saúde busque entender de forma clara o problema do paciente. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**17. QS10. Sinto-me bem quando sou atendido por uma equipe de saúde com alto grau de qualificação. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

### Qualidade da equipe geral

Nesta etapa será avaliada a percepção de qualidade em questões específicas com o conteúdo de qualidade da equipe geral (atendentes, seguranças, pessoal de limpeza, etc).  
A escala utilizada é de 1 a 5, sendo: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo moderadamente), 3 (neutro), 4 (concordo moderadamente) e 5 (concordo totalmente).

**18. QG1. A equipe geral precisa apresentar uma boa higiene. \***

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**19. QG2. A equipe geral precisa demonstrar profissionalismo. \***

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**20. QG3. É importante que a equipe geral seja educada e gentil. \***

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**21. QG4. É importante quando a equipe geral está atenta aos problemas do paciente. \***

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**22. QG5. É importante que a equipe geral demonstre preocupação em resolver os problemas do paciente. \***

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

### Eficiência geral

Nesta etapa será avaliada a percepção de qualidade em questões específicas com o conteúdo de eficiência geral.  
A escala utilizada é de 1 a 5, sendo: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo moderadamente), 3 (neutro), 4 (concordo moderadamente) e 5 (concordo totalmente).

**23. EG1. É importante que o hospital seja fácil de marcar consultas. \***

*Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**24. EG2. É importante que o hospital seja burocrático. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**25. EG3. É importante que o tempo antes de entrar em consultas seja baixo. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**26. EG4. É importante que seja rápida a realização de exames \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**27. EG5. É importante que o hospital resolva as reclamações feitas por parte dos pacientes. \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**28. EG6. É importante que o hospital consiga distribuir de forma eficiente o tempo destinado a cada paciente \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**29. EG7. É importante que o hospital possua um cronograma rígido \****Marcar apenas uma oval.*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	Concordo totalmente				

**Qualidade Global**

Nesta etapa será avaliada a percepção de qualidade em questões específicas com o conteúdo de Qualidade Global.

A escala utilizada é de 1 a 5, sendo: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo moderadamente), 3 (neutro), 4 (concordo moderadamente) e 5 (concordo totalmente).

30. **GB1- De forma geral me sinto satisfeito com o serviço recebido no hospital \***  
*Marcar apenas uma oval.*

1      2      3      4      5

---

Discordo totalmente                  Concordo totalmente

31. **GB2- Pretendo usar os serviços do mesmo hospital no futuro \***  
*Marcar apenas uma oval.*

1      2      3      4      5

---

Discordo totalmente                  Concordo totalmente

32. **GB3- Recomendaria este hospital para amigos e familiares. \***  
*Marcar apenas uma oval.*

1      2      3      4      5

---

Discordo totalmente                  Concordo totalmente

## Anexo A – Instrumento HEALTHQUAL inglês

HQ 1	Facilities' cleanliness
HQ 2	Centre's equipment
HQ 3	Centre's location
HQ 4	Health staff's cleanliness
HQ 5	Health staff's professionalism
HQ 6	Health staff's kindness and courtesy
HQ 7	Trust
HQ 8	Personalized service
HQ 9	Communication with health staff
HQ 10	Health staff's attention to patients' problems
HQ 11	Health staff interest in the resolution of patients' problems
HQ 12	Health staff understand patient problems
HQ 13	Medical staff's prestige
HQ 14	No health staff cleanliness
HQ 15	No health staff professionalism
HQ 16	No health staff kindness and courtesy
HQ 17	No health staff attention to patients' problems
HQ 18	No health staff interest in the resolution of patients' problems
HQ 19	Ease of making an appointment
HQ 20	Level of bureaucracy
HQ 21	Waiting times before entering the consulting room
HQ 22	Speed of complementary tests
HQ 23	Complaint resolution
HQ 24	Time to focus on each patient
HQ 25	Health care centre's schedule