

MARISA DE FREITAS DA SILVA GOMES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS
DE SAÚDE: UM ESTUDO NO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE
VIÇOSA - MG**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

**VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2017**

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da
Universidade Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

G633a
2017
Gomes, Marisa de Freitas da Silva, 1984-
Avaliação da qualidade em serviços públicos de
saúde : um estudo no Consórcio Intermunicipal de
Saúde da Microrregião de Viçosa - MG / Marisa de
Freitas da Silva Gomes. - Viçosa, MG, 2017.
xiii, 124f. : il. ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador : Nina Rosa da Silveira Cunha.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde pública- Avaliação - Viçosa
(MG). 2. Qualidade. 3. Consórcios . I. Universidade
Federal de Viçosa. Departamento de Administração e
Contabilidade. Programa de Pós-graduação em
Administração. II. Título.

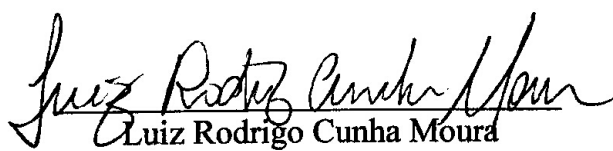
CDD 22. ed. 362.108151

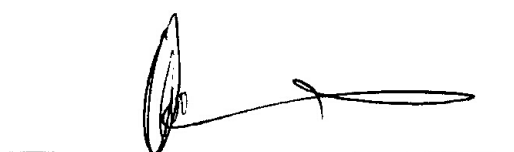
MARISA DE FREITAS DA SILVA GOMES

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UM
ESTUDO NO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA
MICRORREGIÃO DE VIÇOSA - MG**

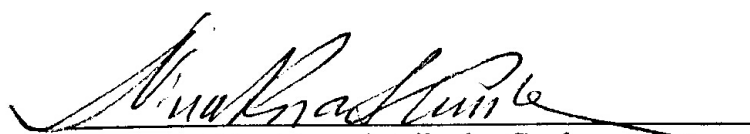
Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 23 de Fevereiro de 2017.


Luiz Rodrigo Cunha Moura
(Coorientador)


Marco Aurélio Marques Ferreira
(Coorientador)


Fernanda Cristina da Silva


Nina Rosa da Silveira Cunha
(Orientadora)

*A Deus,
meu esposo Daniel,
meus pais Geraldo e Tereza,
meus filhos Beatriz e Vitor.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, Criador da minha vida, Senhor da minha história, que me deu forças, permitiu a realização desse sonho e, fez das dificuldades uma ponte para essa conquista.

Aos meus pais Geraldo e Tereza, que com tanta humildade sonharam comigo esse sonho e desde criança reuniram tudo que tinham pra me dar o melhor estudo possível.

Ao meu esposo Daniel, meu amor, amigo, companheiro, que durante todos os momentos me deu força, apoio incondicional, amor e carinho. Obrigada pela paciência!

Aos meus filhos Beatriz, minha princesa, que suportou a mamãe inquieta por causa do mestrado; e Vitor, meu pequeno, que foi aluno do mestrado desde a barriga da mamãe. Vocês são meu maior tesouro, a razão dessa conquista!

Aos meus irmãos Cristina e Luiz; meus sobrinhos; cunhados; meu cunhado e Pastor, e demais familiares, pelas orações e carinho.

À Prof.^a Nina Rosa, que aceitou o desafio de me orientar na condução deste trabalho, foi Deus que nos apresentou, meu eterno agradecimento por seu apoio, compreensão e amizade nos momentos mais difíceis e por dividir comigo um pouco do seu conhecimento.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Luiz Rodrigo pela contribuição e disponibilidade, Prof. Marco Aurélio e Prof^a Fernanda Cristina, pelas importantes contribuições dadas ao trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Administração da UFV, pela oportunidade de aprendizado, aos professores pelos ensinamentos e aos funcionários sempre solícitos.

Ao Gestor do CISMIV, pela recepção com tanta disposição e gentileza.

Aos funcionários do CISMIV, pela amabilidade com que me acolheram.

Aos usuários do CISMIV, por suas respostas e participação, sem as quais a realização dessa pesquisa não seria possível.

À Lorena, pela colaboração na coleta dos dados.

Aos colegas do mestrado.

Aos amigos da Igreja Congregacional de Viçosa, que mesmo não participando diretamente do meu curso, me ajudaram a sustentar o equilíbrio emocional, a alegria, dispersando um pouco a tensão do mestrado em nossas reuniões.

"Porque eu, o SENHOR teu Deus, te tomo pela tua mão direita; e te digo: Não temas, eu te ajudo." (Isaías 41:13)

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE QUADROS.....	ix
LISTA DE TABELAS.....	x
RESUMO.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1 - INTRODUÇÃO.....	1
1.1 - Objetivo Geral.....	5
1.2 - Objetivos Específicos	5
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
2.1 – Políticas públicas de saúde.....	6
2.2 – Sistema de saúde no Brasil.....	7
2.2.1 – Municipalização da saúde	10
2.2.2 – Consórcios de saúde.....	13
2.3 – Qualidade de serviços públicos.....	15
2.3.1 – Serviços	15
2.3.2 – Qualidade de serviços.	17
2.3.3 – Qualidade de serviços públicos.....	19
2.4 - Modelos teóricos de avaliação da qualidade	23
2.4.1 – Modelo da qualidade do serviço de Grönroos (1984).....	23
2.4.2 – Modelo Tríade de Donabedian.....	23
2.4.3 – Modelo <i>GAP</i> e <i>Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL)</i>	25
2.4.4 – Modelo percepção–expectativa - Brown e Swartz (1989)	28
2.4.5 – Modelo de avaliação de qualidade do serviço e do valor - Bolton e Drew (1991).....	28
2.4.6 – Modelo <i>SERVPERF</i> - Cronin e Taylor (1992).....	29
2.4.7 – Modelo de desempenho ideal - Teas (1993)	30

2.4.8 – Modelo ACSI – Fornell (1996)	31
2.5 – Qualidade percebida pelo usuário	33
3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.	35
3.1 – Caracterização da pesquisa	35
3.2 – Primeira fase: Pesquisa Exploratória.	36
3.2.1 – Coleta de dados	36
3.2.2 – Análise dos dados.....	38
3.3 – Segunda fase: Pesquisa Descritiva.	39
3.3.1 – Elaboração do instrumento (questionário) de coleta de dados.....	40
3.3.2 – Coleta, tratamento e análise dos dados	41
3.3.3 – População e amostra.....	42
4 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA.	43
4.1 – Conhecendo o CISMIV: caracterização e funcionamento	43
4.1.1 – Especialidades e procedimentos oferecidos pelo CISMIV	46
4.1.2 – Potencialidades e limitações do CISMIV	48
4.2 – Análise dos atributos da qualidade.....	50
4.2.1 – Construção das categorias de análise	58
5 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA.	67
5.1 – Tratamento dos dados	67
5.1.1 – <i>Outliers</i>	67
5.1.2 – Normalidade.....	67
5.2 – Confiabilidade	69
5.3 – Características da amostra.....	70
5.3.1 – Idade dos respondentes	70
5.3.2 – Renda dos respondentes	71
5.3.3 – Sexo dos respondentes	71
5.3.4 – Cidade de origem dos respondentes	72

5.4 – Análise dos atributos da qualidade.....	72
5.5 – Avaliação geral dos construtos.....	78
5.6 – Unidimensionalidade (Análise Fatorial)	80
5.7 – Validade convergente.....	87
5.8 – Validade discriminante	91
5.9 – Validade nomológica	93
6 - CONCLUSÕES.....	100
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	104
APÊNDICE A	113
APÊNDICE B.....	116
APÊNDICE C.....	118
APÊNDICE D	122

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Sistematização da metodologia	42
Figura 2 – Municípios que compõem o CISMIV	44
Figura 3 – Transporte de usuários.	49
Figura 4 – Representação gráfica dos atributos de qualidade mais citados pelos usuários e gestor	66
Figura 5 – Dimensões da Qualidade Geral do CISMIV	94
Figura 6 – A Qualidade Geral e os seus indicadores na modelagem de esquações estruturais de 2ª ordem	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Panorama histórico dos principais marcos na saúde pública brasileira	08
Quadro 2 – Os Sete Pilares da Qualidade, segundo Donabedian(1994).	24
Quadro 3 – Modelo de Parasuraman et al. (1988).....	27
Quadro 4 – Modelos de Qualidade	32
Quadro 5 – Variáveis da pesquisa	40
Quadro 6 – Caracterização dos Municípios que compõem o CISMIV	45
Quadro 7 – Relatório de Produtividade do CISMIV, Janeiro a Dezembro 2015.....	47
Quadro 8 – Atributos/variáveis.....	58
Quadro 9 – Subcategoria I - Atenção ao paciente/informação	59
Quadro 10 – Subcategoria II - Atenção ao paciente/necessidade	61
Quadro 11 – Subcategoria III - Atendimento médico	60
Quadro 12 –.Subcategoria IV – Atendimento/rapidez	61
Quadro 13 – Subcategoria V - Eficiência técnica	61
Quadro 14 – Subcategoria VI - Estrutura física/espera	62
Quadro 15 –.Subcategoria VII – Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações....	62
Quadro 16 – Subcategoria VIII - Facilidade de acesso	63
Quadro 17 –.Subcategoria IX – Tempo/entrega de exames	63
Quadro 18 –.Subcategoria X – Tempo/espera.....	64
Quadro 19 – Subcategoria XI - Qualidade geral	64
Quadro 20 – Categorias	65
Quadro 21 – Categorias identificadas e específicas do CISMIV e categorias do modelo <i>Servqual</i>	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov	68
Tabela 2 – Alfa de <i>Cronbach</i>	70
Tabela 3 – Idade dos respondentes	70
Tabela 4 – Renda dos respondentes	71
Tabela 5 – Respondentes por cidade	72
Tabela 6 – AED do Construto Atendimento/rapidez	73
Tabela 7 – AED do Construto Tempo/espera	74
Tabela 8 – AED do Construto Atenção ao paciente/informação	74
Tabela 9 – AED do Construto Eficiência técnica	75
Tabela 10 – AED do Construto Estrutura física: consultórios, aparelhagens e Instalações	75
Tabela 11 – AED do Construto Tempo/entrega	76
Tabela 12 – AED do Construto Atenção ao paciente/necessidade	76
Tabela 13 – AED do Construto Atendimento médico	77
Tabela 14 – AED do Construto Facilidade de acesso	77
Tabela 15 – AED do Construto Estrutura física/espera	78
Tabela 16 – Estatística das variáveis: avaliação da Qualidade geral	78
Tabela 17 – Valores médios apurados para os construtos relativos à qualidade percebida pelos usuários do CISMIV	79
Tabela 18 – Valores para os pressupostos da análise fatorial	82
Tabela 19 – Análise fatorial do construto Atenção ao paciente/informação	82
Tabela 20 – Análise fatorial do construto Atenção ao paciente/necessidade	83
Tabela 21 – Análise fatorial do construto Atendimento médico	83
Tabela 22 – Análise fatorial do construto Atendimento/rapidez	84
Tabela 23 – Análise fatorial do construto Eficiência técnica	84
Tabela 24 – Análise fatorial do construto Estrutura física/espera	84
Tabela 25 – Análise fatorial do construto Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações.....	85
Tabela 26 – Análise fatorial do construto Facilidade de acesso	86
Tabela 27 – Análise fatorial do construto Qualidade geral	86
Tabela 28 – Análise fatorial do construto Tempo/entrega	86

Tabela 29 – Análise fatorial do construto Tempo/espera	87
Tabela 30 – Validade convergente dos construtos	88
Tabela 31 – Validade convergente dos construtos após a retirada dos itens com baixa carga fatorial	91
Tabela 32 – Correlações entre os construtos e a raiz quadrada da AVE	92
Tabela 33 – Correlação entre a Qualidade geral e os outros construtos	93
Tabela 34 – Significância e valor entre as relações dos construtos	95
Tabela 35 – Significância e valor entre os indicadores e o construto Qualidade geral	97
Tabela 36 – Índices de Ajuste para a Qualidade Geral	98
Tabela 37 – Peso dos indicadores nos valores da Qualidade Geral	99

RESUMO

GOMES, Marisa de Freitas da Silva, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2017. **Avaliação da Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Um Estudo no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa – MG.** Orientadora: Nina Rosa da Silveira Cunha. Coorientadores: Luiz Rodrigo Cunha Moura e Marco Aurélio Marques Ferreira.

A área de administração pública brasileira demanda estudos que discorram sobre qualidade dos serviços públicos de saúde. O presente estudo teve como finalidade o conhecimento acerca da qualidade em serviços públicos de saúde, especialmente, nos serviços prestados pelos novos arranjos governamentais, que se formaram no Brasil a partir da década de 1990, os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Nessa perspectiva, buscou-se investigar a qualidade percebida pelos usuários do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa - MG (CISMIV). A pesquisa teve caráter exploratório-descritivo e abordou métodos qualitativos e quantitativos. A primeira fase foi qualitativa e teve a participação de 21 indivíduos, sendo 1 gestor do CISMIV e 20 usuários. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011) e permitiram a identificação de atributos que levam à qualidade na percepção dos entrevistados. A segunda fase foi quantitativa e contou com a participação de 335 usuários. Nessa etapa foram realizadas análise descritiva, confiabilidade, normalidade, medidas de associação, análise fatorial, validade convergente, validade discriminante e nomológica. As análises permitiram descobrir a opinião dos usuários acerca da qualidade dos serviços prestados pelo CISMIV com base nos atributos revelados na fase qualitativa. Para melhor compreensão da avaliação desses atributos buscou-se amparo na literatura sobre qualidade e comparação dos resultados com outros estudos na área. Descobriu-se que, os usuários avaliam de forma positiva a qualidade geral do CISMIV e valorizam aspectos ligados ao atendimento e estrutura física. Requerem melhorias na minimização do tempo de espera para consultas e exames e na ampliação de especialidades de consultas e exames. Deste modo, como o estudo da qualidade dos serviços oferecidos pelos consórcios intermunicipais de saúde ainda é um campo pouco explorado, espera-se, que esse estudo possa ser utilizado como inspiração para outras pesquisas e também para tomada de decisões na formulação e implementação de políticas de ampliação e melhorias nos serviços prestados por Consórcios Intermunicipais.

ABSTRACT

GOMES, Marisa de Freitas da Silva, M.Sc., Federal University of Viçosa, February, 2017. **Quality assessment in Public Health service: a study at *Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa - MG***. Adviser: Nina Rosa da Silveira Cunha. Co-advisers: Luiz Rodrigo Cunha Moura and Marco Aurélio Marques Ferreira.

Brazilian public management field demands researches that argue about quality of public health services. This research intends to contribute with the knowledge about quality in public health services, specially, in services provided by new government arrangements that were formed in Brazil since the decade of 1990, which are the Health Intermunicipal Consortia. In this perspective, the quality perceived by the users has been investigated in Viçosa – MG (*Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa / MG - CISMIV*). This is a descriptive and exploratory research and it has approached qualitative and quantitative methods. The first phase was qualitative and twenty-one individuals participated, being one a CISMIV manager and twenty users. Interviews were analyzed through the content analysis, proposed by Bardin (2011) and provided the identification of characteristics that lead to quality in the interviewee's perception. The second phase was quantitative and had the participation of three hundred and thirty-five users. In this stage it was done a descriptive on analysis, reliability, normality, association measures, factorial analysis, convergent, discriminant and nomological validity. The analysis allowed us to discover the users' opinion concerning the quality of the service provided by CISMIV based on the characteristics revealed in the qualitative phase. In order to improve the evaluation comprehension of these characteristics we sought support on literature about quality and comparison of results with other researches in the area. It was discovered that users evaluate positively the general quality of CISMIV and, they also value aspects concerning the service and physical structure. They require improvement in minimizing the waiting time for appointments and for medical examinations. In this way, since the research of quality in the service provided by health intermunicipal consortia is still an unexplored field, it is expected that this research can be utilized as an inspiration to further researches and for making decisions on formulation and implementation of policies to broaden and improve the service provided by Intermunicipal Consortia.

1 INTRODUÇÃO

O sistema público de saúde brasileiro tem passado por inúmeras mudanças e reformas no decorrer da história, tais como a criação de diversos órgãos e leis. Os primeiros marcos aconteceram com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) por meio da Lei Eloy Chaves, em 1923, como forma de garantir pensão aos trabalhadores em caso de qualquer acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma aposentadoria futura; passando também pela criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, em 1930, na tentativa de gerir melhor o sistema. Todas essas iniciativas, porém, confrontavam-se com enormes burocracias (PAIM, et al., 2011; REIS et al., 2016). Iniciada na década de 1980, a principal reforma do sistema de saúde deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA, 2012), isso porque a saúde passa a ser um direito da população, assegurado na Constituição de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988).

Criado pela Constituição de 1988, o SUS é um sistema público que se destina a atender a população com recursos advindos da arrecadação de impostos. Ao longo dos anos, o SUS apresentou avanços notáveis, principalmente no que se refere ao acesso dos brasileiros a serviços de saúde de forma mais abrangente (CINTRA et al., 2012).

Percebe-se, porém, que o SUS atualmente enfrenta sérios entraves, fruto da realidade política e econômica tormentosa, que ocasionou conseqüente falta de recursos (MIRANDA, 2016). Com mais de 20 anos de criação, o SUS ainda não possui uma organização que garanta igualdade no atendimento de municípios tão heterogêneos, como é o caso brasileiro. Ademais, os municípios passaram a ter autonomia política, tornando possível a preparação de suas próprias leis, tais como a lei orgânica e a escolha direta de seus governantes, expandindo sua competência em áreas importantes, dentre essas, a saúde (TEIXEIRA, 2002). Porém, os municípios se viram na obrigação de assumir responsabilidades que antes cabiam ao governo

federal e com recursos escassos a saúde dos municípios se tornou um setor sujeito a falhas e entraves na prestação dos serviços.

Nesse contexto, por ser um setor crítico no Brasil, dada a necessidade de investimentos e, pela proposta de descentralização do governo federal, a saúde se tornou um dos campos mais favoráveis ao consorciamento para prestação de serviços públicos (LIMA, 2000).

Para garantir a prestação de serviços à população na área da saúde, os Governos Municipais, sob a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, passaram a se organizar e formar um empreendimento denominado Consórcio Intermunicipal de Saúde, uma aliança entre dois ou mais municípios.

A constituição dos consórcios no Brasil não seguiu uma lógica única, mas obedeceu aos interesses de uma dada região, assentindo diferentes modos de atuação e admitindo o seu aprimoramento, inclusão ou não de municípios e o agrupamento de municípios pela coerência da proximidade (LIMA, 2000).

Souza (2012) explica o Consórcio Intermunicipal como uma importante ferramenta de gestão local e entende que os mesmos se institucionalizaram antes mesmo da legislação criada. Portanto, trata-se de um desenho interorganizacional já materializado no que diz respeito à prática de cooperação intermunicipal. Para a autora, os consórcios são ferramentas apropriadas ainda para se atenuar as desigualdades entre municípios de portes diferentes.

Um dos pontos mais favoráveis dos Consórcios Intermunicipais de Saúde é que a partir deles foi estabelecido um sistema de referência, ou seja, a população passou a ter acesso ao sistema de saúde por uma porta de entrada única. Isso fez com que os consórcios tivessem seus recursos materiais e humanos utilizados da melhor forma, podendo agregar procedimentos e acrescentar distintas unidades de saúde (PRATES, 2013).

Para Rogério et al. (2014) o consórcio de saúde tem sido avaliado pelo Ministério da Saúde como importante cooperador para a consolidação do SUS e como ferramenta de alternativas entre os municípios, trazendo vantagens aos usuários e ampliando os graus de eficácia e eficiência da rede de saúde.

Nesse sentido, a avaliação da qualidade percebida pelos usuários dos serviços prestados pelos Consórcios de Saúde, é um problema a ser investigado, uma vez que os mesmos surgiram com o intuito de melhorar a qualidade da saúde prestada pelo poder público municipal. Essa avaliação deve partir de um instrumento que permita a sua mensuração, em razão da especificidade dos serviços médicos oferecidos por esse acordo cooperativo entre municípios.

Considerando essa nova realidade, questiona-se se o serviço de saúde oferecido pelos consórcios tem sido percebido pela população como realmente de qualidade; se de fato esse serviço traz melhorias em relação ao atendimento individualizado em cada município. Desta forma, a opinião dos usuários quanto à qualidade dos serviços é de suma importância quando se pretende avaliar os serviços públicos de saúde, partindo-se do pressuposto que os usuários possuem capacidade de avaliar os serviços que estão recebendo (MOIMAZ et al., 2010). Com essa avaliação, pode-se aprimorar o atendimento, reavaliar práticas profissionais e promover melhorias nas políticas de saúde. Ainda, oferecer contribuições para que sejam implementadas políticas que visem a própria melhoria da oferta de serviços.

Estudos conduzidos por Oliveira, R.S. et al. (2009) apontaram a importância de se medir a qualidade e a satisfação de usuários de serviços de saúde e sugerem que isso seja feito com o propósito de se promover melhorias no desempenho da prestação desses serviços, assim como, produzir melhor resultado em termos de eficácia e eficiência.

Righi et al. (2010) também reconhecem que tanto pesquisadores quanto gestores têm chegado a um consenso a respeito da importância de se avaliar os serviços para a gestão da qualidade, uma vez que essa se constitui em uma etapa inicial dentro de um processo em busca da qualidade. Os autores atestam ainda que a avaliação dos usuários se faz relevante no processo de planejamento das atividades, possibilitando maior controle dos serviços e programas prestados. Esta avaliação se torna ainda mais significativa no campo da saúde pública, por ser esse setor extremamente complexo.

Apesar de ser grande essa necessidade, percebe-se que ainda são poucos os estudos específicos acerca da qualidade dos serviços prestados e satisfação dos usuários de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Buscando-se estudos sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde foi encontrado vasto número de estudos em órgãos de saúde, porém poucos desses estudos abrangem Consórcios Intermunicipais de Saúde. Os principais estudos em Consórcios são de Neves e Ribeiro (2006), os quais mediram os serviços prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis no Noroeste de São Paulo, por meio de entrevistas e grupo focal com gestores e conselheiros de saúde; Muller e Greco (2010) que analisaram a satisfação dos usuários dos Consórcios dos municípios do Noroeste do Paraná por meio de questionário estruturado; e o estudo de Rogério et al. (2014) que teve como objetivo avaliar a satisfação dos usuários com os serviços prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Noroeste do Paraná, utilizando-se de um questionário estruturado.

O presente estudo se diferencia dos demais por se estar pesquisando um Consórcio de Saúde no Estado de Minas Gerais, onde ainda não foram realizados estudos anteriores de avaliação da qualidade em Consórcios de Saúde, conforme proposto nesta pesquisa.

Parte-se da premissa que a proposta de avaliação da qualidade em serviços públicos de saúde ofertados por meio dos consórcios, remete à necessidade de um método específico que busca encontrar variáveis/construtos que se interagem, selecionando aqueles determinantes, que tendem a refletir na qualidade percebida pelos pacientes. Nessa perspectiva, foi elaborada uma metodologia própria de avaliação, voltada para as particularidades do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa - MG. Pouget et al. (2014) concordam que as escalas de mensuração da qualidade e satisfação de usuários de serviços públicos devem ser adaptadas e aperfeiçoadas conforme os atributos e instituição que se quer pesquisar.

O presente trabalho busca oferecer contribuições teóricas na área de Administração Pública, já que o estudo poderá agregar conhecimento aos estudos já existentes. Os resultados obtidos poderão ser comparados e analisados verificando a sua aderência e conformidade com o conhecimento atual sobre os aspectos considerados na avaliação da qualidade pelos usuários dos serviços públicos de saúde. Ainda, o estabelecimento de uma metodologia própria, que pode ser usada, e devidamente adaptada, em outros Consórcios de Saúde existentes ou que ainda serão criados no Brasil.

Além disso, o trabalho poderá oferecer contribuições empíricas, já que a avaliação dos usuários é de grande valia aos gestores ao se projetar e controlar as atividades realizadas. Poderão ser fornecidos ainda elementos para que ocorra o uso mais apropriado dos recursos, bem como para promover melhorias no atendimento às necessidades básicas na área da saúde em nível municipal por meio do Consórcio.

A escolha do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV) se justifica pela facilidade de acesso do pesquisador e por envolver elevado número de usuários, facultando-se observar com mais propriedade se os serviços que estão sendo prestados são de qualidade e se atendem de forma igualitária a todos que os procuram.

Do exposto, surge a questão: Qual é a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços oferecidos pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa - MG?

1.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade percebida pelos usuários quanto aos serviços públicos de saúde prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa – MG (CISMIV)

1.2 Objetivos específicos

- a.** Caracterizar o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV);
- b.** Identificar e classificar as variáveis que influenciam a qualidade percebida pelos usuários do CISMIV;
- c.** Construir uma escala de avaliação da qualidade a partir das variáveis identificadas;
- d.** Descrever a qualidade dos serviços prestados pelo CISMIV percebida pelos usuários.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Políticas Públicas de Saúde

Souza (2006) atesta que não existe uma definição única, tampouco melhor, acerca do conceito de política pública. Mead (1995) apud Souza (2006) a conceitua como um espaço dentro do estudo da política que faz a avaliação do governo à luz de questões públicas; Lynn (1980) apud Souza (2006) a define como um conjunto de obras do governo que irão causar implicações na sociedade. Peters (1986) apud Souza (2006) percebe a política pública como a totalização das atividades dos governos, que atuam influenciando inteiramente a vida dos cidadãos.

Silva (2011) define políticas públicas como sendo as deliberações governamentais que têm influência sobre um conjunto de cidadãos. São as ações do governo provocando obras na sociedade. Entende-se que em uma sociedade democrática a formulação das políticas públicas é dinâmica e conta com a participação de vários atores.

Para Souza (2002) o avanço das políticas públicas no Brasil se deu, em grande parte devido às restrições financeiras aplicadas pelos governos, o que gerou ações para se elaborar políticas públicas mais eficientes.

De acordo com Sousa e Batista (2012) as primeiras leis sociais brasileiras datam do final do século XIX. No entanto, as mesmas eram iniciativas isoladas, estando restritas a obras de saneamento e combate às endemias. As primeiras políticas públicas de proteção social surgiram posteriormente, a partir do processo de industrialização.

Os autores afirmam ainda que no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados no ano de 1979 foi apresentada a primeira proposta do SUS (Sistema Único de Saúde). Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, onde a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, e pela primeira vez, os princípios e diretrizes propostos anteriormente foram considerados.

A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 ocorre a instituição da Seguridade Social como o modelo de proteção social a ser implementado no país, e, dentro desta esfera, a saúde como direito da população e dever do Estado, as políticas de saúde passam a ser vastamente debatidas e deliberadas. Isso principalmente pela concepção ampliada de saúde acatada na Constituição e pelo entendimento de que a garantia desse direito exigiria do Estado a implantação de políticas econômicas e sociais geridas com intuito

de se promover a diminuição de riscos de doenças. Com isso, amplia-se a área das políticas públicas ligadas à saúde e estabelece a comunicação dos formuladores das políticas de saúde com outros setores da sociedade civil (LUCCHESI, 2004).

Nesse contexto foi criado o Sistema Único de Saúde, segundo Sousa e Batista (2012) a mais importante política pública de saúde já implementada no Brasil. Em relação ao seu funcionamento, observa-se que o SUS é um sistema complexo que abrange centros de saúde, ambulatorios, hospitais e outros órgãos da União, Estados e Municípios, e sua administração está ligada ao Ministério da Saúde. Logo, o SUS pode ser conceituado como uma política pública que se materializa em um conjugado de ações/serviços públicos de saúde, uma maneira de estabelecer os serviços de saúde no Brasil, em consonância com princípios e diretrizes instituídos pela Constituição da República e pelas leis seguintes (PAIM et al., 2011; SOUSA e BATISTA, 2012).

2.2 Sistema de saúde no Brasil

Abreu e Sette (2011) atestam que a história da saúde pública brasileira começa com a chegada da família real portuguesa ao Brasil. Nessa época a saúde estava sujeita ao uso de plantas medicinais e ao conhecimento empírico de curandeiros. A partir de 1808, com a família real no país surge a necessidade de uma estrutura mesmo que mínima a fim de atendê-los. Ainda afirmam que antes desse período havia apenas 4 médicos no país, o que demonstra a deficiência na atenção da saúde da população.

Com o surgimento de inúmeras epidemias no Brasil, nomeou-se Oswaldo Cruz para gerir o Departamento Federal de Saúde Pública (ABREU e SETTE, 2011).

No início do século XX a saúde brasileira assinalou-se por campanhas sanitárias e reformas de órgãos federais. Isso porque, em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, efetuou uma reestruturação no Departamento Federal de Saúde Pública e incluiu educação sanitária como técnicas de ação (ABREU e SETTE, 2011).

Paim et al. (2011) atestam que esse sistema brasileiro de atenção a saúde estava concentrado em enormes burocracias. O sistema de assistência social era fragmentado e díspar.

Nesse contexto, o Quadro 1 apresenta um panorama histórico dos principais marcos legais na área de políticas de saúde brasileira.

Quadro 1– Panorama histórico dos principais marcos na saúde pública brasileira

Continua

ANO	MARCOS	FINALIDADE / JUSTIFICATIVA	AUTOR
1923	Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) por meio da Lei Eloy Chaves	- Garantia de pensão em caso de qualquer acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma aposentadoria futura.	Reis et al. (2016)
1930	Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública	- Responsável por todos os temas referentes ao ensino, saúde pública e assistência hospitalar.	Bacelar (2003)
1932	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)	- Inclusão do amparo médico, por meio da aquisição de serviços do setor privado.	Reis et al. (2016)
1942	Serviço Especial de Saúde Pública – SESP	- Reestruturação e ampliação dos órgãos de saúde e saneamento de regiões produtoras de matérias-primas	Bacelar (2003) Renovato e Bagnato (2010)
1953	Criação do Ministério da Saúde	- Expansão da assistência hospitalar	Paim et al. (2011)
1965	Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)	- Unificação dos IAPs, materializou o modelo assistencial que trouxe forte apresentação no futuro SUS.	Reis et al. (2016)
1968 a 1970	PED (Programa Estratégico de Desenvolvimento)	- Indicações sobre programas de saúde, habitação, saneamento e educação	Augusto (1989)
1974	INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)	- Atendimento médico aos contribuintes da previdência social.	Paim et al. (2011) Reis et al. (2016)
1977	SINPAS (Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social)	- Ferramenta do governo que prestava assistência médica.	Reis et al. (2016)
1979	1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso	- Inserção da questão da saúde para debate no Congresso Nacional	Paim et al. (2011)
1982	PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde)	- Uniformização das instituições públicas da saúde - Concretização de convênios entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde.	Reis et al. (2016)
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	- Inauguração de uma visão estendida de saúde e o princípio desta como direito universal dos cidadãos e dever do Estado	Reis et al. (2016)
1987	Criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)	- Universalização e igualdade na promoção aos serviços de saúde; - Integralidade nos cuidados assistenciais; - Descentralização das ações de saúde.	Reis et al. (2016)
1988	Promulgação de uma nova Constituição Federal	- Incorporação da Saúde como direito de todos e dever do Estado; - Manutenção do Sistema de Saúde	Sousa e Batista (2012) Brasil (1988)
1990	Criação do SUS (Sistema Único de Saúde) - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	- “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”.	Reis et al. (2016) Brasil (1990)
1990	Lei nº 8.142 de dezembro de 1990	- Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais	Reis et al. (2016)

		de recursos financeiros; - Estabelecimento dos Conselhos de Saúde e imputação de legalidade aos órgãos de representação de governos estaduais	Brasil (1990)
1991	Criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)	- Acompanhamento da implantação e operacionalização da implementação do recém criado SUS.	Reis et al. (2016)
1993	NOB (Norma Operacional Básica) -SUS 93	- Restauração do pacto da implantação do SUS e do princípio da municipalização, como havia sido projetada.	Reis et al. (2016)
1993	Extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social)	- Incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990)	Paim et al. (2011)
1994	Criação do Programa Saúde da Família	- Regionalização e maior controle da saúde	Paim et al. (2011)
1996	NOB (Norma Operacional Básica) – SUS 96	- Aceleração da descentralização de recursos federais destinados aos estados e municípios, consolidando a disposição à autonomia de gestão das esferas descentralizadas.	Reis et al. (2016)
1999	- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)	- Estruturação de programas que visam minimizar e suprimir os riscos ligados ao consumo de produtos e serviços que interferem na saúde.	Paim et al. (2011)
2002	Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS	- Ênfase maior na ação de regionalização do SUS.	Reis et al. (2016)
2006	- Estabelecido o Pacto pela Saúde	-Pacto de Defesa do SUS, de Gestão e pela Vida	Paim et al. (2011)
2008	- Criação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h)	-Criação de unidades em municípios com populações >100.000	Paim et al. (2011)

Fonte: Elaborado pela autora

Antes da criação do SUS, o Brasil era um país omissos em relação às políticas públicas de saúde da população. Pensava-se que cada um era responsável por sua saúde. O Estado só intervinha em casos mais graves. O país se desenvolveu e o aumento populacional das cidades fez com que a saúde despontasse como uma questão social (BACELAR, 2003).

Silva (2003) afirma que a estruturação de um sistema único de saúde buscou expandir o grau de responsabilidade da gestão local e regional para resolver, de forma simultânea, temas alusivos à melhora da eficácia do gasto público e aumento do acesso aos serviços. Nesse sentido a inauguração do SUS teve como objetivo principal a necessidade de se promover melhorias na oferta de serviços, além dos indicadores de saúde e as condições de acesso, de forma a cooperar para se elevar a qualidade de vida da população brasileira.

Para Moimaz et al. (2010) foi por meio das Leis 8.080/90 e 8.142/90 que institucionalizaram-se e regulamentaram-se diretrizes do novo Sistema de Saúde brasileiro. As referidas Leis foram utilizadas como amparo para a estruturação das mudanças no Sistema

de Saúde, beneficiando a descentralização das ações, de forma que os municípios gerissem as ações na área de saúde, ajustando-se às suas necessidades.

As Leis citadas também favoreceram a participação da população na gestão da saúde brasileira. Sendo assim, foram instituídos órgãos permanentes, deliberativos e normativos como as Conferências e Conselhos de Saúde, com autoridade para estabelecer estratégias de controle na execução das políticas de saúde do município, até mesmo nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2006).

Pela complexidade do SUS e a descentralização de sua gestão, permitiu-se a participação efetiva exercida pelo estado, municípios e comunidade, sob a égide do Ministério da Saúde. O SUS se constitui, portanto, em um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, definindo-se como uma política pública estipulada na Constituição Brasileira como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, que formam uma rede. Dentro das diretrizes da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivos principais a assistência à população, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência farmacêutica (SOUSA e BATISTA, 2012).

Para Abreu e Sette (2011), as políticas públicas de saúde reforçam as diretrizes do SUS a fim de que estas se cumpram, buscando a prestação dos serviços de forma eficaz e igualitária aos cidadãos.

2.2.1 Municipalização da saúde

Farah (2001) afirma que as políticas públicas agenciadas pelo Estado até a década de 1980 no Brasil, assinalavam-se pela centralização das decisões financeiras na esfera federal, devendo os estados e municípios executarem as políticas formuladas pelo Governo Federal. De outro modo, na medida em que o governo federal controlava os recursos e as esferas locais se expunham de forma direta às necessidades dos cidadãos, havia também uma tendência ao estabelecimento de uma articulação entre governos estaduais e municipais e o governo federal com base em troca de favores de modo clientelista. Apesar de essa estrutura ter ganhado força durante a Nova República, já se percebia desde 1970, durante a vigência do regime autoritário.

A Constituição de 1988 abriu caminho para a municipalização da saúde por ter congregado o princípio, que se aplica a grande parte das políticas sociais, de que devem ser descentralizadas e participativas (SOUZA, 2005).

Desde então, os municípios tiveram sua autonomia garantida, tornando-se gestores do sistema de saúde local, devendo se estruturar política e administrativamente. Nesse sentido, os municípios se viram com a responsabilidade de resolver sozinhos, a maioria dos problemas na área de saúde, área essencial, porém, cheia de fragilidades (BRASIL, 2006; COSTA et al., 2010).

Segundo Souza (2005) a partir de metade dos anos 90, os governos locais passam a ser os provedores principais de serviços de saúde, sob regras e recursos federais, que tinham como objetivo garantir aos cidadãos um padrão mínimo de atendimento. Percebe ainda a aderência dos municípios a essa transferência como sendo bem avaliada em termos quantitativos, especialmente no que se refere à saúde. Essa passagem de responsabilização é aferida como sendo responsável pelo encurtamento dos conflitos entre os governos locais pela disputa de recursos federais. Por outro lado, o fato é que as Políticas de Saúde foram municipalizadas, estabelecendo relações mais frequentes entre a União e municípios, tendo uma participação limitada dos governos estaduais (SOUZA, 2005).

Não se pode negar que com a municipalização houve também avanços importantes em alguns municípios, que se deram por meio de ações da gestão municipal, indo além de diretrizes estaduais e federais e injeção de recursos próprios. Em outros, percebe-se que os programas implementados foram formulados, através de experiências assistenciais, de forma exclusiva no nível federal e incorporados pelas gestões municipais (COSTA et al., 2010; NEPP, 2002).

Farah (2001) destaca que programas atuais agenciados por governos municipais incidem no estabelecimento de conexões com outros níveis de governo e com governos de outros municípios. No modelo anterior de fornecimento de serviços públicos e de promoção de políticas sociais, a esfera local tinha a tendência de ser apenas executora dos programas federais. Nessas iniciativas atuais são identificadas ações de governos municipais que buscam alianças nas esferas maiores de governo e, também, programas locais ligados a políticas estaduais ou federais.

Dados do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas - NEPP (2002) atestam que com a municipalização, um dos programas que mais apresenta resultados positivos é o Programa de Saúde da Família (PSF), inserido em 60% dos municípios brasileiros e teve seu princípio ligado ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com a implantação do PSF ocorreu uma melhoria nos dados referentes à saúde. Exemplo disso foi a diminuição dos índices de mortalidade infantil, melhora no atendimento pré-natal, e redução do número de

interações. Uma das justificativas para o sucesso do PSF é o vínculo que se forma entre os profissionais da saúde e os usuários (COSTA et al., 2010; NEPP, 2002).

Afirma ainda que, o processo de descentralização da saúde trouxe resultados positivos na transferência de recursos do Sistema de Saúde que passou a ser direta para estados e municípios. Ocorreu também uma expansão da oferta de serviços, pelos municípios, além da criação de instituições mais democráticas de participação da sociedade na implementação da Política de Saúde (NEPP, 2002).

Um dos benefícios da municipalização é a articulação entre governos municipais e as distintas esferas estaduais e federais marcando a possibilidade de se estabelecer um novo tipo de conexão intergovernamental, diferente do que caracterizava as políticas sociais no país anteriormente, de relações abalizadas pelo clientelismo ou pela preponderância de se atribuir aos municípios a função de simples executores, sem participação nas políticas federais. No novo vínculo de parceria, ocorre uma “co-responsabilização” pelas políticas e seus efeitos, mesmo que os participantes ocupem papéis diferentes no decorrer do processo de implementação dessas políticas (FARAH, 2001).

Para Silva (2003) é irrefutável o progresso da municipalização no Brasil. No entanto, o autor entende que ela ocorreu de modo diferente, devido às desigualdades de renda entre os municípios e também ao desenho de transferências do SUS, que não oferece desempenho algum de remanejar recursos às unidades mais pobres. Dados demonstram que 79% dos gastos municipais em saúde e saneamento se reúnem no Sul/Sudeste, onde vive 57% da população.

Lima (2000) acrescenta que dada a extensão do país e a heterogeneidade dos estados e municípios brasileiros, muitos não estão aptos financeiramente para acolher compromissos que são requeridos nesse processo. A maior parte dos municípios enfrentou e ainda enfrenta dificuldades para se situar dentro do novo modelo, já que a tradição brasileira está ligada a um padrão de centralização administrativa e financeira em torno da figura do Governo Federal (LIMA, 2000). Atualmente, os debates giram em torno dessa suposta autonomia concedida a municípios com menos de 30.000 habitantes, que não estão aptos a resolver grande parte dos problemas de saúde de seus habitantes, por não possuírem estruturas administrativas hábeis e eficientes, bem como a inexistência de recursos humanos, precariedade de investimentos e, outras tantas dificuldades operacionais (LIMA, 2000).

De acordo com o Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP (2002), pesquisas demonstram que existe no Brasil peculiaridades nos modelos de descentralização, ou seja, os estados e municípios passaram a buscar a melhor forma de se habituar às novas regras,

utilizando os recursos locais. A implantação de diversos programas a partir da municipalização da saúde permitiu que os municípios, cientes de seus problemas, trabalhassem de acordo com suas necessidades.

Além disso, grande parte dos estados ainda é ausente na descentralização da saúde. A maioria não se empenha na organização e desenvolvimento de áreas municipais de saúde, o que os levaram a utilizar a prática de transportar os doentes para receberem atendimento em cidades vizinhas, levando-as a ficarem sobrecarregadas. Além disso, a falta de investimento de alguns estados e municípios, principalmente em ações de prevenção, levou vários municípios do país a enfrentarem verdadeiras epidemias, como é o caso da dengue (COSTA, et al., 2010; NEPP, 2002).

2.2.2 Consórcios de saúde

Pensar em autonomia municipal, sem perder o sentido do conceito, começou a ser possível no momento em que os municípios, em um acordo de colaboração, decidiram se consorciar (LIMA et al., 2010).

Os autores supracitados afirmam que as relações entre pequenos municípios, diferente do que ocorre nos estados e nos grandes municípios, vêm acontecendo de forma cada vez mais frequente, por meio da constituição dos consórcios, especialmente nas áreas de saúde, proteção ambiental e desenvolvimento econômico.

Para Lima (2000) até a década de 1990, não havia legislação que considerasse a formação de consórcios entre os municípios. A instituição dos consórcios de saúde estabeleceu-se como uma forma dos municípios desenvolverem as ações de saúde dentro do processo de municipalização e foi definida nas Leis:

Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080/90:

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância (BRASIL, 1990).

Lei nº 8.142/90:

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei (BRASIL, 1990).

De acordo com Caldas (2008) os consórcios são avaliados como organizações que resultam da disposição de cooperação de atores políticos relevantes de diversos municípios que deliberam cooperar entre si para resolver problemas concernentes a um tema ou a um setor peculiar.

Os consórcios implicam a ideia de associação, cooperação, união e, em se tratando do campo das relações intermunicipais, se torna adequada a formação dessa estrutura envolvendo municípios limítrofes e com problemas que se aproximam. Assim, a formação dos consórcios obedece aos interesses de determinada região, admitindo o seu aprimoramento, inclusão ou não de municípios, pela coerência da circunvizinhança (LIMA, 2000).

Segundo o IBGE (2010), a maioria dos municípios brasileiros é considerada de pequeno e médio portes, com menos de 100 mil habitantes. Esses tipos de municípios são os que mais usualmente se consorciam com municípios próximos para proporcionarem algum serviço à população, de forma conjunta. Os dados mostram que, a maioria dos municípios brasileiros (2.323 municípios) participantes de consórcios são na área da saúde (IBGE, 2010; PRATES, 2013).

O contexto defendido por esses municípios para se consorciarem é que, dessa forma, eles poderiam superar suas limitações de recursos, além de instituírem escala para oferecer os serviços públicos (SOUZA, 2012).

Lima et al. (2010) afirmam que a implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais teve início na década de 1990, mas foi entre os anos de 1995 e 1997 que houve sua expansão. Ressalta-se que a criação dos Consórcios mineiros foi por iniciativas municipais, estimuladas pelo governo estadual. Demonstração disto é que a mudança do governo não foi suficiente para que essas estruturas deixassem de existir, sendo mantidas de forma sistêmica pelos governos municipais. Um consórcio não tem personalidade jurídica, uma vez que se institui de um acordo entre os municípios envolvidos (LIMA, 2000).

O Estado de Minas possui hoje o maior número de Consórcios Intermunicipais de Saúde do país: 81 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), cobrindo quase 70% da população mineira. Nesse sentido, os consórcios proporcionariam inúmeras vantagens ao SUS e, especialmente, aos municípios; permitindo a diminuição de custos, além de alargar o poder de diálogo e negociação, dando peso político para as demandas locais, promovendo o intercâmbio de ideias e permitindo o planejamento conjunto de políticas públicas. Destaca-se também a capacidade de aperfeiçoar o relacionamento das prefeituras umas às outras e com outras esferas de governo, permitindo que os recursos cheguem mais rápido e facilmente. Com esses benefícios, os CIS's adquiriram competências importantes dentro do Sistema

Único de Saúde (SUS): o de prestação de serviços especializados em saúde e o apoio na organização e gerência da Rede de Atenção, estadual e federal (COSECS/MG, 2015).

Para Freitas Júnior e Mesquita (2010) a formação de consórcios entre municípios, pode além de proporcionar o oferecimento de serviços mais eficientes aos cidadãos, mais participativos e exigentes, pode também permitir aos governos locais maior sinergia, onde a ação conjunta dos municípios permite a ligação entre os aspectos gerencial, político e social. O consórcio intermunicipal surge como uma forma dos municípios trabalharem unificados em uma associação, em caráter temporário ou permanente, para o alcance de objetivos, serviços e atividades de mérito comum, não implicando a adoção de uma nova pessoa jurídica.

Por fim, a estrutura dos consórcios municipais é considerada uma busca de soluções de forma conjunta para problemas comuns a municípios diferentes, respeitando-se as potencialidades e limitações de cada localidade abrangida, porém extrapolando as fronteiras geográficas por meio de um canal aberto ao diálogo intermunicipal. A ideia dos consórcios concebe que as alternativas de desenvolvimento de políticas públicas em uma região sejam buscadas nas próprias especificidades locais e pensadas no âmbito das possibilidades e das condições de desenvolvimento (LORENZO e FONSECA, 2008).

Nessa perspectiva, entende-se que o processo de criação dos Consórcios permitiu que se fortalecesse o sistema local e se adequasse às condições de necessidade de cada município, visando o aumento da qualidade de serviços de saúde oferecidos.

2.3 Qualidade de serviços públicos

2.3.1 Serviços

O setor de serviços, a prestação de serviços e a sua participação na economia mundial têm aumentado de forma expressiva nas últimas décadas. Os estudos feitos nessa área têm se tornado cada vez mais frequentes e têm-se voltado para a aplicação prática nos mais diferentes ambientes empresariais (SANTOS, 2014).

Para Lage (2008) uma das primeiras definições para o termo serviço teria ocorrido em meados do século XVIII sob a perspectiva de Walters e Bergiel (1982), que avaliavam um serviço como sendo o conjunto de “todas as atividades que não eram de produção agrícola”.

Correia, em seu trabalho “Plano de comunicação no marketing de serviços – O caso da Ciberatlântida, Internet e Conteúdos, Ltda” referencia a definição de Adam Smith do final do séc. XIX como sendo “todas as atividades que não terminavam em produtos tangíveis”

(CORREIA, 2004 p.10). Entendia-se que os serviços, considerados improditivos, se caracterizavam por se suprirem, na maioria das vezes, no momento em que eram praticados.

Outra definição surgiu no início do séc. XX, por Jean Say apud Lage (2008) que entendia como todas as atividades não produtivas que acrescentassem serventia aos bens manufaturados. Além desse, Marshall apud Lage (2008) se referia a serviço como algo que somente passava a existir no momento da sua concepção. Levitt (1980) apud Lage (2008) apresenta uma definição mais concisa, avaliando que o serviço ao cliente abarca todos os aspectos, atitudes e informações que aumentem a habilidade do cliente em compreender o valor potencial de um serviço essencial (LAGE, 2008).

Posteriormente, Kotler e Armstrong (1998) enunciam o conceito descrevendo o serviço como sendo qualquer atividade que uma das partes pode oferecer à outra. O conceito dado pelos autores demonstra as características da intangibilidade, dado que os clientes somente desfrutam do serviço, não detendo a atividade ou infraestrutura; ou seja, que a intangibilidade do serviço procede do fato de não se poder ver, provar, sentir, antes que o mesmo seja adquirido. O autor apresenta ainda outras características dos serviços, tais quais: inseparabilidade (ligada ao fato da produção ou oferta de um serviço não estar atrelado ao seu consumo pelo cliente), a perecibilidade (decorre da habilidade do serviço de que se o mesmo não for utilizado em algum período de tempo, não poder ser guardado para uso no futuro, isso porque os serviços não podem ser estocados) e a heterogeneidade (ligada à vinculação do executor/prestador do serviço, bem como do lugar onde o serviço é prestado).

Lovelock e Wright (2001) apoiam a visão de Kotler e qualificam serviços como uma ação ou atuação oferecida por uma parte ou outra. Isso significa que serviço pode estar conectado à oferta de algo e seu papel é intangível (OLIVEIRA, E.G. et. al, 2009).

Não obstante, os serviços são diferenciados dos produtos por Kotler e Armstrong (1998) afirmando que os produtos incluem objetos físicos, uma vez que serviços incluem pessoas, locais, organizações, ideias ou combinações desses elementos.

Para Casas (2006) o serviço refere-se a toda atividade em que uma das partes envolvidas possa proporcionar a outra e que seja fundamentalmente intangível.

Oliveira. E.G. et. al (2009) classificam os serviços em 3 tipos:

- serviços designados a um mediador: serviços contábeis, de transportes, consultoria jurídica, segurança e limpeza. Ultimamente, as empresas começaram a realizar a terceirização de serviços que eram prestados de forma interna;

- serviços que tem como alvo o consumidor final: serviços bancários, lazer, saúde e educação. Estes serviços apresentam como particularidade o fato de implicar a um relacionamento direto entre prestador e usuário. Esse tipo não permite generalização, pois cada cliente é único;

- autosserviço: quando o cliente possui a capacidade de realizar o serviço desejado. Esse se baseia no consumo de bens duráveis como forma do cliente apresentar um serviço a si próprio.

Dados os diversos significados do conceito de serviço expostos por vários autores, Lage (2008) atesta que alguns deles focalizam atributos comuns, especificamente, a intangibilidade e a não propriedade. Dessa forma, o primeiro desses atributos torna impossível a análise e avaliação antecedente pelo cliente, tornando-se imprescindível a utilização do serviço para compreender se o mesmo corresponde ou não às expectativas iniciais.

Segundo Santos (2014), serviços já foram definidos como ações, atos ou performances; como atividades ou processos. A avaliação dos serviços é um trabalho que demanda muito cuidado. Algumas características dos mesmos os tornam particulares e por isso a importância do seu estudo.

No que se refere a serviço público, Lage (2008) percebe como sendo toda e qualquer instituição, serviço ou sistema, que tem como base políticas governamentais, nas quais os gestores buscam obter resultados voltados para os cidadãos. Nessa perspectiva o termo serviço público assume um sentido duplo, já que designa a instituição que presta o serviço, como também alude à missão de importância geral a ele conferida.

2.3.2 Qualidade de serviços

A qualidade pode ser conceituada, de acordo com Lima et al. (2015), como primeiramente estando conexa à definição de concordância às especificações. Logo depois, esse conceito arremeteu para a percepção de satisfação do cliente. Para os autores, a satisfação não é apenas decorrência do grau de conformidade com as especificações técnicas, mas inclui aspectos como prazo e rigor de entrega, condições de pagamento, entre outros.

Percebe-se, portanto, que não existe uma definição exata para o termo qualidade, uma vez que a análise é subjetiva. O que existe são perspectivas diversas a partir das quais se define a qualidade. Quando se refere ao utilizador, a qualidade se refere à satisfação das necessidades e desejos deste. Nesse sentido, a qualidade de um produto e/ou serviço está sujeita à forma como atende às preferências do usuário/cliente. Pode-se afirmar ainda, que a

qualidade constitui-se em proporcionar valor ao cliente, consumidor ou usuário (CONCEITO, 2016).

Para Lage (2008), a qualidade passou a ser vista como um instrumento extremamente importante para a sobrevivência das organizações. Assim, a busca pela melhoria da qualidade passou a instituir-se uma filosofia para todos os que trabalham nas organizações. É essencial que as organizações tenham conhecimento das expectativas dos seus clientes, de forma que possam corresponder eficazmente a essas expectativas.

No modelo de qualidade desenvolvido em 1985 por Parasuraman et al. (1985), a qualidade percebida de serviços, depende de forma direta dessa comparação entre a expectativa e o serviço percebido. Dessa forma, o cliente/usuário percebe a qualidade de serviço com base na diferença entre a expectativa de serviço e o serviço recebido (MOURA et al., 2007).

Lage (2008) atesta que a maior dificuldade prática do controle da qualidade na prestação de serviços, se deve ao fato do serviço ser consumido no momento da sua prestação e concepção final, em tempo real. Sendo assim, os comportamentos diários dos consumidores e dos prestadores de serviços podem influenciar diretamente na atuação e interação, por meio do qual se torna difícil prever possíveis falhas ou erros no processo de execução do serviço prestado. Nessa perspectiva, as organizações devem se dedicar, de forma constante, em apresentarem serviços com controle de qualidade sólida, com uma margem mínima de variações.

Para Morgan et al. (2016), a qualidade tem dois elementos essenciais: a qualidade do serviço, que inclui a capacidade de resposta da equipe e muitas vezes são medidas pela satisfação do cliente; e qualidade técnica, que incorpora a confiabilidade dos prestadores de serviços. Estudos comparativos sugerem que a qualidade do serviço é melhor no setor privado em comparação com o setor público.

Oliveira, R.S. et al. (2009) afirmam que a avaliação do cliente/usuário a respeito do serviço utilizado se baseiam em diversos critérios, que podem afetar em maior grau a percepção deste. De forma análoga aos bens/produtos, os serviços expõem a qualidade de experiência e de confiança. A qualidade de experiência associa-se a propriedades de satisfação. A qualidade da confiança relaciona-se à probidade e aptidão dos prestadores de serviços. Os autores apresentam a definição de Leonard Berry das cinco dimensões de qualidade de serviços que perpassam pela avaliação dos clientes/usuários: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, garantia e empatia.

Polido e Mendes (2015) também reconhecem que as maiores dificuldades na avaliação da qualidade em serviços vinculam-se à percepção da qualidade que os clientes têm, confrontando suas expectativas com o desempenho de dado serviço. Isso leva a completar que independente de o quanto o serviço seja bom, se ele admitir o não atendimento às expectativas dos clientes sucessivas vezes, o cliente o ponderará como um serviço de má qualidade.

Ferlie e Shortell (2001) percebem a importância da realização de mudanças na organização com a finalidade de se promover melhoria da qualidade e essas devem dialogar com a capacidade da organização de fornecer um clima e uma cultura voltados para essas mudanças, por meio de seus vários sistemas de tomada de decisão, operacionais e práticas de recursos humanos.

2.3.3 Qualidade de serviços públicos

Buckley (2003) afirma que a medição da qualidade de serviço no setor público tem sido bem menos considerada na literatura. De forma geral, os estudos têm origem no setor privado, norteados para o lucro e contexto onde a motivação e os resultados são muitas vezes mais facilmente medidos. O autor considera que a introdução da retórica acerca da qualidade de serviço no setor público é um fenômeno que deve ser considerado.

A gestão em busca da qualidade total pode ser vista atualmente, como o paradigma dos serviços públicos, que se consolida em uma renovação dos modelos de gestão pública, abrindo margem para uma liderança inclusiva, além de maior descentralização e desburocratização de procedimentos; buscando-se cada vez mais a satisfação dos usuários (LAGE, 2008).

Melhorias na qualidade global dos cuidados de saúde em um país incluem lideranças em todos os níveis governamentais debatendo com indivíduos, grupos ou microssistemas. As lideranças políticas e o governo devem prover um ambiente favorável ao trabalho de melhoria da qualidade nas políticas de oferecimento de serviços (FERLIE e SHORTELL, 2001).

De acordo com Carr e Littman (1992) as causas pelas quais a administração pública investiria na gestão da qualidade total, vão desde a busca por oferecer melhorias no serviço público até a redução dos gastos do orçamento, incluindo também o recrutamento de melhores funcionários. Assim, o desafio da qualidade total nos serviços públicos pode mostrar-se vantajoso competitivamente, auxiliando os funcionários a manterem seus cargos, além de ampliarem os empregos, por meio da agilização dos processos. De outro modo, a

possibilidade de não se ater a este desafio constitui-se em um ensejo para despertar o imperativo de privatização dos serviços públicos (LAGE, 2008).

Para Morgan et al. (2016) a expectativa de todo o sistema de cuidados de saúde está sobre a questão mais básica que é a forma como estes cooperam para oportunizar que toda a população tenha acesso aos cuidados de saúde. Isso produz efeitos sobre a igualdade do sistema de saúde em geral e os progressos no sentido de uma cobertura universal de saúde.

Pouget et al. (2014) afirmam que uma análise do modo como a maioria dos países trata a avaliação dos serviços públicos torna possível a constatação de que grande parte focaliza a análise da percepção dos usuários sob uma ótica mercadológica ou seja, como uma relação comercial, e isso é feito por meio de questionário com perguntas com enfoque na prestação de um serviço específico. Nesse intuito, diversos países estão implementando metodologias de atendimento das exigências dos usuários/cidadãos, seguindo disposições de redesenho do modelo de gestão tomando como base empresas privadas, abarcando aspectos voltados para a qualidade dos serviços oferecidos.

Segundo Ribeiro (2010) no Brasil começou-se a falar sobre qualidade na área de saúde, ainda que de forma introvertida, a partir da década de 1970. De modo recente, a qualidade é percebida como um conjugado de características efetivas para as organizações e passou a ser valorizada por equipes responsáveis pela estruturação de estratégias das organizações, focando na satisfação dos usuários, bem como o desenvolvimento de pessoal eficiente.

Para Righi et al. (2010) quando se trata dos serviços públicos o encargo ético e social da qualidade dos serviços torna-se ainda mais importante. As organizações públicas são as maiores prestadoras de bens e serviços e tem como principal atributo a relação de responsabilidade direta que deve manter com a sociedade.

Ferlie e Shortell (2001) afirmam que na área de saúde devem-se procurar maneiras mais eficazes em termos de custo de fornecimento de cuidados:

“While the focus in the past has been on constraining the growth in cost of care, new emphasis is being given to improving the quality and outcomes of care” (FERLIE e SHORTELL, 2001 p. 280).

Na área de saúde brasileira a atuação dos usuários se fortaleceu com o surgimento do SUS e pressupõe que a comunidade participe, avaliando e intervindo no sistema (MOIMAZ et al., 2010). Os autores afirmam ainda que, a opinião de usuários a respeito dos serviços públicos de saúde ofertados é importante a fim de se definir parâmetros qualitativos, bem

como práticas e ações. Dentro desse pressuposto, a participação dos usuários opinando e avaliando pode contribuir de forma significativa com o progresso do sistema. Os autores asseguram ainda que, a melhoria dos serviços de saúde, pode ocorrer tendo como base o processo de avaliação através da ótica do usuário, servindo de base para os atos e políticas de saúde.

Para Gouveia (2009), inúmeras iniciativas têm sido desenvolvidas no Brasil no sentido de se avaliar qualidade no setor de saúde e essas não estão restritas apenas ao meio acadêmico, justamente, por proporcionarem inúmeros enfoques metodológicos, dada ao seu alcance e importância. Soma-se a isso o fato da história do país revelar problemas de ordem estrutural nesse setor. Dessa forma, as iniciativas para ampliar a avaliação da qualidade e satisfação dos usuários representam um instrumento que propiciará a implementação de estratégias para gerir o setor.

No entanto, percebe-se que oferecer serviços de qualidade no setor público tem sido um desafio constante dos gestores. Deve-se além de tudo, buscar a promoção do bem estar dos usuários e o acesso aos serviços de forma eficaz e igualitária (PEDROSA, 2015).

Righi et al. (2010) asseguram que, apesar de ocuparem posições divergentes no processo, tanto os usuários quanto os executores contribuem na efetivação dos serviços. Portanto, a metodologia de avaliação da qualidade em serviços de saúde deve envolver tanto os usuários, quanto quem os presta. Afirma-se ainda que as expectativas e necessidades dos usuários motivam a qualidade dos serviços.

Ribeiro (2010) atesta que os usuários dos serviços de saúde precisam ser o principal enfoque na busca da qualidade prestada. Porém, reconhece a existência de outros fenômenos inseridos no processo, que também têm sua importância e devem ser considerados para que a qualidade possa ser percebida na prestação de serviços de saúde.

De acordo com Souza (2006) outros elementos que devem ser considerados são: estrutura física, disponibilidade de medicamentos, recursos humanos. Gattinara et al. (1995) acreditam que a qualidade dos serviços de saúde é definida por um conjunto de aspectos dentre estes destacam-se: a competência e habilidade dos profissionais prestadores dos serviços, acessibilidade dos usuários tanto geográfica como cultural e social, eficiência dos serviços, no sentido de se oferecer menos riscos aos usuários e por fim, a satisfação dos usuários com o atendimento, tempo de espera e resultados (RIBEIRO, 2010).

Ao longo do tempo, diferentes pesquisadores têm se dedicado ao aprimoramento da conceituação e desenvolvimento de técnicas de avaliação da qualidade em diversos tipos de serviços.

Para Buckley (2003), em seu trabalho “*E-service quality and the public sector: Managing Service Quality*” deve-se reconhecer a importância da medição da qualidade e a consequente melhoria nos serviços do setor público, porém sua implementação pode ser mais problemática. Isso devido a multiplicidade de motivações de serviço público. O autor reconhece que, nos últimos tempos autores começaram a identificar potenciais problemas que podem aparecer na aplicação da teoria do marketing tradicional para o setor público. Mesmo assim, muitos governos e organizações do setor público têm demonstrado interesse pelo tema qualidade de serviço e de fato têm se comprometido com a qualidade de serviço e orientação para o cliente.

Brasil (1994) acredita que a qualidade dos serviços de saúde demonstra ser uma soma de vários elementos que produzem uma relação mais perfeita entre técnicas adotadas e os imperativos de saúde atendidos. Nessa perspectiva, é necessária a busca cada vez maior por uma melhor afinidade entre prestadores dos serviços e usuários, focando-se na acessibilidade, abrangência e igualdade (RIBEIRO, 2010).

Ferlie e Shortell (2001) argumentam que a abordagem de avaliação da qualidade deve reconhecer a importância de quatro núcleos no trabalho de melhoria da qualidade bem-sucedida: (1) liderança em todos os níveis; (2) difusão de uma cultura que ofereça suporte à aprendizagem ao longo de todo o processo; (3) ênfase no desenvolvimento de equipes eficazes; e (4) maior utilização das tecnologias da informação tanto para a melhoria contínua do trabalho e responsabilização externa.

Segundo Morgan et al. (2016) o objetivo da cobertura universal da saúde implica que em vez de se concentrar apenas na produtividade ou qualidade do indivíduo ou de um grupo exclusivo, é necessário compreender não apenas quais são os fatores que influenciam o desempenho de um sistema de saúde, mas também a forma como esses fatores interagem. Para os autores, a compreensão dessas interações auxilia no desenvolvimento de políticas e intervenções que se abarquem diferentes partes do setor, com o intuito de se promoverem melhorias no desempenho do setor em geral e consequentemente da saúde da população.

Gianesi e Corrêa (1996) concordam que o critério para se avaliar a qualidade do serviço precisa conjecturar os fatores determinantes da satisfação do cliente, ou seja, a qualidade do serviço. Porém, os próprios autores reconhecem que não existe um consenso entre os estudiosos sobre que critérios seriam esses, devido à subjetividade dos mesmos (SALES, 2006). Assim, eles sugerem que seja definido “um conjunto de critérios de avaliação do serviço combinando-se as visões de diferentes autores e observações empíricas” (GIANESI e CORRÊA, 1996, p. 91).

2.4 Modelos teóricos de avaliação da qualidade

2.4.1 Modelo da qualidade do serviço de Grönroos (1984)

Considerado o precursor da avaliação da qualidade, Grönroos, em 1984, propôs um modelo de avaliação que evidencia que a qualidade total percebida é motivada pelo resultado de uma comparação entre a qualidade esperada e a qualidade provada pelo cliente/usuário, quando o serviço é utilizado. Dessa forma, o usuário faz uma avaliação de características técnicas, sendo que a decorrência do que é medido durante a prestação do serviço é determinada pela qualidade técnica, enquanto a qualidade funcional se refere ao método de produção do serviço. O criador do modelo acreditava, portanto, que a qualidade percebida é o produto da diferença entre a expectativa do cliente e a ponderação sobre a execução do serviço, relativos a características técnicas e também funcionais (LAGE, 2008).

Segundo Miguel e Salomi (2004) o modelo de Grönroos (1984), além de considerar a qualidade percebida de um serviço, como papel do serviço esperado e do percebido, inclui-se um terceiro fator, denominado imagem da empresa. Ou seja, quando o usuário utiliza um serviço, esse faz dele uma avaliação de caráter técnico e funcional. A qualidade funcional concerne ao nível de desempenho observado e tem influência direta da forma como o serviço é prestado e depende também da relação com o prestador de serviço.

Conforme Westphal et al. (2009) o modelo conceitual de qualidade em serviço, proposto por Grönroos ajuda os gestores a entenderem como a qualidade dos serviços pode ser aprimorada, além de confirmar os passos que devem ser levados em consideração na apreciação e planejamento da qualidade.

Bateson e Hoffman (2001) atestam que o modelo conceitual colabora para que se possa diagnosticar possíveis falhas na qualidade do serviço, sendo finalidade da empresa extinguir a lacuna que existe entre o serviço esperado e o serviço percebido.

2.4.2 Modelo Tríade de Donabedian

Avedis Donabedian (1984) foi reconhecido como o autor que mais se dedicou a estudar e escrever sobre a construção de teorias acerca da qualidade de serviços públicos, especialmente, os de saúde. Apesar de não propor uma metodologia específica, o autor moldou um sistema de indicadores e desenvolveu um quadro conceitual sobre o processo de

avaliação da qualidade em saúde, valendo-se dos conceitos de estrutura, processo e resultado (SILVA e RODOVALHO, s.d).

A estrutura desenvolve-se em nível da instituição e compreende a avaliação de elementos ligados a estrutura física, recursos humanos, materiais e financeiros, abrangendo a habilitação dos profissionais e a coordenação dos serviços (SILVA e RODOVALHO, s.d; RIGHI, et al., 2010).

O processo, para os autores supracitados, refere-se às ações que abrangem os profissionais de saúde e os usuários. Neste enfoque, é realizada uma comparação entre os princípios estabelecidos e os métodos empregados, as atividades prestadas são apresentadas, a aptidão médica para tratar o problema e os aspectos éticos no relacionamento entre o profissional e paciente durante o período do atendimento, desde o momento em que o paciente busca atendimento até o diagnóstico e tratamento.

O resultado refere-se ao produto final do serviço prestado, avaliando aspectos de saúde, satisfação e atendimento das expectativas dos usuários (RIGHI et al., 2010). A avaliação do resultado é analisada como o que há de mais próximo em termos de avaliação de cuidado, no entanto, passa por intervenção de inúmeros elementos (DONABEDIAN, 1984). Nesta etapa da avaliação são verificadas as alterações, que se relacionam com conhecimento da situação da saúde do paciente, assim como a satisfação do usuário e do profissional abrangidos na assistência (SILVA E RODOVALHO, s.d).

Em 1990, Donabedian ampliou as dimensões da qualidade em saúde e utilizou o termo “Sete Pilares da Qualidade” (Quadro 2).

Quadro 2 - Os Sete Pilares da Qualidade, segundo Donabedian (1994)

Continua

DIMENSÕES	DESCRIÇÃO DA DIMENSÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE
EFICÁCIA	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da saúde produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
EFETIVIDADE	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtidas. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
EFICIÊNCIA	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
OTIMIZAÇÃO	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de

	adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
ACEITABILIDADE	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade ao cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do serviço prestado.
LEGITIMIDADE	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
EQUIDADE	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Righi et al. (2010).

Apesar de apresentar dimensões importantes e ser largamente citada nos estudos atuais de qualidade em saúde, a metodologia de avaliação da qualidade em saúde proposta por Donabedian está muito ligada ao modo de atuação da prática médica norte-americana. Questiona-se o modelo pelo fato de que em muitos países a realidade dos serviços de saúde apresenta uma realidade totalmente diferente (REIS et al., 1990).

Outra crítica é de que a análise isolada de cada elemento da Tríade de Donabedian expõe problemas e carências. Outro entrave exposto pelo próprio Donabedian procede do fato de mesmo existindo pressuposições de uma ordem funcional entre os elementos da Tríade, na realidade da prestação dos serviços de saúde, esta direção nem sempre se faz presente. Não se pode afirmar que a Estrutura influenciará no processo, nem mesmo que o Processo sempre se relacionará com o Resultado (SILVA e RODOVALHO, s.d).

2.4.3 Modelo GAP e Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL)

Em 1985, Parasuraman, Zeithaml e Berry sugeriram a avaliação de qualidade de serviço, com base no modelo de satisfação de Oliver (1980). A afirmação dos autores é que a satisfação do cliente é a diferença entre expectativa e o desempenho. O *Gap*, diferença entre a perspectiva e a percepção de desempenho, significaria uma medida da qualidade do serviço relacionada a determinada dimensão, além de servir também como medida da satisfação do cliente (MIGUEL e SALOMI, 2004).

Miguel e Salomi (2004) afirmam que, para testar o modelo, realizou-se uma pesquisa exploratória por meio de entrevistas com executivos que faziam parte de empresas americanas de quatro tipos diferentes de serviços: banco, cartão de crédito, corretora de ações, manutenção. As entrevistas envolveram 12 grupos focais (*focus groups*), que tinham como finalidade a ampliação acerca do conhecimento dos seguintes pontos:

- Identificação da forma como os gestores percebiam os “atributos-chave” da qualidade;
- Definição dos problemas submergidos na gestão da qualidade dos serviços;
- Identificação dos atributos da qualidade dos serviços, a partir da ótica dos clientes;
- Determinação das lacunas entre a visão dos clientes e dos gestores;
- Estabelecimento de pontos comuns entre a percepção do cliente e gestor que poderiam ser ajustados em um modelo total, que representasse a qualidade do serviço.

Em 1988, Parasuraman, Zeithaml e Berry implementaram seu modelo com uma ferramenta denominada escala *Servqual*, fundamentada na avaliação de dimensões da qualidade de serviços. O modelo tomou como base 10 determinantes da qualidade (acessibilidade, comunicação, competência, cortesia, credibilidade, confiabilidade, presteza, segurança, aspectos tangíveis, compreensão e conhecimento).

Para Pouget et al. (2014), a escala *servqual* mede a qualidade do serviço em termos das discrepâncias (*gaps*) entre as expectativas e percepções dos usuários. Por meio dela é possível aferir, identificar e encontrar a percepção dos usuários em relação a diversos serviços prestados. As expectativas sofrem influência de experiências vivenciadas e pela necessidade do usuário (LIMA, 2014).

Moura et al. (2007) atestam que a escala *servqual*, desenvolvida a partir do modelo conceitual de Parasuraman et al. (1988) é utilizada para mensurar as percepções dos clientes/usuários acerca da qualidade de serviços. Para os autores essa é uma escala que possui múltiplas dimensões, uniformizada, e que passou por teste pelos implementadores quanto à sua fidedignidade e validade, sendo, portanto passível de ser aplicada a qualquer tipo de empresa do setor de serviços. A escala tolera ainda, que sejam feitas adaptações conforme a necessidade de quem a utilizará.

Inicialmente, Parasuraman et al. (1985) teriam isolado dez dimensões da qualidade: acesso, comunicação, competência, cortesia, credibilidade, confiabilidade, presteza, segurança, aspectos tangíveis e compreensão do cliente. Na elaboração da escala *servqual*, os autores teriam reduzido essas dimensões para cinco (Quadro 3), conforme assinalam Moura et al. (2007).

Ribeiro (2010) concorda que, após várias correlações foram feitos ajustes aos itens, tendo sido reduzidos para cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia, caracterizados por 22 itens. Para a autora, a ciência da percepção do usuário, sob a ótica das dimensões citadas, torna possível uma avaliação do grau de satisfação do usuário com os serviços prestados pelas organizações de saúde. Possibilita também que a gestão institucional conheça sua atuação, potencialidades e limitações, e

fornece contribuições para que se desenvolvam ações de melhoria continuada, possibilitando oferecimento de serviços de excelente qualidade à população.

Quadro 3 – Modelo de Parasuraman et al. (1988)

Modelo Inicial (10 dimensões)	Modelo Final (5 dimensões)	Descrição/Construto
<ul style="list-style-type: none"> - acesso - comunicação - competência - cortesia - credibilidade - confiabilidade - presteza - segurança - aspectos tangíveis - compreensão do cliente 	- tangibilidade	Aspectos físicos do que é fornecido aos usuários.
	- confiabilidade	Habilidade de cumprir o que foi prometido com exatidão
	- atendimento	Capacidade para atender os usuários e fornecer o serviço prontamente, capturando a noção de flexibilidade e habilidade para adaptar o serviço às necessidades do usuário.
	- segurança	Competência e cortesia estendida aos usuários e a segurança fornecida através das operações.
	- empatia	Atenção individualizada aos usuários.

Fonte: Adaptado de Pena et al. (2013) e Parasuraman et al. (1988)

Ergang et al. (2012) enxergam a escala *servqual* como um instrumento com alto grau de confiabilidade e validade, que as organizações podem empregar para compreender melhor as expectativas e percepções dos usuários a respeito de um serviço.

Apesar da ferramenta *servqual* se mostrar eficiente em diferentes setores da economia, alguns pesquisadores assinalam críticas ao modelo.

Finn & Lamb (1991) apud Gonçalves et al. (2010) assinalam a necessidade de se realizar novos estudos que contribuam para o desenvolvimento e o aprimoramento das dimensões da qualidade, pois, na visão desses autores, as cinco dimensões do modelo *servqual* não são satisfatórias. Ainda segundo Gonçalves et al. (2010), Teas (1993), Babakus & Boller (1992) e Carman (1992), questionam que o conceito expectativa do modelo, causa uma explicação incorreta, pois torna-se possível que não fique claro para os entrevistados. Porém, a maior crítica ao modelo *servqual* teria sido feita por Cronin & Taylor (1992), que ampliaram uma ferramenta denominada *Servperf* e garantiram que esse modelo seria o melhor para avaliar a qualidade dos serviços. Segundo eles, os elementos sobre a qualidade dos serviços já estão presentes nos componentes das percepções (GONÇALVES et al., 2010).

2.4.4 Modelo percepção–expectativa - Brown e Swartz (1989)

Brown e Swartz (1989) sugeriram um modelo de avaliação da qualidade em serviços com uma percepção semelhante ao Modelo dos Gaps de Parasuraman, Zeithaml e Berry, que consideravam a qualidade como a diferença entre o que o cliente espera e a percepção do desempenho final (LAGE, 2008).

Segundo os autores, neste modelo são propostos 3 gaps ou discrepâncias:

- *Gap 1* – Diferença entre o que o cliente espera do serviço e sua percepção do desempenho do funcionário avaliado pelo cliente;
- *Gap 2* – Diferença entre o que o cliente espera do serviço e a percepção do funcionário considerando-se a expectativa do cliente;
- *Gap 3* – Diferença entre a expectativa do cliente quanto ao serviço e a percepção do funcionário tendo em conta o desempenho avaliado pelo cliente.

Para Miguel e Salomi (2004) o modelo apesar de não apresentar diferenças relevantes com relação ao trabalho de Parasuraman et al. (1985), apresentou uma facilitação na análise do serviço no campo gerencial. Aplicou-se o modelo à área médica, abrangendo 13 profissionais com consultórios. A partir da aplicação foram propostas hipóteses, as quais não foram refutadas:

H1 - quanto maior a diferença entre expectativa do cliente e o desempenho percebível do serviço, menor o grau de satisfação.

H2 – quanto maior for o grau de percepção do serviço pelo prestador, maior será o grau de satisfação do cliente.

A terceira hipótese, H3 (rejeitada) – o nível de satisfação seria maior quanto menor a diferença entre expectativa do cliente e a percepção desta pelo prestador.

O modelo de expectativa/não confirmação foi testado em apenas uma amostra de uma organização e, portanto, não representa todas as áreas de serviço. Porém, no final, pôde-se considerar adequado para avaliar a qualidade dos serviços, mesmo tendo uma hipótese rejeitada (MIGUEL e SALOMI, 2004).

2.4.5 Modelo de avaliação de qualidade do serviço e do valor - Bolton e Drew (1991)

Bolton e Drew (1991), tomando como base o Modelo Conceitual da Qualidade do Serviço, sugeriram um novo modelo que abarcava o valor pago pelo serviço como função do cliente. O método acrescentou subsídios que complementaram as investigações sobre a

satisfação dos clientes, ou seja, as expectativas e o desempenho percebido antecedem a satisfação do cliente e esta se constitui um dos aspectos que afetam a percepção da qualidade do serviço (LAGE, 2008).

Para Miguel e Salomi (2004) os autores indicaram um modelo mais ordenado, segundo o qual, as expectativas, o desempenho percebido e a não constatação das expectativas, antecedem a satisfação do cliente, sendo este um dos fatores que comprometem a percepção da qualidade do serviço. Outro fator que influencia na percepção da qualidade do serviço é a não constatação das expectativas.

Nesse modelo, de acordo com Lima (2014), o valor do serviço apresenta analogia com a qualidade do próprio serviço. Esses estudos assinalam que as características dos clientes são mais importantes para a avaliação do valor do que para a avaliação da qualidade.

2.4.6 Modelo *SERVPERF* - Cronin e Taylor (1992)

Cronin e Taylor (1992) elaboraram um modelo baseado apenas na percepção de desempenho dos serviços. Os autores supracitados observaram que a qualidade é avaliada como uma forma do cliente perceber as dimensões que a envolvem, e não deve ser medida tendo como base o modelo de satisfação de Oliver (1980), ou seja, por meio das diferenças entre expectativa e desempenho, mas apenas pelo desempenho. A denominação “escala *servperf*”, foi dada como uma alternativa à escala *servqual*, mesmo se considerando que os 22 itens representativos das cinco dimensões da qualidade em serviço, sugeridos por Parasuraman et al. (1988) estavam com boa base teórica (MIGUEL e SALOMI, 2004).

De acordo com os autores, as quatro hipóteses testadas pelo modelo são:

1. “Uma medida de qualidade de serviço *servperf* não ponderada é mais apropriada para a medição da qualidade em serviço que o instrumento *servqual*, *Servqual* ponderado, ou *servperf* ponderado.
2. Satisfação do cliente é um antecedente da qualidade perceptível de serviço.
3. Satisfação do cliente tem um impacto significativo nas intenções de recompra.
4. Qualidade perceptível de serviço tem um impacto significativo nas intenções de recompra.” (MIGUEL e SALOMI, 2004: p.24).

Segundo Lage (2008), os autores Cronin & Taylor (1992) entenderam ainda que a qualidade percebida dos serviços antecede a satisfação do cliente e têm influência nas intenções de compra de forma mais contundente do que a qualidade percebida. Os autores concluíram que o instrumento *servperf* apresenta maior sensibilidade em retratar as alterações de qualidade se comparado às outras escalas testadas.

2.4.7 Modelo de desempenho ideal - Teas (1993)

O Modelo de desempenho ideal criado por Teas (1993), surge como reforço às críticas ao instrumento *servqual* pela afirmação de Parasuraman et al. (1988) que a percepção de qualidade pode ser explicada como uma atitude (MIGUEL e SALOMI, 2004). O autor ponderou que a percepção de desempenho extrapola o ponto ideal (expectativa ideal).

Deixando a crítica mais aparente, o autor atesta que, utilizando-se o instrumento *servqual*, o máximo valor numérico obtido para a qualidade de serviço, e apreciando-se determinado atributo, sobreviria quando “a perspectiva fosse equivalente a +1 e o desempenho equivalente a +7, resultando em uma qualidade de serviço com valor +6 (7-1)” (MIGUEL e SALOMI, 2004).

Os autores supracitados afirmam em seu trabalho: “Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços” que Teas (1993) testou quatro modelos, rotulando-os como ponderados e não ponderados, aplicando os 22 itens para as dimensões da qualidade do modelo *servqual*. O trabalho abrangeu 120 respondentes aleatórios, escolhidos pela lista telefônica, tendo sido interrogados sobre três lojas de varejo. Nesse, duas hipóteses foram testadas:

- H₁: a avaliação da qualidade pelo modelo do desempenho ideal (DI) é melhor do que o modelo *servqual*,
- H₂: a validação dos modelos que envolvem preferências de compra, intenções de recompra e satisfação total dos serviços é mais bem representada no modelo de desempenho ideal (DI) se comparado ao modelo *servqual*.

Em síntese, a pesquisa de Teas (1993), embora utilizando conjunto restrito de itens da escala *servqual* e não abarcar todos os setores de serviços, assinala para o modelo do desempenho ideal (DI) como o que representa melhor a satisfação do cliente, preferências de compra e intenção de recompra e (MIGUEL e SALOMI, 2004).

Lima (2014) atesta que na contramão do entendimento de Teas (1993), o modelo *servqual* assinala para aumento da qualidade percebida e dessa maneira, não deveria ser compreendida de acordo com os mesmos parâmetros sugeridos para os modelos clássicos.

2.4.8 Modelo ACSI – Fornell (1996)

De acordo com Lima (2014), o modelo *ACSI* (*American Customer Satisfaction Index*) foi elaborado pelo *National Quality Research Center*, da *Stephen Ross Business School*, da Universidade de Michigan.

Proposto por Fornell (1996), o *ACSI* tem como base a teoria com três precedentes: a qualidade percebida, o valor percebido e a expectativa do cliente. Como consequência da satisfação do cliente, o *ACSI* aponta para a diminuição das reclamações e o aumento da lealdade do usuário.

Para Moura e Gonçalves (2005) na *ACSI* preconizam-se as seguintes relações que antecedem a satisfação:

1) As Expectativas fazem parte dos determinantes da satisfação. Supõe-se que as expectativas do cliente estejam relacionadas de forma positiva à qualidade percebida e, em consequência do valor percebido;

2) A qualidade percebida tem uma implicação positiva sobre a satisfação dos clientes e o valor percebido;

3) O valor percebido apresenta associação positiva entre este e a satisfação do cliente.

Os autores do modelo *ACSI* atrelam a lealdade à marca à possibilidade de recompra pelo usuário, além de avaliar a tolerância ao preço como fator componente da lealdade. O ajuste final do modelo está entre reclamações do cliente e sua lealdade. Essa relação está ligada aos sistemas de serviço ao cliente e resolução de reclamações oferecidas pelo prestador. Quando o prestador responde de forma favorável ao usuário, o relacionamento é positivo. De outra forma, a relação será negativa (MOURA e GONÇALVES, 2005).

O Quadro 4 apresenta uma síntese dos modelos apresentados.

Quadro 4 - Modelos de Qualidade

MODELO/ AUTOR	CARACTERÍSTICAS	CONCLUSÕES	ÁREAS DE APLICAÇÃO
Grönroos (1984)	Qualidade = f (expectativa, desempenho e imagem)	- Interação comprador /vendedor é mais importante que atividades de marketing. - Contato comprador/vendedor tem mais influência na formação da imagem que atividades de marketing.	Diversos tipos de serviços privados.
Tríade de Donabedian (1984)	Avaliação baseada na estrutura, processo e resultado.	A monitorização da qualidade é desempenhar vigilância ininterrupta, para que desvios dos padrões possam ser detectados e corrigidos de forma precoce.	Serviços de saúde americanos
SERVQUAL Parasuraman et al. (1985,1988)	22 itens distribuídos em cinco dimensões da qualidade (tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia)	- A qualidade de serviços pode ser quantificada. - Determina cinco dimensões genéricas para todos os tipos de serviços. - A qualidade dos serviços é diferença entre expectativa e desempenho ao longo das dimensões.	Diversos tipos de serviços privados ou públicos
Brown e Swartz (1989)	Utiliza as 10 dimensões do modelo inicial desenvolvido por Parasuraman et al. (1985) - acesso - comunicação - competência - cortesia - credibilidade - confiabilidade - presteza - segurança - aspectos tangíveis - compreensão do cliente	- A qualidade dos serviços é a diferença entre desempenho e expectativa ao longo das dimensões.	Atendimento em consultórios e área médica do setor privado
Modelo de Avaliação do serviço e valor Bolton e Drew (1991)	- Utiliza quatro dimensões desenvolvidas por Parasuraman et al.(1988) - Introduz o conceito do valor na avaliação da qualidade do cliente	Concluem que as características dos clientes influenciam as avaliações de qualidade e valor pelo cliente. - A não confirmação das expectativas está mais fortemente correlacionada com a qualidade dos serviços.	Serviços privados de telefonia
SERVPERF Cronin e Taylor (1992)	Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988)	Avaliação de qualidade de serviços é melhor representada pelo desempenho ao longo das dimensões.	Diversos tipos de serviços privados ou públicos
Modelo do Desempenho Ideal Teas (1993)	Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988)	- O modelo do desempenho ideal tem maior correlação com as preferências de compra, intenções de recompra e satisfação com os serviços.	Lojas privadas de varejo
ACSI – Fornell (1996)	Tem como base a teoria com três precedentes: a qualidade percebida, o valor percebido e a expectativa do cliente.	- Para o modelo a lealdade está ligada à possibilidade de recompra pelo usuário. - O relacionamento final do modelo é entre reclamações do cliente e sua lealdade.	Diversos tipos de serviços privados e públicos

Fonte: Adaptado de Miguel e Salomi (2004)

2.5 Qualidade percebida pelo usuário

Grönross (1994) atesta que a qualidade percebida é um construto que antecede a satisfação do cliente, baseado no valor imposto ao nível de qualidade vivenciado. Nessa ótica, a qualidade percebida é vista como uma preconcepção concernente a como um serviço se desenvolve, enquanto a satisfação do cliente é vista como uma avaliação/julgamento de quanto bem-sucedido o serviço foi, no que alude ao preenchimento das necessidades e desejos do cliente (LIMA, 2014). Grönroos (1994) e Fornell (1996) argumentam que a qualidade só pode ser definida pelo cliente, já que a mesma fundamenta-se na percepção que estes têm sobre o produto ou serviço. Ou seja, naquilo que o próprio considera e define como qualidade.

Conforme Miguel e Salomi (2004) a qualidade percebida é a diferença entre o que o cliente espera do serviço e seu julgamento posterior à execução do serviço, no que diz respeito a características de ordem técnica e outras de ordem funcional. Desta forma, quando a expectativa é maior que a percepção de qualidade, a qualidade está abaixo de satisfatória. Quando a expectativa for igual à percepção, a qualidade é satisfatória, e quando a percepção for maior do que a expectativa, a qualidade aproxima-se do ideal (MOURA et al., 2007).

Pólvora (2008) atesta que a qualidade percebida torna-se importante nas trocas relacionais no momento em que Parasuraman, Zeithaml e Berry (1996) garantem que esta variante é quem produz no consumidor o interesse em persistir ou não com o serviço. Além disso, os autores supracitados indicam que nos serviços de qualidade superior, existe uma disposição ao reuso do serviço.

Na avaliação do desempenho de um produto ou serviço, o cliente/usuário utiliza-se geralmente da análise de seus principais atributos (OLIVER, 1999). Sendo assim, a medição do nível de satisfação dos clientes serve como uma medida para averiguar o desempenho da empresa relacionado às suas expectativas.

Segundo Pouget et al. (2014) a percepção da qualidade pode variar de acordo com o usuário e suas crenças e valores. O que para um pode ser bom, pode não ser percebido da mesma maneira por outro usuário. Portanto, as escalas de avaliação da qualidade e satisfação precisam ser adaptadas de acordo com os atributos que se quer pesquisar e conhecer.

De acordo com Oliver (1999) a diferença entre a qualidade percebida e satisfação é que a qualidade percebida dos serviços associa-se à apreciação do serviço em relação às cinco dimensões da Escala *Servqual*, já a satisfação pode integrar-se a qualquer dimensão, referente ou não à qualidade. Além disso, conforme o autor, as expectativas de qualidade baseiam-se

em ideias ou percepções de excelência e não requerem necessariamente uma experiência com o uso do serviço. Já a satisfação, tem como base a experiência.

Assim, a referência para definir a satisfação são as expectativas, aquilo que o consumidor/usuário acredita que irá receber, enquanto a qualidade de serviço percebida procede da comparação da execução do serviço com aquilo que os usuários acreditam que o fornecedor precisaria fornecer. Nessa perspectiva, um cliente/usuário poderia ficar satisfeito com um serviço de baixa qualidade, quando o desempenho alcançado superou o que ele previa (SALES, 2006).

Para Abreu e Sette (2011) a qualidade percebida pelo usuário se compõe de aspectos complexos. Nos serviços de saúde, a definição desses aspectos é ainda mais complexa dada a própria natureza desse tipo de serviço. Isso faz com que as instituições busquem cada vez mais a melhoria de seus serviços, investindo no trabalho da equipe e encarando os desafios atribuídos a restrições políticas ou econômicas, criando suas próprias estratégias de ação.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo estão dispostos os métodos e técnicas empregados na realização da pesquisa, considerando sua natureza, a população estudada, a definição da amostra e o modo como ocorreu a coleta de dados.

A realização da pesquisa permitiu um estudo aprofundado sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de Viçosa (CISMIV).

O desenvolvimento da presente pesquisa em um órgão público apresentou algumas similaridades àquelas oferecidas em instituições análogas, com características e princípios comuns que norteiam a administração pública, não obstante os serviços serem diferenciados.

A pesquisa apresenta, como meio de avaliação da qualidade dos serviços a elaboração de uma escala, tendo como base teórica estudos desenvolvidos por Parasuraman et al. (1985), que torna possível a análise da avaliação da qualidade em diversos tipos de serviços, tendo sido utilizados por autores subsequentes, além de estudos recentes como Moura (2005), Lima (2014), Furlan (2016) e outros sobre qualidade e satisfação na área de saúde no Brasil.

3.1 Caracterização da pesquisa

O estudo caracterizou-se quanto aos objetivos como exploratório na primeira fase e descritivo na segunda, e estudo de caso, em razão da especificidade do estudo, que buscou descrever, examinar e aprimorar ideias sobre o problema investigado em um campo com pouco conhecimento acumulado que, no caso, é a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa.

A pesquisa se utilizou das abordagens qualitativa e quantitativa. Malhotra (2012) afirma que a qualitativa admite melhor compreensão do contexto do problema, colocando o pesquisador numa relação direta com a realidade estudada. Assim, tem-se o ambiente como fonte de dados (SILVA, 2012).

A quantitativa caracteriza-se pela quantificação na coleta dos dados e também a utilização de técnicas estatísticas no tratamento desses dados. Esse tipo de pesquisa tende a avaliar resultados precisos, propiciando margem de segurança ao evitar distorções de análise e interpretação (RICHARDSON et al., 1985).

3.2 Primeira fase: Pesquisa Exploratória

Para Malhotra (2012) a pesquisa exploratória é um tipo de pesquisa que tem como finalidade principal a compreensão da situação propiciando que o pesquisador se torne íntimo de um assunto ainda pouco estudado possibilitando ao fim de uma pesquisa exploratória elaborar novas conjecturas.

Pondera-se que esta pesquisa busca ainda produzir conhecimento para a área de saúde pública, assim, pode-se considerá-la como uma pesquisa aplicada, produzida a partir da necessidade de resolução de problemas concretos, podendo ser de forma imediata ou não (VERGARA, 2009).

Devido a sua especificidade, a pesquisa exploratória quase sempre assume a forma de um estudo de caso. Como qualquer pesquisa, ela requer também que seja feita uma pesquisa bibliográfica, mesmo que se tenham poucas referências a respeito do tema pesquisado, sempre há outros pesquisadores com práticas semelhantes, o que estimulará a compreensão do pesquisador (GIL, 2002).

No caso específico desta pesquisa, a etapa exploratória tornou-se importante, pois além da caracterização do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa, pôde-se verificar como ocorreu o processo de implantação e estruturação do CISMIV. Nessa etapa, realizou-se entrevista com um gestor, que é um ator estratégico no órgão, pois além de manter contato com usuários, atendendo a sugestões e reclamações, atua também como representante dos gestores municipais dentro do órgão. Além disso, ocorreu busca de dados por meio do Estatuto, documentação interna e site do CISMIV.

Buscou-se também identificar quais atributos citados pelo gestor e pelos usuários e sua importância na percepção da qualidade dos serviços oferecidos pelo CISMIV. Esses dados foram utilizados para a elaboração do instrumento de coleta de dados da etapa subsequente, ou seja, o questionário na etapa descritiva.

3.2.1 Coleta de dados

A coleta de dados de cunho exploratório permitiu o levantamento das opiniões e percepções do gestor e também de usuários, a respeito das variáveis relativas à qualidade dos serviços prestados pelo CISMIV.

Nessa fase foram construídos dois roteiros de entrevista (Apêndices A e B), constando de questões em que os entrevistados podiam emitir suas opiniões e o pesquisador averiguar suas percepções acerca dos serviços prestados.

A coleta dos dados qualitativos ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com o gestor do CISMIV e usuários, além de observações.

A entrevista com o gestor do Consórcio (Apêndice A) teve como objetivo verificar o funcionamento da Instituição sob a égide daquele que gerencia e atua como mediador entre os usuários e os gestores dos municípios consorciados, e que também está a par das potencialidades, limitações e dificuldades enfrentadas pelo órgão no atendimento aos usuários, incluindo a sua percepção sobre qualidade dos serviços, o que agrada ou não aos usuários, reclamações, sugestões.

Considerou-se o que sugere Righi et al. (2010) de que o processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde abrange os usuários dos serviços e também quem os produz. Assim, o usuário e o prestador assumem características distintas no processo, ainda que tanto um quanto outro contribuam para que os serviços sejam desempenhados. Nesse sentido, as perspectivas dos usuários e prestadores motivam a qualidade dos serviços.

O gestor do CISMIV foi entrevistado em data e horário agendado antecipadamente. A entrevista foi realizada no local de trabalho do gestor e foi gravada em áudio, mediante autorização do entrevistado, com duração de, aproximadamente, 45 minutos. O roteiro abordou questões relativas à implantação do Consórcio, além de aspectos referentes à qualidade dos serviços prestados pelo CISMIV e também de possíveis dificuldades que o órgão enfrenta. As questões foram preparadas levando-se em consideração aspectos que geram a qualidade dos serviços e ocasionam a satisfação dos usuários, baseando-se nos conceitos, modelos e considerações observados na revisão de literatura. Dividido em duas partes, o roteiro de entrevista apresentou na primeira parte 17 questões que versaram sobre a implantação e funcionamento do CISMIV e, a segunda com 20 questões, sobre a identificação de atributos a serem considerados para avaliação da qualidade dos serviços.

As entrevistas com 20 usuários do CISMIV (Apêndice B) foram realizadas no período entre 22/08 a 20/09/2016 e teve como objetivo identificar os aspectos ou variáveis mais importantes considerados pelos usuários e que influenciam na qualidade. Essas variáveis serviram de base para a elaboração do questionário que foi aplicado na segunda fase (quantitativa).

Os 20 usuários do CISMIV foram entrevistados de forma aberta, tendo sido feitas abordagens eventuais e pessoais na sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde da

Microrregião de Viçosa, enquanto aguardavam atendimento médico ou exames. Também foram gravadas em áudio, mediante autorização dos entrevistados, preservando-se o anonimato dos mesmos. Do total de 20 entrevistas, apenas 2 não foram gravadas. As mesmas foram transcritas de forma a possibilitar a análise das falas dos entrevistados, denominados de U1, U2, U3, etc.

A amostra, escolhida por conveniência foi determinada por saturação teórica, definida por Fontanella et al. (2008) como uma amostra praticada por um processo ininterrupto de análise dos dados, com início junto a coleta de dados. Tendo em vista as questões que foram colocadas aos usuários, às quais conjecturavam a respeito dos objetivos da pesquisa, essa análise buscou o momento em que pouco se apareceram dados novos, considerando cada um dos assuntos abordados.

A entrevista semiestruturada foi escolhida como parte dos instrumentos de coleta de dados por se acreditar que, com esse método, informações importantes poderiam ser levantadas. A elaboração do roteiro de entrevista fundamentou-se em outros estudos acerca da qualidade de serviços, como o de Lima (2014) e Furlan (2016).

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, em 17 de Agosto de 2016 sob o parecer nº 1682785.

3.2.2 Análise dos dados

A análise dos dados dessa primeira fase deu-se pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) que assevera que este busca agregar as palavras que foram partilhadas pelo grupo abertamente. O método é um conjunto de técnicas que analisa as comunicações, utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos com o intuito de descrever o conteúdo das mensagens.

Triviños (1987) afirma que é impossível focar unicamente nas informações visíveis nos documentos. O pesquisador deve procurar desvendar informações ocultas nos documentos, penetrando na análise. O autor classifica a análise de conteúdo em três fases: “pró-análise, descrição analítica e interpretação inferencial”.

No caso peculiar desta pesquisa foram geradas categorias de qualidade percebida, as quais foram compostas por itens escalonados e apresentados na análise dos resultados. Essas categorias foram úteis nos passos subsequentes da análise de dados em termos da formação de dimensões ou fatores da qualidade percebida pelos usuários do CISMIV.

Para análise dos dados nessa fase, seguiram-se as seguintes etapas, propostas por Bardin (2011) e referidas por Mozzato e Grzybovski (2011):

1^a) Pró-análise - a organização propriamente dita do material, e que implica em contato do pesquisador com a documentação de coleta de dados; definindo o material a ser analisado; elaboração de proposições e objetivos; referenciação teórica. Essa etapa foi importante para sistematização das ideias de acordo com o referencial teórico. Portanto, nessa etapa foi feita uma leitura do material procurando-se destacar fragmentos relevantes e que havia relação com a literatura examinada (MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011).

2^a) Exploração do material - descrição analítica do material textual coletado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos, em que se procede a definição de categorias e em que se identificam as unidades de registro. Nessa etapa foram feitos recortes dos fragmentos das entrevistas em unidades de registro. As unidades de registro de acordo com Bardin (2011) são unidades de significação, que se solta de forma natural de um texto, de acordo com critérios relativos à teoria. As unidades de registro são fragmentos das entrevistas que, com fundamento teórico, ajudam a compor as subcategorias (MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011).

3^a) Tratamento e interpretação dos dados – com o tratamento dos dados destacam-se as informações para análise, gerando interpretações, com análise reflexiva e crítica (MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011).

3.3 Segunda fase: Pesquisa Descritiva

A presente fase de cunho descritivo teve como base os resultados da primeira fase e também se considerou o que modelos e outros estudos trouxeram como possíveis variáveis.

Vergara (2009) afirma que a pesquisa descritiva expõe as características de dada população ou fenômeno, podendo estabelecer relações entre variáveis, sem explicar os fenômenos que descreve, embora ajude na fundamentação dos fenômenos.

Gil (2002) complementa afirmando que as pesquisas descritivas têm como objetivo analisar as características de um grupo e aquelas que sugerem o estudo, por exemplo, do nível de atendimento dos órgãos públicos a uma comunidade, condições de habitação de seus habitantes, índice de criminalidade que se registra etc. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm como alvo o levantamento de opiniões, atitudes e crenças de uma população. São consideradas também pesquisas descritivas aquelas que se dispõem a desvendar a existência de associações entre variáveis.

De acordo com o mesmo autor as pesquisas descritivas são realizadas pelos pesquisadores sociais que se preocupam com a atuação prática, juntamente com as exploratórias.

3.3.1 Elaboração do instrumento (questionário) de coleta de dados

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados foram usados como referências os atributos estudados e elencados na revisão de literatura.

O questionário (Apêndice C) utilizou a escala intervalar com um escalonamento variando de 1 a 10 e com âncoras descritas como “discordo totalmente” e “concordo totalmente”.

A escala intervalar é definida por Morais (2005) como sendo um meio quantitativo de anotar um fato, aferindo-o em relação a uma amplitude específica, ou seja, situando-o com referência a um valor conhecido denominado como ponto zero. Essa medição é feita a partir da definição da unidade de medida que será usada na comparação partindo-se da diferença entre o valor no ponto zero e um valor secundário conhecido.

As variáveis que nortearam a elaboração dos questionários estão descritos no Quadro 5. Conforme explicitado, os principais indicadores tratam da avaliação da qualidade pelos usuários e da confiança nos serviços prestados pelo CISMIV a partir de construtos/categorias obtidas na etapa qualitativa da pesquisa. Para isso, buscou-se amparo na literatura científica a partir do modelo de Parasuraman et al. (1988) e de outros autores que discorrem acerca da qualidade e confiança nos serviços. Os resultados obtidos também foram comparados com outros estudos na área de saúde.

Quadro 5 – Variáveis da pesquisa

Variáveis	Construtos	Principais Autores
- confiabilidade, - conforto, - segurança, - acessibilidade, - relacionamento com o usuário, - informações ao usuário, - atendimento no CISMIV.	Qualidade Percebida	PARASURAMAN et al., 1988 LIMA, MOURA e SOUKI, 2015 FURLAN, 2016

Fonte: elaborado pela autora.

A partir da identificação das variáveis apontadas pelos usuários e que envolvem aspectos relacionados à confiabilidade, ao conforto das instalações do CISMIV, segurança,

acessibilidade e atendimento pôde-se desenvolver a escala de avaliação da qualidade percebida pelos usuários. A base teórica foi essencial nesse processo, já que, a partir das variáveis obtidas puderam-se realizar estudos comparativos com estudos similares.

3.3.2 Coleta, tratamento e análise dos dados

A coleta de dados na abordagem quantitativa da pesquisa descritiva ocorreu entre 01/10 a 15/11/2016 e teve como objetivo mensurar a qualidade dos serviços, utilizando para tal o instrumento desenvolvido a partir dos resultados da primeira etapa.

Para responder os objetivos propostos foi aplicado o questionário, cujas questões foram formuladas posteriormente às análises das entrevistas com o gestor e com os usuários (1ª fase), de onde emergiram as variáveis e atributos a serem considerados na avaliação da qualidade.

Antes da realização do trabalho de campo, procedeu-se o pré-teste do questionário – por meio da aplicação para quinze usuários do Consórcio Intermunicipal de Saúde. Os resultados indicaram que não havia a necessidade de modificações no questionário.

Posteriormente, realizou-se o trabalho de campo e a amostra final contou com trezentos e trinta e cinco questionários válidos. Hair et al. (2009) recomendam um limite entre cinco a dez respondentes para cada questão elaborada, considerando-se que dez seria o nível para realização de técnicas de modelagem de equações estruturais.

Assim, a amostra apresentou a relação de oito casos para cada questão do questionário, não alcançando o nível ideal que seria de 10 respondentes por questão, mas sendo um número aceitável (HAIR et al., 2009).

Para a construção do banco de dados, análise e tratamento destes, foram utilizados os softwares Excel, SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e o SPSS Amos (*software de modelização de equações estruturais*).

No estudo fez-se a análise exploratória dos dados, posteriormente a análise fatorial, que na pesquisa teve o objetivo de diminuir a quantidade de itens que formam uma determinada dimensão e ao mesmo tempo manter o máximo da variância explicada em relação a essa dimensão ou fator. Realizou-se ainda a análise fatorial confirmatória (AFC) por meio da validade discriminante que visa situar até que ponto uma escala é distinta, mediante a verificação dos construtos que não se correlacionam com outros construtos do modelo. Tal verificação, ao contrário da validade convergente, mensurou até que ponto uma determinada escala é distinta.

Fez-se ainda a análise da validade nomológica em relação à percepção de qualidade dos usuários do CISMIV.

3.3.3 População e amostra

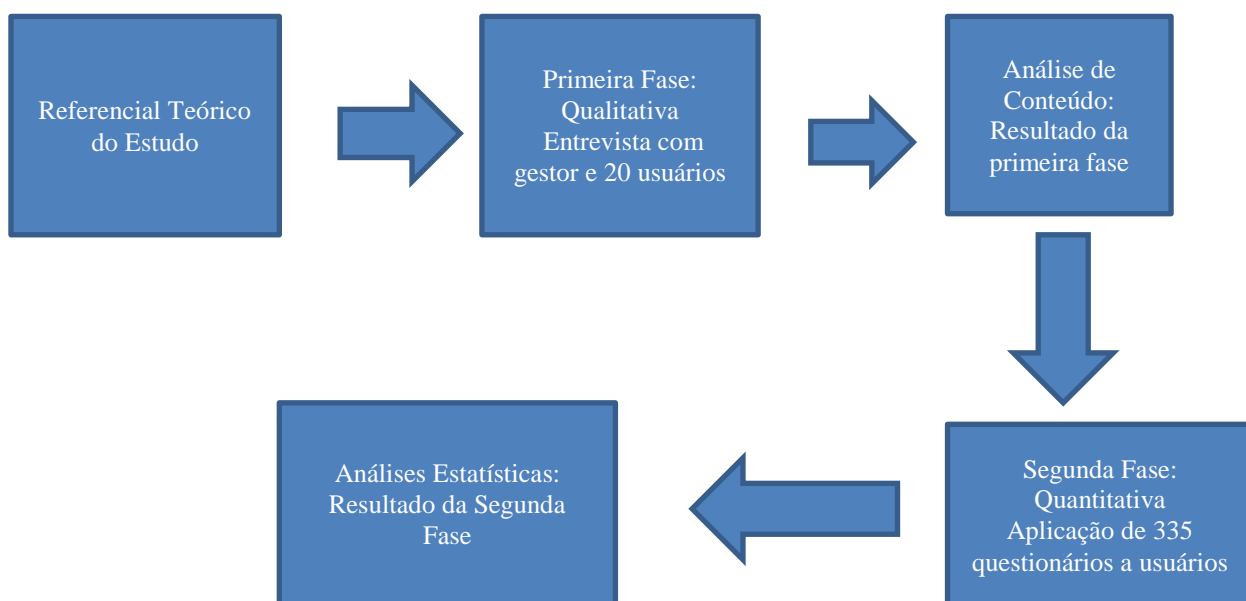
A população estimada de usuários atendidos pelo CISMIV é de 3.000 a 4.000 por mês, de acordo com o Relatório de Produtividade de 2015 (Quadro 7). A população da pesquisa, na segunda fase, foi constituída por uma amostra de usuários que utilizam os serviços de saúde oferecidos no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa - MG.

Lima et al. (2015) entendem a amostra como uma subclasse pequena da população retirada por meio de procedimentos probabilísticos ou não. A amostra permite que se façam generalizações sobre a população estudada.

Foi empregada a amostragem não probabilística, conduzida por escolha de dados por conveniência. Nesse tipo de amostra o instrumento de coleta de dados é aplicado convenientemente aos usuários que estão na data, local e horário escolhidos pelo pesquisador. Com base nessas considerações foi aplicado a segunda parte da ferramenta de pesquisa a uma amostra selecionada a partir do critério de definição do tamanho da amostra indicado por Hair et al. (2009) de um limite entre cinco a dez respondentes para cada questão elaborada.

Na Figura 1 estão sistematizados os procedimentos e etapas adotados na metodologia.

Figura 1 – Sistematização da Metodologia



Fonte: Elaborado pela autora

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUALITATIVA

Nessa etapa buscou-se caracterizar e descrever o CISMIV, bem como identificar os itens considerados pelo Gestor e pelos usuários que são importantes para a percepção da qualidade dos serviços oferecidos pelo CISMIV.

A análise dos dados ocorreu pela Análise de Conteúdo, vista por Minayo (2004) como a análise de informações a respeito do comportamento humano, conjugando duas funções: a de verificar questões e a de descobrir o que está por detrás dos conteúdos expressos.

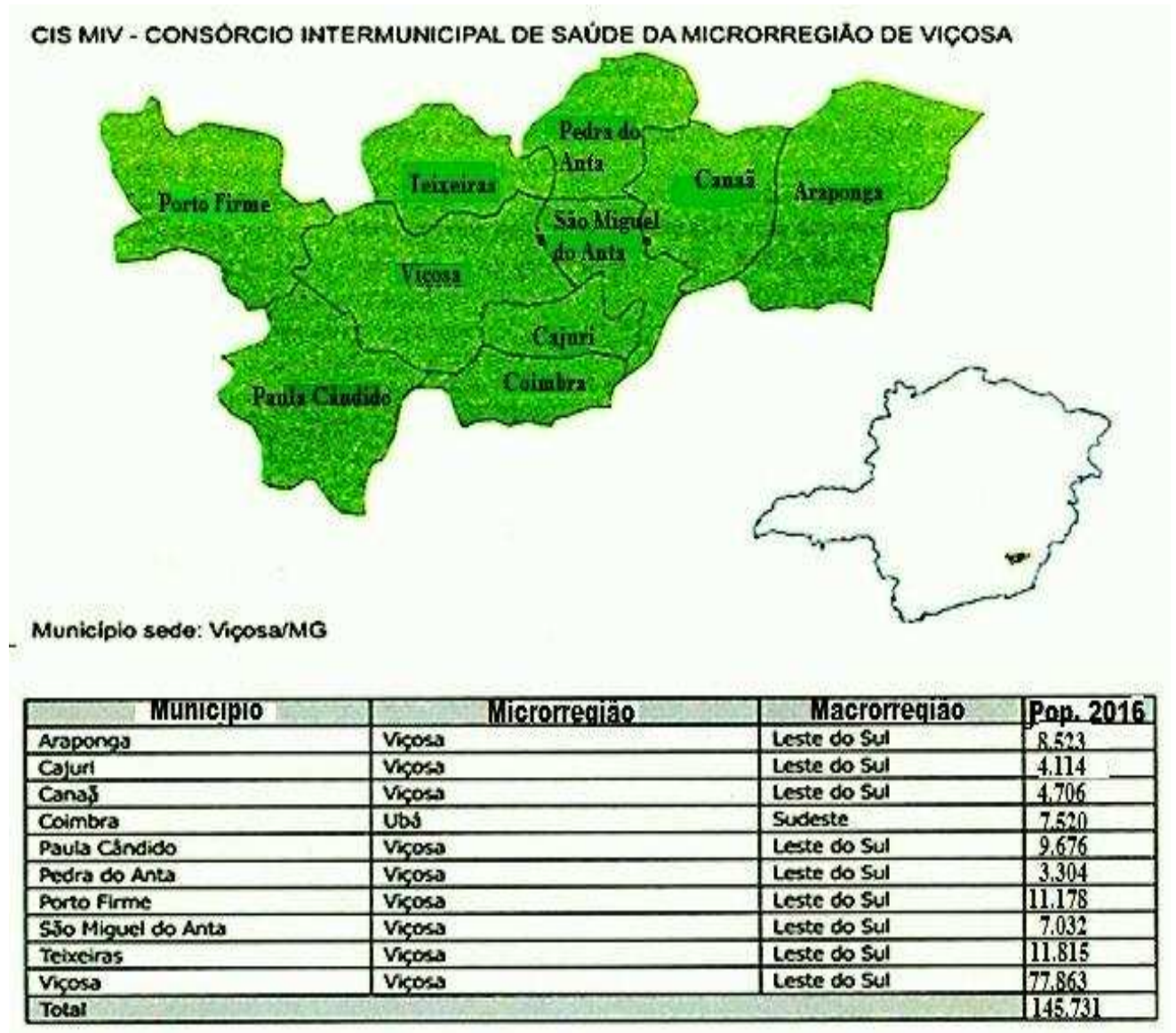
4.1 Conhecendo o CISMIV: caracterização e funcionamento

Em Minas Gerais, quarto maior Estado Brasileiro em extensão territorial e também um dos mais desenvolvidos, os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram em 1995. Inicialmente, foram criados 2 consórcios que abrangiam 38 municípios. Atualmente, o Estado conta com 64 consórcios que atende a 662 municípios (COSECS/MG, 2015).

Desde então, os Consórcios Intermunicipais de Saúde mineiros vêm realizando ações conjuntas de municípios que buscam resolver problemas comuns e aumentar a capacidade de atendimento aos cidadãos e a capacidade de diálogo das prefeituras junto aos governos estadual e federal (LIMA et al., 2010).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV) foi inaugurado em 03 de Março de 1997 e é composto desde a sua fundação por 10 cidades da Microrregião, apresentadas na Figura 1 e caracterizadas no Quadro 6:

Figura 2 – Municípios que compõem o CISMIV



Fonte: Adaptado pela autora do site de CISMIV, 2016.

Quadro 6 – Caracterização dos Municípios que compõem o CISMIV

Município	População (2016)	Área Territorial (2015)	População Rural (2016)	Salário Médio Mensal (Mínimo) (2014)	PIB (Produto Interno Bruto) Per Capita (2014)	IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) (2010)
Araponga	8.523	303,79 km ²	5.111 (59,96%)	1,8	R\$7.517,54	0,536
Cajuri	4.114	83,04 km ²	1.951 (47,42%)	1,4	R\$12.674,61	0,617
Canaã	4.706	174,90 km ²	2.769 (58,83%)	1,6	R\$9.734,86	0,649
Coimbra	7.520	106,88 km ²	1.898 (23,25%)	1,9	R\$10.072,32	0,669
Paula Cândido	9.676	268,32 km ²	4.335 (44,80%)	1,5	R\$8.080,16	0,637
Pedra do Anta	3.304	173,17 km ²	1.173 (35,50%)	1,9	R\$8.561,66	0,624
Porto Firme	11.178	284,78 km ²	5.586 (49,97%)	1,6	R\$7.016,01	0,634
São Miguel do Anta	7.032	152,11 km ²	3.014 (42,86%)	1,6	R\$8.559,39	0,644
Teixeiras	11.815	166,74 km ²	3.732 (31,58%)	1,4	R\$9.053,16	0,675
Viçosa	77.863	299,42 km ²	4.915 (6,31%)	3,2	R\$17.066,16	0,775

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados do IBGE/Cidades, 2016 e Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

Os dados acima demonstram que a maior parte dos municípios apresenta ainda um alto índice de população residindo no meio rural, além da baixa média salarial para a maioria. Além disso, o IDH abaixo da média brasileira (que é de 0,755) para todos os municípios, exceto Viçosa, reforça a importância do CISMIV no atendimento da necessidade de oferta de serviços de saúde a municípios com estrutura ainda carente de investimentos.

Essa parceria faz com que os governos municipais fiquem mais soberanos, possibilitando relações mais cooperativas (FREITAS, 2014).

O CISMIV tem por principais finalidades:

- Integrar os municípios consorciados,

- Enfrentar de forma conjunta atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos seus habitantes,
- Planejar e executar com eficiência ações e serviços indispensáveis à população, de acordo com os princípios do SUS (CISMIV, 2016).

O Estatuto reformulado em 2015 atesta que o CISMIV é pessoa jurídica de direito público, do tipo associação pública, de natureza autárquica e interfederativa e agrega a administração indireta dos entes (cidades) consorciados (CISMIV, 2016).

Percebe-se que, conforme estudo de Freitas (2014), no consórcio estabeleceu-se uma relação de igualdade de participação na tomada de decisões entre os municípios consorciados.

Acerca da tomada de decisões, existem na estrutura do Consórcio, três tipos de conselhos, sendo: 1) conselho de prefeitos, que delibera as ações, 2) conselho de secretários de saúde, responsável pela execução das ações e programas e 3) conselho fiscal, que fiscaliza as ações, conforme disposto no Estatuto e também na entrevista com o gestor:

Gestor - Então esses três conselhos, eles reúnem, têm reuniões ordinárias, durante o ano civil e têm reuniões extraordinárias. Então os municípios participam dessas reuniões pra definir as estratégias de gestão do Consórcio, elaboração de orçamento e expansão do Consórcio. Enfim, através dessas reuniões é que são definidas as ações para execução do orçamento do Consórcio.

Até Julho de 2013, o CISMIV era considerado empresa pública de direito privado. Segundo Coelho (2012), o consórcio é uma empresa pública, criada por lei, e que se designa a realização de obras e serviços públicos. Nesse tipo de empresa os funcionários trabalham por regime de contrato regido pela CLT.

A partir de Julho de 2014, o CISMIV passou a possuir natureza de associação pública, assim como outros Consórcios. Com isso, a contratação de funcionários passou a ser por meio de concurso público. O primeiro foi realizado em Janeiro de 2016 e os funcionários concursados tomaram posse em Abril de 2016.

O CISMIV funciona de segunda a sexta, de 7 às 17 horas, em sede própria, com boa estrutura física, construída a partir da doação do terreno pela Prefeitura Municipal de Viçosa e a edificação executada com recursos do Governo Estadual.

4.1.1 Especialidades e procedimentos oferecidos pelo CISMIV

Do período de sua criação até 2016, o CISMIV passou a oferecer atendimento médico em aproximadamente 11 especialidades (anestesiologia, angiologia, cardiologia,

dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria e urologia). Por meio de um convênio firmado em 2010 com o Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, novas especialidades são oferecidas: neurologia, pequenas cirurgias, endocrinologia pediátrica, ginecologia, reumatologia, pediatria, hematologia, infertilidade, uroginecologia e psiquiatria da infância e da adolescência. Nesses atendimentos, os usuários são atendidos por discentes do curso de Medicina da UFV, acompanhados pelos professores.

De acordo com o gestor, as especialidades que têm maior demanda, são: oftalmologia e psiquiatria, como pode ser observado no Quadro 7.

Quadro 7 - Relatório de Produtividade do CISMIV, Janeiro a Dezembro 2015.

CONSULTAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS	REALIZADOS
Consulta em Anestesiologista	350
Consulta em Angiologia	1.578
Consulta em Cardiologia	1.649
Consulta em Dermatologia	2.168
Consulta em Endocrinologia	748
Consulta em Fonoaudiologia	837
Consulta em Oftalmologia	4.855
Consulta em Ortopedia	1.041
Consulta em Otorrinolaringologia	1.852
Consulta em Psiquiatria	3.781
Consulta em Urologia	1.560
TOTAL DE CONSULTAS	20.149
Ultra-sonografia de Abdômen Superior	203
Ultra-sonografia de Abdômen Total	1.696
Ultra-sonografia de Aparelho Urinário	1.149
Ultra-sonografia de Articulação	724
Ultra-sonografia de Bolsa Escrotal	169
Ultra-sonografia Mamaria Bilateral	462
Ultra-sonografia Morfológico	206
Ultra-sonografia Obstétrica	1.254
Ultra-sonografia Obstétrico com Doppler	86
Ultra-sonografia Pélvica (ginecológica)	505
Ultra-sonografia Transvaginal	1.648
TOTAL DE EXAMES DE ULTRASSOM	8.102
Sessão De Fisioterapia - Neurológica	5.640
Sessão De Fisioterapia - Ortopédica	10.830
Sessão De Fisioterapia - Respiratória	200
TOTAL DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA	16.670
Exame De Pterígio	30
Teste Ergométrico	444
TOTAL DE EXAMES	744
TOTAL GERAL	45.665

Fonte: Adaptado de CISMIV, 2016.

No que se refere à distribuição dessas consultas e exames entre as cidades consorciadas, cada município levanta sua demanda por determinada especialidade. A triagem da demanda é realizada pelo médico do PSF ou UBS. Na entrevista, o gestor assinala o processo de levantamento da demanda até o agendamento da consulta ou exame no Consórcio:

Gestor - O paciente procura o PSF e aí o médico do PSF indica a especialidade que o paciente tá precisando. Esse paciente procura a secretaria de saúde do referido município pra agendar essa consulta, via Consórcio. Então, esse agendamento é feito nas secretarias dos municípios consorciados.

Conforme apontado pelo gestor, após receber encaminhamento para consulta com especialista ou realizar exame, o paciente encaminha a solicitação do médico do PSF ou UBS para a secretaria de saúde de seu município e aguarda a marcação.

As marcações de consultas e exames são feitas diretamente pelas secretarias de saúde, que solicita o CISMIV o agendamento. Para o gestor, o aumento de investimentos por parte dos municípios com a contratação de novos profissionais poderia, em parte, minimizar a espera atual de aproximadamente 60 dias.

O gestor destacou também que as consultas e exames disponíveis não têm custo para o usuário, sendo de total responsabilidade das prefeituras dos municípios.

4.1.2 Potencialidades e limitações do CISMIV

Como se pôde perceber por meio da literatura apresentada, os consórcios trouxeram grandes benefícios na estratégia de descentralização, em consonância com os objetivos gerais do SUS. Sua proposta trouxe inovações propiciando aos municípios pequenos a possibilidade de ofertar à sua população serviços médicos especializados (NEVES e RIBEIRO, 2006).

Na visão do gestor, uma das principais potencialidades do CISMIV é a possibilidade de pequenos municípios oferecerem um atendimento médico especializado por meio do Consórcio:

Gestor - Eu vejo o Consórcio como uma grande conquista desses municípios que compõem a microrregião, porque, eu acredito que com a estrutura que cada município tem pra área de saúde ele não teria condições de dar um atendimento, vamos dizer assim, humanizado pra população. Então, o Consórcio surgiu com o intuito de ajudar os municípios a melhorar a área de saúde deles. Eu acho que o Consórcio é, sem sombra de dúvida, uma grande conquista pra esses municípios e, contribui consideravelmente pra melhoria da saúde desses municípios.

Outra potencialidade do CISMIV é a superação da eficiência do atendimento em relação ao SUS, conforme elucida o gestor:

Gestor - Aqui é um órgão público com uma característica bem diferente, uma característica inclusive de gestão, ele não tem uma ingerência dos municípios. Então, eu vejo o Consórcio como um órgão público de característica diferente de outros órgãos, de outras áreas. Por isso é que eu disse que o Consórcio foi uma grande conquista e uma grande invenção, uma grande descoberta, melhor dizendo, que tem um modelo de gestão pública diferente.

Outro ponto considerado como uma conveniência do CISMIV é os pacientes terem à disposição um serviço gerenciado pelo Consórcio, que é o programa Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), que visa o controle e a humanização do transporte dos usuários do SUS (PEREIRA et al., 2011). É uma ação empregada pelo Governo de Minas Gerais na tentativa de dar mais eficiência às redes de atenção a saúde. O programa, de acordo com o SESMG (2016), teve como finalidade a garantia de condução do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) para a realização de exames e/ou consultas especializadas fora de seu município. Os veículos (Figura 3) possuem além do motorista, um agente de viagem que é responsável pelo repasse de informações aos usuários durante a viagem (SESMG, 2016).

Figura 3 – Transporte de usuários



Fonte: <https://pt.slideshare.net/SESMG/apresentao-marta-sousa-lima-sets-ses>, acesso em 08 Mai. 2017.

Com relação às limitações enfrentadas pelo CISMIV está a escassez de recursos financeiros, um problema presente em vários setores no Brasil. Para o gestor, esta limitação gera dificuldades em se executar melhorias no serviço:

Gestor - Basicamente, recursos financeiros. Eu acho que isso é um problema que a gente tem em vários segmentos, não só na saúde. Mas aqui principalmente é a questão financeira, que o Consórcio tem uma única fonte de receita que é a receita

que os municípios colocam aqui. Então, os municípios têm passado muita dificuldade com a questão orçamentária, com o orçamento municipal, então eu acho que esse é o grande problema pra gente. Investir na melhoria da qualidade aqui, é a escassez de recursos.

Como consequência das limitações dos recursos financeiros surge outra dificuldade que é a própria contratação de médicos especialistas:

Gestor - Outra dificuldade é a própria contratação de profissionais pra atender aqui no Consórcio, porque os recursos são bem limitados. Então a gente tinha muita dificuldade na contratação. Hoje a gente conseguiu melhorar um pouco, a gente tá evoluindo na contratação destes profissionais, mas ainda tem algumas especialidades que realmente é muito difícil a gente conseguir profissional pra atender aqui no CISMIV.

Percebe-se, com isso, que a falta de investimentos na área de saúde influencia diretamente no acesso dos usuários aos serviços de forma eficaz e rápida.

4.2 Análise dos atributos da qualidade

As entrevistas com o gestor e usuários permitiram que fossem levantados aspectos que levam à qualidade do serviço, fatores que definem o grau de satisfação dos usuários do CISMIV, além das dificuldades enfrentadas que influenciam a percepção de qualidade e possíveis iniciativas de melhoria no serviço prestado.

A análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo das entrevistas. O material obtido foi utilizado a partir de recorte dos textos e classificação em unidade de registro e, posteriormente identificaram-se palavras consideradas chave e definiram-se as variáveis, as quais foram sintetizadas em subcategorias, para por fim se chegar às categorias.

Na avaliação do gestor, a satisfação dos usuários está diretamente ligada à questão do atendimento. Quando esse é bem feito, os usuários se sentem satisfeitos e avaliam de forma positiva os serviços prestados. Isso porque os pacientes sentem necessidade de serem ouvidos em seus anseios e dúvidas, conforme afirmação:

Gestor - Eu acho que o profissional médico aqui precisa exatamente conhecer a realidade desse atendimento, pra que possa fazer um atendimento que atenda à necessidade do paciente, que ele possa amanhã então, fazer uma avaliação positiva. Esse é um problema também que a gente enfrenta aqui, que por ser um atendimento Sistema Único de Saúde. Isso não é um problema apenas do CISMIV, é um atendimento que, na visão do paciente, é um atendimento feito muito superficial né? Na avaliação médica, então, o paciente não sente que ele foi, examinado da forma que deveria, então, eu percebo que é a maior queixa que nós temos aqui, é exatamente essa.

Sobre a fase atual do CISMIV e o reconhecimento dos usuários e gestores públicos dos serviços oferecidos, o gestor relata sua crença de que o CISMIV está em uma fase de busca por melhoria da qualidade e se têm criado um vínculo de confiança cada vez maior com os serviços oferecidos pelo Consórcio:

Gestor - Eu acredito que o Consórcio hoje presta um bom serviço pra população que pertence a esses 10 municípios, é evidente que a gente pode melhorar muita coisa ainda e a gente trabalha sempre nessa direção, de buscar cada vez mais uma melhoria no atendimento. Mas, eu vejo que a gente já conseguiu evoluir bem e hoje oferece um serviço, pode não ser de excelência, mas um serviço de uma qualidade de razoável pra boa.

O gestor demonstra ainda duas preocupações. A primeira é o tempo de espera para marcação de consultas e exames:

Gestor - Porque muitas vezes, quando o paciente chega a ser atendido por um profissional médico, às vezes a situação dele já se agravou e aí, o atendimento que ele buscou naquele primeiro momento já não é o suficiente mais. Então eu vejo isso como uma preocupação.

Sobre o tempo médio de espera para atendimento na especialidade indicada, se reconhece que essa espera tem sido maior que o desejável.

Essa prerrogativa vai ao encontro da afirmação de Arroyo (2007) de que o sistema público de saúde brasileiro se caracteriza por longa espera. Os autores entendem que essa crise na saúde brasileira tem levado à diminuição da qualidade do atendimento.

Nesse aspecto, o gestor aponta que essa demora se deve à relação oferta/demanda, já que a oferta de serviços é bem menor que a cota dos municípios. O gestor reconhece que a necessidade é sempre maior do que o oferecido:

Gestor - Pela experiência que a gente tem vivido aqui há uma espera bastante razoável, (...) tem situações em que o paciente espera até 60 dias pra conseguir agendar uma consulta (...), porque há uma demanda muito maior do que o que se oferece (...) por isso é que tem esse prazo aí. Não são todas as especialidades, mas via de regra é de 30 dias pra frente aí pra poder conseguir agendar.

Gestor - É um monte de situações e fatores, uma maior diversidade nas especialidades médicas. A gente tem dificuldade pra encontrar, pra aumentar esse número de especialidades, aumentar o número de exames que são feitos aqui no Consórcio, e também aumentar a oferta, em função da demanda de cada município. Eu acho que é basicamente isso aí, são as grandes dificuldades que nós temos.

A segunda dificuldade assinalada tem relação direta com tempo de atendimento médico, que segundo o gestor, produz queixas e insatisfação por parte de alguns usuários. O representante do CISMIV demonstrou que existem iniciativas de se trabalhar com os profissionais de saúde a importância de se relacionarem com os usuários:

Gestor - Algumas experiências aí mostram pra gente, que o paciente muitas vezes questiona é a questão relacionada com o profissional médico, do tempo de dedicação pra uma consulta médica. O paciente às vezes vem em busca de uma solução para o problema dele e muitas vezes não sente uma resposta positiva, quando vem fazer uma consulta. Então, eu acho que o profissional médico aqui precisa exatamente conhecer a realidade desse atendimento pra que possa fazer um atendimento que atenda à necessidade do paciente.

Gestor - A gente tem feito um trabalho assim, permanente, de reuniões, de no caso da estrutura administrativa, de treinamentos com o corpo administrativo e com os médicos, buscando junto deles cada vez mais melhorar esse atendimento de forma que a gente possa ter o que nós estamos chamando aí, de um atendimento mais humanizado.

Em pesquisas realizadas, Arroyo (2007) verificou que quando se trata de avaliação da consulta médica, a questão do tempo de atendimento é sempre medida, de uma forma qualitativa e quantitativamente, demonstrando a sua importância, porque interfere na satisfação do paciente quanto à qualidade do serviço prestado pelo médico.

Quanto ao estímulo à participação dos usuários, o gestor afirma interesse do CISMIV em realizar pesquisas e criação de canal para que os anseios dos usuários possam ser ouvidos:

Gestor - Então esse trabalho da pesquisa que nós estamos fazendo, já é vamos dizer assim, um início da organização dessa ouvidoria aqui no Consórcio. E precisa ter, porque é um órgão que auxilia muito na gestão do Consórcio, pra direcionar melhor o atendimento aqui. Então, a gente vai, muito em breve, ter todas as estruturas funcionando e inclusive a ouvidoria. Talvez não tenha essa nomenclatura, mas o objetivo é o mesmo, de buscar do participante, a visão dele com relação ao atendimento que é oferecido aqui.

De acordo com Berry e Parasuraman (1992) a perspectiva dos usuários exerce papel fundamental quando se pretende avaliar os serviços de uma organização. Nesse sentido, os usuários medem a qualidade do serviço realizando comparações entre aquilo que desejam com aquilo que obtém. Dessa forma, para que uma organização seja nomeada como prestadora de serviços de qualidade, a mesma precisa desenvolver seus trabalhos em condições satisfatórias. Para os autores, os usuários de um serviço são os únicos juízes da qualidade do serviço.

Semelhantemente ao procedimento realizado na entrevista do gestor, o material obtido nas entrevistas dos usuários foi utilizado a partir de recorte dos textos e classificação em unidade de registro e, posteriormente identificação de palavras consideradas chave, definindo-se variáveis, as quais foram agrupadas em subcategorias e posteriormente em categorias.

Nessa fase, dos 20 usuários entrevistados, 13 eram do sexo feminino e sete, masculino. Com relação à faixa etária, dois usuários tinham entre 18 e 30 anos; três, entre 31 e 40; sete, entre 41 e 50; seis entre 51 e 65 e, dois usuários tinham mais de 65 anos.

Perguntados sobre o item que gera qualidade no CISMIV, a expressão atendimento esteve presente nas citações dos 21 atores entrevistados (gestor e usuários), referenciados à rapidez, à boa qualidade e à priorização no atendimento, tanto pelos funcionários como pelos médicos. Verificou-se convergência nas declarações de gestor e usuários nesse quesito:

Gestor - Tem o atendimento médico e o atendimento do próprio Consórcio, né? Então a gente vem acompanhando isso e o nosso foco é a melhoria do atendimento do paciente. E eu percebo que tem evoluído bastante e a gente tá trabalhando muito no sentido de cada vez mais melhorar esse nível de satisfação do paciente.

U5 - O atendimento da recepção, eles atendem a gente muito bem e também o atendimento do médico.

U12 - O médico atende a gente com boa vontade, né? Um sorriso no rosto que é importante. A gente sente feliz.

U13 - Gosto de ser bem recebido no tratamento quando chego lá, com os funcionários.

U14 - Que eles me trataram muito bem. Foram muito educados comigo, o médico, todos dois.

U15 - (Os médicos) também acho muito educado, fala com a gente com atenção, porque geralmente a gente é lá da roça, o estudo é muito pouco, então de repente tem gente que não sabe nem tratar os outros e nessa parte eles tem muita educação.

Constatou-se que a priorização do atendimento do serviço do CISMIV ocorre por considerarem que o mesmo é melhor em relação a outros:

U5 - Eu acho que aqui vale mais a pena, o atendimento é bem melhor que no PSF.

U11- Entre os outros atendimentos do SUS, eu prefiro o Consórcio.

O conceito de atenção se relaciona com cordialidade e gentileza no tratamento aos usuários. Diferentemente do atendimento puro e simples, a atenção está voltada a aspectos de relacionamento interpessoal não apenas por parte da equipe que atua na linha de frente, mas também remete à exigência de prestação de informações técnicas nas consultas e exames (FURLAN, 2016).

Nesse ponto, a atuação dos envolvidos no atendimento, não importando o tipo de usuários que atendam, influencia nos julgamentos que esses fazem do serviço (BERRY e PARASURAMAN, 1992).

Questionados sobre o que poderia levá-los a não mais utilizar ou evitar os serviços do CISMIV, citaram o atendimento:

U2 - Ser mau atendido aqui, do médico ou dos profissionais, sentir uma má vontade.

U17 - Ah, eu vou dizer assim, se algum dos médicos aqui me tratasse mal, gritasse comigo, me tratasse mal ou os recepcionistas aí, às vezes, aí eu procuraria evitar vir aqui.

De fato, para Berry e Parasuraman (1992) a equipe de atendimento não pode estar separada do serviço, assim, o médico é uma parte expressiva do serviço médico. Para os autores, o serviço é uma execução e essa execução depende do trabalho em geral. Dessa forma, para as organizações que são mais dependentes do trabalho, a qualidade dos funcionários tem influência sobre a qualidade do serviço.

Entende-se que o trabalho de qualquer profissional, independente de qual seja sua atividade, está ligado tanto à qualidade técnica como à qualidade interpessoal. Quando se trata da área de saúde, os pacientes entendem muito pouco a respeito da qualidade técnica, mas, não apresentam problema em julgar a qualidade interpessoal (ARROYO, 2007).

As declarações sobre a disponibilidade de consultas especializadas e exames e se essas atendem às necessidades dos usuários foram ressaltadas em 10 afirmativas. Além disso, 6 entrevistados levantaram a carência de outras especialidades de que necessitam, como Nefrologia, Psicologia e Serviço Social.

Com relação às críticas e sugestões, 4 usuários disseram que o Consórcio deveria disponibilizar de caixa de sugestões e reclamações; 5 disseram que não precisam reclamar de nada; os outros ficaram indecisos em relação a quem procurar no caso de reclamação: à direção do Consórcio (4), à recepção (2), à secretaria de saúde (3) ou não sabem como fariam (2).

Berry e Parasuraman (1992) afirmam que em um elevado número de pesquisas retratou-se que muitos clientes ou usuários de serviços, que enfrentam algum tipo de problema relacionado ao produto ou serviço optam por não reclamar, ou porque percebem que não há uma via hábil para reclamação ou por acreditarem que a sua reclamação não surtirá o menor efeito.

U7 - Fica até difícil, que uma pessoa só reclamar não adianta.

Sobre o tempo de marcação de consultas e exames evidenciou-se: (8 usuários consideram o tempo de espera muito demorado, mais de 60 dias); (7 consideram demorado, entre 15 e 30 dias); e apenas 5 consideram o tempo rápido (menos de 15 dias).

É notório que a maioria dos usuários aguarda mais de 30 dias para marcação das consultas, assim como já descrito pelo gestor. O que eles opinaram sobre isso está descrito em algumas falas abaixo:

U2 - É uma coisa crônica também do sistema de saúde brasileiro, não é uma coisa ligeira não. É uma coisa demorada.

U5 - Melhorar o tempo da consulta, pra você consultar aqui é muito demorado, leva tempo, se for coisa urgente, acho que, sei lá, a pessoa pode até morrer.

U20 - Quando marca assim algum exame pra gente, às vezes demora um pouco né? Mas eu não sei se eles aqui que demoram ou é lá na minha cidade. Esse exame que eu vou fazer hoje foi pedido em 2014, só hoje que eu vou fazer, se fosse mais rápido ficaria melhor.

O fator tempo de espera para marcação de consultas e exames é de fato um dos maiores desafios do CISMIV, uma vez que cada médico foi contratado para atender um número determinado de consultas por mês, que estão distribuídas entre as cidades consorciadas. Assim, se determinada cidade tem demanda maior que a disponibilidade mensal para cada especialista, resta ao paciente esperar para o mês seguinte, que dependendo da demanda também já pode estar reservado. Para o gestor, o convênio com o Departamento de Medicina da UFV trouxe melhorias nesse sentido, proporcionando ao CISMIV oferecer atendimentos que não estão disponíveis, porém ainda existem especialidades em que não se encontram grande oferta de especialistas.

Com relação ao tempo de espera para serem atendidos na recepção todos os usuários concordam que o atendimento é rápido.

Já em relação ao tempo de espera para atendimento do médico, o gestor considerou que esse aspecto é importante para a percepção da qualidade. Para os usuários: 9 consideram demorado (entre 30 min. a 1 hora); 6 consideram a espera muito demorada, mais de 1 hora. Os outros 5 usuários ficaram indecisos:

Gestor - A rigorosidade no atendimento, na questão de horário e de presença do profissional médico.

U1 - Ah, o tempo é longo. Costuma chegar 7:00 e ser atendido só lá pra 9:30, 10:00.

U2 - É, só essa questão de horário, às vezes tá agendado pra 2, aí vai ser atendido lá pra 2:40, mas é uma coisa que, meio que crônico isso no sistema de saúde. Acredito

que não é problema só daqui não, mas se tivesse um jeito de fazer isso ser mais veloz, esse atendimento, seria interessante.

U3 - Porque com relação ao médico, eu fui bem atendido e enfim, mas a espera durou mais de 1 hora, esperando o médico.

Quanto ao tempo de espera para entrega de resultados de exames, 14 usuários consideram-no rápido e relataram que o CISMIV entrega os resultados com menos de 15 dias; 5 usuários consideram o prazo demorado, acima de 15 dias e 1 usuário não havia feito exames no CISMIV.

No aspecto da estrutura, Starfield (2002) apresenta-a como um dos elementos observados na apreciação do sistema de serviços de saúde, reforçando o controle do ambiente físico, político, econômico e social. A autora denomina como estrutura aquilo que torna propícia a prestação do serviço. Destaca-se, além da análise da equipe de trabalho, a análise das instalações e equipamentos, incluindo a edificação e os objetos físicos da mesma.

Nesse sentido, buscou-se conhecer aspectos relacionados à estrutura física do ambiente como um todo, como aqueles voltados ao conforto, à limpeza e à higiene do local de espera e dos consultórios:

Gestor - As instalações têm uma influência direta não só no paciente do CISMIV, mas pra todos nós. Isso faz parte desse serviço de qualidade que a gente tá falando: ter os consultórios confortáveis, as áreas de uso comum que são as recepções, tudo de forma confortável e que o paciente se sinta bem aqui dentro.

U6 - O conforto é básico, né, tem água, banheiro e cadeira, o básico... Nada a reclamar, pelo menos na sala que eu utilizei, tudo bem higienizado.

U7 - Ah, pra pessoa idosa, não. Vem uma pessoa idosa, talvez com as pernas machucadas, tipo assim, não tem não (conforto), falar a verdade.

U11 - Eu vejo que, a limpeza é boa, tudo limpinho, organizadinho.

U20 - É complicado a gente falar, porque alguma hora que a gente chega o banheiro não está limpo. Mas isso aí eu acho que é normal também, que não é toda hora que o funcionário tá à disposição pra ficar limpando, né? Porque chega gente toda hora, se tivesse condições de botar mais funcionários, mas a crise que tá todo mundo passando, também tem que entender isso, né?

No aspecto localização do Consórcio, 8 usuários consideraram a localização boa; 7 a consideraram ruim, por estar localizada longe de suas cidades e também do centro da cidade de Viçosa; 5 consideraram a localização ruim, mas ressaltaram uma boa acessibilidade:

U2 - Boa, localização boa, afastada de tumulto.

U5 - Pra mim é difícil, porque eu moro longe.

U6 - É longe, mas pra mim é de fácil acesso.

Sobre a utilização do transporte do Consórcio (Sets), 12 o utilizam e 8, não. Aqueles que o utilizam, expuseram a respeito da estrutura do transporte:

U18 - Vem todo mundo sentadinho, tem o cinto, tudo direitinho.

U20 - Bem confortavelzinho, o ônibus, com motorista bom também.

U11 - Nunca utilizei, já teve pessoas que utilizam e que dizem que é organizado e traz, tem trago benefício para os seus usuários.

Os usuários abordaram aspectos no tocante às aparelhagens e confiabilidade com relação às consultas e exames.

Nesse sentido, a maioria dos usuários acha os aparelhos bons (14), 4 acham que estão ultrapassados, 1 usuário nunca utilizou o Consórcio para exames e 1 usuário relatou que os aparelhos são bons, mas alguns profissionais não dispensam a devida atenção no momento dos exames.

Gestor - Eles já veem o Consórcio com outros olhos, como sendo um órgão, de segurança na área de saúde. Não é ainda uma situação ideal. Mas eu acho que, se a gente fizer um paralelo aí nesses 18 anos de Consórcio, então assim, a gente viveu, vamos dizer assim, 50% de uma fase crítica, e estamos agora caminhando para os outros 50% de uma fase de crescimento. De resgate, vamos chamar assim, da credibilidade do Consórcio.

U2 - Bom, pelo menos as consultas que eu passei, eu achei bom, eu achei satisfatório.

U3 - Ah, o aparelho, eu vejo que é um aparelho rotineiro, né? Um pouco atrasado, mas pode tá melhorando esses aparelhos também.

Acerca da confiabilidade na eficiência dos exames, caso necessitassem repetir determinado procedimento no CISMIV, os usuários evidenciaram:

U2 - A princípio eu ficaria preocupado, né? Pra confirmar algum resultado, mas eu sei que isso é praxe né. Sempre que surge alguma dúvida, o médico pede uma segunda, um segundo exame pra ter maior discernimento.

U3 - Eu acho que nem aceitaria.

U5 - Ah, ficaria bastante chateada e constrangida né, quem não ficaria, de ter que vir aqui fazer um exame de novo?

Percebe-se com isso que existem mais similaridades na percepção de gestor e usuários do que discrepâncias. Reconhece-se que o gestor aponta a rapidez ou falta de atenção no atendimento médico como um fator causador de insatisfação. Esse elemento não aparece na entrevista da maioria dos usuários. Essa divergência pode decorrer do número restrito de usuários entrevistados ou por terem percebido o desenvolvimento de iniciativas de conscientização dos médicos a esse respeito, desenvolvidas pelo gestor do Consórcio. Sendo assim, as opiniões convergentes foram agrupadas, por não haverem sido identificadas outras relevantes para o estudo.

4.2.1 Construção das categorias de análise

Após exploração do material foram identificados os atributos/variáveis (Quadro 8) alusivos à qualidade dos serviços, segundo os usuários e o gestor e agrupados em 40 categorias iniciais. Foi possível elencar os principais atributos que influenciam na qualidade dos serviços.

Quadro 8 – Atributos/variáveis

Continua

	Variáveis
1	Presteza no atendimento dos funcionários
2	Atendimento médico atencioso
3	Funcionamento televisão
4	Limpeza banheiros
5	Suficiência de mobiliário (cadeiras)
6	Tempo de atendimento na recepção
7	Exames bem feitos
8	Horário de funcionamento
9	Disponibilidade suficiente de especialidades médicas
10	Disponibilidade suficiente de exames
11	Localização do CISMIV
12	Tempo de espera para fazer exames
13	Estrutura do transporte do Consórcio
14	Tempo de espera para marcação de consultas
15	Tempo de espera para marcação de exames
16	Cumprimento do prazo de entrega de resultados de exames
17	Prazo de entrega dos exames
18	Interrupções no atendimento do CISMIV
19	Aparelhagem das consultas
20	Aparelhagem dos exames
21	Confiabilidade na eficiência dos exames
22	Canal para reclamações e sugestões
23	Conforto cadeiras
24	Priorização do atendimento para idosos

25	Tempo de espera para o atendimento do médico
26	Comunicação da equipe sobre exames
27	Informação da equipe sobre problemas nos procedimentos
28	Confiança nas consultas médicas
29	Preferência pelo CISMIV em relação a outro local
30	Índice de erros nos exames
31	Gratuidade de consultas e exames
32	Acessibilidade do Consórcio
33	Estrutura do Consórcio
34	Mobiliário dos consultórios
35	Rapidez no atendimento médico
36	Ventilação do CISMIV
37	Iluminação do CISMIV
38	Bebedouros no CISMIV
39	Qualidade dos exames
40	Qualidade dos serviços

Fonte: elaborado pela autora

A constituição das variáveis ocorreu a partir da repetição das palavras e sua associação com os conceitos estudados. Assim, os diferentes aspectos alusivos à qualidade dos serviços no CISMIV, ou seja, seus atributos foram elencados a partir de fragmentos selecionados em unidades de registro, com identificação de palavras-chave com significados idênticos ou relacionados com o mesmo objeto. Nessa fase, é conveniente reconhecer a subjetividade do pesquisador na classificação.

Os 40 atributos/variáveis sobre o estudo, em sintonia com o referencial teórico, foram agrupadas em subcategorias.

A primeira subcategoria formada foi a Atenção ao Paciente/Informação (Quadro 9) no qual sintetiza a experiência dos usuários com o CISMIV. De forma geral, o atendimento é visto por Parasuraman et al. (1988) como a disposição para auxiliar os clientes/usuários, oferecendo o atendimento de forma ágil.

Para Furlan (2016), a aptidão para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal da equipe é demandada ao se comunicar acerca de informações a respeito de consultas e exames, além da resolução de possíveis dúvidas.

Quadro 9 – Subcategoria I - Atenção ao Paciente/Informação

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
22 - Canal para reclamações e sugestões	4	3	Atenção ao paciente/informação
26 - Comunicação da equipe sobre exames	8	---	
27 - Informação da equipe sobre problemas nos procedimentos	5	---	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Partindo-se da premissa que a avaliação positiva do usuário acerca do serviço que está sendo oferecido se relaciona de forma direta ao atendimento suas perspectivas, a segunda subcategoria (Quadro 10) relaciona-se também ao Atendimento, no sentido de que esse deve atender às necessidades de seus usuários. No dicionário da Língua Portuguesa **necessidade** é definida como “exigência; aquilo que é absolutamente necessário” (RIBEIRO, 2010).

No CISMIV a necessidade dos usuários é demonstrada pelas variáveis que se relacionam com a quantidade e disponibilidade de especialidades de consultas e exames e também sobre a gratuidade desses.

Quadro 10 – Subcategoria II – Atenção ao Paciente/Necessidade

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
9 - Disponibilidade suficiente de especialidades médicas	12	9	Atenção ao paciente/necessidade
10 - Disponibilidade suficiente de exames	6	8	
31 - Gratuidade de consultas e exames	18	1	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Posterior ao atendimento da recepção o usuário é atendido pelo médico ou profissional apto para realização de exames. A subcategoria III (Quadro 11) agrupa as variáveis relacionadas com o Atendimento Médico atencioso, citado pelos usuários e gestor e também acerca da confiança nas consultas.

Caprara e Franco (1999) afirmam que a relação médico-paciente tem sido visto como um ponto fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e desdobra-se em múltiplos fatores, como o direito à informação, além da personalização da assistência e humanização do atendimento. Tais aspectos têm sido abordados por meio de diversos temas entre os quais está o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde.

Quadro 11 – Subcategoria III - Atendimento Médico

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
2 - Atendimento médico atencioso	15	17	Atendimento médico
28 - Confiança nas consultas médicas	13	3	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Arelada ainda ao atendimento tem-se a quarta subcategoria (Quadro 12), que está pautada na rapidez no atendimento. Envolve 4 variáveis ligadas ao desempenho de toda a equipe na prestação de um atendimento individualizado, humanizado, porém com agilidade.

Ribeiro (2010) concluiu em seu estudo que, apesar do atendimento ter sido o fator melhor avaliado na satisfação de usuários de serviços de saúde, o maior grau de insatisfação encontrado foi exatamente no tempo de atendimento com os mesmos. Isso demonstra a importância dessa subcategoria, pois a mesma poderá revelar aspectos relacionados à agilidade e presteza no atendimento do CISMIV.

Quadro 12 – Subcategoria IV –Atendimento/Rapidez

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
1 –Presteza no atendimento dos funcionários	20	13	Atendimento/Rapidez
6 –Tempo de atendimento na recepção	16	2	
24 - Priorização do atendimento para idosos	3	---	
35 - Rapidez no atendimento médico	2	4	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

O Quadro 13 apresenta a quinta subcategoria: Eficiência Técnica e envolve todos os aspectos relacionados à eficiência dos serviços prestados pelo CISMIV, bem como às possíveis interrupções no atendimento aos usuários, índices de erros nos resultados e confiança dos usuários nos resultados dos exames oferecidos pelos CISMIV.

Lage (2008) afirma que uma das melhores formas de aperfeiçoar a qualidade dos serviços oferecidos é aumentando a eficiência interna, promovendo a imagem da organização, além da valorização dos recursos humanos.

Quadro 13 – Subcategoria V - Eficiência Técnica

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
7 - Exames bem feitos	2	2	Eficiência Técnica
18 - Interrupções no atendimento do CISMIV	4	1	
21 - Confiabilidade na eficiência dos exames	15	2	
30 - Índice de erros nos exames	2		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

A subcategoria seguinte foi a Estrutura Física de Espera (Quadro 14). Compreende a aparência do ambiente, limpeza e conforto oferecidos pelo CISMIV aos usuários enquanto aguardam atendimento. Esses aspectos, quando proporcionados de forma adequada podem contribuir para diminuir a tensão gerada pelo tempo de espera, melhorando a qualidade do atendimento.

Quadro 14 – Subcategoria VI - Estrutura Física/Espera

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
3 - Funcionamento televisão	2	---	Estrutura Física/Espera
4 - Limpeza banheiros	6	1	
5 - Suficiência de mobiliário (cadeiras)	2	1	
23 - Conforto cadeiras	5	2	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

O Quadro 15 apresenta outra subcategoria relacionada à Estrutura Física: consultórios, aparelhagens e instalações. Nessa subcategoria percebe-se a importância da avaliação dos usuários. Reitera a menção do gestor sobre esses aspectos, mas são os usuários quem realmente possuem uma visão mais ampla da estrutura física geral do ambiente.

Quadro 15 – Subcategoria VII – Estrutura Física: Consultórios, Aparelhagens e Instalações

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
19 - Aparelhagem das consultas	12	---	Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações
20 - Aparelhagem dos exames	15	---	
33 - Estrutura do Consórcio	3	2	
34 - Mobiliário dos consultórios	3	1	
36 - Ventilação do CISMIV	3	---	
37 - Iluminação do CISMIV	3	---	
38 - Bebedouros no CISMIV	5	---	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Starfield (2002) afirma que acessibilidade abrange desde a localização da organização mais próxima da população à qual atende, até os horários e dias em que abre para atendimento. A percepção dos usuários relaciona-se com a conveniência desses aspectos.

A oitava subcategoria apresentada no Quadro 16: Facilidade de Acesso envolve cinco variáveis e abrange aspectos relacionados à localização, horário de funcionamento, utilização e estrutura do transporte do SETS e acessibilidade de usuários. Esses podem interferir na

percepção de qualidade pelos usuários do CISMIV, pois grande parte reside em outras cidades.

Quadro 16 – Subcategoria VIII - Facilidade de Acesso

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
8 - Horário de funcionamento	6	---	Facilidade de Acesso
11 - Localização do CISMIV	8	---	
13 - Estrutura do transporte do Consórcio	12	---	
29 - Preferência pelo CISMIV em relação a outro local	8	---	
32 – Acessibilidade do Consórcio	4	2	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

A nona subcategoria (Quadro 17) foi o Tempo de Entrega de Exames, compreendendo duas variáveis, abarca aspectos voltados ao prazo estipulado para entrega de resultados dos exames no CISMIV e ao cumprimento desses prazos.

Ressalta-se que o objetivo dessas questões não foi medir o tempo de entrega, mas observar como essas variáveis podem influenciar na avaliação da qualidade do serviço e observar o que é percebido pelo usuário do serviço (RIBEIRO, 2010).

Pelas entrevistas percebeu-se que esse aspecto pode influenciar a percepção de qualidade, já que muitos usuários necessitam dos resultados em tempo adequado, para apresentá-los em uma consulta de retorno.

Quadro 17 – Subcategoria IX – Tempo/Entrega de Exames

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
16 - Cumprimento do prazo de entrega de resultados de exames	5	1	Tempo/Entrega de Exames
17 - Prazo de entrega dos exames	20	1	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

O Quadro 18 apresenta a décima subcategoria: Tempo de Espera e abarca quatro variáveis voltadas ao tempo para espera de marcação de consultas e exames e tempo de espera para atendimento pelo médico tanto para consulta, quanto para exames.

Ribeiro (2010) afirma que se observa elevado percentual de insatisfação dos usuários de serviços públicos de saúde em relação ao tempo entre a marcação e a realização da consulta e tempo de espera entre a chegada ao local e o término do atendimento.

Acredita-se que essa subcategoria seja uma das mais importantes levantadas nesse estudo para avaliação da qualidade em serviços de saúde, pois, durante as entrevistas os usuários não escondem sua insatisfação com a espera demasiada para ter suas consultas e exames agendados no CISMIV.

Quadro 18 – Subcategoria X – Tempo/Espera

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
12 - Tempo de espera para fazer exames	5	1	Tempo/Espera
14 - Tempo de espera para marcação de consultas	18	2	
15 - Tempo de espera para marcação de exames	15	2	
25 - Tempo de espera para o atendimento do médico	10	4	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

A décima primeira subcategoria (Quadro 19) se refere à Qualidade Geral. Apesar de a palavra qualidade ter sido pouco citada, acredita-se que essa seria a primeira noção a respeito da opinião dos usuários acerca da qualidade de exames e dos serviços do CISMIV, os quais foram mais bem avaliados por meio do questionário na etapa subsequente (quantitativa).

Quadro 19 – Subcategoria XI – Qualidade Geral

Variáveis	Número de citações - Usuários	Número de citações - Gestor	Subcategoria
39 - Qualidade dos exames	3	2	Qualidade Geral
40 - Qualidade dos serviços	4	2	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

A seguir, as subcategorias foram agrupadas em categorias.

Quadro 20 – Categorias

SUBCATEGORIA	CATEGORIA
Atendimento Médico	- Atendimento
Rapidez no Atendimento	
Tempo/Entrega	- Pontualidade
Tempo/Espera	
Atenção ao Paciente/Informação	- Humanização
Atenção ao Paciente/Necessidade	
Eficiência Técnica	- Segurança
Qualidade Geral	
Estrutura Física: Consultórios, Aparelhagens e Instalações	- Estrutura Física
Estrutura Física/Espera	
Facilidade de Acesso	

Fonte: Elaborado pela autora

Finalmente, as categorias foram comparadas ao modelo *Servqual* de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), conforme Quadro 21.

Quadro 21 – Categorias identificadas e específicas do CISMIV e categorias do modelo *Servqual*

CATEGORIAS ESPECÍFICAS DO CISMIV	CATEGORIAS DO MODELO <i>SERVQUAL</i>
Atendimento	Atendimento
Pontualidade	Confiabilidade
Humanização	Empatia
Segurança	Segurança
Estrutura Física	Tangibilidade

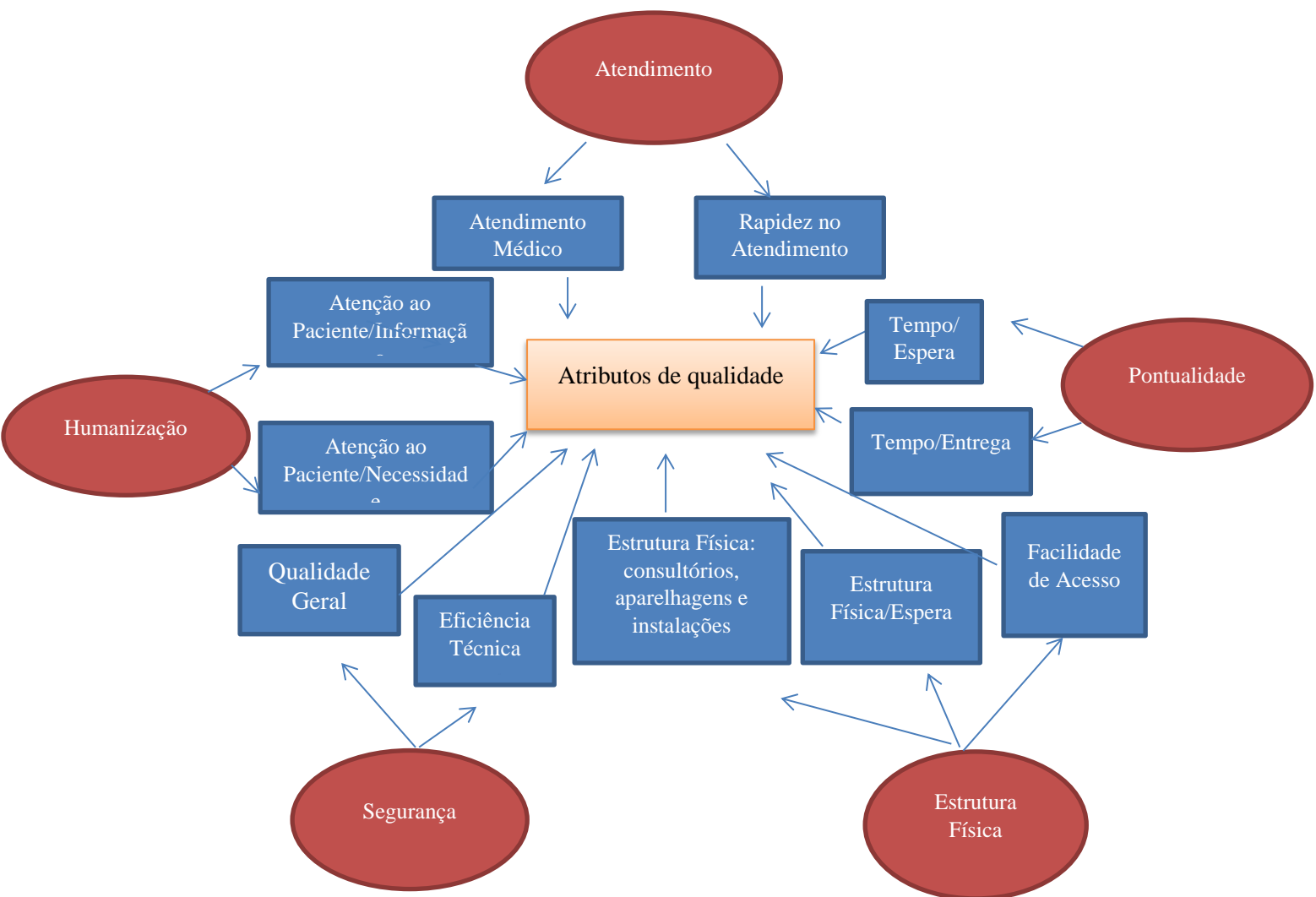
Fonte: Elaborado pela autora, baseado em Pena (2013) e Parasuraman et al. (1985)

Em uma análise comparativa é interessante notar que há convergência entre as categorias identificadas nas entrevistas com as categorias propostas para avaliação da qualidade sob a ótica do modelo *Servqual*. A categoria Pontualidade no CISMIV foi comparada à Confiabilidade no modelo *Servqual*, por entender-se que os conceitos são similares, ou seja, a pontualidade seria a capacidade do Consórcio de cumprir os prazos com precisão. O mesmo se repete para Humanização que está ligada a uma Atenção Humanizada (empática) aos usuários.

A categoria Estrutura Física é denominada Tangibilidade no modelo *Servqual*, mas ambos se referem a aspectos físicos colocados à disposição dos usuários.

A Figura 4 demonstra a representação dos atributos identificados. Nela, as categorias levantadas no CISMIV são divididas em subcategorias e estas levam à percepção de qualidade dos serviços dos usuários e também do gestor.

Figura 4 – Representação gráfica dos atributos de qualidade mais citados pelos usuários e gestor



Fonte: Elaborado pela autora

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA FASE QUANTITATIVA

5.1 Tratamento dos dados

O passo inicial do tratamento dos dados foi a verificação daqueles faltantes nos questionários. Hair et al. (2009) recomenda que as amostras que apresentarem um valor acima de 20% de dados faltantes sejam retiradas.

Inicialmente havia 335 usuários na amostra do CISMIV. Após a eliminação de 20 questionários, conforme método proposto por Hair et al. (2009) a amostra ficou com 315 casos. Os outros elementos da amostra não apresentaram mais do que 20% de dados faltantes, somente uma ou duas questões em branco para cada respondente.

5.1.1 *Outliers*

Para Campos (2016) *outliers* são vistos como um ponto que está afastado das demais observações em uma série estatística, e que se denomina como “ponto fora da curva”. Afirma-se ainda que, *outliers* são encontradas em situações uni e multivariada e que levam a erros, muitas vezes sem nenhuma pista sobre quais as implicações elas têm.

O próximo passo foi a verificação dos *outliers* multivariados usando o D^2 de Mahalanobis, que é a medida mais apropriada para a quantificação da distância entre dois pontos, por considerar tanto as distinções de variabilidade quanto as correlações que existem entre as variáveis. Assim, quando se utiliza uma medida em que há divergências de escala e há correlações que não são nulas entre as variáveis, a distância de Mahalanobis é a verificação mais adequada (FERREIRA, 2008).

O valor do teste do Qui-Quadrado alcançou o valor de 63,69, sendo que todos aqueles casos da amostra (respondentes) que apresentaram o valor de D^2 acima de 63,69 foram eliminados (HAIR et al., 2009). A partir da comparação dos valores, foram eliminados 49 casos da amostra, e, por conseguinte, a mesma passou a contar com um total de 266 elementos.

5.1.2 Normalidade

Após a substituição dos *outliers*, fez-se a verificação da normalidade da amostra pelo teste Kolgomov-Smirnoff (Tabela 1). O teste é indicado para quando a amostra possui mais de

50 elementos (HAIR et al., 2009). Analisa ainda diferença máxima entre função de distribuição acumulada para os dados, no caso a Normal. Como critério, compara-se esta diferença com um valor para um dado nível de significância (PORTALACTION, 2016).

Tabela 1 – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov

Continua

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estatística	Frequência	Significância
ATR1 - O atendimento dos funcionários da recepção do Consórcio é muito bom.	,275	266	,000
ATR2 - Os atendentes são rápidos.	,186	266	,000
ATR3 - A priorização do atendimento para idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais é bem feita no Consórcio.	,169	266	,000
ATR4 - Os médicos são muito rápidos no atendimento aos pacientes	,160	266	,000
TE1 - O tempo de espera para marcar um exame no Consórcio é rápido	,115	266	,000
TE2 - A espera para fazer os exames é rápido.	,118	266	,000
TE3 - O tempo de espera para marcar uma consulta no Consórcio é rápido.	,119	266	,000
TE4 – O tempo de espera para ser atendido pelo médico é rápido.	,118	266	,000
AP1 - A equipe dos exames me passa todas as informações que eu preciso sobre os exames.	,205	266	,000
AP2 - A equipe dos exames me informam quando há algum problema com a realização dos exames	,196	266	,000
ET1 - A equipe que faz os exames no Consórcio é capaz de fazer bem feito os exames.	,251	266	,000
ET2 - Os resultados dos exames do Consórcio são sempre corretos.	,265	266	,000
ET3 - O número de erros dos exames é baixo.	,213	266	,000
ET4 - Dificilmente o Consórcio pára de fazer os exames	,214	266	,000
EF1 - Os aparelhos usados nos exames são bons.	,238	266	,000
EF2 - Os aparelhos utilizados nas consultas são bons.	,221	266	,000
EF3 - Os consultórios são limpos e agradáveis.	,299	266	,000
EF4 - A estrutura do Consórcio é muito boa	,250	266	,000
EF5 - Os bebedouros do Consórcio atende as minhas necessidades.	,240	266	,000
EF6 - O Consórcio é bem ventilado.	,277	266	,000
EF7 - O Consórcio é bem iluminado.	,325	266	,000
TEn1 - O Consórcio cumpre o prazo de entrega de exames.	,207	266	,000
TEn2 - O prazo para entrega de exames é bom.	,172	266	,000
APN1 - O Consórcio é capaz de me oferecer todos os exames que preciso.	,127	266	,000
APN2 - O Consórcio oferece especialidades médicas suficientes para atender as minhas necessidades (ex: dermatologia, angiologia, urologia, etc).	,184	266	,000
ATM1 - Os médicos são atenciosos e educados.	,230	266	,000
ATM2 - Os médicos transmitem segurança ao realizar as consultas.	,196	266	,000
FA1 - O Consórcio é muito bem localizado.	,189	266	,000

FA2 - O acesso ao Consórcio é fácil.	,205	266	,000
FA3 - O ônibus que transporta os pacientes até o Consórcio é confortável.	,175	266	,000
FA4 - O horário de funcionamento do Consórcio é adequado.	,251	266	,000
FA5 - Eu prefiro o atendimento do Consórcio a ser atendido mais perto da minha casa.	,198	266	,000
EFE1 - A quantidade de cadeiras existentes no Consórcio é suficiente.	,183	266	,000
EFE2 - As cadeiras que estão nos locais de espera são confortáveis.	,186	266	,000
EFE3 - A televisão que fica na recepção funciona bem.	,154	266	,000
EFE4 - Os banheiros do Consórcio são limpos.	,160	266	,000
Q1 - A qualidade dos exames do Consórcio é muito boa.	,237	266	,000
Q2 - A qualidade dos serviços prestados pelo Consórcio é muito boa.	,294	266	,000
O Consórcio deveria disponibilizar caixa de sugestões / reclamações para os usuários.	,233	266	,000
O fato das consultas e exames no Consórcio serem gratuitos é muito bom.	,409	266	,000

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Após o teste verificou-se que nenhuma variável que compõe a amostra possui distribuição normal. Então todos os testes estatísticos subsequentes devem ser robustos em relação à normalidade.

5.2 Confiabilidade

Logo após fez-se a verificação da confiabilidade de todas as escalas para a mensuração dos construtos por meio do valor de Alfa de *Cronbach*.

Hair et al. (2009) asseguram que são aceitáveis valores de Alfa de *Cronbach* entre 0,70 e 1,00, sendo que nas pesquisas exploratórias aceitam-se valores de até 0,60. Malhotra (2012) avalia que o valor do coeficiente de confiabilidade alfa de *Cronbach* deve estar entre 0,60 e 1,00.

A confiabilidade da escala pode ser descrita por meio da sua capacidade de gerar resultados consistentes ao longo do tempo (MALHOTRA, 2012), ou seja, a escala deve gerar resultados similares para os indivíduos que tenham a mesma opinião sobre as questões que formam a escala, que, em geral, estão relacionadas a um construto simples.

A partir dos resultados obtidos (Tabela 2) é possível concluir que a grande maioria dos construtos apresentou resultados adequados. Os construtos Atendimento/Rapidez e Atenção ao Paciente/Necessidade apresentaram resultado abaixo de 0,60. Porém, em função de se considerar que esses construtos têm sua importância no estudo, os mesmos foram mantidos.

Tabela 2 – Alfa de Cronbach

CONSTRUTO	ALFA DE CRONBACH	Número de itens
Atendimento / rapidez	0,556	4
Tempo / espera	0,812	4
Atenção paciente / informação	0,775	2
Eficiência técnica	0,728	4
Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações	0,887	7
Tempo/entrega	0,797	2
Atenção paciente/necessidade	0,555	2
Atendimento médico	0,875	2
Facilidade de acesso	0,670	4
Estrutura física/espera	0,704	4

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

5.3 Características da Amostra

A investigação também verificou as variáveis socioeconômicas dos usuários envolvidos na pesquisa.

5.3.1 Idade dos respondentes

A Tabela 3 revela a faixa etária dos respondentes. De acordo com os resultados obtidos, o maior grupo de respondentes está entre 18 e 40 anos (51,8%). O grupo acima de 65 anos apresentou o menor número de respondentes (7,9%).

Ressalta-se que o perfil de usuários do CISMIV abrange pessoas de todas as faixas etárias, porém, o grupo de usuários com mais de 65 anos, foi o que mais se recusou a participar, o que explica o baixo percentual de respondentes nessa faixa etária.

Tabela 3 - Idade dos respondentes

Faixa Etária	Frequência	Percentual
Entre 18 e 30 anos	73	27,4
Entre 31 e 40 anos	65	24,4
Entre 41 e 50 anos	47	17,7
Entre 51 e 65 anos	60	22,6
Acima de 65 anos	21	7,9
Total	266	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

5.3.2 Renda dos respondentes

Com relação à renda, a maioria dos usuários possui renda até 3 salários mínimos. Atenta-se também para o grande número de usuários mais jovens, porém evidenciou-se que os usuários possuem renda familiar inferior a 3 salários mínimos.

O estudo de Rogério et al. (2014) também mostrou que a renda mensal baixa torna os usuários altamente subordinados aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde para que seus problemas sejam resolvidos.

Isso aumenta a importância de que os serviços prestados, especialmente pelos Consórcios, sejam pensados e oferecidos de forma a atender plenamente às necessidades de quem mais necessita delas por não possuírem condições de arcar com os custos do serviço privado de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 – Renda dos respondentes

Renda Familiar Mensal	Frequência	Percentual
Menos de 1 Salário Mínimo	97	36,5
Entre 1 e 3 Salários Mínimos (R\$ 880,00 até R\$ 2.640,00)	153	57,5
Entre 3 e 5 Salários Mínimos (R\$ 2641,00 até 4.440,00)	14	5,3
Mais de 5 Salários Mínimos	2	0,8
Total	266	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

5.3.3 Sexo dos Respondentes

Referente ao sexo dos respondentes, 71,8% era do sexo feminino e 28,2% masculino. Esse dado pode indicar duas suposições:

- 1) As mulheres apresentam um cuidado maior com relação à saúde tanto pessoal quanto familiar. Ressalta-se que foram abordadas muitas usuárias que eram acompanhantes de familiares.
- 2) As mulheres apresentaram uma maior disponibilidade para participar da pesquisa.

Gouveia (2009) atesta em seu trabalho: “Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro” que as mulheres usam mais os serviços de saúde, legitimando a suposição número 1. A ocorrência, segundo a autora, pode ser conferida a demandas

relacionadas à questão reprodutiva, e ao fato de que as mulheres apreendem suas necessidades de saúde de maneira distinta dos homens, expondo mais queixas com maior frequência.

5.3.4 Cidade de origem dos respondentes

A Tabela 5 demonstra a frequência e o percentual de usuários participantes da pesquisa por cidade. A cidade com maior número de respondentes foi Viçosa (30,1%), o que já era esperado, já que é a cidade com maior número de habitantes. A cidade de São Miguel do Anta apresentou participação na pesquisa inferior em comparação com as demais (1,9%). O fato pode ter relação com as datas não contíguas de aplicação do questionário ou por motivos que não fazem parte do objeto desse estudo.

Tabela 5 – Respondentes por cidade

Cidade	Frequência	Percentual
Araponga	27	10,2
Canaã	23	8,6
Cajuri	25	9,4
Coimbra	25	9,4
Paula Cândido	21	7,9
Pedra do Anta	16	6,0
Porto Firme	27	10,2
São Miguel do Anta	5	1,9
Teixeiras	17	6,4
Viçosa	80	30,1
Total	266	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

5.4 – Análise dos atributos da qualidade

Nesse tópico é apresentada a Análise Exploratória dos Dados, cujo objetivo é a observação dos dados previamente à aplicação das técnicas estatísticas. A partir disso, conseguiu-se um entendimento básico dos dados e das relações existentes entre as variáveis analisadas (ANÁLISE, s.d.)

Foram escolhidas métricas de investigação de 10 pontos para a escala, com variação de 1 a 10. Buscou-se maior cobertura, observando-se opiniões de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” para todos os atributos.

O primeiro atributo analisado foi o Atendimento/Rapidez. Em relação à média, a menor pontuação foi para a variável que caracteriza a priorização do atendimento a grupos especiais, como gestantes, idosos e pessoas portadoras de deficiência (Tabela 6), revelando insatisfação por parte dos usuários. Esperava-se que essa média fosse ainda menor, pois por meio de observações no ambiente do CISMIV percebeu-se que não há atendimento preferencial. Porém, conforme demonstrado pela variável que caracteriza o atendimento dos recepcionistas é bastante ágil, o que faz com que os usuários não percebam com tanta intensidade a necessidade de um atendimento preferencial.

A variável que pondera o atendimento da recepção obteve média consideravelmente alta, demonstrando a satisfação dos usuários nesse primeiro contato com o Consórcio.

Gouveia (2009) percebeu o acesso e o acolhimento como elementos efetivos na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A autora concluiu que a junção de aspectos facilitadores do acesso e/ou acolhimento proporciona satisfação dos usuários com o atendimento.

O desvio padrão mede a variação independente das observações, refletindo expressivo distanciamento dos dados em torno da média, o que pode ser visto como heterogeneidade das características dos usuários (ANÁLISE, s.d.).

Nesse caso as variáveis da priorização do atendimento e da rapidez no atendimento dos médicos apresentaram maior heterogeneidade no construto Atendimento/Rapidez.

Tabela 6 – AED do Construto Atendimento/Rapidez

Variáveis	Média	Desvio Padrão
O atendimento dos funcionários da recepção do Consórcio é muito bom.	8,891	1,3952
Os atendentes são rápidos.	8,113	1,8720
A priorização do atendimento para idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais é bem feita no Consórcio.	7,218	2,5810
Os médicos são muito rápidos no atendimento aos pacientes	7,556	2,2817

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Analisando-se o construto Tempo/Espera (Tabela 7) verifica-se a consideração dos usuários em relação a espera para se marcar consultas e exames no CISMIV. A marcação não é uma obrigação direta do CISMIV já que depende da secretaria de saúde de cada cidade. A espera para ser atendido no momento da realização dos exames obteve uma média menor se comparada a outras variáveis de outros construtos. O desvio-padrão mais próximo de 3 indica

maior variabilidade da média, indicando que algumas especialidades ou exames possuem menor espera, o que explica a opinião divergente entre muitos entrevistados.

Rogério et al. (2014) corroboram os achados dessa pesquisa, por haver apontado que em estudo referente a Consórcio de Saúde dos Municípios do Noroeste do Paraná a análise do tempo para agendar a consulta revelou alto nível de insatisfação desse serviço pelos usuários.

De forma similar, o trabalho de Ribeiro (2010) apresentou o tempo de espera como sendo o maior determinante de alto percentual de insatisfação, constituindo-se como fonte das principais reclamações de usuários de serviços públicos de saúde.

Tabela 7 – AED do Construto Tempo/Espera

Variáveis	Média	Desvio Padrão
O tempo de espera para marcar um exame no Consórcio é rápido	5,650	2,8882
A espera para fazer os exames é rápido.	6,479	2,5713
O tempo de espera para marcar uma consulta no Consórcio é rápido.	5,662	2,9649
O tempo de espera para ser atendido pelo médico é rápido.	6,229	2,6286

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

O próximo item a ser analisado é a Atenção ao Paciente/Informação. As médias encontradas no construto (Tabela 8) foram altas sinaliza a satisfação dos usuários quanto a informação por parte da equipe quando ocorre problema relacionado com a realização dos exames. Os resultados do desvio padrão indicam pouca variação entre as opiniões. Esse é, portanto, um dos pontos fortes relacionados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa.

A pesquisa do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) (Brasil, 2003) atestou que o “bom atendimento” prestado pela equipe foi causa fundamental da satisfação de usuários com o sistema público de saúde (GOUVEIA, 2009).

Tabela 8 – AED do Construto Atenção ao Paciente/Informação

Variáveis	Média	Desvio Padrão
A equipe dos exames me passa todas as informações que eu preciso sobre os exames.	8,079	2,2599
A equipe dos exames me informam quando há algum problema com a realização dos exames	8,094	2,1620

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Em relação ao construto Eficiência Técnica as médias foram altas (Tabela 9). A finalidade dessas variáveis foi descobrir o grau de confiança na realização dos exames, se ocorrem constantemente problemas que paralisam o funcionamento de equipamentos, além da eficiência da equipe técnica responsável pela realização destes. Percebe-se que a avaliação dos usuários é satisfatória e o número de erros é baixo. Além disso, o valor do desvio padrão pode ser considerado baixo, indicação de pequena divergência de opiniões dos usuários no que tange a precisão dos equipamentos e eficiência do corpo técnico.

Tabela 9 – AED do Construto Eficiência Técnica

Variáveis	Média	Desvio Padrão
A equipe que faz os exames no Consórcio é capaz de fazer bem feito os exames.	8,801	1,5202
Os resultados dos exames do Consórcio são sempre corretos.	8,756	1,5111
O número de erros dos exames é baixo.	8,102	2,1158
Difícilmente o Consórcio pára de fazer os exames	8,105	2,0476

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Outro item avaliado em termos da qualidade percebida pelos usuários do CISMIV é relativo à estrutura física. Nesse construto envolve as áreas dos consultórios, aparelhagens e outras instalações do CISMIV (Tabela 10). Os valores das médias foram altas em todas as variáveis e o desvio padrão se apresentou baixo em todas as variáveis, o que demonstra pouca variabilidade, ou seja, existe pouca divergência em termos de opinião dos entrevistados. Isso demonstra que os usuários avaliaram bem a estrutura do CISMIV.

Acredita-se que essa avaliação tenha relação com o fato de ser um prédio relativamente novo, com estrutura diferenciada de outros órgãos de saúde pública.

Tabela 10 – AED do Construto Estrutura Física: consultórios, aparelhagens e instalações

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Os aparelhos usados nos exames são bons.	8,650	1,5906
Os aparelhos utilizados nas consultas são bons.	8,560	1,6294
Os consultórios são limpos e agradáveis.	8,906	1,5105
A estrutura do Consórcio é muito boa	8,902	1,3310
Os bebedouros do Consórcio atende as minhas necessidades.	8,492	1,7639
O Consórcio é bem ventilado.	8,936	1,5418
O Consórcio é bem iluminado.	9,173	1,1849

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

A Tabela 11 apresenta os resultados do construto Tempo/Entrega de exames. Esse é um fator considerado relevante por grande parte dos usuários nas entrevistas, que consideram de forma geral o prazo adequado para entrega de exames no CISMIV, de aproximadamente 7 a 15 dias. As médias para esse construto foram altas e o desvio padrão baixo demonstrando maior convergência nas opiniões.

Tabela 11 – AED do Construto Tempo/Entrega

Variáveis	Média	Desvio Padrão
O Consórcio cumpre o prazo de entrega de exames.	8,474	1,7204
O prazo para entrega de exames é bom.	8,158	1,7303

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

No construto Atenção ao Paciente/Necessidade procurou-se investigar a satisfação dos usuários em relação a disponibilidade de consultas e exames. Por meio da Tabela 12, percebe-se que esse atributo obteve médias inferiores, comparadas aos outros atributos. Isso evidencia que, apesar de muitos usuários se sentirem completamente atendidos, existe a necessidade em torno da oferta de mais especialidades e exames. Em contrapartida os valores do desvio padrão são maiores. Isso pode ser explicado pelo fato de alguns tipos de exames demandados pelos usuários não são oferecidos, gerando uma pior avaliação por parte desse público. Os respondentes cujos exames estão disponíveis avaliaram esse item de forma mais positiva. Em suma, as diferentes situações vividas pelos usuários colaboram para que exista a divergência de opiniões.

Tabela 12 – AED do Construto Atenção ao Paciente/Necessidade

Variáveis	Média	Desvio Padrão
O Consórcio é capaz de me oferecer todos os exames que preciso.	6,613	2,6070
O Consórcio oferece especialidades médicas suficientes para atender as minhas necessidades (ex: dermatologia, angiologia, urologia, etc).	7,586	2,4514

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

No construto Atendimento Médico (Tabela 13) obtiveram-se médias altas nas duas variáveis, demonstrando-se que, de modo geral, os usuários avaliam de forma positiva os profissionais médicos que prestam atendimento no CISMIV, principalmente no que tange à

atenção, educação e segurança. Além disso, em virtude dos valores obtidos para o desvio padrão, pode-se considerar uma maior convergência de opiniões sobre o atendimento médico.

Ramos e Lima (2003) atestam que o exame físico cuidadoso e minucioso evidencia interesse por parte do profissional pelo paciente. O usuário entende esse atendimento como mais preciso em seu tratamento e conseqüentemente fica satisfeito com esse profissional.

Tabela 13 – AED do Construto Atendimento Médico

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Os médicos são atenciosos e educados.	8,177	2,1915
Os médicos transmitem segurança ao realizar as consultas.	8,263	1,9996

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

O construto Facilidade de Acesso (Tabela 14) apresentou médias altas nos quesitos localização, horário de funcionamento e acesso. Apresenta média um pouco menor acerca do ônibus onde os pacientes são transportados. Nesse ponto, atenta-se para o fato de que cada cidade possui seu ônibus, exceto a cidade de Viçosa, porém a estrutura é a mesma para todos os ônibus. Assim, a divergência pode estar relacionada aos cuidados dispensados por cada cidade ao seu veículo de transporte.

Ribeiro (2010) demonstrou também em sua pesquisa que, muitas reclamações de usuários estão relacionadas ao transporte público fornecido pelas prefeituras dos municípios circunvizinhos.

Tabela 14 – AED do Construto Facilidade de Acesso

Variáveis	Média	Desvio Padrão
O Consórcio é muito bem localizado.	8,000	2,1649
O acesso ao Consórcio é fácil.	8,214	2,0007
O ônibus que transporta os pacientes até o Consórcio é confortável.	7,768	2,1102
O horário de funcionamento do Consórcio é adequado.	8,876	1,5258

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

O construto Estrutura Física/Espera (Tabela 15) obteve médias relativamente inferiores aos outros atributos analisados. Nesse aspecto, as menores médias relacionam-se às variáveis banheiros, quantidade de cadeiras existentes. Acredita-se que esse é um aspecto fácil de ser melhorado, na melhoria da limpeza, aquisição de mais cadeiras e mais confortáveis.

Os valores altos para o desvio padrão, isto é, divergências de opiniões entre os respondentes pode ter ocorrido pelo fato de muitos usuários não terem utilizado o CISMIV em dias e horários de maior movimentação ou não terem utilizado o banheiro, por exemplo.

Tabela 15 – AED do Construto Estrutura Física/Espera

Variáveis	Média	Desvio Padrão
A quantidade de cadeiras existentes no Consórcio é suficiente.	7,429	2,7466
As cadeiras que estão nos locais de espera são confortáveis.	7,853	2,2648
A televisão que fica na recepção funciona bem.	7,587	2,3018
Os banheiros do Consórcio são limpos.	7,414	2,4391

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Na Tabela 16 estão descritas as estatísticas das variáveis da avaliação geral da qualidade, onde se obtiveram as melhores médias altas, se comparados a outros construtos, representando boa avaliação dos usuários da qualidade. O desvio padrão baixo para todas as variáveis representa pouca variabilidade e, portanto, maior convergência das opiniões.

Tabela 16 - Estatística das variáveis: avaliação da Qualidade Geral

Variáveis	Média	Desvio Padrão
A qualidade dos exames do Consórcio é muito boa.	8,669	1,5282
A qualidade dos serviços prestados pelo Consórcio é muito boa.	9,034	1,2358

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

5.5 Avaliação geral dos construtos

Nessa etapa da pesquisa, as médias e desvios-padrão de cada um dos construtos, foram analisados em conjunto para uma melhor percepção da opinião dos respondentes, acerca da qualidade dos serviços oferecidos pelo CISMIV.

Os dados apresentados na Tabela 17 são muito interessantes em função de que o maior valor para a média dos construtos foi relativa à media da Qualidade Geral (8,8515), a qual deve refletir todos os outros construtos, ou seja, a avaliação dos usuários em termos “estanques” da qualidade é maior do que quando os itens que formam a qualidade são avaliados isoladamente e depois os resultados consolidados em conjunto.

A avaliação geral dos construtos é um item importante para os gestores, pois, ajudam a identificar quais são os aspectos que precisam ser melhorados e quais aqueles que precisam ser mantidos.

Tabela 17 – Valores médios apurados para os construtos relativos à qualidade percebida pelos usuários do CISMIV.

CONSTRUTO	MÉDIA
Qualidade geral	8,8515
Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações	8,8027
Eficiência técnica	8,4410
Tempo/entrega	8,3160
Atendimento médico	8,2204
Facilidade de acesso	8,2145
Atenção ao paciente/informação	8,0865
Atendimento/rapidez	7,9442
Estrutura física/espera	7,5708
Atenção ao Paciente/necessidade	7,0995
Tempo/espera	6,0050

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O item melhor avaliado na Tabela 17 foi a Qualidade Geral do CISMIV em virtude da maioria das variáveis estarem acima de 8 pontos.

O segundo item melhor avaliado pelos usuários foi a Estrutura Física, com média de 8,8027, no que se refere aos consultórios, aparelhagens e instalações. Esse dado demonstra que os usuários percebem a qualidade da estrutura consideravelmente nova da edificação, e também se atenta para a boa qualidade dos consultórios e aparelhos utilizados em exames e consultas. Os consultórios e equipamentos devem ser continuamente fator de destaque no órgão, já que este tem como finalidade a oferta de consultas e exames especializados.

O terceiro item com melhor avaliação foi a Eficiência Técnica (8,4410), demonstrando que os usuários consideram a qualidade não apenas dos equipamentos, mas também a competência e aptidão de toda a equipe. Esse fator é muito importante quando se trata de saúde pública, pois os usuários precisam ter confiança nos resultados obtidos.

Com relação às três piores avaliações, os usuários apresentaram a terceira pior avaliação para Estrutura Física/Espera (7,5708), avaliação considerada baixa comparando-se com os outros itens. Isso demonstra que os usuários avaliam que não há uma estrutura adequada para que todos aguardem o atendimento de forma confortável.

Deve-se observar esse aspecto pois de acordo com Ramos e Lima (2003), o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento é longo desde sua chegada ao serviço.

Além disso, como é grande o número de usuários que frequentam o CISMIV diariamente acredita-se que esse deva ser um item a ser considerado futuramente pelos gestores.

O segundo item com avaliação inferior foi com relação à Atenção ao Paciente/Necessidade. A média baixa de 7,0995 revela que, os usuários sentem que suas necessidades em termos de oferta de especialidades e exames no CISMIV não estão sendo completamente supridas.

O grande gargalo do sistema parece se concentrar no Tempo de Espera para a realização de exames e para ser atendido pelo profissional de saúde. Assim, o construto Tempo de espera apresentou a pior avaliação (6,0050), obtendo um índice cerca de 20% abaixo da segunda pior avaliação que foi a Atenção ao paciente/necessidades e mais 25% abaixo da terceira pior avaliação que foi a Estrutura Física/espera.

A pesquisa de Gouveia (2009) revelou que o tempo de espera é o fator que produz os maiores percentuais de insatisfação nos usuários do serviço público de saúde. Isso corrobora os achados desse trabalho, que revelou que os usuários avaliaram que a maior dificuldade nos serviços do CISMIV está relacionada principalmente à espera para marcação de consultas e exames. Fica claro dessa forma que o ponto mais frágil para os usuários do CISMIV refere-se ao aspecto tempo de espera para atendimento.

5.6 Unidimensionalidade (Análise Fatorial)

O próximo passo da análise de dados foi a realização da análise fatorial exploratória, com o intuito de verificar se os construtos elaborados a partir da análise qualitativa, bem como analisados em termos descritivos, efetivamente correspondem a somente um fator.

Os construtos analisados nessa pesquisa são:

- Atendimento/rapidez: 4 itens.
- Tempo/espera: 4 itens.
- Atenção ao paciente/informação: 2 itens.
- Eficiência técnica: 4 itens.
- Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações: 7 itens.
- Tempo/entrega: 2 itens.
- Atenção ao paciente/necessidade: 2 itens.
- Atendimento médico: 2 itens.
- Facilidade de acesso: 4 itens.

- Estrutura Física/espera: 4 itens.
- Qualidade geral: 2 itens.

Foi realizada a análise fatorial exploratória, uma técnica de estatística multivariada com o intuito de reduzir a quantidade de itens que formam uma determinada dimensão e ao mesmo tempo manter o máximo da variância explicada em relação a essa dimensão ou fator (HAIR et al., 2009; MALHOTRA, 2012).

A análise fatorial exploratória possui uma série de pressupostos. O primeiro analisado é em relação ao tamanho da amostra. O número mínimo na relação entre o número de variáveis analisadas e o número de elementos da amostra deve ser de cinco observações ou elementos da amostra para cada variável, sendo que o ideal seria entre dez e vinte observações (HAIR et al., 2009).

O segundo pressuposto é em relação ao nível de correlações entre as variáveis que componentes dos fatores. Nesse caso, deve haver um grande número de correlações entre os elementos de uma determinada dimensão ou fator com valores iguais ou superiores a 0,30 (HAIR et al., 2009).

O terceiro pressuposto é o Teste de Esfericidade de Barlett, o qual deve ser significativo em nível de 95%, ou seja, menor que 0,05 (MALHOTRA, 2012).

Por fim, o último pressuposto ou pré-requisito é a medida de adequacidade da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) a qual deve apresentar valores iguais ou acima de 0,60 (MALHOTRA, 2012; HAIR et al., 2009), sendo que os valores acima de 0,80 são considerados ideais, principalmente em termos de escalas já validadas. Em pesquisas nas quais as escalas estão sendo construídas, como no caso dessa dissertação, valores até 0,60 são considerados aceitáveis.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 18, verifica-se que os pressupostos para a realização da análise fatorial foram todos atendidos. O número de correlações entre os itens de cada construto é alto, o Teste de Bartlett apresentou valor significativo para todos os construtos e os valores do KMO também estão dentro dos parâmetros considerados aceitáveis.

Há de se considerar ainda que quando o fator é formado por dois indicadores, o valor do KMO é automaticamente calculado como 0,500.

Tabela18 – Valores para os pressupostos da análise fatorial

Construtos Definidos Pelo Modelo	Medida de Adequacidade (KMO)	Teste de Esfericidade de Bartlett		Número de correlações entre os itens do construto	Número de correlações estatisticament e significativas
		Valor	Sig.		
Atenção ao paciente/informação	0,500	135,105	0,000	1	1
Atenção ao paciente /necessidade	0,500	42,185	0,000	1	1
Atendimento médico	0,500	247,805	0,000	6	5
Atendimento/rapidez	0,633	148,048	0,000	6	6
Eficiência técnica	0,703	232,201	0,000	6	6
Estrutura Física/espera	0,655	220,023	0,000	6	6
Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações	0,880	941,646	0,000	21	21
Facilidade de acesso	0,704	167,672	0,000	10	6
Qualidade geral	0,500	53,749	0,000	1	1
Tempo/entrega	0,500	151,879	0,000	1	1
Tempo/espera	0,783	345,015	0,000	6	6

Fonte: Dados da pesquisa

Verificaram-se os valores obtidos pelas AFEs (Análise Fatorial Exploratória). Os valores da comunalidade devem apresentar valores mínimos de 0,35 para a significância estatística e em termos práticos devem apresentar valores acima de 0,70. Em termos de fator, o valor mínimo aceitável é de 0,30 (HAIR et al., 2009).

Em relação ao construto Atenção ao Paciente/informação foi gerado somente um fator com mais de 80% da variância explicada e altos valores tanto para a comunalidade, quanto para o componente, conforme exibidos na Tabela 19.

Tabela 19 - Análise fatorial do construto Atenção ao Paciente/Informação

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- A equipe dos exames me passa todas as informações que eu preciso sobre os exames.	0,904	0,817
2- A equipe dos exames me informam quando há algum problema com a realização dos exames.	0,904	0,817
Variância Explicada pelo construto= 81,668%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

O próximo construto a ser analisado em termos dos resultados da Análise Fatorial Exploratória (AFE) é a Atenção ao Paciente/Necessidade. Nesse caso, os valores também se

mostraram adequados, sendo que a comunalidade ficou bem próxima ao valor de significância prática de 0,70, a variância explicada também se aproximou de 0,70 e foi gerada somente um fator. Os dados são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 - Análise fatorial do construto Atenção ao Paciente/Necessidade

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- O Consórcio é capaz de me oferecer todos os exames que preciso.	0,832	0,692
2- O Consórcio oferece especialidades médicas suficientes para atender as minhas necessidades (ex: dermatologia, angiologia, urologia, etc).	0,832	0,692
Variância Explicada pelo construto = 69,231%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

No caso do construto Atendimento Médico, os resultados apresentados na Tabela 21 indicam altos valores para todos os parâmetros, ou seja, altos valores para a Variância Explicada, para o componente e para a comunalidade. Novamente, somente um fator foi gerado.

Tabela 21 - Análise fatorial do construto Atendimento Médico

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- Os médicos são atenciosos e educados.	0,944	0,890
2- Os médicos transmitem segurança ao realizar as consultas.	0,944	0,890
Variância Explicada pelo construto = 89,037%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Os resultados apresentados para o construto Atendimento/Rapidez (Tabela 22) são razoáveis. Enquanto os dois primeiros itens apresentam valores muito bons tanto para o componente quanto para a comunalidade, os dois últimos itens apresentam alguns valores abaixo dos índices recomendados. Todavia, procedeu-se a sua manutenção no construto e optou-se por retirá-los ou não na análise da validade convergente que foi feita e é apresentada posteriormente nessa análise de dados.

Tabela 22 - Análise fatorial do construto Atendimento/Rapidez

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- O atendimento dos funcionários da recepção do Consórcio é muito bom.	0,803	0,644
2 - Os atendentes são rápidos.	0,826	0,682
3 - A priorização do atendimento para idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais é bem feita no Consórcio.	0,626	0,392
4 - Os médicos são muito rápidos no atendimento aos pacientes.	0,412	0,170
Variância Explicada pelo construto = 47,216%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

A Tabela 23 apresenta os resultados obtidos para o construto Eficiência Técnica. Nesse caso, os resultados da comunalidade atendem aos aspectos estatísticos. A Variância Explicada é de aproximadamente 55% e os valores para os componentes são considerados adequados.

Tabela 23 - Análise fatorial do construto Eficiência Técnica

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- A equipe que faz os exames no Consórcio é capaz de fazer bem feito os exames.	0,710	0,504
2- Os resultados dos exames do Consórcio são sempre corretos.	0,751	0,564
3 - O número de erros dos exames é baixo.	0,759	0,577
4 - Difícilmente o Consórcio pára de fazer os exames.	0,766	0,587
Variância Explicada pelo construto = 55,789%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

O construto Estrutura Física/Espera apresenta resultados semelhantes ao construto anterior. Os resultados apresentados na Tabela 24 indicam valores adequados para o componente, uma Variância Explicada próxima a 55% e valores estatisticamente adequados para a comunalidade.

Tabela 24 - Análise fatorial do construto Estrutura Física/Espera

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- A quantidade de cadeiras existentes no Consórcio é suficiente.	0,719	0,517
2- As cadeiras que estão nos locais de espera são confortáveis.	0,757	0,573
3 - A televisão que fica na recepção funciona bem.	0,736	0,541
4 - Os banheiros do Consórcio são limpos.	0,709	0,502
Variância Explicada pelo construto = 53,681%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

O construto que apresenta o maior número de itens é a Estrutura Física: consultórios, aparelhagens e instalações. Os resultados mostrados na Tabela 25 são bons, considerando-se que os valores dos componentes são adequados, a variância explicada é de mais de 60% e os valores das comunalidades estão acima de 0,30. Apesar de esse construto ser composto por sete itens, somente um fator foi gerado ao final da AFE.

Tabela 25 - Análise fatorial do construto Estrutura Física: consultórios, aparelhagens e instalações

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- Os aparelhos usados nos exames são bons.	,741	0,549
2- Os aparelhos utilizados nas consultas são bons.	,831	0,691
3 - Os consultórios são limpos e agradáveis.	,774	0,599
4 - A estrutura do Consórcio é muito boa.	,820	0,672
5 - Os bebedouros do Consórcio atende as minhas necessidades.	,771	0,594
6 - O Consórcio é bem ventilado.	,751	0,564
7 - O Consórcio é bem iluminado.	,742	0,551
Variância Explicada pelo construto = 60,285%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

No caso da Facilidade de Acesso, os resultados podem ser considerados adequados para todas as variáveis, exceto o último (“eu prefiro o atendimento do Consórcio a ser atendido mais perto da minha casa”). Nesse caso, os valores do componente e da comunalidade não são adequados. Isso também pode ser verificado na Tabela 26, na qual é possível identificar que das dez correlações possíveis de serem estatisticamente significativas, seis correlações apresentam essa característica. Os resultados da AFE estão contidos na Tabela 25. Esse construto apresentou somente um fator como resultado da AFE.

Por conseguinte, optou-se por retirar esse último item das análises posteriores, já que se identificou uma carga fatorial baixa, o que poderia comprometer o valor da Variância Média Extraída (AVE), a qual é um parâmetro importante para a verificação da validade convergente, bem como o teste da validade nomológica de todos esses construtos que refletem a qualidade percebida pelos usuários do CISMIV.

Tabela 26 - Análise fatorial do construto Facilidade de Acesso

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1 - O Consórcio é muito bem localizado.	0,790	0,624
2 - O acesso ao Consórcio é fácil.	0,763	0,582
3 - O ônibus que transporta os pacientes até o Consórcio é confortável.	0,659	0,434
4 - O horário de funcionamento do Consórcio é adequado.	0,587	0,344
5 - Eu prefiro o atendimento do Consórcio a ser atendido mais perto da minha casa.	0,271	0,073
Variância Explicada pelo construto = 41,137%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

O próximo construto analisado é a Qualidade Geral percebida. Nesse caso, os resultados são bons, considerando os altos valores para a Variância Explicada (mais de 70%), bem como para os altos valores do componente e da comunalidade, os quais podem ser vistos na Tabela 27.

Tabela 27 - Análise fatorial do construto Qualidade Geral

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- A qualidade dos exames do Consórcio é muito boa.	0,845	0,715
2- A qualidade dos serviços prestados pelo Consórcio é muito boa.	0,845	0,715
Variância Explicada pelo construto = 71,478%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Em relação ao Tempo/Entrega, os resultados apresentaram valores altos para todos os parâmetros. A Tabela 28 mostra que a Variância Explicada é de mais de 80%, os valores do componente está acima de 0,90 e a comunalidade têm valores acima de 0,80 e foi gerado somente um fator.

Tabela 28 - Análise fatorial do construto Tempo/Entrega

Descrição do item	Componente	Comunalidade
1- O Consórcio cumpre o prazo de entrega de exames.	0,912	0,831
2- O prazo para entrega de exames é bom.	0,912	0,831
Variância Explicada pelo construto = 83,094%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Por fim, no caso do Tempo/Espera, os valores podem ser considerados adequados. Na Tabela 29, é possível identificar que os valores para o componente estão acima ou muito

próximos de 0,80 e a comunalidade está acima de 0,60, indicando significância estatística. A Variância Explicada é de aproximadamente 65% e foi gerado somente um fator.

Tabela 29 - Análise fatorial do construto Tempo/espera

Descrição do item	Componente	Comunalidade
O tempo de espera para marcar um exame no Consórcio é rápido	0,830	0,688
A espera para fazer os exames é rápido.	0,791	0,626
O tempo de espera para marcar uma consulta no Consórcio é rápido.	0,800	0,641
O tempo de espera para ser atendido pelo médico é rápido.	0,781	0,610
Variância Explicada pelo construto = 64,113%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

5.7 Validade convergente

Com base nos resultados encontrados na Análise Fatorial, foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC), usando a Metodologia de Equações Estruturais. A AFC tem como finalidade confirmar as validades convergente, discriminante e nomológica dos construtos do modelo (LIMA, 2014).

A validade convergente pode ser entendida como o conceito que representa na medida em que um item de um construto se correlaciona positivamente com os outros índices que formam o mesmo construto. Para a aferição da validade convergente, é preciso fazer uma Modelagem de Equações Estruturais (SEM) para o construto em questão. Altas cargas fatoriais indicam que as variáveis observadas são percebidas de forma semelhante pelos respondentes. (MALHOTRA, 2012; HAIR et al. 2009).

A carga padronizada de cada um dos indicadores deve ter um valor mínimo de 0,5, sendo considerados ideais valores iguais ou superiores a 0,7. Além disso, a Variância Média Extraída (AVE) deve ter valor mínimo de 0,50 e a Confiabilidade Composta (CC) deve ter valor mínimo de 0,60, sendo preferíveis valores acima de 0,70 (HAIR et al., 2009).

Os dados exibidos na Tabela 30 indicam que seis dos onze construtos, mais da metade não atendem aos critérios de validade convergente, ou seja, os seus valores da AVE estão abaixo de 0,50.

A causa desse problema pode estar no instrumento de coleta dos dados (apesar de realização do pré-teste não indicar a necessidade de mudanças).

A solução encontrada para resolver esse problema foi a retirada dos indicadores que apresentam baixos valores para as suas cargas fatoriais padronizadas. Assim, para os construtos que possuem três ou mais indicadores e não atenderam aos critérios para alcançar a validade convergente foi retirado o item com a menor carga padronizada. Caso o construto ainda não atinja a validade convergente e possua ainda três ou mais indicadores, o próximo item com o menor valor de carga padronizada é novamente retirado.

Tabela 30 - Validade convergente dos construtos

Continua

Construto	Itens	Variância Média Extraída (AVE)	Confiabilidade Composta	Carga Fatorial Padronizada
Atenção paciente informação	A equipe dos exames me passa todas as informações que eu preciso sobre os exames.	0,634	0,861	0,778
	A equipe dos exames me informam quando há algum problema com a realização dos exames			0,814
Apoio ao Paciente necessidade	O Consórcio é capaz de me oferecer todos os exames que preciso.	0,385	0,670	0,601
	O Consórcio oferece especialidades médicas suficientes para atender as minhas necessidades (ex: dermatologia, angiologia, urologia, etc).			0,640
Atendimento médico	Os médicos são atenciosos e educados.	0,784	0,931	0,844
	Os médicos transmitem segurança ao realizar as consultas.			0,925
Atendimento rapidez	O atendimento dos funcionários da recepção do Consórcio é muito bom.	0,342	0,715	0,703
	Os atendentes são rápidos.			0,805
	A priorização do atendimento para idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais é bem feita no Consórcio.			0,414
	Os médicos são muito rápidos no atendimento aos pacientes			0,232

Eficiência técnica	A equipe que faz os exames no Consórcio é capaz de fazer bem feito os exames.	0,447	0,842	0,602
	Os resultados dos exames do Consórcio são sempre corretos.			0,655
	O número de erros dos exames é baixo.			0,704
	Difícilmente o Consórcio pára de fazer os exames			0,706
Estrutura física/espera	A quantidade de cadeiras existentes no Consórcio é suficiente.	0,438	0,837	0,659
	As cadeiras que estão nos locais de espera são confortáveis.			0,710
	A televisão que fica na recepção funciona bem.			0,656
	Os banheiros do Consórcio são limpos.			0,619
Estrutura física: consultórios, aparelhagens e instalações	Os aparelhos usados nos exames são bons.	0,656	0,946	0,746
	Os aparelhos utilizados nas consultas são bons.			0,865
	Os consultórios são limpos e agradáveis.			0,749
	A estrutura do Consórcio é muito boa			0,807
	Os bebedouros do Consórcio atende as minhas necessidades.			0,731
	O Consórcio é bem ventilado.			0,756
	O Consórcio é bem iluminado.			0,713
Facilidade acesso	O Consórcio é muito bem localizado.	0,358	0,765	0,738
	O acesso ao Consórcio é fácil.			0,687
	O ônibus que transporta os pacientes até o Consórcio é confortável.			0,506
	O horário de funcionamento do Consórcio é adequado.			0,340
Qualidade geral	A qualidade dos exames do Consórcio é muito boa.	0,439	0,718	0,598

	A qualidade dos serviços prestados pelo Consórcio é muito boa.			0,729
Tempo entrega	O Consórcio cumpre o prazo de entrega de exames.	0,662	0,887	0,816
	O prazo para entrega de exames é bom.			0,811
Tempo espera	O tempo de espera para marcar um exame no Consórcio é rápido	0,535	0,888	0,789
	A espera para fazer os exames é rápido.			0,710
	O tempo de espera para marcar uma consulta no Consórcio é rápido.			0,736
	O tempo de espera para ser atendido pelo médico é rápido.			0,687

Fonte: Elaborado pela autora

Foram retirados os seguintes indicadores dos construtos a seguir:

- Atendimento/rapidez. Itens ATR3 (“A priorização do atendimento para idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais é bem feita no Consórcio”) e ATR4 (“Os médicos são muito rápidos no atendimento aos pacientes”).
- Eficiência técnica. Itens ET1 (“A equipe que faz os exames no Consórcio é capaz de fazer bem feito os exames”) e ET2 (“Os resultados dos exames do Consórcio são sempre corretos.”).
- Estrutura física/espera. Itens EFE3 (“A televisão que fica na recepção funciona bem”) e EFE4 (“Os banheiros do Consórcio são limpos”).
- Facilidade de acesso. Itens FA3 (“O ônibus que transporta os pacientes até o Consórcio é confortável”) e FA4 (“O horário de funcionamento do Consórcio é adequado”).

Além disso, os construtos Atenção ao Paciente/necessidade e Qualidade geral, apesar não haverem alcançado a validade convergente, não foram alterados em virtude de possuírem somente dois indicadores, não permitindo a retirada de nenhum item.

Os resultados alcançados são mostrados na Tabela 31.

Tabela 31 - Validade convergente dos construtos após a retirada dos itens com baixa carga fatorial

Continua				
Construto	Itens	Variância Média Extraída (AVE)	Confiabilidade de Composta	Carga Fatorial Padronizada
Atendimento rápido	O atendimento dos funcionários da recepção do Consórcio é muito bom.	0,591	0,829	0,872
	Os atendentes são rápidos.			0,650
Eficiência técnica	O número de erros dos exames é baixo.	0,547	0,807	0,727
	Difícilmente o Consórcio pára de fazer os exames			0,751
Estrutura física/espera	A quantidade de cadeiras existentes no Consórcio é suficiente.	0,554	0,809	0,670
	As cadeiras que estão nos locais de espera são confortáveis.			0,812
Facilidade de acesso	O Consórcio é muito bem localizado.	0,516	0,785	0,689
	O acesso ao Consórcio é fácil.			0,746

Fonte: Elaborada pela autora.

Os resultados obtidos após as modificações indicam que todos os construtos alterados alcançaram a validade convergente, apresentando valores acima de 0,50 para a AVE e valores acima de 0,70 para a Confiabilidade Composta.

Apesar disso, os construtos Atenção ao Paciente/Necessidade e Qualidade Geral não alcançaram a validade convergente.

5.8 Validade discriminante

A validade discriminante verifica se um determinado construto é suficientemente diferente dos demais. Assim, estabelece uma verificação que objetiva confirmar a existência de que os construtos tenham cargas com valores maiores do que o mais alto valor de suas cargas associadas a outros construtos. Dessa maneira, diferentemente da validade convergente, a validade discriminante estabelece que uma medida não se correlaciona

também de forma elevada com as medidas a partir das quais se pressupõe discriminar (NETEMEYER, BEARDEN e SHARMA, 2003).

No presente estudo, a validade discriminante visa estabelecer até que ponto uma escala é distinta, mediante a verificação dos construtos que não se correlacionam com outros construtos do modelo. Tal verificação, ao contrário da validade convergente, visa mensurar até que ponto uma determinada escala é distinta.

A técnica utilizada para estabelecer a validação discriminante dos construtos foi obtida por meio da comparação das raízes quadradas das AVEs com as correlações entre eles. Essa técnica estabelece que os valores da variância média extraída de dois construtos devem ser maiores do que o quadrado da correlação entre eles (HAIR et al., 2009). Em termos estatísticos, a AVE de cada latente variável deve ser maior do que a da variável latente mais elevada do quadrado da correlação com qualquer outra variável latente (HENSELER, 2009).

A raiz diagonal da Tabela 32, representa os valores da raiz quadrada das AVEs de cada um dos construtos relativos à qualidade percebida pelos usuários do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa-MG. Os valores estão em negrito para facilitar a sua visualização.

Também para facilitar a visualização, as correlações entre os pares de construtos que não alcançaram a validade discriminante, estão sublinhadas e em negrito na mesma tabela.

Tabela 32 – Correlações entre os construtos e a raiz quadrada da AVE.

CONSTRUTO	A.P.I	A.P.N	A.M.	A.R.	E.T.	E.F.	E.F.E.	F.A.	T.E.N.	T.E.
S										
A.P.I.	0,796									
A.P.N.	0,272	0,621								
A.M.	0,378	0,602	0,885							
A.R.	0,568	0,538	0,434	0,769						
E.T.	0,508	0,486	0,287	0,680	0,740					
E.F.	0,685	0,531	0,559	<u>0,800</u>	0,654	0,810				
E.F.E.	0,599	0,351	0,393	0,594	0,583	0,686	0,744			
F.A.	0,540	0,464	0,479	0,678	0,481	0,785	0,662	0,718		
T.E.N.	0,399	0,557	0,552	0,602	0,484	0,693	0,353	0,499	0,814	
T.E.	0,638	<u>0,694</u>	0,391	0,601	0,478	0,558	0,536	0,474	0,537	0,731

Nota: **A.P.I.** é “Atenção Paciente Informação”; **A.P.N.** é “Atenção Paciente Necessidade”; **A.M.** é “Atendimento Médico”; **A.R.** é “Atendimento Rapidez”; **E.T.** é “Eficiência Técnica”; **E.F.** é “Estrutura Física”; **E.F.E.** é “Estrutura Física Espera”; **F.A.** é “Facilidade Acesso”; **T.E.N.** é “Tempo Entrega”; **T.E.** é “Tempo Espera”.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Os resultados obtidos indicam que das 45 comparações efetuadas entre a correlação dos construtos e a raiz quadrada da AVE, apenas 2 correlações entre os construtos não

apresentaram validade discriminante, que são os casos dos pares de construtos Atenção ao paciente/necessidade e Tempo de espera, e, Atendimento/rapidez e Eficiência técnica. Esses casos devem ser considerados como limitações em relação aos resultados obtidos na pesquisa.

O construto Qualidade geral não foi avaliado em termos da validade discriminante em relação aos outros construtos em virtude de que a qualidade em geral deve refletir ou ser a consequência da avaliação de todos os outros construtos. Na verdade uma alta correlação entre a Qualidade geral e todos os outros construtos que formam a qualidade é o desejado em termos teóricos e positivo considerando-se a análise estatística.

Os resultados obtidos em relação à qualidade geral com os outros construtos podem ser observados na Tabela 33.

Tabela 33 – Correlação entre a Qualidade Geral e os outros construtos

CONSTRUTO	A.P.I	A.P.N.	A.M.	A.R.	E.T.	E.F.	E.F.E.	F.A.	T.E.N.	T.E.
Qualidade Geral	0,71	0,734	0,721	0,825	0,641	0,945	0,726	0,716	0,676	0,624

Nota: **A.P.I.** é “Atenção Paciente Informação”; **A.P.N.** é “Atenção Paciente Necessidade”; **A.M.** é “Atendimento Médico”; **A.R.** é “Atendimento Rapidez”; **E.T.** é “Eficiência Técnica”; **E.F.** é “Estrutura Física”; **E.F.E.** é “Estrutura Física Espera”; **F.A.** é “Facilidade Acesso”; **T.E.N.** é “Tempo Entrega”; **T.E.** é “Tempo Espera”.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Os resultados são positivos, pois, a qualidade percebida possui uma alta correlação com todos os outros construtos. Todas essas correlações possuem valores acima de 0,62.

Destaca-se que os 3 melhores resultados foram para os construtos Estrutura Física (0,945), Atendimento/rapidez (0,825) e Atenção ao Paciente/necessidades (0,734), apontando que esses itens possuem correlação maior com a qualidade percebida pelos usuários do CISMIV.

Os 3 piores resultados foram para o Tempo/entrega (0,676), Eficiência Técnica (0,641) e Tempo de espera (0,624). Esses dados revelam que, esses itens apresentam correlação menor com a qualidade percebida pelos usuários.

5.9 Validade nomológica

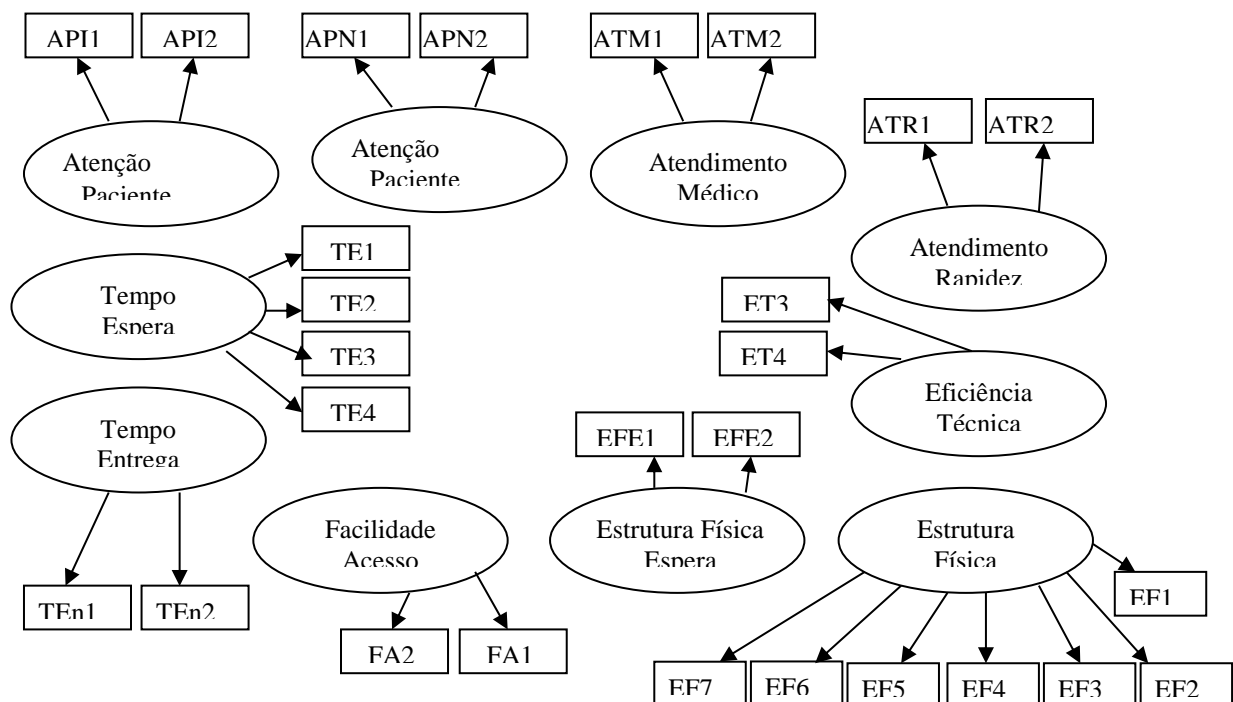
A última etapa da análise de dados é relativa à validade da cadeia nomológica em relação à percepção de qualidade dos usuários do CISMIV. Nesse caso, todos os construtos formam a qualidade percebida, representada pela Qualidade Geral.

Para a verificação da validade nomológica foi realizada uma Análise de Equações Estruturais (SEM), a qual possui características tanto da análise fatorial exploratória, quanto de regressões lineares. Por isso, a SEM é conhecida também como análise fatorial confirmatória. A SEM é a técnica utilizada para verificar se as relações entre os construtos são significativas e, por conseguinte, é usada para o teste de teorias (HAIR et al., 2009).

Como a amostra não possui distribuição normal optou-se por realizar a SEM com a estimação pelo método dos Mínimos Quadrados Generalizados (GLS). Além disso, é necessário ressaltar que todos os construtos que formam a Qualidade geral – e que são construtos exógenos – foram correlacionados para calcular a covariância entre eles. Dessa forma, torna-se mais fácil identificar os relacionamentos significativos em termos estatísticos, no que concerne à Qualidade Geral e a todos os outros construtos que compõem essa percepção de qualidade por parte dos usuários do CISMIV.

Os resultados da análise da SEM estão descritos na Figura 5 e na Tabela 34. São 10 construtos que formam a qualidade geral. Eles são os construtos de 1ª ordem, pois, a Qualidade Geral reflete todos esses 10 construtos.

Figura 5 – Dimensões da Qualidade Geral do CISMIV.



Legenda: A.P.I. é “Atenção Paciente Informação”; A.P.N. é “Atenção Paciente Necessidade”; A.M. é “Atendimento Médico”; A.R. é “Atendimento Rapidez”; E.T. é “Eficiência Técnica”; E.F. é “Estrutura Física”; E.F.E. é “Estrutura Física Espera”; F.A. é “Facilidade Acesso”; T.E.N. é “Tempo Entrega”; T.E. é “Tempo Espera”.

Nota: Todos os construtos estão ligados entre si por arcos que representam correlações. Eles não foram desenhados para facilitar a visualização por parte dos leitores.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

Os resultados de todas as relações entre os 10 construtos e os seus respectivos componentes são apresentados na Tabela 34.

Tabela 34 - Significância e valor entre as relações dos construtos

	Relação Entre os Construtos	Carga	Significância Teste t	Significância
API1	<--- Atenção_Paciente_Informação	,88426	***	SIM
API2	<--- Atenção_Paciente_Informação	,86501	***	SIM
APN1	<--- Atenção ao_Paciente_Necessidade	,91268	***	SIM
APN2	<--- Atenção ao Paciente_Necessidade	,86784	***	SIM
ATM1	<--- Atendimento_Médico	,86501	***	SIM
ATM2	<--- Atendimento_Médico	,82818	***	SIM
ATR2	<--- Atendimento_Rapidez	,82611	***	SIM
ATR1	<--- Atendimento_Rapidez	,72274	***	SIM
ET3	<--- Eficiência_Técnica	,88081	***	SIM
ET4	<--- Eficiência_Técnica	,82765	***	SIM
EF5	<--- Estrutura_Física	,70918	***	SIM
EF6	<--- Estrutura_Física	,76874	***	SIM
EF7	<--- Estrutura_Física	,73380	***	SIM
EF1	<--- Estrutura_Física	,76403	***	SIM
EF2	<--- Estrutura_Física	,87337	***	SIM
EF3	<--- Estrutura_Física	,69857	***	SIM
EF4	<--- Estrutura_Física	,84591	***	SIM
EFE2	<--- Estrutura_Física_Espera	,86420	***	SIM
EFE1	<--- Estrutura_Física_Espera	,92714	***	SIM
FA2	<--- Facilidade_de Acesso	,83430	***	SIM
FA1	<--- Facilidade_de Acesso	,85346	***	SIM
TEn1	<--- Tempo_Entrega	,79485	***	SIM
TEn2	<--- Tempo_Entrega	,81793	***	SIM
TE2	<--- Tempo_Espera	,79627	***	SIM
TE3	<--- Tempo_Espera	,76948	***	SIM
TE4	<--- Tempo_Espera	,78776	***	SIM
TE1	<--- Tempo_Espera	,75189	***	SIM

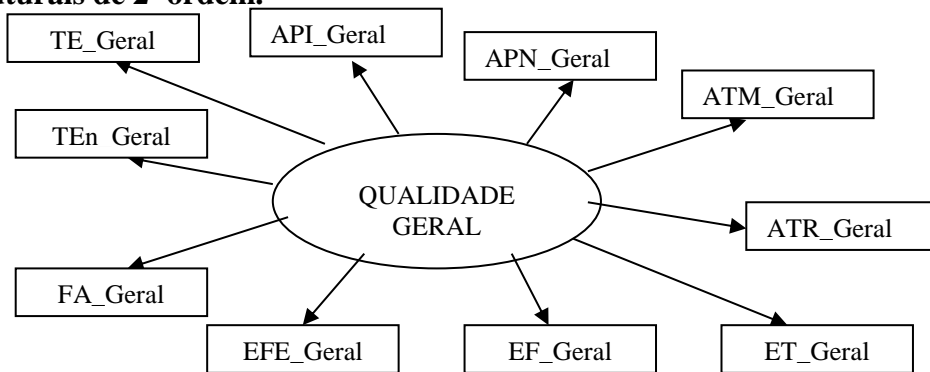
*** Relações significativas em nível de 0,001.

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com os resultados da Tabela 34 é possível perceber que todos os itens que formam os 10 construtos que refletem a qualidade percebida possuem relações significativas com todos esses construtos. Além disso, os valores das cargas padronizadas estão todos acima de 0,70, exceto o EF3 (Estrutura Física 3) com 0.69857 de carga fatorial, o que é próximo de 0,70.

O próximo passo foi realizar a modelagem de equações estruturais de 2ª ordem conforme a Figura 6.

Figura 6 – A Qualidade Geral e os seus indicadores na modelagem de equações estruturais de 2ª ordem.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os indicadores de segunda ordem foram formados pelas médias dos indicadores dos construtos – que refletem a qualidade geral e que foram identificados na pesquisa qualitativa – que foram testados na modelagem de equações estruturais de 1ª ordem. Assim, cada um dos indicadores foi formado da seguinte forma:

- Atenção Paciente Informação Geral. $API_Geral = (API1 + API2) / 2$.
- Atenção Paciente Necessidade Geral. $APN_Geral = (APN1 + APN2) / 2$.
- Atendimento Médico Geral. $ATM_Geral = (ATM1 + ATM2) / 2$.
- Atendimento Rapidez Geral. $ATR_Geral = (ATR1 + ATR2) / 2$.
- Eficiência Técnica Geral. $ET_Geral = (ET3 + ET4) / 2$.
- Estrutura Física Geral. $EF_Geral = (EF1 + EF2 + EF3 + EF4 + EF5 + EF6 + EF7) / 7$
- Estrutura Física Espera Geral. $EFE_Geral = (EFE1 + EFE2) / 2$.
- Facilidade Acesso Geral. $FA_Geral = (FA1 + FA2) / 2$.
- Tempo Entrega Geral. $TEn_Geral = (TEn1 + TEn2) / 2$.
- Tempo Espera Geral. $TE_Geral = (TE1 + TE2 + TE3 + TE4) / 4$.

Por conseguinte, na estimação da modelagem de equações estruturais da Qualidade em Geral apresentada na Figura 6, essa qualidade será formada pelos 10 indicadores que

representam os construtos calculados e testados na modelagem de 1ª ordem executada anteriormente.

A Tabela 35 abaixo exhibe os resultados numéricos para as relações entre os 10 indicadores e o construto Qualidade Geral.

Tabela 35 – Significância e valor entre os indicadores e o construto Qualidade geral.

Relação Entre os Construtos		Carga	Significância Teste t	Significância
API_Geral	<--- Qualidade_Geral	,67030	***	SIM
APN_Geral	<--- Qualidade_Geral	,57184	***	SIM
ATM_Geral	<--- Qualidade_Geral	,59591	***	SIM
ATR_Geral	<--- Qualidade_Geral	,73058	***	SIM
ET_Geral	<--- Qualidade_Geral	,62005	***	SIM
EF_Geral	<--- Qualidade_Geral	,86157	***	SIM
EFE_Geral	<--- Qualidade_Geral	,65400	***	SIM
FA_Geral	<--- Qualidade_Geral	,64210	***	SIM
TEn_Geral	<--- Qualidade_Geral	,68353	***	SIM
TE_Geral	<--- Qualidade_Geral	,70509	***	SIM

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados obtidos são bons. Todos os 10 construtos possuem relações estatisticamente significativas com a qualidade em geral e algumas dessas relações possuem uma carga padronizada acima de 0.70.

Outro tópico analisado em relação à modelagem de equações estruturais de segundo grau, no que tange à Qualidade Geral é a análise dos índices de ajuste, os quais são úteis para verificar o nível de aceitabilidade de um modelo na SEM.

A primeira medida de ajuste é a do Teste do Qui-Quadrado, o qual compara os modelos em termos dos valores esperados e obtidos. Apesar de a referência ser que essa diferença não seja significativa, para modelos complexos com muitos construtos, alto número de correlações e grandes amostras, isso é muito difícil de ser alcançado e, portanto, não é um problema (NETEMEYER, BEARDEN e SHARMA, 2003).

Outra medida usada e menos influenciada pelo tamanho da amostra é o qui-quadrado normalizado resultante da razão entre o valor do qui-quadrado e o número de graus de liberdade do modelo.

O GFI (*Goodness-of-Fit Index*) representa o quão bem está ajustado o modelo ou não, e não sofre com efeitos do tamanho da amostra (NETEMEYER, BEARDEN e SHARMA, 2003).

O AGFI (*Adjusted Goodness-of-Fit Index*) considera diferentes graus de complexidade do modelo. Os seus valores são geralmente menores do que o GFI para modelos mais complexos (NETEMEYER, BEARDEN e SHARMA, 2003).

A RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) representa a raiz do quadrático médio de aproximação, a qual verifica a diferença entre os resíduos dos valores esperados e observados. Assim, ao contrário de outras medidas de ajuste, valores pequenos indicam menor quantidade de resíduos e, portanto, melhor ajuste do modelo (NETEMEYER, BEARDEN e SHARMA, 2003).

Os valores relativos aos índices de ajuste são exibidos na Tabela 36.

Tabela 36 - Índices de Ajuste para a Qualidade Geral

Medida de Ajuste	Resultados obtidos	Valor Desejado
Qui-quadrado	<u>103,74791</u>	Não definido
p-valor	0,0000	Maior do que 0,05
Graus de liberdade	35	O maior possível acima de zero
Qui-quadrado normalizado	<u>2,96423</u>	Acima de 1 até 3 e para modelos complexos até 5
GFI	0,92170	Acima ou igual a 0,90
AGFI	0,87696	Acima ou igual a 0,90
RMSEA	0,08609	Acima de 0,03 e abaixo de 0,08

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Os resultados obtidos são razoáveis. Os valores do qui-quadrado normalizado e GFI alcançaram os valores adequados. No caso dos RMSEA e do AGFI os resultados ficaram bem próximos dos índices de referência.

Além disso, no caso do valor do teste do qui-quadrado, amostras com valores próximos a 250 elementos influenciam os valores do teste do qui-quadrado.

Por fim, foi calculado o peso dos indicadores na formação dos valores da qualidade geral percebida. Os resultados estão na Tabela 37.

Tabela 37 – Peso dos indicadores nos valores da Qualidade Geral

	TE_ Geral	TEN_ Geral	FA_ Geral	EFE_ Geral	EF_ Geral	ET_ Geral	ATR_ Geral	ATM_ Geral	APN_ Geral	API_ Geral
Qualidade Geral	,0801	,1013	,0719	,0636	,3408	,0664	,1284	,0588	,0522	,0754

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A partir dos resultados da Tabela 37, percebe-se que a Estrutura Física (EF) representa um pouco mais de um terço de toda a Qualidade Geral percebida, com 0,3408.

Os outros fatores mais importantes - apesar de terem valores bem menores do que a Estrutura Física são o Atendimento/Rapidez (ATR) e Tempo/Entrega (TE), com 0,1284 e 0,1013, respectivamente.

De outro lado, o Atendimento Médico e a Atenção ao Paciente/Necessidades apresentaram os valores mais baixos, respectivamente de 0,0588 e 0,0522.

Esses resultados possuem inúmeras implicações teóricas e gerenciais que serão descritas nas “conclusões”.

6 CONCLUSÕES

A área de saúde pública brasileira cresceu de forma surpreendente nos últimos 30 anos, apresentando conquistas importantes com a consolidação do SUS. No entanto, é perceptível o quanto a saúde pública brasileira ainda deixa a desejar. Constata-se ingerência do sistema e dificuldade de acesso, resultando em longa espera por atendimento na maior parte dos serviços de saúde (PEDROSA, 2015).

Nota-se ainda que a análise da qualidade no setor de saúde ainda é incipiente. Nesse sentido essa pesquisa avaliou a qualidade percebida pelos usuários do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CISMIV) sendo que a mesma refere-se à percepção que o usuário tem do serviço que utiliza, podendo auxiliar os gestores no planejamento de melhorias dos serviços, especialmente na administração pública.

Para atender os objetivos propostos levantaram-se dados de caracterização do CISMIV por meio de entrevista com o gestor. A entrevista e a análise de documentos possibilitou conhecer o processo de implantação e estruturação do CISMIV, além do funcionamento em termos de oferta de especialidades médicas para consultas e exames.

Nessa etapa, percebeu-se que o CISMIV apresenta várias potencialidades, como a disponibilidade de consultas e exames especializados aos moradores de pequenos municípios. Somado a isso se tem a comodidade de utilização do transporte específico para cada cidade consorciada. Como limitações, destaca-se a escassez ou restrição de recursos financeiros enfrentados pelos municípios, acarretando corte de investimentos nos diversos setores, dentre esses a saúde. Caso sanado essa limitação, diversos seriam os benefícios (como ampliação do número de consultas) aos usuários do Consórcio.

Além da entrevista como o gestor, realizou-se entrevistas com usuários. Nesse aspecto puderam-se conhecer os atributos que influenciam a qualidade percebida no CISMIV.

Constatou-se que os aspectos mais valorizados pelos usuários estão ligados ao acolhimento humanizado, tanto por parte dos funcionários de atendimento como dos profissionais médicos.

Os dados da primeira fase (qualitativa) analisados pela Análise de Conteúdo revelou 40 variáveis, às quais foram agrupadas em subcategorias e posteriormente em categorias finais as quais foram: atendimento, pontualidade, humanização, segurança e estrutura física.

Esses aspectos foram comparados com a literatura sobre qualidade de serviços, percebendo-se semelhanças dos dados com modelos estudados, utilizados para avaliação da

qualidade de serviços em outras organizações. O principal modelo comparativo foi o Modelo *Servqual* de Parasuraman et al. (1985). Apesar da semelhança em termos de variáveis, optou-se pela não replicação, mas pela criação de um método próprio, voltado para as particularidades da saúde pública brasileira e do CISMIV.

As variáveis/atributos identificadas nas entrevistas serviu de base para a construção da escala (questionário) aplicada na etapa quantitativa.

As análises dos resultados quantitativos indicaram avaliação positiva da qualidade geral do serviço do CISMIV, o que pôde ser constatado pelas altas médias obtidas na maior parte dos construtos, com exceção do atributo Tempo de Espera. Esse resultado já era esperado, pois nas entrevistas os usuários destacaram que uma das maiores dificuldades no CISMIV está no tempo para agendamento de consultas e exames, levando em média 60 dias e também atendimento médico. Reitera-se que essa fragilidade foi detectada em outros estudos na área pública de saúde, não sendo uma particularidade do CISMIV.

O construto Atenção ao Paciente/Necessidade também apresentou média menor que a maioria dos outros construtos. Torna-se premente identificar exames ou especialidades demandados pela população e que não são ofertados pelo CISMIV, podendo ser implementados.

Os resultados supracitados mostram ainda que os usuários sentem a necessidade de investimentos para melhorar a disponibilidade de profissionais, tanto em quantidade como em número de especialidades. Acredita-se que vale a pena cogitar a possibilidade de aumento de consultas, pois a ampliação do número para cada cidade consorciada minimizaria o tempo de espera dos usuários, beneficiando-os e aumentando a percepção da qualidade dos serviços. Destaca-se também a necessidade de padronização de cuidados de manutenção com os ônibus como forma de aumentar a qualidade percebida pelos usuários nesse quesito, pois a variável relacionada a esse item apresentou média inferior em comparação com os outros.

O teste dos indicadores formadores dos valores da Qualidade Geral Percebida revelou valores abaixo do esperado para os construtos Atendimento Médico e Atenção ao Paciente/Necessidades, respectivamente de 0,0588 e 0,0522. Os dados do Atendimento Médico foram uma surpresa, pois nas entrevistas o atendimento foi um dos itens mais citados e em diversos estudos sobre marketing de serviços o atendimento é sempre um dos componentes mais importantes.

Na análise da correlação dos construtos com a Qualidade Geral, os itens que se destacaram foi o Tempo de Espera e a Estrutura Física (são os aspectos tangíveis, uma das dimensões do modelo *Servqual* e também relevante em outros estudos na área de saúde).

As implicações gerenciais desses resultados demandam investimento em infraestrutura, para a diminuição da percepção do tempo de espera dos usuários. Parafraseando Ramos e Lima (2003) o tempo de espera que o usuário do serviço público de saúde leva para obter atendimento é consideravelmente longo desde sua chegada ao serviço até o atendimento final.

Além disso, prezar pelo atendimento realizado pelo médico em horário mais próximo possível do horário marcado ou a colocação de mecanismos de entretenimento diminuiria o desgaste gerado pela espera.

As análises quantitativas utilizadas (análise fatorial, validade convergente, discriminante e nomológica) tornaram válidos os indicadores obtidos na fase qualitativa. Em todos os testes, a análise desses construtos obteve valores aceitáveis, exceto os construtos Atenção ao Paciente/Necessidade e Qualidade Geral que não alcançaram o valor de referência da validade convergente, mas foram mantidos pela importância para o estudo.

Com relação aos métodos utilizados, percebeu-se que o uso articulado de metodologia quantitativa e qualitativa constituiu-se em meio viável de se avaliar a qualidade de serviços de saúde, pois as metodologias se complementam, permitindo a obtenção de respostas mais pontuais.

No que refere às limitações observadas no trabalho, a principal delas foi o tamanho da amostra, considerada pequena para as análises estatísticas empregadas. Essa limitação esteve ligada à dificuldade de compreensão dos participantes acerca do estudo.

Apesar das limitações, considera-se que a avaliação permitiu identificar aspectos percebidos pelos usuários do sistema, os que realmente o utilizam. Isso corrobora a importância da participação destes atores na avaliação dos serviços públicos.

Dentre as principais contribuições desse trabalho, está a descrição dos aspectos que levam à percepção de qualidade dos usuários, visto que a compreensão desses aspectos facilita a promoção de políticas de melhorias necessárias para atendimento da população usuária. Nesse estudo foram identificados elementos relacionados tanto à estrutura do sistema, como do próprio usuário.

Diante dessa experiência, recomenda-se que pesquisas futuras apliquem os métodos utilizados em outros consórcios, além de se compararem a qualidade percebida pelos usuários do CISMIV com de outros consórcios de saúde, a fim de buscar similaridades e discrepâncias nos resultados, e ainda analisar ainda como a qualidade percebida influencia na satisfação, confiança e recomendação dos usuários.

Sugere-se também que seja avaliada a opinião de outros atores envolvidos na prestação do serviço, como médicos, recepcionistas, entre outros. Pode-se também comparar a qualidade percebida pelos usuários e gestores, verificando a existência de divergências. O instrumento de coleta de dados também pode ser aprimorado para a criação de outros mais robustos.

Acredita-se que essa pesquisa poderá além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre a qualidade em serviços de saúde e satisfação de usuários, proporcionar às administrações públicas municipais elementos para formulação de políticas de melhoria das condições de oferecimento dos serviços prestados por consórcios.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A.A.; SETTE, R.S. O processo de humanização e a busca pela qualidade na prestação de serviços em saúde: ações e desafios enfrentados por um grupo. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jul./dez. 2011.

ANÁLISE Exploratória de Dados. Capítulo 1, s.d. Disponível em: <http://www.each.usp.br/lauretto/SIN5008_2011/aula01/aula1>, acesso em 20 Out. 2016.

ARROYO, C.S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. 2007. 137 p. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ATLAS BRASIL. **Relatório Atlas do Desenvolvimento Humano brasileiro 2013**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>>, acesso em: 01 Mar. 2017.

AUGUSTO, M.H.O. Políticas públicas, políticas sociais e política de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Revista de Sociologia Tempo Social**. USP, São Paulo. 1(2): 105-119, 2 sem. 1989.

BACELAR, T. **As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios**. 2003. 10 p. Folheto elaborado para Políticas Públicas e Gestão Local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3^a. Lisboa: Edições 70, 2011.

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de Serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BERRY, L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade**. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. 1988

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333/03**. Coletânea de Normas para o Controle Social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, V. S. Dimensões da qualidade percebida em serviços de saúde diferenciados. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-

GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 18, 1994, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 1994.

BUCKLEY, J. E-service quality and the public sector. **Managing Service Quality**. Volume 13 · Number 6 · 2003 · pp. 453-462 q MCB UP Limited · ISSN 0960-4529.

CALDAS, E. L. **Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais**. 2007. 227 p. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

CAMPOS, P. **Análise de outliers: O que é e como utilizar?** Disponível em: <<http://scientiaarca.com.br/analise-de-outliers-o-que-e-e-como-utilizar/>>. Acesso em: 19 Nov. 2016.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CARR, D. K.; LITTMAN, I. D. **Excelência nos serviços públicos: Gestão de Qualidade Total na década de 90**. Qualitymark, 1992.

CINTRA, R. F. et al. **A Satisfação dos Usuários sobre os Serviços do Sistema de Saúde Pública Brasileiro: um Estudo no Hospital Universitário Federal In ENANPG - ANPAD**, 2012, Salvador / BA. **Anais...** Salvador: 18 a 20 de Novembro de 2012.

CISMIV. **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa**. Disponível em: <<http://www.cismiv.com.br/home/>>, acesso em 12 abr. 2016.

COELHO, R. C. **O público e o privado na gestão pública**. 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2012.76p.

CONCEITO, de. **Qualidade**. Disponível em <<http://conceito.de/qualidade>>. Acesso em 23 Jul. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **A Saúde na Opinião dos Brasileiros**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniao_brasileiros1.pdf> Acesso em: 05 dez. 2016.

CORREIA, J.. **Plano de comunicação no marketing de serviços – O caso da Ciberatlântida, Internet e Conteúdos, Ltda**. 2004, Monografia (Gestão), Universidade do Minho, Braga, 2004.

COSECS/MG. **Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais / Agência de Políticas Públicas**. Disponível em: <<http://www.cosecsmg.org.br/portal/>>, acesso em 19 Jul. 2015.

COSTA, I.; et al. **Descentralização da saúde pública no Brasil**. Trabalho apresentado à disciplina de Sociologia, do curso de Fisioterapia 2º- semestre. Guanambi: Dezembro de

2010. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABbOwAI/descentralizacao-saude-publica-no-brasil>>, acesso em 18 abr. 2016.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. **La Prensa Médica Mexicana**, 1984.

ERLANG, S. et al. Qualidade dos serviços em uma rede educacional: relação entre expectativa e percepção. **ENGEVISTA**, v. 14, n. 3, 2012.

FARAH, M.F.S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, v.35, n.1, p. 119-141, 2001.

FERLIE, E.; SHORTELL, S. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. **The Milbank Quarterly**, Vol. 79, No. 2, 2001.

FERREIRA, D. F. **Estatística multivariada** – 2. ed. rev. ampl. – Lavras: Ed. UFLA, 2011. 29 p.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas **Cad. saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FREITAS, B.R. **Estruturas, Estratégias e Consolidação dos Consórcios Intermunicipais da saúde da Zona da Mata de Minas Gerais**. 2014. 104 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2014.

FREITAS JÚNIOR, D.B.; MESQUITA, D.L. Consórcios Intermunicipais de Políticas Públicas em Minas Gerais: redes para a prestação eficiente de serviços ao cidadão. IN: XXXIV ENCONTRO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, Rio de Janeiro. **Anais...**Rio de Janeiro, v. 34, p. 1-14, 2010.

FURLAN, R.L. **Qualidade percebida nos serviços prestados pelo serviço de medicina laboratorial do Hospital das Clínicas da UFMG**: Identificação de atributos e proposição de uma escala. 2016. 141 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2016.

GATTINARA, B.C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C.; GIACONI, J.; CAPRARA, A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos em los distritos Norte y Ichilo, Bolívia. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, n.11, p.425-438, 1995.

GIANESI, I.G.N; CORRÊA, H.L. **Administração Estratégica de Serviços**: operações para a satisfação dos clientes. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, p. 61, 2002.

GONÇALVES, E.; CÍCER, J. Gestão da qualidade no atendimento ao cliente: aplicação do modelo Servqual para mensuração da qualidade dos serviços prestados pela Fisiomed. **Revista Eletrônica Gestão e Negócios**, São Roque, v. 1, n. 1, 2010.

GOUVEIA, G.C. **Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro**. 2009. 243 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2009.

GRÖNROOS, C. From scientific management to service management: a management perspective for the age of service competition. **International Journal of Service Industry Management**, v. 5, n. 1, p. 5-20, 1994.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Bookman Editora, 2009.

IBGE, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2009. **Rio de Janeiro: IBGE**, 2010.

IBGE, Cidades. 2016. **Rio de Janeiro: IBGE**, 2016.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de Marketing**. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1998.

LAGE, L.M.S. **Qualidade e satisfação nos serviços públicos: o caso de uma empresa municipal – EMARVR**. 2008. 274 p. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública e Autárquica) - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal, 2008.

LIMA, A.P.G. de. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

LIMA, M.S.; SIMÕES, B.H.A.P.; LIMA, M.H. **Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais**. COSECS - MG, 2010.

LIMA, K.R. **Proposição e teste de escala de avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo metrô de Belo Horizonte**. 2014. 258 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2014.

LIMA, K.R.; MOURA, L.R.C.; SOUKI, G.Q. Proposição e teste de escala de avaliação da qualidade do metrô. **Revista Pretexto**, v. 16, n. 3, p. 21-40, 2015.

LORENZO H.C.; FONSECA S.A.A. promoção do desenvolvimento local apoiada em redes de municípios: a experiência do Consórcio Intermunicipal Central Paulista. **Revista Interações**, Campo Grande, v. 9, n. 1, p. 55-63, jan./jun. 2008.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: Marketing e gestão**. São Paulo, Editora Saraiva. 2001. 416 p.

LUCCHESI, P. T. R. Políticas públicas em Saúde Pública / coord. Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinas Monerat. São Paulo: **BIREME/OPAS/OMS**, 2004. 90 p.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Bookman Editora, 2012.

MIGUEL, P.A.C.; SALOMI, G.E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. **Revista Produção**, v. 14, n.1, 2004.

MINAYO, M.C.S.. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MIRANDA, A.T. **SUS completa 20 anos, mas não implanta seus princípios fundamentais**. Conselho Federal de Medicina pelo Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20566:sus-completa-20-anos-mas-nao-implanta-seus-principios-fundamentais-&catid=46>, acesso em 11 abr. 2016.

MOIMAZ, S.A.S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, p. 1419-1440, 2010.

MORAIS, C.M. **Escalas de Medida, Estatística Descritiva e Inferência Descritiva**. 2005. Disponível em: <<http://www.ipb.pt/~cmmm/conteudos/estdescr.pdf>>, acesso em: 22 Set. 2016.

MORGAN, R.; ENSOR, T.; WATERS, H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. **Series**. Published online June 26, 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00343-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00343-3)>, acesso em 12 Abr. 2017.

MOURA, A. C.; GONÇALVES, C.A. Modelo de satisfação *ACSI* modificado no setor de telefonia móvel. **Revista de Administração de Empresas**, Vol. 45, Ed. Especial Minas Gerais, 2005.

MOURA, L.R.C. et al. Avaliação da Qualidade de Serviços Utilizando a Escala Servqual: o Estudo de Caso Matermed. **Revista Reuna: Belo Horizonte**, v.12, nº3, p.21-36 – 2007.

MOZZATO, A.R; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n. 4, Jul./Ago. 2011, p. 731-747.

MULLER, E.V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 925-930, 2010.

NETEMEYER, R.G.; BEARDEN, W.O.; SHARMA, S. **Scaling procedures: Issues and applications**. Sage Publications, 2003.

NEVES, L.A.; RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – (NEPP). **Formação de profissionais para a saúde da família: avaliação dos polos de capacitação, formação e**

educação permanente de pessoal para o PSF. Universidade Estadual de Campinas, Maio de 2002.

OLIVEIRA, E.G. et al. Marketing de serviços: relacionamento com o cliente e estratégias para a fidelização. **Revista de Administração da Fatea**, v. 2, n. 2, p. 79-93, jan./dez. 2009.

OLIVEIRA, R.S. et al. Avaliação do grau de satisfação dos usuários nos serviços de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, p. 34-38, 2009.

OLIVER, R.L. Whence Consumer Loyalty. **The Journal of Marketing**, v. 63 p; 33-44. 1999.

PAIM, J.; et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011.** Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=222>, acesso em 18 Jan. 2017.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V.A.; BERRY, L.L. A conceptual model of services quality and its implication for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V.A.; BERRY, L.L. The Behavioral Consequences of Service Quality. **Journal of Marketing**. Vol. 60, p. 31-46, 1988.

PEDROSA, R.C.V. **Avaliação da qualidade em um serviço público de saúde com a aplicação do modelo de *kano* e *servperf*.** 2015. 103 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

PENA, M.M. et al. O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. **Revista Esc. Enfermagem- USP**, 2013. Disponível em:<www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em 23 Set. 2016.

PEREIRA, D.V.T. et al. A Conciliação dos territórios do plano diretor de regionalização e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde: Possibilidades de mudança na vinculação dos municípios mineiros. In: IV Congresso CONSAD de Gestão Pública, **Anais Eletrônicos...** Brasília: DF, 25 a 27 de Maio de 2011. Disponível em: <<http://repositorio.fjp.mg.gov.br/>>. Acesso em: 24 Jun. 2016.

POLIDO, K.; MENDES, G.H.S. Aplicação do Servqual para avaliação da qualidade dos serviços em restaurantes dos municípios de São Paulo. In: XXXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Fortaleza, CE, 13 a 16 de outubro de 2015. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STP_207_232_26625.pdf>. Acesso em 27 Jul. 2016.

PÓLVORA, R.P. **Um modelo de antecedentes da lealdade no Ensino Superior.** 2008. 141 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PORTALACTION. **Normalidade.** Disponível em: <<http://www.portalaction.com.br/>>. Acesso em 19 Nov. 2016.

POUGET, N.I.R.; CAMPOS, A.L.S.; PAULO, W.L. Análise do Nível de Satisfação de Usuários de Serviços Públicos. **Revista de Tecnologia Aplicada (RTA)**, Vol. 3, n. 3, Set-Dez 2014, p.42-55.

PRATES, A.M.Q. Consórcios públicos intermunicipais: uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais a partir do índice de desempenho do SUS–IDSUS/2011. **Anais: Seminário de Desenvolvimento Regional, Estado e Sociedade**, v. 1, n. 1, 2013.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1):27-34, jan-fev, 2003.

REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C.; CECÍLIO, L.C.O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Curso de Especialização em Saúde da Família. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em: 08 Ago. 2016.

REIS, E.J.F.B.; et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RENOVATO, R.D.; BAGNATO, M.H.S. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, n. SPE2, p. 277-290, 2010.

RIBEIRO, D.F. **Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano**. 2010. 74 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.

RIGHI, A.W.; SCHMIDT, A.S; VENTURINI, J.C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v. 10, n. 3, p. 649-669, 2010.

ROGÉRIO, A.C.D.; FERRACI, P.L.R.V.; SILVA, A.L. Satisfação dos usuários de um consórcio intermunicipal de saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, 2014.

SALES, V.F.D. **Impactos da qualidade percebida sobre as atitudes e intenções comportamentais dos estudantes**. 2006. 155 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade FUMEC, Belo Horizonte, 2006.

SANTOS, G.S. **Avaliação da qualidade do serviço educacional numa instituição de Ensino Superior privada: a perspectiva de alunos de graduação em um estudo longitudinal**. 2014. 138p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) – Universidade Potiguar, Natal, 2014.

SESMG (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais). Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/aids/page/457-sistema-estadual-de-transporte-em-saude-sesmg>>. Acesso em 05 Set. 2016.

SILVA, D.C. Contextualização: políticas públicas no Brasil. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 16, n. 2880, 21 maio 2011. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/19158>>. Acesso em: 28 ago. 2015.

SILVA, J.P.; RODOVALHO, J.L. **Concepção de avaliação da qualidade nos serviços de saúde**. Programa de Pós Graduação em Vigilância Sanitária. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Disponível em: <<http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Concep%C3%A7%C3%A3o%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20qualidade%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde.pdf>>, acesso em 04 Mar. 2017.

SILVA, P.L.B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo Perspectiva** [online]. 2003, vol.17, n.1, pp.69-85. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a07.pdf>>, acesso em 20 Jul. 2016.

SILVA, W.C. **As competências gerenciais na percepção dos gestores dos hospitais públicos de Belo Horizonte**. 2012. 135 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2012.

SOUSA, R.C.; BATISTA, F.E.B. Política Pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: VII CONNEPI – Palmas. **Anais... VII CONNEPI**, Tocantins, 2012.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Revista de Sociologia e Política**, v. 24, n. 24, p. 105-122, 2005.

SOUZA, C. Políticas públicas: conceitos, tipologias e subáreas. **Trabalho elaborado para a Fundação Luís Eduardo Magalhães**. São Paulo, 2002.

SOUZA, C.F. **A percepção dos usuários da UBS Cedro Alvorada sobre o acolhimento de demandas de pronto-atendimento e acompanhamento no PSF da UBS Cedro**. 2006. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SOUZA, P.L. **Políticas redistributivas e a redução das desigualdades: a contribuição potencial dos Consórcios Intermunicipais**. 2012. 226 p. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, E.C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. In: AATR, Salvador, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERGARA, S.C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Editora Atlas, 3 ed. 2009.

WESTPHAL, F.K.; MRTVI, V.O.; SOUZA, J.P. de. Modelo Conceitual de qualidade em serviços: aplicação e resultados em uma pequena empresa. In: XXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Salvador, BA, Brasil, 06 a 09 de outubro de 2009. **Anais eletrônicos...** Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2009_TN_STO_092_627_14145.pdf>. Acesso em 26 Jul. 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTOR DO CISMIV

1. Há quanto tempo você atua como gestor do CISMIV?
2. Como surgiu o CISMIV?
3. Existe um Estatuto? Quando foi criado? Por quê?
4. Existe algum sistema de prestação de contas à população? Como isso ocorre?
5. Com quais recursos foi construída a estrutura onde funciona o Consórcio?
6. Atualmente quais cidades compõem o CISMIV? Todas pertencem à microrregião de Viçosa?
7. Como foi feita a seleção dessas cidades?
8. Como se dá a participação das cidades consorciadas? Ocorrem reuniões? Qual a periodicidade? Como ocorrem? Onde?
9. Qual a contribuição de cada município em termos de receitas / recursos financeiros e materiais para o CISMIV?
10. Como é realizada a divisão de custos do CISMIV entre as cidades?
11. Como é feita a distribuição de consultas e exames entre as cidades? Por que?
12. Quantas consultas são oferecidas e quantas são realizadas por mês? Quais são as especialidades que tem maior procura? E exames, quantos são realizados por mês?
13. Todas as consultas são gratuitas? E os exames?
14. Como o usuário tem acesso ao Consórcio?
15. Qual o tempo médio de espera para marcação das consultas e exames?
16. Em sua opinião, quais são as principais vantagens do Consórcio no oferecimento de serviços de saúde à população? Descreva.
17. Quais as principais dificuldades/carências que o mesmo enfrenta atualmente? Descreva.
18. O que você considera como um serviço público de saúde de qualidade?
19. Você considera que o Consórcio presta um serviço de qualidade? Por que?
20. Que aspectos levam à qualidade de serviço no CISMIV em sua opinião?

21. O que você acredita que o usuário considera importante para avaliar positivamente a qualidade dos serviços prestados pelo CISMIV? Descreva.
22. O que você acredita que o usuário considera importante para avaliar negativamente a qualidade dos serviços prestados pelo CISMIV? Descreva.
23. O que você acredita que o usuário realmente deseja quando utiliza os serviços do CISMIV. Por que?
24. Na sua avaliação, a percepção positiva da qualidade no Consórcio tem evoluído? Por que?
25. Na sua avaliação, a percepção negativa da qualidade geral no Consórcio tem evoluído? Por que?
26. Em sua opinião, o que mais deixa a população satisfeita com os serviços do Consórcio? Descreva.
27. O que os deixa insatisfeitos, em sua opinião? Descreva.
28. Quais as maiores dificuldades enfrentadas para garantir a melhoria do serviço ao cliente. Descreva-as.
29. Você acredita que o fato de ser um órgão público compromete a qualidade de serviços e a satisfação dos usuários? Por que?
30. Em sua opinião, o que pode ser melhorado no Consórcio visando melhoria contínua no atendimento à população? Existem iniciativas nesse sentido? Descreva-as.
31. O que levaria o usuário a preferir o Consórcio em relação a outros atendimentos de saúde?
32. Como gestor, que outros serviços você acredita que o CISMIV poderia oferecer, para aumentar a percepção de qualidade e a satisfação do usuário?
33. Na sua percepção, que comportamentos e ou situações que os usuários mais valorizam? Descreva-os.
34. A aparência física das instalações influencia a percepção do usuário do Consórcio? De forma positiva ou negativa? Descreva.
35. Já foi realizada alguma pesquisa de opinião com os usuários? O que a pesquisa revelou?

36. Sobre o atendimento, o que o CISMIV tem feito para promover um atendimento mais humanizado aos usuários?
37. Quais as queixas mais frequentes no CISMIV? E os elogios mais frequentes no CISMIV?
38. Quais são os pontos fortes do CIMIV para o atendimento aos usuários? E os pontos negativos do CISMIV?
39. Os usuários são estimulados a opinar/criticar os serviços? De que forma isso ocorre? Há uma ouvidoria no CISMIV? Descreva.
40. Gostaria de acrescentar mais informações que considera úteis para a pesquisa. Descreva.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO CISMIV

1. O que você mais gosta no CISMIV?
2. O que te deixa mais satisfeito no CISMIV?
3. O que o CISMIV poderia fazer para te deixar mais satisfeito com a melhoria dos serviços?
4. Em relação aos funcionários. Eles te agradam ou não? Eles são educados? Tem boa vontade? São bons de serviço? Vc se sente seguro com eles?
5. Em relação aos médicos. Eles são bons e te agradam? Eles são educados? Tem boa vontade? Vc se sente seguro com eles?
6. Em relação ao ambiente (cadeiras, bebedouro, banheiro, ventilação, iluminação e etc). O que o CISMIV tem de bom e o que tem de ruim. Esses itens são importantes para você? Por que?
7. Como você percebe a limpeza do ambiente físico (esterilização, luvas, trocas de lençóis das camas dos consultórios)
8. Em relação ao atendimento do CISMIV. O que tem de bom? Isso te deixa satisfeito?
9. Você acha que alguma coisa que não está bom no CISMIV? Por que?
10. O horário de funcionamento (07:00 as 17:00) atende as suas necessidades?
11. A disponibilidade de especialidades disponíveis no CISMIV atende as suas necessidades? Tem alguma especialidade que você precisa e não tem aqui?
12. A disponibilidade dos exames atende as suas necessidades?
13. A localização atende as suas necessidades?
14. Como você chega ao CISMIV? Transporte próprio ou do Consórcio?
15. O transporte do Consórcio é confortável? Alguém é transportado em pé? Anda sempre dentro do horário?
16. Quanto tempo você esperou para marcar a consulta, você achou demorado ou rápido?
17. E o prazo de entrega dos exames? O que você acha?

18. Alguma vez você veio ao Consórcio e não foi atendido? Por qual motivo?
19. Qual sua opinião sobre os aparelhos que os médicos usam durante as consultas?
20. E sobre os aparelhos que usam durante os exames?
21. O que você acharia se o Consórcio te chamasse para repetir um exame para confirmar algum resultado?
22. Como você faz para fazer alguma reclamação ou dar sugestão?
23. A estrutura física no Consórcio atende às suas necessidades? Você se sente confortável para esperar?
24. Como é o tempo de espera para ser atendido na recepção?
25. Como é o tempo de espera para ser atendido pelo médico para consultar ou fazer exame?
26. Como é a equipe que realiza exames?
27. Você confia nas consultas no Consórcio?
28. E nos resultados de exames?
29. Você acha que vale a pena consultar e fazer exames no CISMIV? Por quê?
30. Por que você prefere o atendimento no Consórcio em relação a outros atendimentos?
31. O que poderia fazer com que você não quisesse mais consultar ou fazer exame no Consórcio?
32. Você fica mais satisfeito por não ter que pagar a consulta e os exames?
33. Você pretende continuar usando o Consórcio nos próximos anos? Por quê?
34. Se a prefeitura te oferecesse a opção de ser atendido em outro local com atendimento igual ao do Consórcio, você mudaria?
35. Você recomendaria o CISMIV para outras pessoas? Por quê?
36. Você considera que o consórcio possui estrutura adequada para atender idosos, crianças, pnes?

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA FASE QUANTITATIVA

Pesquisa sobre a qualidade dos serviços do CISMIV

Caro Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa “**Avaliação da Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Um Estudo no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa – MG.**”, que pretende avaliar a qualidade percebida pelos usuários.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, contamos com seu auxílio para responder ao questionário a seguir, com perguntas sobre a qualidade dos serviços prestados.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Inicialmente, são apresentadas questões para caracterização da população, como idade, renda, sexo, quantidade de vezes que utilizou o serviço nos últimos doze meses e cidade.

Os dados obtidos são sigilosos, sendo utilizados apenas para o desenvolvimento de uma pesquisa de mestrado e os respondentes não serão identificados. Embora a pesquisa não apresente riscos aos entrevistados, acredita-se, que os respondentes podem se sentir desconfortável, por se solicitar informações pessoais.

O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Qualquer dúvida ou informação sobre a pesquisa pode ser solicitada aos pesquisadores por meio do endereço eletrônico: pesquisaqualidadecismiv@gmail.com.

Esse documento foi redigido conforme Resolução CNS 466/2012.

Opto nesse momento, por:

- () Responder o questionário
() Não responder o questionário

Orientações:

- Gentileza assinalar com um X o número que representa melhor a sua opinião, considerando que 1 significa “discordo totalmente” e 10 significa “concordo totalmente”.
- Ao responder, expresse sua opinião de forma mais sincera possível.

- Leia as questões com atenção antes de responder.

Idade: <input type="checkbox"/> 18 – 30 <input type="checkbox"/> 31 – 40 <input type="checkbox"/> 41 - 50 <input type="checkbox"/> 51 – 65 <input type="checkbox"/> Mais de 65 anos	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino																																
Renda familiar mensal <input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 a 3 salários (R\$880,00 até R\$2.640,00) <input type="checkbox"/> 3 a 5 salários (R\$2.641,00 até R\$ 4.440,00) <input type="checkbox"/> Mais de 5 salários	Considerando os últimos 12 meses, quantas vezes você utilizou o Consórcio? <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 vezes <input type="checkbox"/> 3 vezes <input type="checkbox"/> mais de 3 vezes																																
Cidade: <input type="checkbox"/> Araçatuba <input type="checkbox"/> Canaã <input type="checkbox"/> Cajuri <input type="checkbox"/> Coimbra <input type="checkbox"/> Paula Cândido <input type="checkbox"/> Pedra do Anta <input type="checkbox"/> Porto Firme <input type="checkbox"/> São Miguel do Anta <input type="checkbox"/> Teixeira <input type="checkbox"/> Viçosa																																	
Marque com um X o número que representa melhor a sua opinião, considerando que 1 significa “discordo totalmente” e 10 significa “concordo totalmente”																																	
Na minha opinião:	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Discordo Totalmente</th> <th colspan="8"></th> <th>Concordo Totalmente</th> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: center;">←—————→</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Discordo Totalmente										Concordo Totalmente	←—————→											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Discordo Totalmente										Concordo Totalmente																							
←—————→																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
1 – O atendimento dos funcionários da recepção do Consórcio é muito bom.	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
2 – Os atendentes são rápidos.	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
3 - A priorização do atendimento para idosos, gestantes, portadores de necessidades especiais é bem feita no Consórcio.	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
4 - O tempo de espera para marcar um exame no Consórcio é rápido	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
5 – A equipe dos exames me passa todas as informações que eu preciso sobre os exames.	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
6 – A equipe dos exames me informam quando há algum problema com a realização dos exames	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
7 – A espera para fazer os exames é rápido.	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								
8 - A equipe que faz os exames no Consórcio é capaz de fazer bem feito os exames.	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																								

9 – Os aparelhos usados nos exames são bons.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10 - A qualidade dos exames do Consórcio é muito boa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11 - O Consórcio cumpre o prazo de entrega de exames.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12 - Os resultados dos exames do Consórcio são sempre corretos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13 - O prazo para entrega de exames é bom.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14 - O Consórcio é capaz de me oferecer todos os exames que preciso.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15 - O número de erros dos exames é baixo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16 - Dificilmente o Consórcio para de fazer os exames.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17 - O Consórcio oferece especialidades médicas suficientes para atender as minhas necessidades (ex: dermatologia, angiologia, urologia, etc).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18 - O tempo de espera para marcar uma consulta no Consórcio é rápido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19 - Os médicos são atenciosos e educados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20 – Os médicos transmitem segurança ao realizar as consultas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21 - O tempo de espera para ser atendido pelo médico é rápido	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22 – Os aparelhos utilizados nas consultas são bons.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23 – Os consultórios são limpos e agradáveis.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24 – Os médicos são muito rápidos no atendimento aos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25 – A estrutura do Consórcio é muito boa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26 – O Consórcio é muito bem localizado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27 - O acesso ao Consórcio é fácil.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28 - O ônibus que transporta os pacientes até o Consórcio é confortável.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29 – A quantidade de cadeiras existentes no Consórcio é suficiente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 - As cadeiras que estão nos locais de espera são confortáveis.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31 - A televisão que fica na recepção funciona bem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

32– Os banheiros do Consórcio são limpos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33 - Os bebedouros do Consórcio atende as minhas necessidades.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34 - O Consórcio é bem ventilado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35 - O Consórcio é bem iluminado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36 - O horário de funcionamento do Consórcio é adequado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37 - O Consórcio deveria disponibilizar caixa de sugestões / reclamações para os usuários.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38 – O fato das consultas e exames no Consórcio serem gratuitos é muito bom.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39 – Eu prefiro o atendimento do Consórcio a ser atendido mais perto da minha casa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40 – A qualidade dos serviços prestados pelo Consórcio é muito boa.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DAS ENTREVISTAS

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Avaliação da Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Um Estudo no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa – MG.**”

Nesta pesquisa pretendemos:

- Conhecer o processo de implantação do CISMIV
- Identificar os fatores considerados pelos usuários para avaliar a qualidade
- Descrever a qualidade dos serviços a partir da percepção dos usuários
- Identificar o grau de satisfação dos usuários dos serviços oferecidos pelo CISMIV.

O motivo que nos leva a estudar:

- Tema relevante e ainda pouco estudado
- Interesse por parte da gestão da Instituição de avaliar os serviços oferecidos pelo CISMIV
- A pesquisa irá oferecer aos gestores do CISMIV a oportunidade de promover melhorias no serviço prestado à população, uma vez que a pesquisa demonstrará como a qualidade é percebida pelos usuários e o nível de satisfação dos mesmos.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos:

- Aplicação de entrevista com o gestor da instituição e alguns usuários (1 etapa) – Tempo previsto de 30 a 60 minutos
- Aplicação de um questionário a um número maior de usuários (a ser definido posteriormente) – 2 etapa – Tempo previsto de 15 a 30 minutos

As entrevistas serão gravadas em áudio, mediante consentimento, mas a imagem do participante será resguardada.

O participante pode-se recusar a ter a entrevista gravada, a qualquer momento, no decorrer da entrevista.

Os nomes dos participantes não serão divulgados em nenhuma etapa da pesquisa.

A pesquisa não apresenta riscos à integridade física ou mental de seus participantes. Reconhecem-se os riscos de constrangimentos e exposição gerados pelas entrevistas. Como forma de diminuir tais riscos, o Sr (a) terá a possibilidade de deixar de responder a qualquer questão, sem penalidade.

Como benefícios, o presente trabalho busca oferecer contribuições teóricas na área, já que os

estudos que medem a avaliação por parte dos usuários dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ainda são raros. O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa poderá ainda ser usado em todos os Consórcios de Saúde existentes ou que serão ainda criados no Brasil. Além disso, o trabalho poderá oferecer contribuições práticas, já que a avaliação dos usuários será de grande valia ao gestor no processo de planejamento e controle das atividades realizadas. Serão fornecidos ainda subsídios para que se promovam melhorias no atendimento às necessidades básicas dos usuários na área da saúde em nível municipal por meio do Consórcio.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Administração da Universidade Federal de Viçosa (UFV) e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, e depois desse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, contato _____, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “Avaliação da Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Um Estudo no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa - MG” de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Nome do Pesquisador Responsável: Prof^a Nina Rosa da Silveira Cunha

Endereço: Departamento de Administração – Campus UFV, Viçosa – MG, 36.570-000

Telefone: 31 3899-2890

Email: ninarosa@ufv.br

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Universidade Federal de Viçosa

Edifício Arthur Bernardes, piso inferior
Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário
Cep: 36570-900 Viçosa/MG

Telefone: (31)3899-2492

Email: cep@ufv.br

www.cep.ufv.br

Viçosa, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador