

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES

Programa de Pós-graduação em Administração
Mestrado

Viviane Santos Fonseca

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À QUALIDADE DO
SERVIÇO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:
município Brasília de Minas/MG**

Belo Horizonte
2017

Viviane Santos Fonseca

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO À QUALIDADE DO
SERVIÇO DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE:
município Brasília de Minas/MG**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Administração, do Centro Universitário Unihorizontes, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração.

Prof. Dr. Gustavo Rodrigues Cunha

Linha de Pesquisa: Estratégia, gestão da inovação e desempenho

Área de Concentração: Organização e estratégia

Belo Horizonte
2017

Aos meus filhos,
Carol e Nickolas.

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste estudo foi indispensável o apoio de várias pessoas. Isso aconteceu de forma direta e indireta. Contudo, cada uma teve um peso para a realização deste sonho.

Pessoas que já faziam parte da minha vida e outras que conheci nesta jornada e que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Um breve agradecimento a todas elas:

À Deus, fonte de fé, humildade e perseverança, durante os momentos mais difíceis.

À minha mãe, Maria Froes, início de tudo. Amor e apoio incondicional.

Aos meus filhos, Carol e Nickolas, pelo amor, pela compreensão e, sobretudo, pela inspiração em persistir.

Ao meu marido, Anderson, pelo amor, companheirismo e paciência. Por entender os períodos de ausência e conseguir assumir ambos os papéis, tornando os períodos de minha ausência menos dolorosos para os nossos filhos.

Ao meu orientador, Professor Gustavo Rodrigues Cunha, por assumir a minha orientação já em andamento, pela paciência diante das minhas inquietudes e da atenção despendida durante as orientações.

A todos os meus professores do Centro Universitário Unihorizontes, em especial aos professores Luciano Zille Pereira e Caissa Veloso Sousa, pela contribuição em minha formação profissional e pessoal.

Aos amigos e colegas que conheci no mestrado e que se fizeram presentes durante esses dois anos, compartilhando conhecimento, dividindo angústias e, principalmente, apoiando uns aos outros durante este período.

Aos usuários dos serviços públicos de saúde de Brasília de Minas, por contribuírem com esta pesquisa, ao disponibilizarem tempo para responder o questionário, fonte de informação para este trabalho.

Enfim, a todos aqueles que se fizeram presentes nesta longa caminhada.

Meus sinceramente agradecimentos!

Antes do compromisso, há hesitação, a oportunidade de recuar, uma ineficiência permanente. Em todo ato de iniciativa (e de criação), há uma verdade elementar cujo desconhecimento destrói muitas ideias e planos esplêndidos. No momento em que nos comprometemos de fato, a providência também age. Ocorre toda espécie de coisa para nos ajudar, coisa que de outro modo nunca ocorreriam. Toda uma cadeia de eventos encana da decisão fazendo vir em nosso favor todo tipo de encontro, de incidentes e de apoio material imprevisto, que ninguém poderia sonhar que surgiriam em nosso caminho. Começas tudo o que possas fazer, ou que sonhas poder fazer. A ousadia traz em si o gênio, o poder e a magia.

Goethe (filósofo alemão).

RESUMO

A reforma do Estado, na década de 1990, reorientou a administração pública no Brasil, de forma que os serviços públicos passaram a ser administrados com base em modelos de gestão do setor privado que busca a eficiência no atendimento ao cidadão. Nesse modelo de atendimento têm-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como serviços públicos de atenção básica à saúde. O propósito deste trabalho foi analisar e descrever a percepção de usuários quanto ao nível de qualidade dos serviços prestados pelas ESF, no município de Brasília de Minas/MG. De forma mais específica, pretendeu-se identificar as dimensões da SERVQUAL que se destacam na mensuração da qualidade dos serviços das ESF; verificar se há divergência entre a expectativa e percepção na avaliação dos serviços prestados pelas ESF e avaliar a percepção dos usuários, segundo a distribuição sociodemográfica. Para responder aos objetivos optou-se pela pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, tendo como método de pesquisa o *survey*. Os dados foram coletados por meio de questionário (adaptação da SERVQUAL), aplicado a 450 usuários que foram à ESF no período de maio a julho de 2016. Os dados coletados foram analisados estatisticamente, mediante técnicas univariadas e bivariadas (Testes: Wilcoxon, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Normalidade). Com o Teste de Wilcoxon, os resultados permitiram verificar que os usuários atribuem maior valor a expectativa em relação à percepção, em quase todas as dimensões, exceto na dimensão Confiança, assertiva “O serviço de saúde da ESF de Brasília de Minas é confiável”, pois a percepção (3,64) superou a expectativa (3,47). Para a comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao gênero, ao controle médico periódico e à área onde fica localizada a ESF, foi realizado o Teste de Mann-Whitney. O que implica em relação ao gênero, os entrevistados do gênero masculino apresentam escore médio significativamente maior do que os entrevistados do gênero feminino, tanto em relação à expectativa quanto em relação à percepção. Em relação ao controle médico periódico do usuário observou-se que a percepção dos usuários que não faziam controle médico periódico era superior a percepção dos que o faziam. Quanto à área onde fica localizada a ESF verificou-se que os usuários da área urbana apresentaram expectativa e percepção maiores do que os usuários da área rural. O Teste de Kruskal-Wallis identificou que os usuários na faixa de idade entre 36 e 45 anos apresentaram escores médios superiores em todas as dimensões relativas à expectativa. Quanto à renda, os usuários com renda individual de até um salário mínimo apresentaram os maiores escores. Para a análise da avaliação dos usuários por ESF utilizou-se o Teste de Normalidade. Com esse teste, constatou-se que as ESF Cidadania, ESF Dona Heloína, ESF Araújo e Vargem Grande foram as que obtiveram as melhores avaliações. Como limitações desta pesquisa, identificou-se a adesão dos usuários a responderem o questionário. Sugere-se para pesquisas futuras a aplicação da SERVQUAL, nas mesmas ESF, com os profissionais de saúde, a fim de comparar a percepção e expectativa desses com a dos usuários.

Palavras-chave: Saúde. SERVQUAL. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

State reform in the 1990s redirected public administration in Brazil, so that public services began to be managed on the basis of private sector management models they adopted efficiency in citizen service. In this model of care, we have the ESF, such as public health basic services. The purpose of this work was to analyze and describe the perception of users regarding the the quality of the services provided by the ESF in the municipality of Brasília de Minas / MG. More specifically, it was intended to identify the SERVQUAL dimensions that stand out in the measurement of the quality of the ESF services; to verify if there is a divergence between the expectation and perception in the evaluation of the services provided by the ESF and to evaluate the users perception according to the sociodemographic distribution. To answer the objectives, the descriptive research of quantitative approach was chosen, having as research method, the survey. The data were collected through the quiz (SERVQUAL adaptation) applied to 450 users who attended the ESF in the period from May to July 2016. The data collected were statistically analyzed using univariate and bivariate techniques (tests: Wilcoxon, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis and Normality). With the Wilcoxon test, the results allowed us to verify that users attribute greater expectation value to perception, in almost all dimensions, except in the dimension Confidence, assertive "The health service of the ESF of Brasília de Minas is reliable", in which the perception (3.64) surpassed the expectation (3.47). The Mann-Whitney test was performed to compare the dimensions of SERVQUAL in relation to gender, periodic medical control and the area where ESF is located. It was found that, in relation to gender, male respondents presented a mean score significantly higher than those interviewed in the female gender, both in relation to expectation and in relation to perception. Regarding the periodic medical control of the user, it was observed that the perception of the users who did not make periodical medical control was superior to the perception of those who did it. As for the area where the ESF is located, it was verified that the users of the urban area presented higher expectation and perception than the users of the rural area. The Kruskal-Wallis test verified that the users in the age range between 36 and 45 years presented higher mean scores in all dimensions related to the expectation. As for income, users with individual income up to a minimum wage had the highest scores. For the analysis of the evaluation of the users by ESF, the Normality Test was used. With this test, it was verified that the ESF Central, ESF Dona Heloína, ESF Araújo and Vargem Grande were the ones that obtained the best evaluations. As limitations of this research it was identified the adherence of the users to answer the questionnaire. It is suggested for future research the application of SERVQUAL, in the same ESF, with the health professionals, in order to compare their perception and expectation with those of the users.

Keywords: Health. SEVQUAL. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gaps de qualidade de serviços	40
Figura 2 – Mapa de Minas Gerais com destaque do Município de Brasília de Minas.....	55
Figura 3 – Mapa da Microrregião Norte.....	56
Quadro 1 – Serviços são diferentes	28
Quadro 2 – Conceituação de qualidade	35
Quadro 3 – Atenção Básica de Saúde do município de Brasília de Minas	58
Quadro 4 – Detalhamento da fórmula e valores adotados	62
Quadro 5 – Distribuição das assertivas da SERVQUAL	72
Quadro 6 – Pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da SERVQUAL na atenção básica de saúde	107
Quadro 7 – Descrição das abreviaturas de cada assertiva.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Microrregião Norte Brasília de Minas – São Francisco	56
Tabela 2 –	Análise Fatorial para as dimensões	68
Tabela 3 –	Confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade das dimensões da SERVQUAL.....	69
Tabela 4 –	Análise descritiva das variáveis de caracterização	71
Tabela 5 –	Análise descritiva da SERVQUAL.....	74
Tabela 6 –	Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à Tangibilidade	75
Tabela 7 –	Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à Confiabilidade.....	76
Tabela 8 –	Comparação entre a percepção e a expectativa em relação ao Atendimento	77
Tabela 9 –	Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à Segurança	78
Tabela 10 –	Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à Empatia	78
Tabela 11 –	Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao gênero	79
Tabela 12 –	Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao controle médico periódico.....	80
Tabela 13 –	Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao controle médico periódico da família	82
Tabela 14 –	Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à área de atendimento.....	83
Tabela 15 –	Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à faixa de idade	85
Tabela 16 –	Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à renda individual	86
Tabela 17 –	Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à escolaridade	87
Tabela 18 –	Comparação da dimensão Tangibilidade	88

Tabela 19 – Comparação da dimensão Confiabilidade.....	89
Tabela 20 – Comparação da dimensão Atendimento	90
Tabela 21 – Comparação da dimensão Segurança	90
Tabela 22 – Comparação da dimensão Empatia	91
Tabela 23 – Teste de normalidade.....	112
Tabela 24 – Análise descritiva das assertivas da SERVQUAL	113

LISTA DE SIGLAS

A.C – Alfa de *Cronbach*

ANPAD – Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração

C.C – Confiabilidade Composta

CF – Constituição Federal

DAB – Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

SERVQUAL – *Service Quality Gap Analysis*

SPELL – *Scientific Periodicals Electronic Library*

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Problematização	18
1.2	Objetivos	19
1.2.1	Objetivo geral	20
1.2.2	Objetivos específicos	20
1.3	Justificativa	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	Definições de serviço	22
2.2	Serviço na perspectiva do marketing	24
2.3	Características de serviço	27
2.4	Qualidade em serviço	31
2.5	Serviços de saúde	36
2.5.1	Qualidade em serviço de saúde	37
2.6	SERVQUAL	38
2.7	Estudos empíricos sobre a aplicação da SERVQUAL na atenção básica de saúde	43
3	AMBIÊNCIA DA PESQUISA	50
3.1	Compreendendo a estrutura da Atenção Básica de Saúde no Brasil	50
3.1.1	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	52
3.2	Localização e contextualização do Município de Brasília de Minas	54
3.2.1	Estruturação da atenção básica em saúde no município de Brasília de Minas	57
4	METODOLOGIA	59
4.1	Tipo de pesquisa	59
4.2	Abordagem de pesquisa	59
4.3	Método de pesquisa	60
4.4	População e amostra	61
4.5	Técnica de coleta de dados	62
4.6	Pré-teste	63
4.7	Análise dos dados	64
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
5.1	Análise univariada	66
5.1.1	Validade e qualidade das dimensões da SERVQUAL	66
5.1.2	Análise descritiva da caracterização dos respondentes da pesquisa	69
5.1.3	Análise descritiva da percepção, da expectativa e do índice de satisfação	71
5.2	Análise bivariada das dimensões da SERVQUAL	73
5.2.1	Teste de Wilcoxon	73
5.2.2	Teste de Mann-Whitney	78
5.2.3	Teste de Kruskal-Wallis	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	95

APÊNDICES	102
------------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

A gestão dos serviços públicos no Brasil passou por mudanças estruturais administrativas, em função da reforma do Estado, na década de 1990. Com essa reforma, a administração pública orientou-se visando à produtividade e à eficiência no atendimento ao cidadão, com base no modelo de gestão do setor privado. Chegar aos resultados desse modelo de gestão, entender as necessidades dos usuários dos serviços públicos, bem como analisar suas percepções sobre o atendimento prestado tornaram-se estratégia de gestão das instituições públicas (PAULA, 2005).

Nesse contexto, pode-se considerar os conceitos fundamentais do marketing de serviços e as ações estratégicas dessa área, como base para a gestão do relacionamento entre os serviços públicos e seus usuários. Assim, para este estudo, serviço será compreendido como um processo de troca, firmado entre uma organização e um cliente, seja essa com ou sem fins lucrativos (LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011). Nesse caso, os serviços públicos enquadram-se como organizações sem fins lucrativos, determinados por um conjunto de atividades desenvolvidas e gerenciadas pela administração pública em benefício da população, a fim de atender às necessidades dos cidadãos. Sejam essas oriundas da vida social ou mesmo em decorrência de situações de interesses individuais (BASTOS, 1999).

Gasparini (2008) apresenta cinco critérios que classificam os serviços públicos. O primeiro, a entidade a que foram atribuídos: federais, estaduais, distritais, e municipais; o segundo, a essencialidade: essenciais e não essenciais; o terceiro, os usuários: gerais ou específicos; o quarto, a obrigatoriedade: compulsórios ou facultativos. Por último, conforme sua execução: direta e indireta. Di Pietro (2008) acrescenta que os serviços públicos são regidos por três princípios. Primeiro, o princípio da continuidade do serviço; segundo, o princípio da mutabilidade do regime jurídico ou da flexibilidade dos meios aos fins, para atender ao interesse público; terceiro, o princípio da igualdade dos usuários perante o serviço público. Por esse

princípio, entende-se que o cidadão ao atender às condições legais, a prestação de serviços públicos é de direito.

Dentre os serviços públicos prestados à população, há os serviços de saúde, assegurados pela Constituição Federal (CF) de 1988. Ano que foi implantado no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), respaldado no Art. 196, da Constituição Federal, que assegura a saúde como

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O SUS foi regulamentado em 1990, com a aprovação da Lei nº. 8.080, que dispõe sobre a sua organização, e da Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação comunitária e o seu financiamento (BARBOSA; CARVALHO, 2010, p.34). O SUS propõe um modelo assistencial pautado na concepção saúde-doença e novo modelo de prática sanitária, que visam aproximar os serviços de saúde da população, ampliando o acesso e a qualidade desses serviços (CARVALHO *et al.*, 1998).

Os sistemas de serviços de saúde podem ser definidos como o conjunto de ações com propósito primário de promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Essas ações são realizadas de forma complexa e abrangem relações entre pacientes, prestadores de serviços e outras organizações de saúde (OMS, 2000).

Diante disso, buscando a efetivação dessa proposta e como tentativa de reorganizar o sistema, em 1994, o Governo Federal lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) que reestrutura a atenção básica de saúde (BRASIL, 2004). Além das proposições, esse surge para fazer cumprir o princípio constitucional do Estado em garantir ao cidadão seu direito de receber atenção integral à saúde e hierarquização do sistema “com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2003, p. 5).

O PSF está pautado na organização dos serviços, na reorientação das práticas profissionais e na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Essa reestruturação visa à promoção da qualidade de vida do cidadão,

fundamentada em uma proposta técnica, política e administrativa inovadora. A integralidade do cuidado sobre a população residente na área de abrangência das unidades de saúde é alcançada pela interdisciplinaridade e multidisciplinaridade profissional (BRASIL, 2006). Sua expansão ocorreu em função da Norma Operacional Básica (NOB-96) que permitiu a descentralização de recursos e a municipalização da saúde (BRASIL, 1996).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), inclui-se aos objetivos do PSF a prestação da assistência integral e continuada de boa qualidade à população. Isso possibilita que a família seja compreendida no seu espaço social, levando em consideração os fatores de risco a que está exposta. Essa assistência deve adotar práticas de saúde de confiança, humanizadas e, sobretudo, contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde doença (BRASIL, 1996).

O PSF surgiu como um programa, tornando-se, em 2006, uma estratégia prioritária para a organização da atenção básica de saúde orientada conforme os preceitos do SUS. Com isso, sua nomenclatura foi alterada de PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa se tornou, portanto, a estratégia prioritária do Governo Federal, a fim de estabelecer e cumprir os princípios constitucionais que dispõem sobre a saúde pública em âmbito federal, estadual e municipal, a fim de reorganizar a atenção básica (BRASIL, 2006).

Fleury (2001) apresenta a relação estabelecida entre o Estado e a sociedade, após a década de 1990. Período em que a sociedade passou a atuar na agenda política do país, bem como na reestruturação e implantação de novas políticas públicas. Essa atuação permitiu o surgimento de um novo olhar para as instituições públicas, que passaram a adotar modelos de gestão até então aplicados somente em empresas privadas. Com essa mudança de perspectiva, as instituições públicas começaram a ouvir os usuários e a gerenciar suas demandas.

A qualidade torna-se uma meta estabelecida diretamente ligada à eficiência e à produtividade (CONGRAM; FRIEDMAN, 1991). Com isso, entende-se que, ao entregar serviços eficientes, evita-se a insatisfação dos consumidores, bem como custos financeiros e humanos. Nesse caso, há a atuação da sociedade na gestão

pública como um mecanismo de fiscalização da administração pública, para que ela atue de forma eficiente, eficaz, transparente e com ética, buscando a melhor relação custo-benefício.

Cadah (2000) acrescenta que a qualidade tornou-se uma meta organizacional no âmbito da saúde. De forma que a avaliação das ações, o monitoramento dos resultados alcançados e o planejamento tornaram-se indispensáveis nas instituições públicas de saúde. Donabedian (1990) admite que a qualidade dos serviços de saúde é julgada em três planos distintos: na visão dos prestadores de serviço; dos usuários; e prioridades da sociedade em geral. Sendo assim, a qualidade nessa área não está focada apenas em termos técnicos. Contudo, deve-se considerar o atendimento de forma precisa, tendo em vista que um erro pode acarretar danos irreversíveis ao usuário.

1.1 Problematização

Avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica de saúde é um direito dos cidadãos, assegurado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Sendo a prestação de serviços de qualidade um direito da população, com isso, cabe a ela exercer o controle social, a fim de fiscalizar, de forma efetiva a utilização dos recursos e verificar se atende as suas necessidades (FERREIRA *et al.*, 2014).

Machado (2010) acrescenta que a avaliação no domínio das políticas públicas tem como objetivo analisar se o que foi planejado está sendo executado. Portanto, a participação da comunidade na avaliação dos serviços possibilita o levantamento de informações, bem como a identificação e mensuração de falhas ocorridas durante todo o processo de entrega de serviço. Acredita-se que essas informações podem ser administradas e gerenciadas de forma estratégica pelos gestores do município, com propósito de atender às demandas dos usuários, bem como subsidiar políticas públicas, no âmbito da saúde (PENA; MELLEIRO, 2012).

Nesse contexto, entende-se que as ações e os serviços de saúde são de relevância pública. Constitucionalmente, a saúde é um bem prioritário e uma condição para que o cidadão viva de forma digna e produtiva. Sendo assim, compete ao Estado garantir

as condições necessárias para o atendimento às demandas da população de forma adequada e com qualidade (LARA, 2010). Por outro lado, entende-se a necessidade do controle social por parte dos entes que constituem os Conselhos de Saúde: usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Esse controle objetiva a melhoria dos serviços prestados à população.

A prestação de serviços de qualidade garante os direitos do cidadão, podendo ser alcançada por controle social efetivo e por transparência na utilização dos recursos. Para isso, os interesses dos usuários devem ser avaliados como referência para a tomada de decisões. Ferreira *et al.* (2014) acreditam que medir a qualidade dos serviços de saúde pode ser a base necessária para a proposta de procedimentos eficientes e que atendam as demandas dos usuários dos serviços.

Dentre os diferentes modelos de avaliação da qualidade apresentados na literatura, optou-se, neste estudo, pelo modelo intitulado como *Service Quality Gap Analysis* (SERVQUAL), elaborado por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que permite mensurar e analisar a percepção da prestação de serviços, a partir de dois níveis: o desejado e o adequado. O primeiro indica o serviço esperado e o segundo o serviço percebido. Sua aplicação se dá mediante uma escala estruturada em 44 assertivas, 22 relacionadas à percepção e 22 relacionadas ao desempenho. Essas são agrupadas conforme as cinco dimensões da qualidade: confiabilidade, presteza, empatia, segurança e tangibilidade. Ressalta-se que esse modelo foi adaptado à realidade do setor de serviços avaliado, conforme orientação de seus precursores.

Diante do contexto apresentado, a pergunta que norteia este estudo é: “Qual a percepção de usuários do município de Brasília de Minas/MG em relação aos serviços prestados pelas ESF?”.

1.2 Objetivos

Com a intenção de responder a pergunta que norteia este estudo, foram traçados os objetivos geral e específicos.

1.2.1 Objetivo geral

Analisar e descrever a percepção de usuários quanto ao nível de qualidade dos serviços prestados pelas ESF, no município de Brasília de Minas/MG.

1.2.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar as dimensões da SERVQUAL que se destacam na mensuração da qualidade dos serviços das ESF;
- 2) Verificar se há divergências entre a expectativa e a percepção na avaliação dos serviços prestados pelas ESF, a partir da SERVQUAL;
- 3) Avaliar a percepção dos usuários segundo a distribuição sociodemográfica.

1.3 Justificativa

O estudo foi direcionado à cidade de Brasília de Minas, tendo em vista que essa é referência à assistência de média e alta complexidade em saúde na Microrregião Norte, atendendo a uma população estimada de 238.234 habitantes (SOUSA, 2012).

Este estudo se justifica com base em três perspectivas: acadêmica, institucional e social.

Na visão acadêmica, justifica-se pelo propósito de ampliar as pesquisas sobre a temática. Buscas realizadas no período de janeiro a junho de 2016, no banco de dados da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração (ANPAD) e eventos dessa associação: EnAnpad e EMA, bem como na biblioteca eletrônica da *Scientific Periodicals Electronic Library* (SPELL), digitando as palavras-chave: SERVQUAL; escala e qualidade de serviços, apontaram um total de 322 artigos que adotaram a SERVQUAL como instrumento de pesquisa. Após a leitura dos resumos desses artigos, constatou-se que apenas oito versavam sobre a aplicação desse instrumento na atenção básica de saúde, conforme será descrito no referencial teórico, subseção “Estudos empíricos sobre a aplicação da SERVQUAL, na atenção básica de saúde”. Nesse contexto, este estudo permite ampliar o entendimento do marketing de serviços na área de atenção básica de saúde, no

Norte de Minas, permitindo destacar oportunidades e desafios perante o tema, além de fomentar novas pesquisas acadêmicas.

Em se tratando de instituições públicas de saúde, as justificativas institucionais e sociais são analisadas simultaneamente, já que as ESF prestam serviços de saúde em benefício à sociedade. Sendo assim, a pesquisa pode ser utilizada como ferramenta de gestão para embasar políticas públicas no âmbito municipal e melhorar a qualidade dos serviços prestados à população. Esse argumento se fundamenta com base nos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada entre o período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014, que aponta as Unidades Básicas de Saúde como principal porta de entrada da população ao SUS, sendo que dos 71,1% usuários que foram a estabelecimentos públicos de saúde para serem atendidos, 47,9% procuraram as UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, incluindo esta Introdução, que apresenta a contextualização do tema, a problematização, o objetivo geral, os objetivos específicos e a justificativa. O segundo capítulo se refere à teoria que embasou o trabalho, aborda a definição e características de serviços, qualidade em serviços, qualidade em serviços de saúde, serviços de saúde, SERVQUAL e estudos nacionais acerca dessa temática. O terceiro capítulo abarca os procedimentos metodológicos que orientaram o estudo. O quarto capítulo se refere à ambiência do estudo. O quinto capítulo contempla a análise e discussão dos dados e dos resultados obtidos. O sexto capítulo apresenta as considerações finais sobre este estudo. Por fim, têm-se as referências utilizadas em sua elaboração e os apêndices.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor compreensão da temática a ser estudada, o referencial teórico foi subdividido em oito subseções: definição de serviço; serviço na perspectiva do marketing; características de serviço; qualidade em serviço; serviço de saúde e qualidade em serviço de saúde; escala SERVQUAL e, por último, pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da escala SERVQUAL na Atenção Básica de Saúde.

2.1 Definições de serviço

Nas décadas de 1960, 1970 e 1980 aparecerem, nas discussões de marketing, várias definições para o termo serviços. Todas as definições estavam direcionadas apenas para as empresas provedoras de serviço. Nessa época, não se associavam serviços a bens tangíveis. Já em 1990, o termo serviços passa a ser entendido como um processo, que consiste em procedimentos que visa atender às demandas do cliente (GRONROOS, 2009).

Neste estudo, o termo serviço será compreendido como processo, desempenho, atividade econômica que cria valor e produtos intangíveis, a partir da concepção dos pesquisadores que abordam esse termo. Gronroos (2009) conceitua serviço como um processo, entendido como um conjunto de ações parcialmente intangíveis, que acontecem geralmente na interação entre usuários e fornecedores.

Lovelock e Wirtz (2001) além de Hoffman e Bateson (2008) consideram-no como um desempenho, podendo ainda ser compreendido como um ato, ação ou esforço, apresentado por um fornecedor de serviço a um usuário. Para Lovelock e Wirtz (2001), embora o processo para o desenvolvimento do serviço possa gerar um produto físico, o seu desempenho é fundamentalmente intangível. Hoffman e Bateson (2008) acrescentam que serviços podem conter elementos de bens tangíveis e, ao mesmo tempo, oferecem algum tipo de serviço, como por exemplo, a entrega.

Lovelock, Wirtz e Hemzo (2011, p. 21) definiram serviços como “atividades econômicas que uma parte oferece a outra”. De forma que empresas ou pessoas prestadoras de serviços empreguem tempo e desempenho na execução de algum serviço a ser entregue ao cliente, sem que esse detenha “a propriedade de qualquer um dos elementos físicos envolvidos” em troca de dinheiro. Essas atividades econômicas são transações em que os consumidores esperam receber o valor pago em dinheiro em “acesso a bens, mão de obra, habilidades profissionais, instalações, redes e sistemas”.

Kotler e Armstrong (2009, p. 200) definem serviço como “um tipo de produto que consiste em atividades, benefícios ou satisfações oferecidas para venda, que são essencialmente intangíveis e não resultam na posse de nada.” Para esses autores, o prestador de serviços deve apresentar sinais que provem a qualidade dos seus serviços, tendo em vista que, ao contrário dos produtos, eles não podem ser sentidos, cheirados, ouvidos, provados ou vistos.

Contrário a isso, Hoffman e Bateson (2008), ao proporem um exemplo de um bem estritamente puro e de um serviço estritamente puro, tiveram dificuldade, com isso, concluíram que a entrega da maioria dos serviços contém alguma particularidade de bens tangíveis e que a maioria dos produtos tangíveis apresenta alguma peculiaridade de serviço.

Por outro lado, Berry e Parasuraman (1995) identificam três características dos serviços que os diferenciam dos bens tangíveis: a *performance* dos serviços, tendo em vista que, na maioria das vezes, o cliente participa de sua execução, sendo esse realizado por pessoas; as inovações que são facilmente copiáveis e a importância das evidências físicas, ou aspectos tangíveis do serviço, como a infraestrutura e os funcionários, uma vez que os clientes estão sempre atentos.

Compreende-se com isso que, diferentemente dos bens, os serviços possuem características peculiares e singulares. Zeithaml e Bitner (2003) identificam os serviços como ações, processos e atuações. Essas autoras evidenciam que os serviços além de serem produzidos por empresas de serviços, são produzidos também por fabricantes de bens manufaturados. Contudo, diferentemente da

produção de bens manufaturados, a produção de serviços e seu consumo geralmente acontecem simultaneamente, podendo gerar valor agregado a ele.

Além disso, acredita-se que conceituar produtos oriundos da manufatura ou da agricultura se faz com maior propriedade do que descrever ou definir atividades ligadas a elementos intangíveis. Essa ideia pode ser confirmada quando se entende serviço como uma atividade econômica responsável por criar valor e, ao mesmo tempo, proporcionar benefícios. Esses podem ser desde a adequação de um local específico que irá favorecer a vida do cliente até horários que melhor atenda a sua agenda (LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

2.2 Serviço na perspectiva do marketing

Ao identificar serviços como processos ou atividades, compreende-se que tais advêm da interação: provedor e cliente. Essa ideia de interação surge com a Escola Nórdica, que orienta utilizar o termo interação no processo de serviço no lugar de troca. A partir dessa orientação, o prestador de serviços deve buscar estratégias, a fim de ampliar as interações entre a empresa de serviços e o cliente. Interações ocorridas durante todo o processo de consumo (GRONROOS, 2009).

Quando se associa serviços a processos, entende-se que esses estão pautados em uma atividade, seja essa isolada ou em conjunto, envolvendo recursos diferenciados que irão constituir os processos. Assim, a “maneira como os clientes julgam um serviço depende tanto do processo quanto do resultado dele” (HOFFMAN; BATESON, 2008, p. 375). Se essas atividades forem planejadas a partir de estratégias de marketing que busquem ampliar a interação dos sujeitos envolvidos, poderão solucionar as demandas e gerar satisfação aos clientes, tornando o empreendimento bem sucedido, caso contrário, poderão levar à falência da prestadora de serviços.

Para esses autores, a troca entre provedor de serviços e cliente irá existir em algum momento, mas para que isso ocorra, é necessário que se faça o gerenciamento das interações e que esse gerenciamento seja bem sucedido, para que não apenas uma única troca seja realizada, pelo contrário, que esse cliente se torne usuário do

serviço oferecido. Além disso, Lovelock e Wirtz (2006) identificam, como tarefa fundamental dos profissionais do setor de serviço, gerenciar os níveis de demanda à capacidade da empresa, às vezes aumentando sua capacidade produtiva, outras reduzindo-a, a fim de se ajustar às flutuações previsíveis.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010) consideram o serviço como um sistema aberto, em que o cliente participa do processo de serviço, como uma entrada, sendo transformado pelo processo de serviço em uma saída, mas com um grau de satisfação em relação ao serviço oferecido. Ainda segundo esses autores, a entrega de serviço é composta por elementos estruturais e gerenciais. Esses são identificados como: o sistema de atendimento; o projeto de instalações; a localização; o planejamento da capacidade de filas. Já os elementos gerenciais são: a cultura de serviços ancorada na motivação, na seleção e treinamento e na delegação de poder aos empregados; a qualidade advinda de avaliações; o gerenciamento da capacidade e demanda de informação. Ressalta-se que essas diferenças são generalistas e não se aplicam uniformemente a todos os ramos de empresas de serviços.

Eles acrescentam que o marketing de serviços está voltado para as ações e esforços que as organizações executam para oferecer serviços de qualidade e satisfazer às necessidades e expectativas de seus clientes. E, segundo eles, para desenvolver essas ações, o marketing possui duas funções importantes nas operações diárias de serviços, a primeira é educar o consumidor, a fim de torná-lo ativo no processo e a segunda função é suavizar a demanda, para que o serviço tenha capacidade de aproximar das suas necessidades (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010).

Lovelock e Wirtz (2006) apresentam uma relação de oito diferenças básicas entre as tarefas relacionadas ao marketing de serviços e as relacionadas ao marketing de bens físicos, a partir de algumas implicações gerenciais fundamentais: diferente de usuários de produtos, os usuários de serviços não obtêm uma propriedade; os serviços são de curta duração, portanto não podem ser estocados; é difícil estabelecer um valor; o serviço possibilita que outras pessoas façam parte do processo; não se consegue controlar de forma precisa os insumos e os produtos

durante a interação cliente e provedor; o resultado do serviço nem sempre é avaliado de forma objetiva; o fator tempo é relevante e influencia na avaliação dos serviços por parte dos clientes e, por último, sabe-se que os canais de distribuição apresentam-se de forma diferenciada.

Em síntese, cabe ao profissional de marketing da área de serviços conhecer o processo pelo qual os clientes estão expostos, com o objetivo de atuar de forma a garantir a sua satisfação, já que este, na maioria das vezes, está envolvido na produção do serviço. Lovelock e Wirtz (2006) conceituam processo como sendo um método especial de operações ou um conjunto de ações. Essas, por sua vez, abrangem uma sequência de etapas preestabelecidas.

No caso de serviços, há duas categorias que são processadas: as pessoas e os objetos. Sendo assim, os processos podem variar de simples a de alta complexidade, e para sua melhor compreensão, adotam-se diagramas ou fluxogramas. Em alguns casos, o principal insumo do processo é o cliente, em outros, um objeto. Há casos em que o processo é físico e envolve ações intangíveis, em outros casos são basicamente intangíveis (LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

Na visão de Kotler e Lee (2006), tanto empresas privadas como agências públicas objetivam atender às necessidades do cliente, sendo assim, para atendê-lo de forma eficiente, devem adotar métodos de planejamento de marketing. No entanto, Dantas (2013) chama a atenção para as particularidades entre empresas privadas e públicas. Segundo ele, as empresas privadas buscam sobreviver, em longo prazo, e priorizam uma imagem positiva no mercado, sendo assim, priorizam a qualidade dos serviços.

Por outro lado, as empresas públicas, por não competirem no mercado e sendo utilizadas somente por aqueles que de fato, não têm outra opção, perdem o sentido do verdadeiro conceito de atendimento ao público. Diante dessa afirmativa, pode-se considerar que a preocupação central do marketing é a produção de resultados que o mercado-alvo valoriza. Desse modo, o setor privado direciona o marketing para a valorização e satisfação do cliente, ao passo que o marketing no setor público está voltado para valorização e a satisfação do cidadão (KOTLER; LEE, 2006).

Lovelock e Wirtz (2006) sustentam a ideia de que uma empresa provedora de serviços difere de uma organização manufatureira em vários aspectos, em função disso, eles certificam que cada uma deve recorrer a uma abordagem específica de gerenciamento e estratégias de marketing. Esses autores, assim como Hoffman e Bateson (2008), propõem uma diferenciação para o desenvolvimento do marketing de serviços, a partir das quatro características básicas que o diferenciam dos produtos: intangibilidade, variabilidade, heterogeneidade e perecibilidade.

2.3 Características de serviço

Boone e Kurtz (2009, p. 378) caracterizam os serviços como “tarefas intangíveis que satisfazem as necessidades dos consumidores e usuários de negócios.” Esses se apresentam como sendo uma união empresarial ou individual, cujo objetivo não está relacionado à transferência de um bem e sim aos esforços e ao desempenho de ações (HOFFMAN *et al.*, 2009).

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010, p. 44) afirmam que as características tangíveis dos serviços são “notadas pelo cliente e formam a base para a percepção dos serviços”. Nesse sentido, para melhor compreensão das diferenças básicas entre bens tangíveis e serviços, Zeithaml e Bitner (2003) propõem quatro características básicas: intangibilidade; heterogeneidade; produção e consumo simultâneo; e perecibilidade (QUADRO 1).

Outra perspectiva propõe que o serviço detém três características particulares. Primeiro, trata-se de processos fundamentados em atividades ou conjunto de atividades. Segundo, são produzidos e consumidos ao mesmo tempo. Terceiro, o cliente é coprodutor do processo de produção do serviço. No sentido de que ele participa da realização do serviço, parcialmente ou completamente (GRONROOS, 2009).

Quadro 1 – Serviços são diferentes

Bens	Serviços	Implicações decorrentes
Tangíveis	Intangíveis	Serviços não podem ser estocados; serviços não podem ser patenteados; serviços não podem ser exibidos ou comunicados com facilidade; é difícil determinar o preço.
Padronizados	Heterogêneos	O fornecimento de um serviço e a satisfação do cliente depende das ações dos funcionários; a qualidade dos serviços depende de diversos fatores incontrolláveis; não há certeza de que o serviço executado atenda o que foi planejado e divulgado.
Produção separada do consumo	Produção e consumo simultâneo	Clientes participam e interferem na transação; os clientes afetam-se, mutuamente; os funcionários afetam o serviço prestado; a descentralização pode ser essencial; é difícil ocorrer produção em massa.
Não-perecíveis	Perecíveis	É difícil sincronizar a oferta e a demanda em serviços; os serviços não podem ser envolvidos ou revendidos.

Fonte: Zeithaml e Bitner (2003, p.36).

A **intangibilidade** é a característica básica dos serviços. Por essa característica, entende-se que, diferente dos produtos em geral, os serviços não podem ser notados pelos sentidos humanos antes de serem comprados. Assim, os consumidores buscam sinais da qualidade do serviço para reduzir essa incerteza, informações sobre essa qualidade com base na localização, funcionários, equipamentos, material de comunicação, símbolo e preço percebidos. Ou seja, trata-se de uma ideia, trata-se de um conceito. Nessa característica está elencada a ideia de o serviço ser algo que não pode ser compreendido pela razão humana. Toda essa ideia se reduz a uma ação ou conjunto de ações (ZEITHAML; BITNER, 2003).

Para esses autores, essa característica desafia os profissionais de marketing dessa área, no que se refere ao planejamento estratégico organizacional. Sabe-se que os serviços não podem ser estocados, o que dificulta a gestão da demanda. Outra questão a ser analisada está relacionada à intangibilidade, pelo fato de não ser possível patentear os serviços. Isso acarreta na facilidade dos concorrentes em copiar e replicar os processos desenvolvidos em organização prestadora de serviços. Por último, os autores ressaltam a impraticável ação de ofertar o serviço em circunstâncias adversas, determinar custos, bem como projetar estratégias promocionais.

Nesse contexto, a empresa prestadora de serviços deve valorizar sua parte concreta e material. Investir na aparência dos profissionais e do ambiente, como uma forma

de transmitir credibilidade aos serviços oferecidos. No caso das empresas privadas, cabe ao cliente confiar na reputação dessas. No caso de serviços públicos, o governo adota diretrizes para garantir desempenhos aceitáveis (DANTAS, 2013).

No entendimento de Dantas (2013, p.15), a intangibilidade do serviço “significa que os critérios para serviços impecáveis são menos concretos e mais subjetivos do que os critérios para produtos tangíveis sem defeitos”. A intangibilidade também gera expectativas, um exemplo é o atendimento, pois o cliente já tem opiniões construídas antes da compra ou da prestação de serviços.

A **inseparabilidade** ou **simultaneidade** possibilita entender a dinâmica em que acontece a venda e os serviços, já que são produzidos, vendidos e consumidos simultaneamente, o que afeta o seu resultado. Portanto, não podem ser separados de seus fornecedores, sejam eles pessoas ou máquinas. Além disso, é impossível estocá-los, de forma que os serviços funcionem como sistemas abertos. Consequentemente, comportam todo embate da inconstância da demanda, muitas vezes acarretando em demandas excessivas ou falta de demanda (HOFFMAN *et al.*, 2009).

Nesse contexto, entende-se que o usuário do produto implica na variação do resultado do serviço, ao participar simultaneamente e interagir durante a produção e consumo (inseparabilidade). Não se pode desconsiderar que cada usuário, a partir de sua individualidade, bagagem cultural e vivência, constrói expectativas diferenciadas quanto ao provedor de serviços. Essa diversidade, juntamente com a interação, produz a heterogeneidade (ZEITHAML; BITNER, 2003; HOFFMAN; BATESON, 2008).

Essa subjetividade do consumidor pode ser gerenciada pelas organizações ao desenvolver estratégias que minimizem a forma abstrata do efeito de um serviço sobre os consumidores. Para isso, as organizações devem reestruturar as evidências concretas e físicas, de forma a tornar a prestação de serviços uma experiência confiável e segura (ZEITHAML; BITNER, 2003; GRONROOS, 2009).

Quando os serviços são de entretenimento e serviços pessoais, geralmente os compradores estão interessados em um fornecedor específico. Portanto, a oportunidade que um prestador de serviços tem de mostrar o quanto ele é capaz e experiente em sua área ocorre delicadamente quando ele está em conversa presencial com o cliente (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010).

A **heterogeneidade ou variabilidade** se refere ao fato de que a qualidade dos serviços prestados por uma mesma empresa pode não ser uniforme, variando de funcionário para funcionário, de acordo com o contexto em que é executado. Por isso, a empresa deve levar em consideração o grau de exigência de cada cliente e suas diferentes percepções, bem como atuar de maneira que a variabilidade do serviço seja reduzida de um cliente para outro (ZEITHAML; BITNER, 2003).

Sabe-se que os bens manufaturados são produzidos uniformemente em função dos processos serem elaborados e inspecionados. Por outro lado, os serviços, ao abrangerem a presença dos colaboradores do provedor de serviços e, ao mesmo tempo, dos usuários, dificultam a padronização e a inspeção da qualidade. Isso acarreta em obstáculos para o planejamento organizacional (ZEITHAML; BITNER, 2003; LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

Hoffman e Bateson (2008) ressaltam que a heterogeneidade dos serviços acarreta disfunções para os gerentes das organizações e profissionais de marketing. Acredita-se que uma empresa provedora de serviços pode oferecer um serviço considerado de qualidade pelos clientes. Contudo, ressaltam que cada funcionário poderá induzir o cliente quanto à percepção da imagem da empresa de uma forma diferenciada, uns positivamente, outros negativamente.

Nesse contexto, Hoffman e Bateson (2008) sugerem algumas soluções para os problemas desencadeados por essa característica. Uma seria a customização, que permite à empresa desenvolver serviços específicos para cada cliente, vantagens em relação à variação percebida pelo usuário, durante a realização do serviço. Outra proposta seria a padronização, com intuito de reduzir a oscilação na produção dos serviços. Isso é possível, a partir de investimentos em treinamento e substituição do trabalhador por máquinas.

A **perecibilidade**, por sua vez, esclarece que os serviços não podem ser armazenados para uso posterior. Dessa forma, se a demanda pelo serviço for estável não ocorrerá problema para a empresa, no entanto, se for instável, enfrentará problemas difíceis. Com isso, a oportunidade de um prestador de serviço demonstrar eficiência surge somente quando o mesmo estiver frente a frente com o cliente e quando ele conseguir encontrar meios de ajustar a demanda à capacidade de oferta (LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

Zeithaml e Bitner (2003) destacam que diferente dos produtos tangíveis, os serviços não podem ser trocados ou devolvidos. Além disso, como o provedor de serviços não pode manter seu produto em estoque, a sua capacidade pode ser planejada no sentido de deixar o seu cliente em reserva, ou seja, na espera pela execução do serviço (GRONROOS, 2009).

2.4 Qualidade em serviço

O termo qualidade foi empregado de forma diferenciada em cada período. Ao analisar o período de 1950 a 1980, observa-se a adequação do termo ao foco da gestão de produção. Em 1950, estava associado à adequação do padrão, buscava-se executar projetos sem falhas. Na década de 1960, o foco era o produto, com isso, a qualidade estava direcionada à adequação ao uso do produto. Em 1970, a produção visava os custos do produto, com isso, o termo vinculava-se à adequação ao custo. Por último, a década de 1980 ficou marcada como adequação às necessidades do cliente. Com as empresas preocupadas em se manter no mercado, focaram suas atividades no gerenciamento das demandas, necessidades e desejos dos clientes (SHIBA; GRAHAM; WALDEN, 1997).

Garvin (1992) definiu cinco tipos de qualidade: qualidade transcendental, focada na experiência dos clientes; qualidade baseada no produto, podendo essa ser mensurável e variável; qualidade baseada no usuário, nesse tipo, cabe às empresas desenvolverem produtos que satisfaçam as necessidades dos consumidores; qualidade baseada na produção, em que o foco é ser eficiente e não eficaz;

qualidade baseada em valor, em que os produtos devem ter bom desempenho e valor aceitável pelo mercado.

Reeves e Bednar (1994) avaliaram quatro conceitos de qualidade utilizados frequentemente pelos pesquisadores da área, abordando suas características, forças e fraquezas: qualidade como excelência, pautada na superioridade, sendo, portanto, um conceito abstrato; qualidade como valor, conceito abstrato, que depende de vários benefícios, focado na relação custo versus benefício; qualidade como conformação de especificações, conceito objetivo e quantificável, pautado na padronização e no controle de qualidade; e qualidade como atendimento e ou superação das expectativas dos clientes, conceito abstrato, focado em atender às demandas dos consumidores.

Juran (1992) entende a qualidade como sendo o conjunto de características do produto que atende as necessidades dos consumidores e proporciona sua satisfação. Deming (1990) acredita que os processos devem ocorrer de forma homogênea, visando atender às necessidades dos usuários. Feigenbaum (1994) aponta para a necessidade de se combinar características de produtos e serviços, a partir da articulação do marketing, da engenharia, da fabricação e manutenção, a fim de atender às expectativas do cliente. Crosby (1994) chama a atenção para a conformidade e Ishikawa (1993), para a economia. Percebe-se, portanto, que o atendimento às necessidades do consumidor é fator essencial para a qualidade, na visão desses autores.

Shiozawa (1993) direciona o conceito de qualidade focado ao consumidor. Para ele, deixou de ser focado na produção e no produto, mas passou a dar ênfase ao serviço ao cliente. Milan e Trez (2005, p. 4) dizem que “qualidade é conformação às especificações do cliente e o que conta é o que o cliente percebe como qualidade”. Maranhão (2004) acrescenta que a qualidade é o ponto de chegada para qualquer empresa prestadora de serviços. Com isso, deve ser um processo contínuo, de adaptação e melhorias, visando satisfazer as expectativas dos clientes.

Gronroos (2009) apresenta a qualidade do serviço baseada em duas dimensões: a qualidade técnica e a qualidade funcional. A primeira, focada na solução técnica de

um determinado problema, podendo ser mensurada de forma objetiva. A segunda, está relacionada à percepção que o cliente tem após a interação com a empresa, sendo, portanto, uma avaliação de caráter subjetivo. Com isso, entende-se que a qualidade técnica é essencial para a permanência da empresa no mercado, enquanto a qualidade funcional é uma oportunidade que a empresa tem de se diferenciar das demais.

Diante disso, Silva (2005) aponta que a qualidade em serviços não está baseada apenas em divulgar e distribuir produtos ou serviços, ela possui uma abrangência maior que inclui a construção de relacionamentos com os clientes juntamente com empregados, fornecedores, distribuidores, acionistas e comunidade. Com isso, para se prestar um serviço de qualidade, é necessária a existência de um mecanismo que sincronize a prestação de serviço com a percepção do cliente. Esse mecanismo age como um facilitador durante o processo de atendimento, quando fornece ao cliente, por exemplo, canais de comunicação que permitam amplo acesso aos diversos setores da empresa (DANTAS, 2013).

Para Boone e Kurtz (2009), a qualidade determina o grau de excelência das mercadorias ou dos serviços de uma empresa, de forma que tenha a capacidade de atender ou exceder as necessidades e expectativas dos clientes. Pride e Ferrell (2001) acrescentam que a limpeza e a organização do ambiente onde o serviço é prestado são itens importantes de qualidade, que geram satisfação aos clientes, sendo assim, cabe às empresas desenvolver ações que elevem a qualidade no ambiente, a partir de investimentos em serviços de limpeza, infraestrutura e *layout*.

Gianesi e Corrêa (2012) destacam que o cliente avalia um serviço por meio de comparação que envolve expectativa prévia, a forma como ele deseja ser atendido e a percepção formada no decorrer da prestação de serviço e após a conclusão do atendimento. Parasuraman, Berry e Zeithaml (1990) identificam o termo qualidade de serviços como a discrepância entre as expectativas e as percepções dos usuários sobre um determinado serviço experimentado. Com isso, acreditam que, ao exceder as expectativas do cliente, a empresa atende aos padrões de qualidade.

Contudo, Slack, Chambers e Johnston (2008) identificam como problema a definição de qualidade baseada nas expectativas dos consumidores, tendo em vista que cada um tem expectativas intrínsecas. Essas são construídas a partir do conhecimento e da experiência de vida individual. Acrescenta-se a isso, as características da intangibilidade e da variabilidade dos serviços que implicam em percepções diferenciadas, tanto quanto aos aspectos intangíveis como a infraestrutura, onde ocorre a interação do cliente e o fornecedor, quanto às variações ocorridas em relação ao dia, ao horário, ao atendente e ao estado emocional do próprio consumidor.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010) entendem a qualidade em serviços como um tema complexo, que deve ser definido a partir dos cinco construtos: confiabilidade, receptividade, segurança, empatia e aspectos tangíveis. Esses autores identificam a escala SERVQUAL como uma ferramenta de pesquisa capaz de medir a qualidade em serviços. Além disso, entendem que sua avaliação ocorre durante todo o processo de prestação do serviço. Assim, “a satisfação do cliente com a qualidade do serviço pode ser definida pela comparação da percepção do serviço prestado com a expectativa do serviço desejado” (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2010, p. 139).

Após estudar o tema qualidade em serviço, verificou-se que não existe um termo único para expressar o seu significado, ou seja, um sinônimo; existe sim, um conjunto de atributos, propriedades ou características relacionado a um produto ou serviço, conforme o contexto e a abordagem de cada autor. Assim, foram identificadas algumas abordagens, que giram em torno dos conceitos de conformidade, adequação ao uso e atendimento às expectativas do cliente, desenvolvidos no período de 1986 a 1994 (QUADRO 2).

Quadro 2 – Conceituação de qualidade

Autor	Qualidade
Crosby	<p>“é a conformidade do produto às suas especificações” (CROSBY, 1986, p.31).</p> <p>Atender às necessidades dos clientes (CROSBY, 1994).</p> <p>“Convencionalmente, a qualidade é medida através de índices. Índices tendem a atenuar as más notícias associadas com o não cumprimento. A atribuição de valores monetários causados pelo não cumprimento de requisitos permite um entendimento melhor das consequências da falta de qualidade” (CROSBY, 2002, p. 1).</p>
Zeithaml	“Julgamento do consumidor sobre a excelência ou superioridade geral do produto” (ZEITHAML, 1988, p.3).
Taguchi, Elsaed e Hsiang	Minimizar as perdas oriundas do produto, aos clientes e à sociedade, em longo prazo (TAGUCHI, ELSAYED, HSIANG, 1990).
Deming	<p>“A melhoria da qualidade transfere o desperdício do homem-hora e tempo-máquina para a fabricação de um bom produto e uma melhor produção de serviço” (DEMING, 1990, p.1).</p> <p>“Qualidade só pode ser definida em termos de quem avalia”.</p> <p>“É tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente” (DEMING, 1993, p.56).</p>
Teboul	Capacidade que uma empresa tem em superar seus concorrentes e, ao mesmo tempo, satisfazer as necessidades dos clientes com menor custo possível (TEBOUL, 1991).
Garvin	É definida a partir de cinco abordagens: transcendente, baseada no produto, baseada no usuário, baseada na produção e baseada no valor (GARVIN, 1992, p.48-58).
Juran	<p>É adequar o produto ou serviço ao uso (JURAN, 1992).</p> <p>“Ausência de deficiência” (JURAN, 1992, p.9).</p>
Ishikawa	“É desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto que é mais econômico, mais útil e sempre satisfatório para o consumidor” (ISHAKAWA, 1993, p.43).
Feignbaum	“É a correção dos problemas e de suas causas, ao longo de toda a série de fatores relacionados com marketing, projetos, engenharia, produção e manutenção, que exercem influência sobre a satisfação do usuário” (FEIGNBAUM, 1994, p.8).
Lovelock e Wirtz (2001)	Identificada como o grau em que um serviço satisfaz os clientes ao atender às suas necessidades, desejos e expectativas (LOVELOCK; WIRTZ, 2001).
Gronroos	“Qualidade é aquilo que os clientes percebem” (GRONROOS, 2009, p.89).
Slack, Chambers e Johnston	“É a consistente conformidade com as expectativas dos consumidores” (2008, p.51).
Lucinda	“Está relacionada a um produto que funciona corretamente, a um preço justo e a um serviço prestado de forma a superar as expectativas de quem dela faz uso” (LUCINDA, 2010, p. 1).

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

2.5 Serviços de saúde

Hoffman e Bateson (2008, p. 65) consideram serviços de saúde como sendo “serviços de hospitais, médicos, clínicas médicas e assistência domiciliar que proveem cuidados físicos aos clientes”. Salientam que, em geral, os serviços de saúde e os serviços profissionais respondem por dois terços de todas as organizações provedoras de serviços. Para eles, as empresas desse setor estão passando por reestruturação no que se refere à operação diária e competitividade, num contexto em que “hospitais independentes estão sendo absorvidos por sistemas hospitalares que aproveitam a economia de custos decorrente da economia de escala” (HOFFMAN; BATESON, 2008, p. 65).

Berry e Bendapudi (2003) identificam, nos serviços de saúde, características similares e dissimilares a de outros tipos de serviços. Como similares apresentam a intangibilidade, a variabilidade, a perecibilidade e a simultaneidade. Por outro lado, identificam como características dissimilares condições adversas, aversão, privacidade, atendimento holístico, risco e fadiga.

São considerados intangíveis, tendo em vista que seus principais benefícios de diagnóstico são desempenhados por profissionais da saúde, conforme processos previamente estabelecidos. Não é ofertado nenhum bem tangível ao cliente. Embora características tangíveis possam ser percebidas nas instalações físicas de consultórios médicos, aparelhos de imagem e diagnóstico e aparência dos profissionais envolvidos com o atendimento (BERRY; BENDAPUDI, 2003).

A variabilidade é identificada ao analisar as habilidades manuais e técnicas, que variam do desempenho de um profissional para outro, além das circunstâncias ocorridas no dia e da influência de outros clientes. Acrescenta-se a essa característica, a perecibilidade, tendo em vista que o valor criado nesse setor é baseado nos recursos: tempo, qualificação dos profissionais, equipamentos e espaço físico. Caso esses não sejam utilizados, não há como guardá-los para uma utilização futura (BERRY; BENDAPUDI, 2003).

Quanto à simultaneidade, assim como outros serviços, a produção e o consumo acontecem ao mesmo tempo, tendo em vista ser imprescindível a presença do paciente. A simultaneidade, nesse caso, pode agravar a prestação de serviços, quando se trata de pacientes com dificuldades de locomoção, bem como tempos de espera que ultrapassem o programado (BERRY; BENDAPUDI, 2003).

Kuazaqui e Tanaka (2008) ressaltam que o setor de saúde mensura o seu negócio, baseado no número de doentes e a partir dessas informações, elabora o seu planejamento. Eles indicam duas direções opostas para a gestão da saúde, uma baseada na medicina curativa e a outra, na medicina preventiva. A medicina curativa está pautada em custos elevados, já que é orientada por exames de alta tecnologia.

Por outro lado, a medicina preventiva está pautada na possibilidade de se ter uma doença, sendo assim o investimento é na prevenção; essa, muitas vezes, não é percebida por se tratar de hábitos. Para esses autores, a escolha de uma ou outra medicina é determinada pelo nível socioeconômico e cultural de um povo (KUAZAQUI; TANAKA, 2008).

2.5.1 Qualidade em serviço de saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) define qualidade em serviços de saúde como: alto nível de excelência profissional, uso eficiente dos recursos, mínimo risco para o paciente, alto grau de satisfação por parte do paciente e impacto final na saúde. Donabedian (1990) conceitua qualidade para os sistemas de saúde, baseado em sete pilares: eficácia, o melhor a ser feito nas condições mais favoráveis; efetividade, o melhor possível nas condições existentes; eficiência, o melhor resultado a um menor custo; otimização, a melhor relação custo-benefício; aceitabilidade, adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família; legitimidade, de que forma os cuidados propostos são aceitos pela comunidade; e, equidade, que procura equacionar um cuidado aceitável no plano individual e legítimo para a sociedade.

Donabedian (1990) admite ser a qualidade de serviços julgada em três planos distintos: na visão dos prestadores de serviço; na visão dos usuários e na das

prioridades consideradas pela sociedade em geral. Dessa forma, qualidade não pode ser julgada apenas em termos técnicos pelos profissionais de saúde. No entanto, deve-se ressaltar que a precisão do atendimento, na área da saúde, é ainda mais imperativa, tendo em vista que um erro pode acarretar danos irreversíveis à pessoa humana ou até a morte.

Para Bendapudi *et al.* (2006), os consumidores de serviços de saúde avaliam as experiências de serviços com base nas relações interpessoais estabelecidas com os profissionais de saúde e não com base nas habilidades técnicas desses, tendo em vista a dificuldade em mensurar a qualidade técnica, mesmo sendo essa vital para esses consumidores.

Para Cadah (2000), o processo de avaliação das ações se tornou imprescindível, para que os serviços possam monitorar os resultados alcançados e planejar as mudanças necessárias, já que a qualidade passou a ser relacionada à organização dos serviços de saúde como um todo. Os serviços públicos de saúde se enquadram, tendo em vista que passam por avaliações constantes, tanto pelos usuários que recebem a prestação dos serviços, quanto pelos órgãos governamentais, que são nomeados a realizar auditorias internas, a fim de verificar a aplicabilidade dos recursos públicos e a qualidade dos serviços prestados à população.

2.6 SERVQUAL

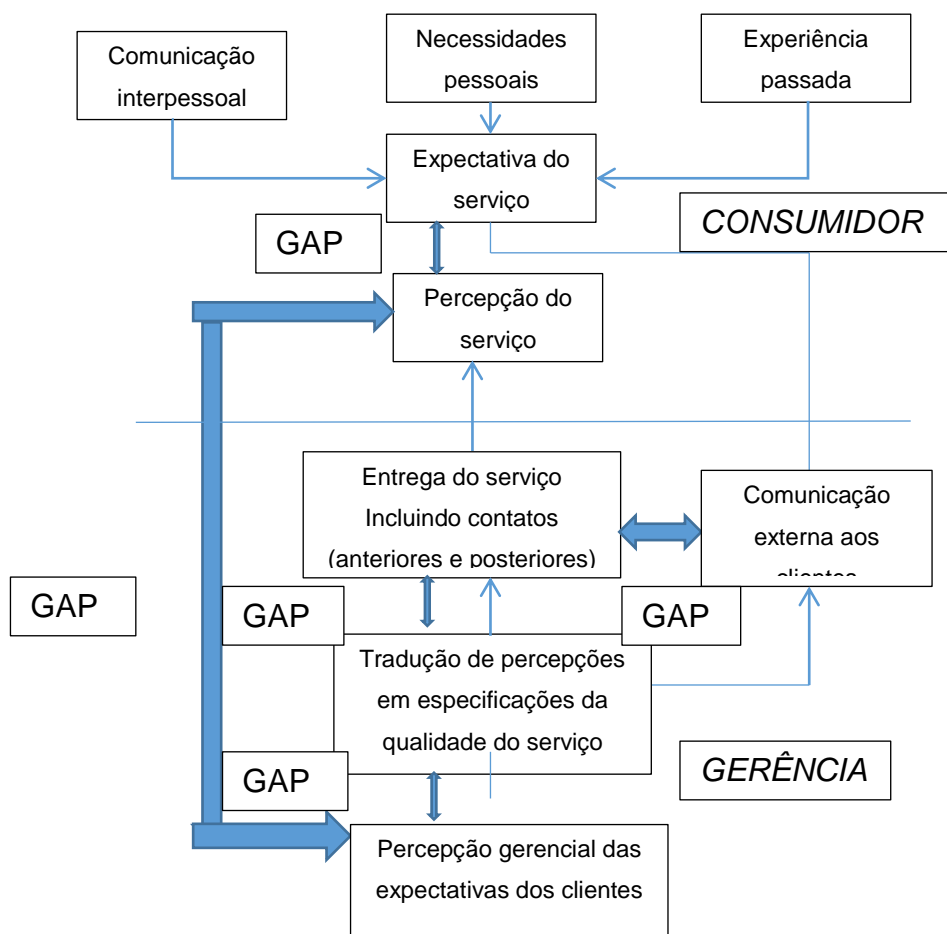
Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) propuseram um modelo de avaliação para a qualidade dos serviços fundamentados no modelo de satisfação de Oliver. Para esses autores, a qualidade em serviços é mensurada pela diferença entre a expectativa e o desempenho. O resultado dessa diferença além de possibilitar um indicador de qualidade, é também um determinante da satisfação dos clientes. Na concepção desses autores, a qualidade de serviços perceptível é conceituada como um julgamento global, enquanto a satisfação é relacionada a um fato ou transação específica.

A diferença entre expectativa e percepção de desempenho em serviços foi definida como *Gap*. A partir daí, foi elaborado o Modelo Gap de Qualidade de serviços (FIG.

1). Esse foi estruturado em cinco Gaps. *Gap 1* – compreende a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial; *Gap 2* – consiste na discrepância entre a percepção gerencial sobre as expectativas dos clientes com as especificações da qualidade dos serviços; *Gap 3* – exprime a discrepância entre os padrões e especificações da empresa e o que realmente é fornecido ao cliente; *Gap 4* – considera a discrepância entre a promessa realizada pelos meios de comunicação e o que realmente é fornecido; *Gap 5* – discrepância entre a expectativa do cliente e a sua percepção do serviço. Esse pode ser expresso como função dos outros quatro (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

Com intuito de testarem esse modelo, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) realizaram pesquisas exploratórias, em quatro ramos diferentes de serviços: banco varejista; cartão de crédito; corretagem de ações; reparo e manutenção. Como técnica de coleta de dados, esses autores utilizaram um questionário intitulado *Service Quality Gap Analysis (SERVQUAL)*, que considera a qualidade como a diferença entre a percepção de desempenho e a expectativa dos usuários de serviços, em relação aos serviços prestados. Com isso, concluíram que havia pontos comuns entre os ramos pesquisados e que os clientes utilizavam dos mesmos critérios independentemente do tipo de serviço a ser avaliado.

Figura 1 – Gaps de qualidade de serviços



Fonte: Adaptado de Parasuraman; Zeithaml; Berry (1985).

A princípio, esse questionário foi estruturado em 97 pares de assertivas, relativos à expectativa e à percepção, todos agrupados conforme dez dimensões determinantes da qualidade de serviços: confiabilidade ou credibilidade; capacidade de resposta ou prontidão; competência com o significado de possuir a capacidade e os conhecimentos requeridos; acesso, envolvendo facilidade de acesso e facilidade de contato; cortesia, envolvendo polidez, respeito, considerações e atitude amigável do pessoal de contato; comunicação, no sentido de manter os clientes informados em linguagem que possam entender e ouvi-los; credibilidade, envolvendo confiança, confiabilidade, honestidade e realmente, o cuidado com os interesses do cliente; segurança, no sentido de estar livre de perigo, risco ou dúvida; compreender ou conhecer o cliente, envolvendo esforçar-se para entender as suas necessidades; tangíveis ou visíveis, que envolvem as evidências físicas do serviço (GRONROOS, 2009).

Após a aplicação desse instrumento e a análise dos resultados, verificou-se a necessidade de redução dos pares de assertivas e dimensões. Com isso, após a reaplicação do questionário, a escala foi reduzida a 22 pares de assertivas, agrupadas em cinco dimensões da qualidade de serviços: confiabilidade – capacidade de executar o serviço prometido, de forma confiável e com precisão; presteza ou resposta – disposição para ajudar os clientes e fornecer um serviço rápido; segurança ou garantia – conhecimento e capacidade dos empregados em inspirar confiança e segurança; empatia – carinho, atenção individualizada aos clientes; aspectos tangíveis – instalações físicas, equipamentos e aparência de pessoal. Cada um desses construtos foram mensurados a partir da escala Likert de 7 pontos: (1) “discordo fortemente” a (7) “concordo fortemente” (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Hoffman *et al.* (2009) identificam cinco dimensões como critérios utilizados pelos consumidores ao julgarem se um serviço é ou não de qualidade: tangíveis – relacionados à estrutura física, equipamentos e equipe envolvida; confiabilidade - serviços executados com habilidade e excelência; presteza correspondendo à agilidade, gentileza e prontidão no auxílio aos clientes; garantia – conhecimento dos funcionários em relação às informações solicitadas pelos clientes; cortesia - habilidade de transmitir confiança e responsabilidade, a empatia voltada à atenção individual dada a cada cliente.

Segundo Zeithmal e Bitner (2003), essas cinco dimensões demonstram como os usuários de serviços organizam, em seu consciente, as informações advindas da prestação de serviços como sendo ou não de qualidade. Para essas autoras, em determinados momentos, irão perceber a qualidade dos serviços utilizando todos esses construtos como parâmetro, outras vezes não. Eles são utilizados pelos usuários como critério de avaliação da qualidade de serviços (LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

ZParasuraman, Zeithaml e Berry (1988), Lovelock e Wirtz (2006), Zeithmal e Bitner (2003) identificam a confiabilidade como fator mais relevante, quando se trata da avaliação da qualidade do serviço prestado aos usuários, tendo em vista que o

cumprimento dessa dimensão consolida a segurança e precisão na entrega de serviços. Trata-se de uma medida de resultado, uma vez que os usuários somente avaliam depois da experiência com o serviço ou não.

Por outro lado, as dimensões tangibilidade, sensibilidade, segurança e empatia são consideradas dimensões de processo, já que podem ser avaliadas durante a entrega do serviço. Essas permitem que a organização cativa o usuário, ao superar suas expectativas quando ele tem contato com as instalações do serviço e funcionários (LOVELOCK; WIRTZ, 2006). Hoffman *et al.* (2009) destacam ser considerável observar o modo como os serviços são prestados, julgando-os tão importantes quanto a sua natureza e frequência. Para eles, o processo tem o mesmo valor que o resultado, ambos são consequência da prestação e consumo dos serviços.

Gianesi e Corrêa (2012) acrescentam que a avaliação dos serviços pelos clientes é baseada em nove critérios: critérios tangíveis; consistência; velocidade de atendimento; atenção personalizada, experiência e cortesia; flexibilidade; credibilidade; acesso e preço. Todos esses critérios envolvem vários componentes do atendimento ao público. Podem ser sintetizados em: clientes que se apresentam como pessoa física ou jurídica, que consomem produtos ou serviços dentro das organizações, com acesso direto ou por outros meios como telefone e e-mail; atendentes que são os colaboradores das organizações ligados ao atendimento ao público. Além desses critérios, existem normas e regulamentos internos que orientam o atendimento (DANTAS, 2013).

Esse autor aponta alguns fatores que influenciam a percepção dos aspectos tangíveis pelos usuários, como por exemplo, a estrutura física do local onde o serviço é prestado. Sugere a adequação de alguns itens relacionados à estruturação do ambiente, como temperatura e músicas adequadas, que proporcionem conforto aos clientes e funcionários; limpeza; *layout* condizente com a realidade do ambiente, bem como placas e sinalização; equipamentos que favoreçam agilidade e segurança.

2.7 Estudos empíricos sobre a aplicação da SERVQUAL na atenção básica de saúde

Nesta seção, serão apresentadas pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da escala SERVQUAL, nos serviços de atenção básica de saúde. Para isso, foi realizado um levantamento no Portal da CAPES, bancos de dados da ANPAD, SPELL e os eventos ANPAD e EMA, objetivando identificar pesquisas em eventos e periódicos científicos que abordassem a temática apresentada. Ressalta-se que não foi determinado um período de publicação dos artigos. Com isso, foram localizados dois estudos bibliométricos acerca da utilização da SERVQUAL como modelo de avaliação da qualidade e oito estudos que abordam a temática atenção básica de saúde.

Estudos bibliométricos acerca da utilização da SERVQUAL, realizados por Mondo e Fiates (2013) e Faria, Freitas e Molina-Palma (2015), apresentam o estado da arte dessa temática, contribuindo como fonte de pesquisa para estudiosos da área. Mondo e Fiates (2013), com objetivo de analisar as publicações brasileiras de impacto, Qualis-Capes A1, A2 e B1, acerca dos modelos de avaliação da qualidade em serviços mais utilizados, constataram que existe uma predominância do modelo SERVQUAL de mensuração, em relação a outros modelos e que o tema foi mais explorado por pesquisadores da engenharia de produção, em um total de 44,2% dos 43 artigos localizados. Diferente do contexto internacional, em que boa parte dos estudos é desenvolvida por pesquisadores da área da administração. Assim, os autores sugerem a reflexão acerca de uma possibilidade de agenda de pesquisa sobre a área de qualidade de serviços no Brasil.

Faria, Freitas e Molina-Palma (2015), com o objetivo de identificar o perfil das publicações em periódicos internacionais sobre o tema qualidade em serviços à luz das metodologias SERVQUAL e SERVPERF, constataram o crescente quantitativo de artigos internacionais qualificados, publicados no período de 1988 a 2013. Com isso, concluíram que o tema qualidade em serviços, associado ao emprego dessas metodologias, ainda é objeto de interesse de pesquisadores de relevância internacional.

Por outro lado, os estudos realizados nos serviços de atenção básica de saúde, com a adoção da SERVQUAL como métrica de avaliação da qualidade de serviços, possibilitaram aos pesquisadores o conhecimento da percepção dos usuários quanto ao atendimento prestado na atenção básica de saúde, nos municípios brasileiros estudados. Righi *et al.* (2010) avaliaram a qualidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados, identificando a relação entre essa satisfação e a percepção da qualidade pelos funcionários.

Essa pesquisa se deu por meio de um estudo de caso, descritivo e quantitativo, cujo instrumento de pesquisa foi questionários, baseados no modelo SERVQUAL, composto de 44 questões, 22 relacionadas à expectativa e 22 à percepção. Essas agrupadas conforme as cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. A mensuração dessas questões deu-se mediante a escala de *Likert* de cinco pontos, que varia de 1 “discordo totalmente” a 5 “concordo totalmente”. Esses foram aplicados a 606 usuários e 39 profissionais, vinculados a cinco unidades de ESF, do município da Região Central do Rio Grande do Sul (RIGHI *et al.*, 2010).

Como resultado, ficou comprovado que os usuários estão insatisfeitos com os serviços prestados a eles e que os profissionais atribuíram a qualidade como inaceitável, de forma que a avaliação da ESF foi negativa para ambos. Salieta-se que nenhum ponto foi avaliado como satisfatório ou de qualidade excelente. De forma que caracterizaram como inaceitável a qualidade dos serviços. Com isso, os pesquisadores acreditam que os resultados apresentaram contribuições significativas para o setor da saúde em estudo, já que mostram um panorama da qualidade que esse vem oferecendo, sob a ótica de seus dois principais atores. Entendendo a necessidade da elaboração de um plano estratégico, com ações de melhoria (RIGHI *et al.*, 2010).

Dias *et al.* (2011a) realizaram uma pesquisa com o intuito de descrever a percepção dos usuários cadastrados nas equipes de Saúde da Família, da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, no ano de 2008, relacionada à tangibilidade. O estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa quantitativa-descritiva, em que foram

realizadas entrevistas com 319 usuários cadastrados em 32 equipes de Saúde da Família, que funcionam há mais de cinco anos. Esses foram selecionados a partir do processo probabilístico, pela amostragem aleatória simples.

Para a realização das entrevistas, os autores utilizaram um questionário estruturado, elaborado a partir do Modelo SERVQUAL, contudo foram utilizadas apenas 22 afirmativas desse modelo, referentes à percepção do usuário com relação à tangibilidade. As afirmativas foram graduadas conforme a escala de Likert de 5 pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, acrescidas a ele variáveis sociodemográficas (DIAS *et al.*, 2011a).

O resultado desse estudo identificou que a maioria dos entrevistados é formada por jovens, do sexo feminino, com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, com baixa escolaridade e residente no território há mais de 10 anos. Mostrou também, que em se tratando da tangibilidade, a percepção dos usuários é positiva, tendo em vista que o ambiente físico é considerado agradável, os funcionários possuem boa aparência e o aspecto do material utilizado é adequado. Por outro lado, possibilitou identificar que os usuários de menor faixa de renda estão menos satisfeitos com os aspectos abordados nesse estudo (DIAS *et al.* a. 2011a).

Zamberlan *et al.* (2011) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de mensurar a qualidade dos serviços prestados nos Postos de Saúde de Santa Rosa, na ótica dos usuários desse serviço, através de uma adaptação da SERVQUAL, alterando seu formato para 36 itens, contemplando as cinco dimensões da qualidade de serviços: aspectos tangíveis, confiabilidade, segurança, presteza e empatia. Essa pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva. Com isso, foi planejada em duas etapas.

Primeiro, buscou-se explorar o problema de pesquisa através de investigação bibliográfica, documental e pesquisa qualitativa. Essa, a partir de entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado, baseado nos itens da pesquisa descritiva. Nessa etapa, realizou-se grupo de foco com os usuários e entrevistas em profundidade com os gestores, tendo em vista obter subsídios para a análise da pesquisa quantitativa. Já a etapa descritiva foi direcionada à pesquisa quantitativa,

em que se aplicou a SERVQUAL modificada a uma amostra não-probabilística por conveniência, a 127 usuários dos serviços oferecidos pelos Postos de Saúde (ZAMBERLAN *et al.*, 2011).

Com relação aos resultados, constataram que os serviços de saúde prestados na cidade pesquisada estão inferiores ao desejado. Isso foi confirmado, ao analisar o grau equiparado de qualidade entre as cinco dimensões abordadas, no que se refere à zona de tolerância. Essa análise indicou uma proximidade maior entre o mínimo aceitável e o nível de qualidade desejado, contudo, na visão dos usuários, encontra-se dentro de um limite de tolerância (ZAMBERLAN *et al.*, 2011).

Dias *et al.* (2011b) realizaram um estudo quantitativo e descritivo, com o objetivo de descrever a percepção dos usuários das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, sobre as dimensões da satisfação, relacionadas à confiabilidade e à empatia, bem como analisar o perfil sociodemográfico da população entrevistada frente a tais dimensões.

Para tal, utilizaram uma adaptação da SERVQUAL, com 22 assertivas relacionadas à percepção, essas agrupadas em apenas duas das cinco dimensões da qualidade: confiabilidade e empatia. As assertivas foram avaliadas por meio de uma escala Likert de cinco pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Através da amostragem probabilística aleatória simples, por meio de sorteio, chegou-se a um número de 319 usuários do PSF. Ressalta-se que foram selecionados apenas os usuários cadastrados nos PSFs com mais de 5 anos de funcionamento (DIAS *et al.*, 2011b).

Dias *et al.* (2011b) concluíram que o comportamento dos profissionais do PSF inspira confiança; os profissionais do PSF possuem conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários, além disso, entendem as necessidades específicas dos usuários.

Lima e Duarte (2012) realizaram uma pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa e quantitativa, com os moradores do Bairro Mangabeira, em João Pessoa, Paraíba, que utilizavam os serviços da unidade de Saúde da Família dessa localidade, com o

objetivo de identificar a percepção dos pacientes e a qualidade nos serviços de informação ao público. Foi utilizada uma adaptação da SERVQUAL como instrumento de coleta de dados, contudo, foram mantidas as cinco dimensões da qualidade de serviços: tangibilidade, empatia, segurança, confiança e responsabilidade.

O universo da pesquisa foi composto por 360 moradores do bairro Mangabeira, cadastrados na Unidade de Saúde da Família. Nesse contexto, consideraram como critérios de seleção a acessibilidade, pacientes que frequentam a unidade e que moravam próximo a ela. Adotaram também, o critério de saturação amostral. A partir desse critério, foram entrevistados 19 pacientes, em seguida, foi realizada a análise de conteúdo. Com os resultados, as pesquisadoras concluíram que é necessário rever as cinco dimensões da qualidade em serviços avaliados, bem como os serviços de informação oferecidos pela unidade de saúde, com objetivo de melhorar a prestação do serviço aos pacientes (LIMA; DUARTE, 2012).

Lima *et al.* (2014) realizaram uma pesquisa quantitativa na Unidade Básica de Saúde do município de Fruta de Leite, Norte de Minas Gerais, com o objetivo de avaliar os serviços oferecidos através da percepção dos usuários. A população estudada é formada por 583 famílias cadastradas na UBS, que corresponde a 2101 usuários. Através da amostragem probabilística, chegou-se a um número de 208 sujeitos. A partir desse número, a coleta de dados aconteceu de forma aleatória, com isso, foram entrevistados apenas os usuários que foram à UBS, no período de março a maio de 2010.

Para as entrevistas, os pesquisadores utilizaram uma adaptação da SERVQUAL como instrumento de coleta de dados. Essa foi estruturada em 22 declarações afirmativas, definidas numa escala de Likert de cinco pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Salienta-se que as afirmativas foram relacionadas à percepção da qualidade do serviço prestado aos usuários. Após a análise estatística dos resultados, os pesquisadores traçaram o perfil dos usuários. Constataram que os serviços são adequados e que atendem às necessidades dos usuários e que o grau de satisfação é inversamente proporcional ao grau de

escolaridade, de forma que quanto maior o grau de escolaridade menor a satisfação (LIMA *et al.*, 2014).

Moreira *et al.* (2015) realizaram um estudo exploratório-descritivo, no município de Horizonte, Ceará, com o objetivo de analisar as expectativas dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados por uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF) desse município e avaliar a diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido. Para isso, realizaram entrevista semiestruturada com o coordenador do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e 240 entrevistas estruturadas, modelo adaptado da SERVQUAL, com os usuários da unidade investigada.

Os pesquisadores adotaram o processo não-probabilístico e não-estatístico por conveniência. Utilizaram como critério de seleção a disponibilidade do usuário para a entrevista e seu grau de responsabilidade pela família, nesse caso, restringiu-se a esposa/mãe. Com os resultados, os pesquisadores detectaram uma baixa expectativa da responsividade, tendo em vista que os usuários já conhecem o sistema de saúde público como uma “máquina emperrada”; o horário de atendimento foi identificado como ponto crítico; os usuários associaram a Saúde Pública a um sistema pobre, com baixa tecnologia e destinado à população carente. Contudo, eles verificaram que os usuários do PSF conseguem visualizar o esforço despendido pelas autoridades para manter a unidade de atendimento com uma aparência agradável e em pleno funcionamento (MOREIRA *et al.*, 2015).

Sousa *et al.* (2015) realizaram uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa, no município de Acaiaca, Minas Gerais, com o objetivo de analisar a percepção de qualidade atribuída pelos usuários dos serviços médicos ambulatoriais prestados pela Prefeitura dessa cidade. Para isso, utilizaram como instrumento de coleta de dados uma adaptação da SERVQUAL. Essa foi aplicada a 258 usuários, mediante entrevista.

Com essa pesquisa, concluíram que os usuários estão satisfeitos com o serviço prestado, contudo há alguns pontos específicos a serem melhorados. Como, por exemplo, as expectativas em relação à confiabilidade, em que os usuários discordam que essa atenda às suas expectativas. Por outro lado, a percepção em

relação à tangibilidade é superior à expectativa em quase todos os itens dessa dimensão, exceto o de ter equipamentos modernos, que apresenta maior expectativa. Os pesquisadores analisaram as variáveis demográficas com as respostas da SERVQUAL, com isso, constataram que a mulher tem um nível mais elevado do que o homem em relação à percepção das dimensões tangibilidade, atendimento e segurança e; usuários de maior faixa etária apresentam maior expectativa (SOUSA *et al.*, 2015).

No próximo capítulo, apresenta-se a ambiência do estudo. Para melhor compreensão, foi estruturado em dois subcapítulos. O primeiro trata da estruturação da Atenção Básica de Saúde no Brasil e do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) e o segundo, da localização e contextualização do município de Brasília de Minas, bem como a estruturação da atenção básica de saúde local.

3 AMBIÊNCIA DA PESQUISA

Neste capítulo, descreve-se a estrutura da Atenção Básica de Saúde no Brasil, conforme a Política Nacional de Atenção Básica adotada pelo Ministério de Saúde, em 2011. Definir-se-á Unidade Básica de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), para depois adentrar no *locus* da pesquisa, Município de Brasília de Minas.

3.1 Compreendendo a estrutura da Atenção Básica de Saúde no Brasil

Para compreender como se estrutura a atenção básica de saúde, é imprescindível que se analise os princípios e diretrizes gerais da atenção básica, precedidos pelas portarias do Ministério da Saúde. Sendo assim, recorreu-se à Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PCS). Com essa portaria, a atenção básica de saúde passa a caracterizar-se por

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Nesse contexto, a atenção básica é desenvolvida em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Universal de Saúde (SUS): da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, bem como é voltada para o exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, de forma descentralizada e próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2011).

Os principais fundamentos e diretrizes da atenção básica são: ter território adstrito, cujas ações setoriais e intersetoriais estejam em consonância com o princípio da

equidade e universalidade; adscrever os usuários, estabelecendo relações de vínculo, a corresponsabilização pela saúde e a continuidade do cuidado à saúde; coordenar a integralidade das ações programáticas e demanda espontânea; estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia tanto no cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, como no exercício do controle social (BRASIL, 2011).

A atenção básica de saúde está estruturada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e funciona como a principal porta de entrada do SUS, tendo em vista que 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos nesse nível de atenção, como diagnósticos clínicos, pré-natal, vacinação, acompanhamento de doenças crônicas, atendimento a pequenas urgências, entrega de medicamentos, entre tantos outros procedimentos. Além disso, suas instalações estão na mesma área em que os usuários residem, melhorando a acessibilidade (BRASIL, 2006).

Para melhor compreender a organização da atenção básica de saúde, serão descritos e contextualizados os termos UBS, PSF e ESF. UBS é construída de acordo com as normas sanitárias e manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica e Ministério da Saúde, podendo funcionar com ou sem equipes de saúde da família. Devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional e possuir identificação, segundo padrões visuais do SUS.

Recomenda-se conselhos ou colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da UBS. Além disso, é composta por equipes multiprofissionais, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares ou técnicos em saúde bucal, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004).

O PSF foi criado em 1994 como estratégia estruturante do sistema municipal de saúde, com objetivo de reorientar e organizar as ações da atenção primária, em caráter substitutivo à atenção básica de saúde tradicional. Esse programa preconiza uma equipe de saúde da família, de caráter multiprofissional, com médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. De

acordo com sua fundamentação, esses profissionais devem atuar conforme os princípios e diretrizes da atenção básica de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, acordado entre as três esferas de governo, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, o PSF deixou de ser um programa e passou a ser reconhecido como uma estratégia permanente e contínua na atenção básica de saúde. Com isso, mudou-se a nomenclatura de PSF para ESF, bem como o seu financiamento. Contudo, permaneceram as diretrizes de caráter operacional definidas pelo Ministério da Saúde, em 1997: caráter substitutivo; complementaridade e hierarquização; a descrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de saúde da família; composição das equipes; e atribuições das equipes (BRASIL, 2006).

A ESF é composta por equipe multiprofissional, que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de Saúde (ACS). E ainda, os profissionais de saúde bucal ou equipe de Saúde Bucal: composta por um cirurgião-dentista generalista ou especialista da área e um auxiliar ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. O cronograma de atendimento das UBS é organizado conforme diretrizes do Ministério da Saúde. O horário de funcionamento é de 7h as 11h e de 13h as 17h, de segunda-feira a sexta-feira, com exceção dos atendimentos médicos e odontológicos que são realizados somente no horário das 7h às 11h (BRASIL, 2011).

3.1.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Criado pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, o PMAQ-AB visa promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica e garantir um padrão de qualidade comparável em nível nacional, regional e local, com

maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

São diretrizes do PMAQ-AB,

I - construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde; II - estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolvam a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III - transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade; IV - envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários, num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V - desenvolver cultura de negociação e contratualização, que impliquem na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados; VI - estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços, em função das necessidades e da satisfação dos usuários; e VII - caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esse programa está estruturado em quatro fases: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa e recontratualização. Primeiramente, é feita a adesão ao Programa, através do contrato que determina quais os indicadores a serem alcançados pelas equipes de atenção básica com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. De forma que envolva a pactuação local, regional e estadual, bem como a participação do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Na segunda fase, são elaboradas as ações a serem executadas pelos envolvidos na pactuação, com foco na mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado, visando à melhoria do acesso e à qualidade da Atenção Básica. Essa fase está estruturada em autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Na terceira fase, é realizada a avaliação externa, mediante auditoria que averigua se as ações estão sendo executadas e se as equipes estão conseguindo adequar o atendimento aos indicadores estabelecidos na fase de contratação. Por último,

quarta fase, são incrementados novos padrões e indicadores de qualidade, com objetivo de estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A classificação de desempenho das equipes contratualizadas ocorre em duas fases. Na primeira, são utilizadas análises com base em critérios de equidade para equipes de estratos diferentes e análises estatísticas para as equipes pertencentes ao mesmo estrato. O resultado da classificação é o que determina quais os valores a serem transferidos aos Municípios e ao Distrito Federal, considerando os seguintes critérios:

I - INSATISFATÓRIO: quando o resultado alcançado for menor do que - 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes contratualizadas em seu estrato; II - REGULAR: quando o resultado alcançado for menor do que a média e maior ou igual a 1 (menos um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; III - BOM: quando o resultado alcançado for maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato; e IV - ÓTIMO: quando o resultado alcançado for maior do que +1 (mais um) desvio padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

3.2 Localização e contextualização do Município de Brasília de Minas

O estudo foi realizado no município de Brasília de Minas, Estado de Minas Gerais, localizado a 520Km da capital mineira. Ele se originou da criação da Paróquia de Sant'Ana de Contendas, em 14 de julho de 1.832. Dessa forma, seu topônimo primeiro foi Arraial de Contendas. Em 1901, mudou-se o nome para Vila de Brasília. Com a criação do Distrito Federal com topônimo de Brasília, por Juscelino Kubstchek e mediante a Lei nº 2.694, de 30 de dezembro de 1962, o então Arraial de Brasília recebeu a denominação de Brasília de Minas (SOUSA, 2012).

Figura 2 – Mapa de Minas Gerais com destaque do Município de Brasília de Minas



Fonte: Sousa (2013).

Dentre as principais atividades econômicas do município, destaca-se a agropecuária e o comércio. Com isso, a arrecadação do município fica restrita a convênios e impostos comuns. Os convênios são basicamente aqueles firmados com o Ministério da Saúde – MS, Ministério da Educação, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Estadual de Educação. Já os impostos são: Fundo de Participação dos Municípios – FPM; Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU; Imposto Sobre a Propriedade de Veículos – IPVA; Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços; Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS (SOUSA, 2012).

Conforme estimativa do IBGE (2015), sua população é de 32.650 habitantes, sendo que, desse total, 66,23% residem na zona urbana. Contudo, o número de habitantes cadastrados no banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) é 31.356 habitantes, no primeiro semestre de 2016. Esse cadastro é realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e lançado nesse banco de dados gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município e pelo Ministério da Saúde (DAB, 2016).

A cidade faz parte da mesorregião do nordeste mineiro e da macrorregião de Montes Claros. Essa mesorregião corresponde a uma população estimada de 1.585.946

habitantes (IBGE, 2015). Desse total, aproximadamente 238.234 habitantes estão cadastrados, na Microrregião Norte (TAB. 1). Essa microrregião é formada por 15 municípios, que têm como referência a assistência de média e alta complexidade em saúde, as cidades de Brasília de Minas e São Francisco (SOUSA, 2012).

Tabela 1 – Microrregião Norte Brasília de Minas – São Francisco

Município	População
Brasília de Minas	32.564
Campo Azul	3.843
Ibiracatu	6.206
Icaraí de Minas	11.633
Japonvar	8.643
Luislândia	6.710
Mirabela	13.643
Patis	5.914
Pintópolis	7.540
São Francisco	56.423
São João da Ponte	25.906
São Romão	11.554
Ubaí	12.3897
Urucuía	15.556
Varzelândia	19.702
Total	238.234

Fonte: IBGE (2015); DATASUS (2011).

Figura 3 – Mapa da Microrregião Norte



Fonte: Sousa (2012).

Com objetivo de atender à demanda dessa microrregião e adequar às exigências do Ministério da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Brasília de Minas apresentou a missão de implantar um sistema de referência e de contrarreferência

microrregional, potencializando e reestruturando os serviços de saúde, de forma humanizada, em nível hospitalar e ambulatorial, buscando a qualidade do atendimento, bem como o aprimoramento dos profissionais de saúde, para atuarem em sua rede hierarquizada. Entende-se por rede de atenção à saúde hierarquizada uma rede estruturada em três níveis: atenção básica, atenção média e atenção de alta complexidade (SOUSA, 2012).

O atendimento, no município estudado, se dá, conforme os três níveis de complexidade. A atenção básica de saúde direcionada aos moradores do município e a média e alta complexidade, direcionadas a toda população que compõe a microrregião. Contudo, casos peculiares como, por exemplo, o tratamento oncológico é referenciado ao Polo Macrorregional, no caso, a cidade de Montes Claros (SOUSA, 2012).

3.2.1 Estruturação da atenção básica em saúde no município de Brasília de Minas

O Município de Brasília de Minas está regido pela Portaria GM 2023, de 23 de setembro de 2004, que o caracteriza como modalidade de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. Essa portaria está fundamentada na NOB-SUS/96 e NOAS-2002. Ressalta-se que a organização da Atenção Básica de Saúde do Município segue as orientações das portarias do Ministério da Saúde.

A Atenção Básica do Município de Brasília de Minas está ancorada em 11 UBSs e 04 Postos de Saúde, instalados em 02 distritos, 05 povoados e área urbana (QUADRO 4). Cada UBS conta com uma equipe multiprofissional. Essas são organizadas conforme os princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e adscrição da clientela. Além disso, as equipes seguem a lógica de atenção à saúde, com a geração de práticas de cuidado, considerando a indissociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção da saúde determinados pelo Ministério da Saúde. No entanto, das 15 UBS, apenas 11 são Estratégias de Saúde da Família, sendo que dessas, a ESF Odete Martins não foi cadastrada no PMAQ-AB (SOUSA, 2012).

Quadro 3 – Atenção Básica de Saúde do município de Brasília de Minas

Unidades Básicas de Saúde do Município de Brasília de Minas	
Estratégia de Saúde da Família	Local
ESF - Angicos de Minas	Distrito – a 15 km de Brasília de Minas.
ESF - Araújo	Perímetro urbano de Brasília de Minas
ESF - Fernão Dias	Distrito - a 21 km de Brasília de Minas
Posto de Saúde - Borá	Povoado - a 20 km de Brasília de Minas
Posto de Saúde - Retiro de Santo Antônio	Povoado - a 21 km de Brasília de Minas.
ESF - Vargem Grande	Povoado - a 13 km de Brasília de Minas
Posto de Saúde - Vila de Fátima	Povoado - a 29 km de Brasília de Minas
Posto de Saúde - Paracatu	Povoado - a 10 km de Brasília de Minas
ESF - Botelho	Perímetro urbano de Brasília de Minas
ESF - Central	Perímetro urbano de Brasília de Minas
ESF - Cidadania	Perímetro urbano de Brasília de Minas
ESF - Cristina Rocha	Perímetro urbano de Brasília de Minas
ESF - Dona Heloína	Perímetro urbano de Brasília de Minas
ESF - Dona Joaquina	Perímetro urbano de Brasília de Minas
ESF - Odete Martins	Perímetro urbano de Brasília de Minas

Fonte: Secretaria Municipal de Brasília de Minas (2016).

Nota: As UBSs receberam o nome do local onde foram instaladas.

As UBS desse município realizam o atendimento básico em saúde, com cobertura de 100% da população (DAB, 2016). Nelas, são executadas atividades básicas de enfermagem, clínica médica e odontológica, gerenciadas por profissional graduado em enfermagem ou especialista em saúde da família.

A média complexidade conta com 03 Centros Ambulatoriais e os Programas de Saúde Viva Vida e Hipérdia, lançados pela Secretaria Estadual de Saúde, do Estado de Minas Gerais. O primeiro programa, com objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna neste estado. O segundo programa, destinado ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e ou diabetes mellitus, atendidos na rede ambulatorial do SUS (SOUSA, 2012).

Os usuários da atenção básica do município, quando referenciados à alta complexidade, contam com 02 hospitais públicos, instalados no perímetro urbano de Brasília de Minas: Hospital São Vicente de Paulo, com 10 leitos e Hospital Municipal Senhora Santana, com 70 leitos. Sendo que esse presta serviços de urgência, emergência e internação ao município e a microrregião (SOUSA, 2012).

Após esta ambientação, *locus* da pesquisa, será apresentado o quarto capítulo, a metodologia, descrita conforme os procedimentos metodológicos adotados nesta pesquisa.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, descreveram-se os aspectos metodológicos que ampararam esta pesquisa. Para melhor compreensão, o capítulo foi estruturado na seguinte ordem: tipo de pesquisa; abordagem de pesquisa; método de pesquisa; população e amostra; técnica de coleta de dados; pré-teste e análise dos dados.

4.1 Tipo de pesquisa

Para atender ao objetivo geral desta dissertação, analisar e descrever a percepção de usuários quanto ao nível de qualidade dos serviços prestados pela Estratégia de Saúde da Família do município de Brasília de Minas/MG, o tipo de pesquisa adotado foi o descritivo. Sua função é descrever as características de uma determinada população ou relacionar as variáveis pesquisadas entre si, a partir de técnicas e métodos padronizados (GIL, 2011).

Malhotra *et al.* (2006) identificam três finalidades para a pesquisa descritiva: conhecer o perfil de um público-alvo; estimar a frequência do consumo, com intuito de prever vendas e estudar o desempenho de produtos ou serviços. No caso desta pesquisa, foram empregadas as finalidades de conhecer o perfil dos usuários das Unidades Básicas de Saúde e estudar o desempenho dos serviços prestados, a fim de se atingir os objetivos geral e específicos.

4.2 Abordagem de pesquisa

Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa quantitativa, tendo em vista que essa se caracteriza tanto pela quantificação das informações coletadas, quanto pela utilização de técnicas estatísticas para a análise das informações (RICHARDSON, 1999). Essas técnicas possibilitam a execução do tratamento das informações coletadas, a fim de evitar distorções em seus processos de análise e interpretação e tornar as inferências mais confiáveis (MALHOTRA *et al.*, 2006).

Essa abordagem de pesquisa tem como foco organizar, sumarizar, caracterizar e interpretar os dados numéricos coletados. Possibilita “tratar os dados através da aplicação de métodos e técnicas estatísticas” (MARTINS; THEÓPHILO, 2007, p. 103). Busca uma evidência conclusiva, baseada em amostras grandes e que podem ser tratadas e utilizadas para recomendar um curso de ação final (COLLIS; HUSSEY, 2005; MALHOTRA *et al.*, 2006).

Hair Jr. *et al.* (2005) apresentam como propósito de pesquisas quantitativas a testagem de dados e o resumo das variáveis. Como propriedades, identificam: mapeamento de tendências; técnicas de coleta de dados estruturadas e objetivas; representativas; entrevistas em que o entrevistado é passivo e são realizadas no tempo máximo de 20min; resultados objetivos e amostras compostas por mais de 50 sujeitos.

4.3 Método de pesquisa

O método de pesquisa adotado para este estudo foi o *survey*, uma vez que possibilita a aquisição de informações dos sujeitos que compõem a população estudada, por meio de questionário estruturado.

As informações coletadas foram direcionadas a responder aos objetivos da pesquisa, contemplando variáveis que podem representar uma única observação no tempo, corte transversal. Permite identificar, sobre a população estudada, “comportamento, intenções, atitudes, percepção, motivações, características demográficas e estilos de vida” (MALHOTRA *et al.*, 2006, p. 179).

Um *survey* deve ser planejado, tendo em vista cinco condições para a execução da pesquisa, nessa ordem: elaboração de objetivos claros, com questões bem formuladas; planejamento da coleta de dados adequada; amostra representativa; instrumentos de coleta de dados confiáveis e validados e técnicas estatísticas para a análise dos dados (FOWLER JR., 2009; FINK, 2012).

Babbie (2003, p.95) acrescenta que o *survey* se refere a um tipo particular de pesquisa social empírica, que pode ser definido em termos de “objetivos, custos,

tempo e escopo”. Para este estudo, será analisado o *survey* em termos de objetivos. Esses podem ser ramificados em três objetivos gerais: descrição, explicação e exploração. Sendo empregados de forma individual ou simultânea. Contudo, as explicações e as análises devem ser descritas isoladamente.

4.4 População e amostra

A unidade de observação do presente estudo se limitou ao município de Brasília de Minas, Estado de Minas Gerais, com população estimada de 32.650 habitantes (IBGE, 2015). No entanto, como o foco da pesquisa está nos usuários cadastrados nas ESFs, a população estudada restringiu-se aos 31.356 usuários cadastrados pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme demonstrativo do banco de dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), referente ao primeiro semestre de 2016.

Conhecendo o tamanho da população, o tempo e os recursos disponíveis para a realização da pesquisa, optou-se pela técnica de amostragem. Segundo Malhotra *et al.* (2006), o método para a estruturação da amostragem se dá em cinco etapas: definir a população; determinar a estruturação de amostragem; escolher as técnicas de amostragem; definir o tamanho da amostra e executar o processo de amostragem. Essas cinco etapas foram adaptadas a esta pesquisa.

Ainda segundo esses autores, o tamanho da amostra é baseado na abordagem estatística, em inferências estatísticas tradicionais e fórmulas. A partir desse pressuposto, adotou-se a fórmula utilizada para a determinação do tamanho da amostra em uma população finita (QUADRO 3), com base na estimativa da proporção populacional desenvolvida por Triola (2011).

$$n = \frac{N.p.q. Z_{\alpha/2}^2}{p.q.Z_{\alpha/2}^2 + (N-1).E^2}$$

Resultado:

$$n = \frac{31.356.0,25.(1,96)^2}{0,25.(1,96)^2 + 31356.(0,05)^2} = 379,522$$

Quadro 4 – Detalhamento da fórmula e valores adotados

Símbolo	Significado	Valor adotado
n	Tamanho da amostra	379,522
$Z^2\alpha/2$	Nível de confiança	95%
$Z_{(\alpha/2)}$	Gauss o ponto na curva que representa 95% de confiança	1,96
p.q	p – percentagem em que o fenômeno se verifica. q – percentagem complementar.	0,25
N	Tamanho da População	31.356
E	Erro de medição da amostra em relação à população	5% - 0,05

Fonte: Adaptado de Triola (2011).

Sendo assim, a técnica de amostragem foi classificada como probabilística, de forma que os sujeitos da pesquisa foram escolhidos aleatoriamente. Malhotra *et al.* (2006, p. 264) entendem que “a probabilidade de selecionar cada amostra em potencial de uma população pode ser pré-especificada”. Nesse caso, esta amostra foi composta apenas pelos usuários cadastrados no DAB. Seguiu-se a orientação desses autores, que trata da seleção sem reposição, de forma que um mesmo usuário não possa ser selecionado duas vezes para uma mesma pesquisa.

4.5 Técnica de coleta de dados

Utilizou-se como técnica de coleta de dados o questionário estruturado e adaptado, a partir da proposta da SERVQUAL, elaborada por Parasuraman; Zeithaml e Berry (1988), que possibilita mensurar a relação entre a expectativa e a percepção da qualidade de serviço. Esse questionário é estruturado em três partes. A primeira é composta pelas informações referentes aos dados sociodemográficos e à utilização dos serviços. A primeira pergunta é excludente, tendo em vista que a amostra foi calculada de acordo com os dados da DAB, como isso, o usuário que estava utilizando o serviço pela primeira vez não foi entrevistado.

A segunda parte é composta por 22 assertivas relacionadas à expectativa e a terceira parte, por 22 assertivas relacionadas à percepção. Essas assertivas estão agrupadas em cinco dimensões da qualidade em serviços: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia. Cada assertiva da SERVQUAL acompanha uma escala de *Likert* de cinco pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. Ressalta-se que essa escala foi concebida para ser aplicada em diversos setores de serviços, sendo adaptada para este estudo.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) esclarecem que a SERVQUAL é um esqueleto básico estruturado em questões relacionadas a expectativas e a percepções, abrangendo instruções para cada uma das cinco dimensões da qualidade de serviços. Com isso, eles sugerem que quando necessário, deve ser adaptada para atender às características ou necessidades específicas da organização pesquisada (APÊNDICE A).

A coleta de dados foi realizada nas dependências de 10 ESF das 11 ESF, tendo em vista que a ESF Odete Martins não foi cadastrada no PMAQ-AB, no período entre 02 de maio/2016 a 08 de jul/2016, no horário de 8h as 11h, exceto sábados, domingos e feriados, sendo nesses dias e horários que ocorrem atendimentos de médicos e odontólogos. O usuário do serviço, sujeito da pesquisa, foi entrevistado, após a assistência dos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros ou dentistas. Ressalta-se que a própria pesquisadora foi quem aplicou os questionários. Para isso, ela esteve presente em uma ESF a cada semana.

4.6 Pré-teste

Malhotra *et al.* (2006) identificam o pré-teste como uma estratégia de validação do questionário em uma parcela da amostra, a fim de identificar, corrigir e adaptar a sua estrutura e conteúdo à realidade estudada, antes da realização da pesquisa. Em função disso, antes da fase de coleta de dados, com objetivo de testar e validar o questionário, foram realizados dois pré-testes, nos dias 25 e 26 de abr./2016, cada um incluindo 10% da amostra, sujeitos que compõem a população estudada.

No primeiro pré-teste, foram aplicadas duas versões do questionário, uma com a escala *Likert* de 5 pontos e a outra com a escala *Likert* de 7 pontos. O questionário foi reaplicado até se chegar à versão final, totalmente compreensível pelos sujeitos da pesquisa. Com isso, identificou-se que a escala *Likert* de 5 pontos seria a mais adequadas para o perfil dos respondentes, sendo portanto, utilizada para a pesquisa (APÊNDICE A).

4.7 Análise dos dados

Para auxiliar no tratamento estatístico e análise dos dados, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23 for *Windows*. Esse programa permitiu verificar a qualidade e validade das dimensões da SERVQUAL, a partir da análise de confiabilidade, de validade convergente e de dimensionalidade, bem como realizar as análises univariadas e bivariadas.

Para mensurar a confiabilidade, utilizou-se o Alfa de *Cronbach* (A.C) e a Confiabilidade Composta (C.C) (CHIN, 1998). Salienta-se que as referências para essas análises foram Tenenhaus, Amato e Vinzi (2004), que utilizam indicadores de A.C e C.C maiores do que 0,70 para uma indicação de confiabilidade e, Hair Jr. *et al.* (2005), que adotam valores acima de 0,60 em pesquisas exploratórias.

A validade convergente foi verificada com base no critério proposto por Fornell e Larcker (1981), que garante a validade caso a Variância Média Extraída – AVE, o que indica o percentual médio de variância compartilhada entre a dimensão latente e seus itens, seja superior a 50% (HENSELER; RINGLE; SINKOVISC, 2009), ou a 40%, no caso de pesquisas exploratórias (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994). Além disso, para verificar a dimensionalidade das cinco dimensões da SERVQUAL, foi utilizado o critério de Kaiser (1958), que retorna o número de itens de cada dimensão do constructo.

Esse critério é adequado quando se utiliza a solução fatorial para verificar se ela é adequada aos dados da pesquisa. Para tanto, foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. É uma medida que varia de 0,0 a 1,0, sendo que, quanto mais próxima de 1,0 (unidade) mais apropriada será a amostra à aplicação da análise fatorial. É adequado aplicar a Análise Fatorial Exploratória ao conjunto de variáveis, quando o KMO for maior que 0,50.

A análise descritiva univariada foi utilizada para evidenciar os dados da primeira parte do questionário referentes às variáveis do perfil sociodemográfico e

informações quanto à utilização do serviço, tendo em vista que possibilita apurar a distribuição da frequência (TRIOLA, 2011) e identificar as variáveis investigadas relativas a cada sujeito, de forma isolada (MALHOTRA *et al.*, 2006).

Foi utilizada também para realizar a análise de medidas de tendência central das dimensões da SERVQUAL: a média aritmética, a mediana e a moda; indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo: medidas de dispersão, como amplitude, desvio médio, desvio padrão e o desvio quartílico (GIL, 2011).

As variáveis da SERVQUAL relativas às assertivas expectativa e percepção foram analisadas a partir da análise bivariada, por permitir correlacionar a diferença entre ambas. Nesse contexto, foram aplicados os testes não-paramétricos: *Wilcoxon*, *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e *Spearman*. O Teste de *Wilcoxon* foi indicado por possibilitar a análise das “diferenças entre as observações pareadas, levando em conta a magnitude das diferenças” (MALHOTRA *et al.*, 2006, p. 455).

Para a comparação das dimensões da SERVQUAL relacionada à expectativa, à percepção e ao índice de satisfação em relação aos dados sociodemográficos, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O primeiro, utilizando a análise das variáveis categóricas binárias: gênero, controle periódico e controle periódico familiar e, segundo, para a análise das variáveis categóricas com mais de duas categorias: profissão, escolaridade, renda e ESF (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

Por último, foi utilizada a correlação de *Spearman*, para associar as escalas com as variáveis categóricas ordinais: idade, renda e escolaridade. A correlação de *Spearman* é uma medida limitada entre -1 e 1, sendo que, quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1 maior a correlação negativa e quanto mais próximo o coeficiente estiver de 1 maior a correlação positiva. Essa correlação se justifica, neste trabalho, tendo em vista que uma correlação de *Spearman* não significativa indica que não há correlação entre as duas variáveis testadas (HOLLANDER; WOLFE, 1999).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e discussão dos dados coletados na pesquisa. Os dados foram apresentados a partir das análises univariadas e bivariadas. A análise univariada possibilitou expor a análise Fatorial, os resultados da Variância Média Extraída (AVE), do Alfa de Cronbach (A.C.), da confiabilidade Composta e do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que permitem analisar a qualidade e validade das dimensões da SERVQUAL, bem como a análise descritiva das variáveis caracterizadoras dos respondentes da pesquisa, das percepções, das expectativas e do índice de satisfação.

As análises bivariadas foram realizadas a partir dos testes de Wilcoxon, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e de Normalidade. O Teste de Wilcoxon possibilitou comparar a expectativa e a percepção dos usuários em todas as dimensões da SERVQUAL. Os testes de Mann-Whitney e *Kruskal-Wallis* possibilitaram a associação entre as dimensões da escala e os dados demográficos, bem como as análises da avaliação da comparação das dimensões da SERVQUAL em relação às unidades de ESF.

5.1 Análise univariada

5.1.1 Validade e qualidade das dimensões da SERVQUAL

A Análise Fatorial foi utilizada para criar índices capazes de representar os conceitos de suas respectivas dimensões. De acordo com Hair Jr. *et al.* (2005), itens com cargas fatoriais menores que 0,50 devem ser eliminados das dimensões, pois, ao não contribuírem de forma relevante para formação da variável latente, prejudicam o alcance das suposições básicas para validade e qualidade dos indicadores criados para representar o conceito de interesse.

A TAB. 2 aponta a solução fatorial para cada dimensão, onde observa-se que todos os itens apresentaram cargas fatoriais acima de 0,50.

Tabela 2 – Análise Fatorial para as dimensões

Dimensões		C.F.	Com.	Peso	
Expectativa	Tangibilidade	E2TA	0,80	0,64	0,35
		E4TA	0,79	0,62	0,34
		E3TA	0,75	0,56	0,32
		E1TA	0,70	0,48	0,30
	Confiabilidade	E6CON	0,82	0,67	0,28
		E5CON	0,80	0,64	0,28
		E8CON	0,74	0,55	0,26
		E9CON	0,73	0,54	0,25
		E7CON	0,70	0,49	0,24
	Atendimento	E11ATEND	0,86	0,73	0,32
		E12ATEND	0,84	0,70	0,31
		E13ATEND	0,80	0,65	0,30
		E10ATEND	0,77	0,59	0,29
	Segurança	E20SEG	0,86	0,73	0,31
		E19EG	0,86	0,73	0,31
		E21SEG	0,82	0,67	0,30
		E22SEG	0,79	0,62	0,28
	Empatia	E18EMP	0,80	0,64	0,28
		E15EMP	0,80	0,64	0,28
E16EMP		0,78	0,61	0,27	
E17MP		0,77	0,59	0,27	
E14EMP		0,61	0,38	0,22	
Percepção S/realidade	Tangibilidade	P4TANG	0,79	0,63	0,33
		P3TANG	0,79	0,63	0,33
		P2TANG	0,79	0,63	0,32
		P1TANG	0,74	0,55	0,30
	Confiabilidade	P6CONF	0,83	0,69	0,26
		P5CONF	0,83	0,68	0,26
		P8CONF	0,82	0,67	0,26
		P7CONF	0,81	0,65	0,26
		P9CONF	0,68	0,47	0,22
	Atendimento	P12ATEND	0,89	0,79	0,32
		P11ATEND	0,85	0,72	0,30
		P13ATEND	0,83	0,70	0,30
		P10ATEND	0,78	0,61	0,28
	Segurança	P16SEG	0,84	0,70	0,32
		P15SEG	0,82	0,67	0,31
		P17SEG	0,80	0,64	0,30
		P14SEG	0,79	0,62	0,30
	Empatia	P20EMP	0,86	0,75	0,27
		P22EMP	0,83	0,68	0,26
P19EMP		0,80	0,64	0,25	
P21EMP		0,79	0,62	0,24	
P18EMP		0,73	0,53	0,23	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Conforme os resultados para a validade e a qualidade das dimensões da SERVQUAL em relação à expectativa e à percepção, na TAB. 3, verificou-se que há validação convergente em todas as dimensões de expectativa e de percepção, visto

que as AVEs foram superiores a 0,40. Neste estudo, a AVE referente às dimensões segurança e atendimento, tanto em relação à expectativa quanto à percepção apresentou valores superiores às demais dimensões. Sendo as AVEs da segurança 0,69 e 0,66 e do atendimento 0,67 e 0,70, respectivamente.

Aferiu-se que as cinco dimensões relacionadas à expectativa e à percepção apresentaram valores de A.C e C.C acima de 0,70, provando assim a confiabilidade da escala, já que há consistência interna satisfatória. Evidenciam-se as dimensões segurança, empatia e atendimento. A dimensão segurança apresentou os melhores resultados do A.C e C.C quanto à expectativa, sendo 0,85 e 0,84, respectivamente. Por outro lado, as dimensões empatia e atendimento apresentaram os melhores resultados quanto à percepção. Ressalta-se que foram os mesmos valores para essas duas dimensões de A.C e C.C, 0,86 e 0,85, respectivamente.

Constatou-se, a partir do critério de Kaiser (1958), que todas as dimensões foram unidimensionais, sendo adequado o ajuste da Análise Fatorial, uma vez que todos os KMO foram maiores a 0,50. Com isso, conclui-se que houve validação das cinco dimensões: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia, tanto na abordagem da expectativa quanto na da percepção.

Tabela 3 – Confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade das dimensões da SERVQUAL

SERVQUAL		Itens	AVE	A.C.	C.C.	KMO	Dim.
Expectativa	Tangibilidade	4	0,58	0,75	0,78	0,73	1
	Confiabilidade	5	0,58	0,82	0,81	0,79	1
	Atendimento	4	0,67	0,83	0,83	0,80	1
	Segurança	4	0,69	0,85	0,84	0,80	1
	Empatia	5	0,57	0,81	0,81	0,79	1
Percepção S/realidade	Tangibilidade	4	0,61	0,78	0,80	0,73	1
	Confiabilidade	5	0,63	0,85	0,84	0,84	1
	Atendimento	4	0,70	0,86	0,85	0,79	1
	Segurança	4	0,66	0,83	0,82	0,77	1
	Empatia	5	0,64	0,86	0,85	0,77	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5.1.2 Análise descritiva da caracterização dos respondentes da pesquisa

A TAB. 4 apresenta a descrição das variáveis de caracterização dos usuários que participaram da pesquisa, lembrando que foram 450 usuários assistidos nas ESF do Município de Brasília de Minas, no período da pesquisa de campo, conforme descrição apresentada na metodologia.

Desses usuários, a maioria era do gênero feminino 76,67% (345). Esse resultado encontra-se em consonância com outros estudos. Pesquisas realizadas por Santiago *et al.* (2013) e Lima *et al.* (2014) constataram a predominância de mulheres em unidades de saúde, o que demonstra o papel delas como usuárias dos serviços e cuidadoras da família. Giovanella *et al.* (2008) observaram as variações no perfil de necessidades de saúde entre homens e mulheres, destacando a utilização dos serviços pelas mulheres, em decorrência da gravidez e exames preventivos.

Quanto às faixas de idade, a maioria dos entrevistados 28,89% (130) e 29,33% (132) está na faixa de idade entre 27 e 35 anos e entre 36 e 45 anos, respectivamente. Pesquisas realizadas em Santa Rosa (RS) e Montes Claros (MG) constataram resultados semelhantes, ao identificarem que o público na faixa de idade entre 18 e 45 anos que mais procura os serviços nas unidades de atenção básica de saúde é predominantemente feminino (ZAMBERLAN *et al.*, 2011; DIAS *et al.*, 2011a).

No que se refere à renda, 54,67% (246) dos indivíduos tinham renda de até R\$ 880,00, enquanto que 24,89% (112) tinham renda de R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00. Esses resultados estão consonantes com pesquisa realizada por Zamberlan *et al.* (2011) e Dias *et al.* (2011a), que identificaram uma renda *per capita* dos usuários de serviços públicos de saúde em média de um a três salários mínimos.

Outro dado a ser analisado é referente ao número de pessoas que declararam não ter renda, 16,89% (76). Sousa *et al.* (2015), em estudos realizados na cidade de Acaiaca (MG), constataram que em cidades interioranas uma característica populacional é a quantidade de mulheres na condição de apenas dona de casa. Isso

pode justificar esses resultados, tendo em vista que Brasília de Minas é uma cidade do interior de Minas Gerais.

Os dados relacionados à renda podem estar vinculados à escolaridade dos respondentes. Observa-se que apenas 13,77% (62) concluíram ou estão cursando o ensino superior. Por outro lado, 45,11% (203) dos entrevistados possuem o ensino fundamental completo ou incompleto, sendo que 29,33% (132) cursaram até o 5º ano do Ensino Fundamental I. Ao relacionar renda e escolaridade, Zamberlan *et al.* (2011) argumentam que quanto mais habilitado e qualificado profissionalmente, maior será a renda.

No quesito profissão, destaca-se o número de donas de casa 25,56% (115), o que confirma as análises quanto ao número predominante de mulheres no estudo, bem como a questão da renda. Observa-se também que 42,44% (191) dos entrevistados informaram que exercem outra profissão além das citadas pela entrevistadora. Sendo as profissões mais citadas desse montante: trabalhadores rurais 5,5% (25), vendedores 5,8% (26) e feirantes 2,9% (13).

Quanto a fazer ou não controle médico periódico, a maioria declarou que não faz - 62,44% (281), por outro lado, quando questionados se alguém da família faz controle médico periódico, o resultado inverteu. O número de usuários que tem um membro da família acompanhado periodicamente por um profissional médico foi 56,44% (252).

Tabela 4 – Análise descritiva das variáveis de caracterização
(continua)

Variáveis		N	%
Gênero	Feminino	345	76,67%
	Masculino	105	23,33%
Idade	De 18 a 26 anos	81	18,00%
	De 27 a 35 anos	130	28,89%
	De 36 a 45 anos	132	29,33%
	De 46 a 60 anos	48	10,67%
	Acima de 61 anos	59	13,11%
Renda	Até R\$ 880,00	246	54,67%
	De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00	112	24,89%
	De R\$ 2.641,00 a R\$ 3.520,00	16	3,56%
	Não tem renda	76	16,89%

Tabela 4 – Análise descritiva das variáveis de caracterização

(conclusão)

	Variáveis	N	%
Escolaridade	Analfabeto	22	4,89%
	Até o 5º ano	132	29,33%
	Até o 9º ano	71	15,78%
	Até o 3º ano do 2º grau - completo ou incompleto	163	36,22%
	Superior - completo ou incompleto	54	12,00%
	Pós-graduação (lato sensu)	6	1,33%
	Pós-graduação (Mestrado ou Doutorado)	2	0,44%
Profissão	Aposentado	52	11,56%
	Dona de Casa	115	25,56%
	Comerciante	18	4,00%
	Servidor Público	59	13,11%
	Professor	15	3,33%
	Outros	191	42,44%
Controle médico periódico	Sim	169	37,56%
	Não	281	62,44%
Alguém da família faz controle médico periódico	Sim	252	56,00%
	Não	198	44,00%

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5.1.3 Análise descritiva da percepção, da expectativa e do índice de satisfação

Nesta seção, consta a análise dos dados da segunda parte do questionário SERVQUAL. Ele contém 22 assertivas referentes à expectativa e 22 assertivas referentes à percepção, todas adaptadas aos serviços de saúde prestados pelas ESF do município de Brasília de Minas. Ressalta-se que as assertivas tanto referentes à expectativa quanto à percepção foram agrupadas em cinco dimensões (QUADRO 5).

Quadro 5 – Distribuição das assertivas da SERVQUAL

		SERVQUAL
Dimensões		Questões
Expectativa	Tangibilidade	E1TA; E2TA; E3TA e E4TA
	Confiança	E5CON; E6CON; E7CON e E8CON
	Atendimento	E9ATEN; E10ATEN; E11ATEN; E12 ATEN e E13ATEN
	Empatia	E14EMP; E15EMP; E16EMP; E17EMP e E18EMP
	Segurança	E19SEG; E20SEG; E21SEG e E22SEG
Percepção s/ realidade	Tangibilidade	P1TA; P2TA; P3TA e P4TA
	Confiança	P5CON; P6CON; P7CON e P8CON
	Atendimento	P9ATEN; P10ATEN; P11ATEN; P12 ATEN e P13ATEN
	Empatia	P14EMP; P15EMP; P16EMP; P17EMP e P18EMP
	Segurança	P19SEG; P20SEG; P21SEG e P22SEG

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2016.

Nota: Anexo D consta a descrição de cada abreviatura.

Cada assertiva da SERVQUAL foi construída tendo como possibilidades de respostas uma escala *Likert* de cinco pontos, com uma graduação de respostas variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. A partir dessa estrutura, considerou-se como escore médio ou mediano o valor compreendido de 3,0 a 3,99. Esses valores permitem três situações para análise: variáveis que apresentam escores acima de 3,99 indicam uma situação de concordância; variáveis que apresentam escores abaixo de 3,0 apresentam uma situação de discordância e, igual a 3,0 apresentam uma situação intermediária entre a concordância e a discordância.

Foram analisadas a média e a mediana como medidas de tendência central e o desvio padrão e o intervalo interquartil (P25 e P75) como medidas de dispersão (TAB. 5). Com isso, constatou-se que houve uma tendência a concordar em todas as dimensões, tanto em relação à percepção quanto em relação à expectativa, visto que todos os intervalos foram estritamente maiores do que 3,0. Ressalta-se que a dimensão Tangibilidade apresentou a maior média e o maior intervalo de confiança, tanto para a percepção quanto para a expectativa. Neste caso e no estudo das outras dimensões, constatou-se que há uma tendência da expectativa dos usuários ser maior do que a percepção em relação aos serviços prestados pelas ESF.

Em relação ao índice de satisfação, tem-se que os indivíduos apresentaram expectativas e percepções sobre a confiabilidade muito próximas. Neste caso, observa-se que o intervalo contém o zero. Por outro lado, observa-se uma tendência da expectativa ser superior à percepção, em todas as dimensões, exceto na dimensão confiabilidade, visto que nessa o intervalo foi positivo.

Tabela 5 – Análise descritiva da SERVQUAL

Dimensões		Média	D.P.	I.C. - 95% ¹	P25	Mediana	P75
Percepção	Tangibilidade	3,51	0,96	[3,42; 3,59]	3,00	3,75	4,25
	Confiabilidade	3,36	1,01	[3,26; 3,45]	2,60	3,60	4,20
	Atendimento	3,43	0,97	[3,35; 3,52]	2,75	3,50	4,25
	Segurança	3,44	0,93	[3,35; 3,53]	2,75	3,50	4,25
	Empatia	3,16	1,05	[3,06; 3,26]	2,40	3,20	4,20
Expectativa s/realidade	Tangibilidade	3,67	0,90	[3,59; 3,75]	3,00	3,88	4,25
	Confiabilidade	3,40	0,88	[3,33; 3,49]	2,80	3,60	4,00
	Atendimento	3,51	0,89	[3,44; 3,60]	3,00	3,50	4,25
	Segurança	3,59	0,95	[3,51; 3,68]	3,00	3,75	4,50
	Empatia	3,60	0,86	[3,51; 3,67]	3,00	3,60	4,40
Índice de Satisfação	Tangibilidade	-0,16	0,88	[-0,24; -0,09]	-0,50	0,00	0,25
	Confiabilidade	-0,05	0,95	[-0,13; 0,05]	-0,40	0,00	0,60
	Atendimento	-0,08	0,87	[-0,16; -0,01]	-0,50	0,00	0,50
	Segurança	-0,15	0,99	[-0,24; -0,06]	-0,75	0,00	0,50
	Empatia	-0,44	0,96	[-0,53; -0,35]	-1,00	-0,20	0,20

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

5.2 Análise bivariada das dimensões da SERVQUAL

5.2.1 Teste de Wilcoxon

Para o estudo da comparação entre percepção e expectativa dos itens das cinco dimensões da SERVQUAL, utilizou-se o Teste de *Wilcoxon*, ao nível de significância de 5%, TAB. 6, TAB. 7, TAB. 8, TAB. 9 e TAB. 10.

Na TAB. 6, estão apresentados os dados da comparação das assertivas da dimensão Tangibilidade, em relação à percepção e à expectativa, na visão dos usuários dos serviços prestados pelas ESF do Município de Brasília de Minas. Com esses dados constatou-se que houve diferença significativa entre a percepção e a expectativa em três assertivas, sendo que a expectativa superou a percepção em todas, evidenciando que esta dimensão da qualidade deve ser melhorada, a partir de investimentos financeiros e capacitação de seus funcionários, tendo em vista que se trata de uma das características básicas do serviço, que permite aos usuários identificarem sinais de qualidade dos serviços a eles ofertados, através do que é compreendido pela razão humana (ZEITHAML; BITNER, 2003).

As assertivas que deverão ser gerenciadas pelos gestores do município são: “os serviços públicos das ESF do município de Brasília de Minas possuem

equipamentos modernos” (valor-p=0,008); “os funcionários das ESF do município de Brasília de Minas se vestem de forma adequada” (valor-p=0,013) e “nas ESF do município de Brasília de Minas, os avisos para os usuários são bem localizados, explicativos, para não haver problemas de comunicação” (valor-p=0,005), respectivamente.

Tabela 6 – Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à tangibilidade

Tangibilidade	Percepção		Expectativa s/realidade		Valor-p ¹
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Os serviços públicos das ESF de Brasília de Minas possuem equipamentos modernos	3,58	1,30	3,77	1,27	0,008
As instalações físicas das ESF de Brasília de Minas são limpas	3,68	1,20	3,79	1,12	0,084
Os funcionários das ESF de Brasília de Minas se vestem de forma adequada	3,34	1,19	3,51	1,22	0,013
Nas ESF de Brasília de Minas os avisos para os usuários são bem localizados, explicativos, para não...	3,43	1,23	3,61	1,14	0,005

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Wilcoxon.

A TAB. 7 mostra a comparação entre percepção e expectativa em relação às assertivas da dimensão confiabilidade acerca dos serviços prestados pela ESF do Município de Brasília de Minas. Observa-se que houve diferença significativa entre a expectativa e a percepção nos itens: “os médicos e enfermeiros das ESF do município de Brasília de Minas se preocupam com as reclamações dos pacientes” (valor-p=0,000) e “o serviço de saúde das ESF de Brasília de Minas é confiável” (valor-p=0,003). Ressalta-se que em relação ao primeiro item, a expectativa (3,44) foi maior do que a percepção (3,17), enquanto que no segundo item, a percepção (3,64) superou a expectativa (3,47).

Para a análise da confiabilidade levou-se em consideração a capacidade que a empresa prestadora de serviço tem de executar o serviço prometido, de forma confiável e com precisão (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Neste caso, constatou-se que, embora os usuários apresentassem confiança nos serviços oferecidos pelas ESF de Brasília de Minas, esperavam um atendimento mais confiável e preciso da equipe médica e de enfermagem. Esperavam que suas demandas fossem verificadas com cautela por esses profissionais. Parasuraman

Zeithaml e Berry (1988), Lovelock e Wirtz (2006), bem como Zeithaml e Bitner (2003) identificam essa dimensão como a mais relevante quando se trata de avaliação da qualidade dos serviços, uma vez que essa dimensão consolida a segurança e precisão na entrega de serviços.

Tabela 7 – Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à Confiabilidade

Confiabilidade	Percepção		Expectativa s/realidade		Valor-p ¹
	Média	D.P.	Média	D.P.	
O serviço público das ESF de Brasília de Minas realiza os exames solicitados pelos médicos dentro do prazo.	3,15	1,31	3,20	1,25	0,858
Os médicos e enfermeiros das ESF de Brasília de Minas se preocupam com as reclamações dos ...	3,17	1,25	3,44	1,17	0,000
O serviço de saúde das ESF de Brasília de Minas é confiável	3,64	1,26	3,47	0,92	0,003
Os funcionários das ESF de Brasília de Minas são pontuais	3,43	1,29	3,42	1,18	0,750
É fácil marcar consulta nas ESF de Brasília de Minas	3,40	1,25	3,49	1,21	0,281

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Wilcoxon.

Ao comparar a percepção e a expectativa em relação às assertivas da dimensão atendimento, os dados evidenciam que houve diferença significativa em apenas uma assertiva: “os usuários das ESFS do município de Brasília de Minas estão sempre informados sobre a agenda de serviços” (valor-p=0,000). Sendo constatado que a expectativa (3,61) superou a percepção (3,35), no estudo dessa assertiva (TAB. 8). Verifica-se com esses resultados que os usuários não são informados regularmente quanto à agenda de atendimento. Esse gargalo, em se tratando de serviços de saúde, pode agravar os cuidados primários de saúde da comunidade, pois, nas ESF, são realizados exames preventivos, campanhas de vacinação e orientações quanto aos cuidados à saúde de crianças, gestantes, idosos, adolescentes.

Tabela 8 – Comparação entre a percepção e a expectativa em relação ao Atendimento

Atendimento	Percepção		Expectativas/realidade		Valor-p ¹
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Os usuários das ESF de Brasília de Minas estão sempre informados sobre a agenda de...	3,35	1,16	3,61	1,05	0,000
A equipe de trabalho das ESF de Brasília de Minas é cordial e educada	3,52	1,11	3,44	1,16	0,086
Os usuários das ESF de Brasília de Minas sempre encontram servidores dispostos em...	3,39	1,17	3,49	1,09	0,084
Os funcionários das ESF de Brasília de Minas estão sempre disponíveis para tirarem...	3,47	1,19	3,52	1,06	0,704

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Wilcoxon.

A TAB. 9 mostra os resultados da comparação da percepção e expectativa sobre as assertivas da dimensão segurança. Verifica-se que houve diferença significativa entre a expectativa e a percepção nas assertivas: “os médicos das ESF do município de Brasília de Minas transmitem todas as informações necessárias” (valor-p=0,000) e “os funcionários das ESF do município de Brasília de Minas agem com cortesia no atendimento aos usuários” (valor-p=0,001). Nessa dimensão, a expectativa supera a percepção em todos os itens.

Essa dimensão está relacionada ao conhecimento e à capacidade dos empregados em inspirar confiança e segurança durante o processo de entrega de serviço (PARASUMARAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Nesse caso pode-se inferir que, para os usuários, não há cortesia durante a entrega do serviço pelos funcionários, além disso, os médicos não orientam os usuários de forma adequada. Isso pode prejudicar o vínculo usuários e profissionais de saúde, já que não há uma preocupação em cativar e superar as expectativas desses usuários, durante o contato desses com as instalações da ESF e funcionários (LOVELOCK; WIRTZ, 2006).

Tabela 9 – Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à Segurança

Segurança	Percepção		Expectativa s/realidade		Valor-p ¹
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Os médicos das ESF de Brasília de Minas transmitem todas as informações necessárias	3,52	1,21	3,76	1,12	0,000
Os usuários das ESF de Brasília de Minas se sentem seguros com o atendimento, a eles ...	3,53	1,13	3,54	1,13	0,860
Os funcionários das ESF de Brasília de Minas agem com cortesia no atendimento aos ...	3,31	1,11	3,56	1,16	0,001
Os usuários das ESF de Brasília de Minas podem contar com respostas objetivas por parte dos ...	3,41	1,11	3,52	1,16	0,074

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Wilcoxon.

Os resultados da comparação das assertivas da dimensão empatia em relação à expectativa e à percepção, apresentados na TAB. 10, de acordo com o Teste de *Wilcoxon*, com 5% de significância, elucidam que houve diferença significativa em relação à percepção e à expectativa em todas as assertivas dessa dimensão, uma vez que o P-Valor foi menor do que 0,05.

Conclui-se que a avaliação dos usuários em relação à empatia é a mesma para todos os questionamentos relacionados a essa dimensão. Percebe-se ainda, que o resultado gerado após o teste prova que em todas as assertivas formadoras da dimensão empatia, a expectativa supera a percepção, evidenciando que essa dimensão da qualidade deve ser melhorada, principalmente, porque os usuários dos serviços de saúde avaliam suas experiências com base nas relações interpessoais com os profissionais dessa área (BENDAPUDI *et al.*, 2006).

Tabela 10 – Comparação entre a percepção e a expectativa em relação à empatia

Empatia	Percepção		Expectativa s/realidade		Valor-p ¹
	Média	D.P.	Média	D.P.	
Os funcionários da ESF se preocupam com as necessidades individuais dos pacientes	3,25	1,20	3,48	1,07	0,002
O horário de atendimento da ESF de Brasília de Minas é conveniente e atende a toda a demanda ...	3,36	1,39	3,67	1,20	0,000
Os funcionários das ESFs de Brasília de Minas demonstram interesse em atender os ...	3,15	1,14	3,62	1,09	0,000
Os funcionários das ESFs de Brasília de Minas demonstram interesse em satisfazer as ...	2,89	1,29	3,46	1,10	0,000
Os serviços das ESFs de Brasília de Minas procuram conciliar o horário de atendimento, de acordo com as...	3,14	1,53	3,74	1,25	0,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Wilcoxon.

5.2.2 Teste de Mann-Whitney

As TAB.11-14 apresentam as análises da comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao gênero; ao controle médico periódico do entrevistado; ao controle médico de algum membro da família do entrevistado; e à área da ESF respectivamente, na avaliação da expectativa, da percepção e do índice de satisfação. Para essas análises, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney.

Quanto à comparação entre as dimensões da SERVQUAL em relação ao gênero, na avaliação da expectativa, da percepção e do índice de satisfação, na TAB. 10, verifica-se que, no caso dos usuários das ESF entrevistados no Município de Brasília de Minas, não há diferença significativa em relação aos escores que representam a expectativa e o índice de satisfação, já que em todas as cinco dimensões o valor- $p > 0,05$.

Quanto à avaliação da percepção, apenas em relação à tangibilidade (valor- $p = 0,011$), observou-se diferença significativa entre os gêneros. Com esse resultado, constata-se que os entrevistados do gênero masculino (3,72) apresentam escore médio significativamente maior do que os entrevistados do gênero feminino (3,45). Isso indica que os usuários do gênero masculino avaliam melhor os serviços nessa dimensão do que os usuários do gênero feminino.

Tabela 11 – Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao gênero

Dimensões	Gênero	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	Feminino	3,64	0,05	0,386	3,45	0,05	0,011	-0,20	0,05	0,209
	Masculino	3,77	0,08		3,72	0,08		-0,05	0,07	
Confiabilidade	Feminino	3,37	0,05	0,356	3,32	0,06	0,129	-0,06	0,05	0,697
	Masculino	3,51	0,08		3,49	0,10		-0,02	0,09	
Atendimento	Feminino	3,50	0,05	0,642	3,41	0,05	0,373	-0,09	0,05	0,736
	Masculino	3,57	0,08		3,52	0,09		-0,06	0,07	
Segurança	Feminino	3,58	0,05	0,876	3,44	0,05	0,993	-0,15	0,05	0,661
	Masculino	3,63	0,09		3,46	0,08		-0,16	0,09	
Empatia	Feminino	3,56	0,05	0,178	3,13	0,06	0,365	-0,43	0,05	0,910
	Masculino	3,71	0,08		3,26	0,09		-0,45	0,09	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Mann-Whitney.

A análise da comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao usuário da ESF que faz ou não faz o controle médico periódico é demonstrada pela TAB. 12, que evidencia que não houve diferença significativa em nenhuma das dimensões referentes à expectativa, já que todos os valores de P-valor foram superiores a 0,05.

Quanto à análise da percepção, observa-se que houve diferença significativa apenas na dimensão Confiabilidade (valor-p=0,029). Além disso, os dados elucidam que os usuários entrevistados nas ESF que não faziam controle médico periódico apresentaram escore médio (3,42), significativamente superior aos usuários que faziam controle médico periódico (3,26). Isso significa que os usuários que não faziam controle médico periódico avaliaram melhor os serviços de saúde prestados pelas ESF de Brasília de Minas do que aqueles usuários que faziam controle médico periódico. Isso pode ser justificado pela frequência com que ambos vão à ESF, em busca de atendimento.

Em relação ao índice de satisfação, verifica-se uma diferença significativa também na dimensão confiabilidade (valor-p=0,011). Nessa análise, constatou-se que os usuários das ESF que não faziam controle médico periódico apresentaram escore médio (0,04) significativamente maior do que aqueles que faziam o controle médico periódico (-0,19). Conclui-se, com isso, que o nível de satisfação daqueles usuários que não faziam controle médico periódico foi maior do que daqueles que faziam.

Tabela 12 – Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao controle médico periódico

Dimensões	Controle Periódico	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	Sim	3,67	0,07	0,783	3,50	0,07	0,540	-0,17	0,07	0,769
	Não	3,67	0,06		3,52	0,06		-0,15	0,05	
Confiabilidade	Sim	3,45	0,06	0,594	3,26	0,07	0,029	-0,19	0,07	0,011
	Não	3,38	0,05		3,42	0,06		0,04	0,06	
Atendimento	Sim	3,53	0,07	0,977	3,48	0,08	0,409	-0,05	0,07	0,199
	Não	3,50	0,05		3,41	0,06		-0,10	0,05	
Segurança	Sim	3,59	0,07	0,821	3,45	0,07	0,774	-0,13	0,08	0,614
	Não	3,60	0,06		3,44	0,06		-0,16	0,06	
Empatia	Sim	3,60	0,07	0,902	3,08	0,08	0,198	-0,52	0,08	0,215
	Não	3,59	0,05		3,20	0,06		-0,39	0,05	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Mann-Whitney.

A TAB. 13 apresenta a comparação das dimensões da SERVQUAL quanto à realização ou não de controle médico periódico por parte de algum membro da família do usuário que participou da pesquisa, tanto em relação à expectativa quanto à percepção.

Em relação à expectativa, observa-se uma diferença significativa nos valores de P-valor, na avaliação dos usuários entrevistados que tinham e os que não tinham alguém da família que fazia controle médico periódico, nas dimensões: atendimento (valor-p=0,40), segurança (valor-p=0,043) e empatia (valor-p=0,042). Observa-se que, nas dimensões atendimento (3,58) e empatia (3,66), os usuários que não tinham alguém da família que fazia controle médico periódico apresentaram escores médios superiores aos usuários que tinham alguém da família que fazia o controle médico periódico.

Em relação à percepção, verifica-se diferença significativa quanto às dimensões tangibilidade (valor-p=0,036) e confiabilidade (valor-p=0,003) entre os usuários que tinham e os que não tinham alguém da família que fazia controle médico periódico. Sendo que os escores médios foram superiores na dimensão tangibilidade, entre os usuários que não tinham alguém da família que fazia controle médico periódico (3,58) do que aqueles que tinham alguém da família que fazia controle médico periódico (3,46).

Em relação ao índice de satisfação, não se constatou diferença significativa em nenhuma das dimensões da SERVQUAL, tanto na assertiva que se refere aos usuários que tinham alguém da família que fazia controle médico periódico quanto aos usuários que não tinham alguém da família que fazia controle médico periódico, sendo os valores de P-valor todos superiores a 0,05.

Tabela 13 – Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação ao controle médico periódico da família

Dimensões	Controle Periódico Família	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	Sim	3,65	0,05	0,243	3,46	0,06	0,036	-0,19	0,06	0,915
	Não	3,70	0,07		3,58	0,07		-0,12	0,06	
Confiabilidade	Sim	3,36	0,05	0,116	3,27	0,06	0,003	-0,09	0,06	0,368
	Não	3,47	0,06		3,47	0,08		0,01	0,06	
Atendimento	Sim	3,46	0,05	0,040	3,42	0,06	0,384	-0,05	0,06	0,272
	Não	3,58	0,07		3,46	0,07		-0,12	0,05	
Segurança	Sim	3,53	0,06	0,043	3,40	0,06	0,177	-0,13	0,07	0,500
	Não	3,68	0,07		3,50	0,07		-0,18	0,07	
Empatia	Sim	3,55	0,05	0,042	3,08	0,06	0,051	-0,46	0,07	0,968
	Não	3,66	0,06		3,26	0,08		-0,41	0,06	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Mann-Whitney.

A TAB. 14 apresenta os dados da comparação das dimensões da SERVQUAL na avaliação da percepção, da expectativa e nível de satisfação em relação à área onde as ESF do Município de Brasília de Minas estão instaladas. Com isso, verificou-se que há uma diferença significativa na avaliação da qualidade do atendimento em relação à expectativa dos usuários em todas as dimensões, quando se analisa a área onde a ESF está instalada.

Observa-se que os valores de P-valor foram menores do que 5% em todas as dimensões: tangibilidade (valor-p=0,000), confiabilidade (valor-p=0,000), atendimento (valor-p=0,000), segurança (valor-p=0,000) e empatia (valor-p=0,000). Constatou-se também, que os usuários atendidos nas ESF da área urbana apresentaram expectativa maior do que os usuários atendidos nas ESF da área rural. Isso fica constatado na análise dos escores médios, já que as ESF da área urbana apresentaram escores maiores do que os das ESF da área rural.

Em relação à percepção, observa-se diferença significativa no P-valor nas dimensões tangibilidade (valor-p=0,029), atendimento (valor-p=0,000) e segurança (valor-p=0,001) entre os usuários que foram atendidos na área urbana e rural. Sendo que a percepção quanto à tangibilidade (3,61), atendimento (3,61) e segurança (3,59) dos usuários que foram atendidos na área urbana apresentou escores médios superiores aos usuários atendidos na área rural. Isso sugere que os usuários

atendidos na área urbana apresentam um nível de exigência superior aos usuários atendidos na área rural.

Quanto ao índice de satisfação, verifica-se diferença significativa nas dimensões tangibilidade (valor-p=0,036) e confiabilidade (valor-p=0,009) entre os usuários que foram atendidos na área urbana ou rural. Sendo que os escores médios da avaliação dos usuários entrevistados na área urbana foram inferiores aos escores médios da avaliação dos usuários entrevistados na área rural. Conclui-se que os índices de satisfação, dimensões tangibilidade e confiabilidade, foram significativamente menores entre os usuários entrevistados na área urbana (-0,25) e (-0,14) do que os usuários entrevistados na área rural (-0,03) e (0,09), respectivamente.

Tabela 14 – Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à área de atendimento

Dimensões	Área	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	Rural	3,39	0,081	0,000	3,37	0,078	0,029	-0,03	0,061	0,036
	Urbana	3,86	0,042		3,61	0,054		-0,25	0,055	
Confiabilidade	Rural	3,13	0,073	0,000	3,22	0,083	0,068	0,09	0,067	0,009
	Urbana	3,59	0,046		3,45	0,057		-0,14	0,06	
Atendimento	Rural	3,27	0,073	0,000	3,17	0,074	0,000	-0,1	0,058	0,378
	Urbana	3,68	0,048		3,61	0,055		-0,07	0,056	
Segurança	Rural	3,33	0,077	0,000	3,22	0,077	0,001	-0,11	0,073	0,356
	Urbana	3,77	0,051		3,59	0,049		-0,18	0,06	
Empatia	Rural	3,44	0,072	0,019	3,05	0,085	0,144	-0,38	0,065	0,746
	Urbana	3,70	0,047		3,23	0,06		-0,47	0,062	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Mann-Whitney.

5.2.3 Teste de Kruskal-Wallis

As TAB. 15, TAB. 16 e TAB. 17 apresentam o Teste de Kruskal-Wallis aplicado às análises da comparação das dimensões da SERVQUAL, em relação à faixa de idade, à renda e à escolaridade, na avaliação da expectativa, da percepção e do índice de satisfação.

Na TAB. 15, constam os dados referentes à comparação das dimensões da SERVQUAL, em relação à faixa de idade dos usuários entrevistados, na avaliação quanto à expectativa e à percepção. Quanto à expectativa, observa-se diferença significativa entre as faixas de idade dos usuários entrevistados, em relação às dimensões tangibilidade (valor-p=0,005); confiabilidade (valor-p=0,000); segurança (valor-p=0,004) e empatia (valor-p=0,001).

Constatou-se também, que os usuários na faixa de idade entre 36 e 45 anos apresentaram escores médios em todas as dimensões relativas à expectativa superiores aos usuários das outras faixas de idade. Por outro lado, os usuários na faixa de idade entre 18 e 26 anos apresentaram escores médios inferiores em relação às outras faixas de idade (TAB. 15). Com isso, constatou-se que os usuários da faixa de idade entre 36 e 45 anos são mais criteriosos e esperam mais dos serviços oferecidos pela ESF.

Ao analisar as dimensões relativas à percepção, constatou-se diferença significativa entre as faixas de idade dos usuários em relação às cinco dimensões: tangibilidade (valor-p=0,000); confiabilidade (valor-p=0,001); atendimento (valor-p=0,000); segurança (valor-p=0,002) e empatia (valor-p=0,004). Observa-se também, que os usuários entrevistados da faixa de idade de 18 a 26 anos apresentaram escores médios inferiores aos usuários entrevistados das outras faixas de idades, para todas as cinco dimensões da percepção. Isso possibilita afirmar que esses usuários percebem os serviços como de qualidade inferior aos demais usuários.

Quanto ao índice de satisfação, verifica-se uma diferença significativa nas dimensões atendimento (valor-p=0,001) e segurança (valor-p=0,025), entre as faixas de idade dos usuários entrevistados, sendo que os usuários entrevistados da faixa de idade de 46 a 60 anos apresentaram escores médios superiores aos usuários entrevistados de outras faixas de idade. Os índices de satisfação das dimensões atendimento (0,05) e segurança (0,21) foram significativamente menores entre os usuários entrevistados da faixa de idade de 46 e 60 anos do que entre as demais faixas de idade.

Tabela 15 – Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à faixa de idade

Dimensões	Faixa de Idade	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	De 18 a 26 anos	3,36	0,113	0,005	3,12	0,112	0,000	-0,24	0,107	0,078
	De 27 a 35 anos	3,67	0,078		3,43	0,084		-0,24	0,076	
	De 36 a 45 anos	3,88	0,066		3,69	0,074		-0,19	0,074	
	De 46 a 60 anos	3,62	0,126		3,70	0,122		0,09	0,088	
	Acima de 61 anos	3,69	0,124		3,67	0,136		-0,02	0,128	
Confiabilidade	De 18 a 26 anos	2,96	0,106	0,000	2,94	0,123	0,001	-0,02	0,111	0,669
	De 27 a 35 anos	3,46	0,071		3,33	0,089		-0,14	0,078	
	De 36 a 45 anos	3,58	0,074		3,56	0,078		-0,02	0,083	
	De 46 a 60 anos	3,38	0,112		3,35	0,144		-0,02	0,142	
	Acima de 61 anos	3,51	0,111		3,54	0,124		0,03	0,135	
Atendimento	De 18 a 26 anos	3,35	0,113	0,058	3,01	0,118	0,000	-0,36	0,098	0,001
	De 27 a 35 anos	3,49	0,076		3,45	0,086		-0,04	0,085	
	De 36 a 45 anos	3,68	0,073		3,58	0,078		-0,10	0,070	
	De 46 a 60 anos	3,36	0,117		3,40	0,119		0,05	0,084	
	Acima de 61 anos	3,53	0,114		3,68	0,118		0,14	0,117	
Segurança	De 18 a 26 anos	3,33	0,123	0,004	3,07	0,105	0,002	-0,26	0,106	0,025
	De 27 a 35 anos	3,63	0,082		3,49	0,082		-0,14	0,091	
	De 36 a 45 anos	3,78	0,080		3,55	0,076		-0,23	0,082	
	De 46 a 60 anos	3,34	0,103		3,55	0,129		0,21	0,125	
	Acima de 61 anos	3,67	0,114		3,53	0,121		-0,14	0,139	
Empatia	De 18 a 26 anos	3,34	0,106	0,001	2,76	0,119	0,004	-0,58	0,119	0,264
	De 27 a 35 anos	3,57	0,077		3,22	0,093		-0,35	0,083	
	De 36 a 45 anos	3,84	0,069		3,34	0,085		-0,50	0,079	
	De 46 a 60 anos	3,46	0,113		3,13	0,151		-0,33	0,134	
	Acima de 61 anos	3,57	0,104		3,17	0,134		-0,40	0,127	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

A comparação entre a renda individual dos usuários entrevistados e as dimensões da SERVQUAL no que tange à percepção e à expectativa, somadas ao índice de satisfação, está apresentada na TAB. 16. Observa-se que essa comparação analisada a partir da avaliação da expectativa apresenta diferença significativa apenas na dimensão confiabilidade (valor-p=0,007). Ao analisar os escores, constatou-se que os usuários com renda individual até R\$ 880,00 apresentaram escores médios superiores aos usuários com outro valor de renda individual.

Quanto à percepção, nota-se diferença significativa entre os usuários conforme a renda individual e as dimensões tangibilidade (valor-p=0,001); confiabilidade (valor-p=0,004) e atendimento (valor-p=0,006). Em relação ao escore, verifica-se que os usuários com renda individual de até R\$880,00 apresentaram escores médios superiores aos usuários com outras rendas individuais. Por outro lado, os usuários

sem renda apresentaram escores médios inferiores em todas as dimensões. Além disso, constatou-se que os escores da dimensão confiabilidade, na avaliação da expectativa, foram maiores entre os usuários com renda de até R\$880,00 (3,52) e menores entre os usuários que não possuem renda (3,21). Em relação ao índice de satisfação, não houve diferença significativa em nenhuma das dimensões.

Tabela 16 – Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à renda individual

Dimensões	Renda	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	Até R\$ 880,00	3,76	0,058	0,106	3,65	0,060	0,001	-0,11	0,053	0,295
	De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00	3,58	0,081		3,46	0,085		-0,13	0,080	
	De R\$ 2.641,00 a R\$ 3.520,00	3,56	0,231		3,44	0,170		-0,13	0,195	
	Não tem renda	3,55	0,106		3,16	0,120		-0,39	0,120	
Confiabilidade	Até R\$ 880,00	3,52	0,054	0,007	3,50	0,062	0,004	-0,02	0,057	0,255
	De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00	3,32	0,087		3,24	0,097		-0,08	0,091	
	De R\$ 2.641,00 a R\$ 3.520,00	3,21	0,220		3,45	0,223		0,24	0,244	
	Não tem renda	3,21	0,099		3,05	0,120		-0,15	0,126	
Atendimento	Até R\$ 880,00	3,55	0,055	0,308	3,57	0,058	0,006	0,02	0,048	0,103
	De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00	3,52	0,084		3,38	0,092		-0,14	0,089	
	De R\$ 2.641,00 a R\$ 3.520,00	3,66	0,247		3,39	0,195		-0,27	0,194	
	Não tem renda	3,35	0,110		3,09	0,126		-0,26	0,123	
Segurança	Até R\$ 880,00	3,68	0,057	0,208	3,52	0,058	0,208	-0,16	0,061	0,938
	De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00	3,54	0,093		3,40	0,089		-0,14	0,100	
	De R\$ 2.641,00 a R\$ 3.520,00	3,56	0,225		3,30	0,163		-0,27	0,229	
	Não tem renda	3,42	0,119		3,31	0,112		-0,12	0,115	
Empatia	Até R\$ 880,00	3,66	0,052	0,408	3,25	0,068	0,094	-0,41	0,060	0,673
	De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00	3,56	0,082		3,14	0,098		-0,42	0,093	
	De R\$ 2.641,00 a R\$ 3.520,00	3,55	0,247		3,00	0,227		-0,55	0,215	
	Não tem renda	3,45	0,110		2,93	0,120		-0,52	0,120	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

A TAB. 17 apresenta a comparação entre a escolaridade dos usuários entrevistados e as dimensões da SERVQUAL, em relação à expectativa, à percepção e ao índice de satisfação. Em relação à expectativa, não houve diferença significativa em nenhuma das cinco dimensões, tendo em vista que o P-valor de todas as dimensões foi maior do que 0,05.

Tabela 17 – Comparação das dimensões da SERVQUAL em relação à escolaridade

Escolaridade		Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	Analfabeto	3,58	0,255		3,17	0,258		-0,41	0,273	
	Até o 5º ano	3,79	0,071		3,71	0,074		-0,07	0,061	
	Até o 9º ano	3,59	0,096		3,66	0,108		0,07	0,094	
	Até o 3º ano do 2º grau	3,68	0,074	0,381	3,36	0,079	0,005	-0,33	0,073	0,019
	Superior	3,57	0,120		3,54	0,112		-0,03	0,094	
	Pós-graduação (lato sensu)	3,08	0,523		2,54	0,373		-0,54	0,825	
	Pós-graduação (estrito sensu)	3,25	0,750		3,25	1,250		0,00	0,500	
Confiabilidade	Analfabeto	3,46	0,200		3,02	0,227		-0,44	0,264	
	Até o 5º ano	3,55	0,064		3,49	0,084		-0,06	0,070	
	Até o 9º ano	3,34	0,112		3,56	0,104		0,22	0,100	
	Até o 3º ano do 2º grau	3,35	0,071	0,338	3,23	0,084	0,015	-0,12	0,082	0,171
	Superior	3,39	0,111		3,43	0,132		0,04	0,115	
	Pós-graduação (lato sensu)	2,67	0,518		2,33	0,304		-0,33	0,750	
	Pós-graduação (estrito sensu)	3,00	1,800		2,90	1,100		-0,10	0,700	
Atendimento	Analfabeto	3,64	0,186		3,28	0,252		-0,35	0,284	
	Até o 5º ano	3,57	0,072		3,59	0,080		0,02	0,071	
	Até o 9º ano	3,51	0,094		3,51	0,106		0,01	0,085	
	Até o 3º ano do 2º grau	3,46	0,077	0,884	3,32	0,080	0,144	-0,14	0,072	0,451
	Superior	3,57	0,110		3,47	0,108		-0,09	0,092	
	Pós-graduação (lato sensu)	3,08	0,611		2,54	0,481		-0,54	0,705	
	Pós-graduação (estrito sensu)	3,00	1,000		3,00	1,250		0,00	0,250	
Segurança	Analfabeto	3,72	0,239		3,14	0,243		-0,58	0,265	
	Até o 5º ano	3,67	0,074		3,60	0,072		-0,07	0,079	
	Até o 9º ano	3,63	0,102		3,46	0,100		-0,17	0,113	
	Até o 3º ano do 2º grau	3,48	0,081	0,132	3,38	0,078	0,131	-0,10	0,080	0,190
	Superior	3,78	0,116		3,47	0,116		-0,31	0,117	
	Pós-graduação (lato sensu)	2,71	0,502		2,58	0,375		-0,13	0,811	
	Pós-graduação (estrito sensu)	3,00	0,750		3,13	1,375		0,13	0,625	
Empatia	Analfabeto	3,44	0,193		2,76	0,250		-0,68	0,278	
	Até o 5º ano	3,63	0,070		3,21	0,089		-0,42	0,076	
	Até o 9º ano	3,71	0,081		3,29	0,115		-0,42	0,087	
	Até o 3º ano do 2º grau	3,53	0,077	0,558	3,06	0,084	0,140	-0,47	0,084	0,872
	Superior	3,71	0,101		3,38	0,137		-0,33	0,113	
	Pós-graduação (lato sensu)	3,17	0,442		2,57	0,442		-0,60	0,712	
	Pós-graduação (estrito sensu)	2,80	1,000		3,20	1,400		0,40	0,400	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

Quanto à percepção, verificou-se diferença significativa entre a escolaridade dos usuários e as dimensões tangibilidade (valor-p=0,005) e a confiabilidade (valor-p=0,015). Constatou-se também que as avaliações dos usuários com escolaridade até o 5º ano e usuários com escolaridade até o 9º ano apresentaram escores médios de tangibilidade e confiabilidade superiores aos usuários com outro nível de escolaridade. Esses usuários avaliaram melhor o atendimento prestado pelas ESF.

Ao analisar os dados referentes ao índice de satisfação, encontrou-se diferença significativa entre a escolaridade dos usuários apenas quanto ao índice de tangibilidade (valor-p=0,019). Constatou-se que os usuários com pós-graduação (*stricto sensu*) e os usuários com até o 9º ano apresentaram escores médios de tangibilidade superiores aos usuários com outros níveis de escolaridade.

A TAB. 18 apresenta a comparação da dimensão tangibilidade em relação à avaliação dos usuários atendidos nas diferentes ESF. Dessa forma, conclui-se que, em relação à expectativa, os usuários atendidos na ESF Cidadania avaliaram o serviço com escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior do que os usuários que avaliaram os serviços nas demais unidades.

Quanto à percepção, os usuários atendidos na ESF Cidadania e na ESF Dona Heloína avaliaram os serviços com escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior do que os usuários atendidos nas demais ESF. Em relação ao índice de satisfação, a ESF Vargem Grande se destacou, apresentando escore médio significativamente (valor-p=0,004) maior do que as demais ESF.

Tabela 18 – Comparação da dimensão tangibilidade

	Estratégia de Saúde	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Tangibilidade	ESF Angicos	3,64	0,137		3,54	0,134		-0,10	0,129	
	ESF Araújo	3,97	0,094		3,61	0,131		-0,37	0,177	
	ESF Botelho	3,83	0,100		3,38	0,136		-0,44	0,143	
	ESF Central	3,68	0,092		3,63	0,117		-0,06	0,096	
	ESF Cidadania	4,22	0,078	0,000	3,87	0,120	0,000	-0,34	0,129	0,004
	ESF Cristina Rocha	3,49	0,112		3,44	0,159		-0,04	0,124	
	ESF Dona Heloína	4,16	0,098		3,87	0,110		-0,29	0,112	
	ESF Fernão Dias	2,77	0,177		2,82	0,175		0,05	0,127	
	ESF Vargem Grande	2,95	0,146		3,23	0,151		0,28	0,083	
	ESF Dona Joaquina	3,99	0,088		3,72	0,124		-0,28	0,135	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

A TAB. 19 apresenta a comparação da dimensão confiabilidade em relação aos indivíduos que foram atendidos nas diferentes ESF. Dessa forma, conclui-se que, em relação à expectativa, a ESF Araújo apresentou escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior do que as demais unidades. Em relação à percepção, a ESF

Cidadania apresentou escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior do que as demais unidades. Quanto ao índice de satisfação, a avaliação dos serviços pelos usuários, ESF Dona Joaquina apresentou escore médio significativamente (valor-p=0,012) maior do que as demais unidades.

Tabela 19 – Comparação da dimensão confiabilidade

	Unidades de Saúde	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Confiabilidade	ESF Angicos	3,28	0,125	0,000	3,25	0,146	0,000	-0,03	0,150	0,012
	ESF Araújo	3,81	0,101		3,37	0,135		-0,44	0,173	
	ESF Botelho	3,47	0,114		3,11	0,154		-0,36	0,168	
	ESF Central	3,59	0,110		3,44	0,125		-0,15	0,106	
	ESF Cidadania	3,76	0,090		3,88	0,135		0,12	0,135	
	ESF Cristina Rocha	3,42	0,139		3,38	0,152		-0,04	0,130	
	ESF Dona Heloína	3,67	0,086		3,59	0,136		-0,08	0,145	
	ESF Fernão Dias	2,44	0,156		2,64	0,168		0,20	0,143	
	ESF Vargem Grande	3,03	0,131		3,10	0,159		0,07	0,106	
	ESF Dona Joaquina	3,58	0,108		3,82	0,112		0,24	0,127	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

A TAB. 20 apresenta os resultados da pesquisa quanto à comparação da dimensão atendimento nas diferentes ESF. Em relação à expectativa, a ESF Araújo apresentou escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior do que as demais unidades. Já em relação à percepção, a ESF Cidadania apresentou escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior do que as demais ESF. Com isso, conclui-se que os usuários da ESF Araújo apresentam maior expectativa quanto aos serviços prestados a eles do que os usuários das outras ESF. Já em relação à percepção, a ESF Cidadania foi a melhor avaliada pelos seus usuários.

Tabela 20 – Comparação da dimensão atendimento

	Unidades de saúde	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Atendimento	ESF Angicos	3,55	0,128	0,000	3,21	0,128	0,000	-0,34	0,139	0,056
	ESF Araújo	3,88	0,122		3,60	0,163		-0,28	0,220	
	ESF Botelho	3,54	0,121		3,31	0,145		-0,23	0,125	
	ESF Central	3,82	0,111		3,79	0,127		-0,03	0,119	
	ESF Cidadania	3,76	0,081		3,81	0,102		0,05	0,101	
	ESF Cristina Rocha	3,43	0,134		3,53	0,145		0,09	0,090	
	ESF Dona Heloina	3,90	0,088		3,74	0,103		-0,16	0,110	
	ESF Fernão Dias	2,72	0,159		2,65	0,166		-0,07	0,126	
	ESF Vargem Grande	3,04	0,152		3,01	0,139		-0,04	0,090	
	ESF Dona Joaquina	3,49	0,104		3,69	0,117		0,21	0,117	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

A TAB. 21 apresenta a comparação da dimensão segurança em relação aos usuários que foram atendidos nas diferentes ESF. Em relação à expectativa, os resultados da pesquisa demonstram que a ESF Araújo apresentou escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior em relação às demais ESF. Já em relação à percepção, a ESF Dona Heloina apresentou escore médio significativamente (valor-p=0,000) maior do que as demais unidades. Com isso, conclui-se que a ESF Dona Heloina foi a melhor avaliada pelos seus usuários. Por outro lado, os usuários da ESF Araújo apresentaram maior expectativa quanto ao atendimento.

Tabela 21 – Comparação da dimensão segurança

	Unidades de Saúde	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Segurança	ESF Angicos	3,65	0,139	0,000	3,32	0,140	0,000	-0,33	0,151	0,156
	ESF Araújo	4,02	0,111		3,53	0,126		-0,49	0,180	
	ESF Botelho	3,59	0,151		3,49	0,134		-0,10	0,159	
	ESF Central	3,90	0,113		3,54	0,121		-0,36	0,140	
	ESF Cidadania	3,84	0,086		3,79	0,123		-0,06	0,163	
	ESF Cristina Rocha	3,53	0,145		3,41	0,133		-0,12	0,120	
	ESF Dona Heloina	3,93	0,096		3,88	0,105		-0,05	0,121	
	ESF Fernão Dias	2,68	0,171		2,64	0,169		-0,04	0,137	
	ESF Vargem Grande	3,15	0,146		3,13	0,135		-0,02	0,131	
	ESF Dona Joaquina	3,64	0,119		3,71	0,098		0,07	0,151	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

A TAB. 22 apresenta a comparação da dimensão empatia em relação aos usuários atendidos nas ESF estudadas. Dessa forma, conclui-se que, os usuários atendidos na ESF Cidadania apresentaram escores médios significativamente (valor-p=0,000) maiores do que os usuários atendidos nas demais ESF, tanto no que se refere à expectativa quanto à percepção.

Esses resultados são significativos em relação à ESF Cidadania, quando se trata do vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e usuários, já que os usuários de serviços de saúde avaliam as experiências com base nas relações interpessoais (BENDAPUDI *et al.*, 2006). Quanto às outras ESF, melhorar a percepção de seus usuários quanto à empatia e melhorar o vínculo são desafios a serem gerenciados.

Tabela 22 – Comparação da dimensão empatia

	Unidades de Saúde	Expectativa			Percepção s/realidade			Índice de Satisfação		
		Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹	Média	E.P.	Valor-p ¹
Empatia	ESF Angicos	3,72	0,127	0,000	3,17	0,140	0,000	-0,55	0,131	0,267
	ESF Araújo	3,88	0,107		3,13	0,160		-0,75	0,202	
	ESF Botelho	3,61	0,108		2,96	0,144		-0,64	0,153	
	ESF Central	3,70	0,108		3,34	0,136		-0,36	0,117	
	ESF Cidadania	3,97	0,084		3,69	0,135		-0,28	0,132	
	ESF Cristina Rocha	3,46	0,129		3,06	0,145		-0,40	0,127	
	ESF Dona Heloína	3,72	0,124		3,33	0,157		-0,39	0,155	
	ESF Fernão Dias	2,89	0,158		2,42	0,183		-0,47	0,142	
	ESF Vargem Grande	3,17	0,143		2,93	0,162		-0,24	0,109	
	ESF Dona Joaquina	3,83	0,100		3,54	0,125		-0,29	0,142	

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nota: Teste de Kruskal-Wallis.

No próximo capítulo, apresentam-se as considerações finais acerca dos resultados elucidados pela pesquisa, bem como suas limitações e sugestões para pesquisas futuras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo retoma, em síntese, os objetivos desta dissertação, o percurso metodológico, evidencia os principais resultados e expõe as contribuições e limitações da pesquisa.

“Qual a percepção de usuários do município de Brasília de Minas/MG em relação aos serviços, prestados pelas ESF?” é a interrogação norteadora deste estudo. Para respondê-la, foi definido o seguinte objetivo geral: analisar e descrever a percepção de usuários quanto ao nível de qualidade dos serviços prestados pelas ESF, no município de Brasília de Minas/MG.

Com o propósito de alcançar esse objetivo geral, foram elencados os seguintes objetivos específicos: identificar as dimensões da SERVQUAL que se destacam na mensuração da qualidade dos serviços das ESF; verificar se há divergências entre expectativa e percepção na avaliação dos serviços prestados pelas ESF, a partir da SERVQUAL e avaliar a percepção dos usuários segundo a distribuição sociodemográfica.

Foram aplicados 450 questionários, adaptação da SERVQUAL, aos usuários que foram em busca de atendimento às unidades de ESF, do município de Brasília de Minas, no período entre 02 de maio/2016 a 08 de jul/2016. Os dados da pesquisa foram submetidos às análises estatísticas univariada e bivariada. Sendo considerada como análise univariada a estatística descritiva e como análise bivariada os testes não-paramétricos: *Wilcoxon, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis*.

Na análise univariada, constatou-se que a maioria 76,67% dos usuários assistidos pelas unidades de ESF do município estudado são mulheres. A renda média em torno de um salário mínimo, 54% apresentam baixo grau de escolaridade, apenas 13,77% possuem ensino superior completo ou incompleto.

Na análise bivariada, procurou-se identificar as dimensões mais representativas para os serviços de saúde prestados aos usuários das ESF, do município estudado. A

análise comparativa entre a expectativa e a percepção dos serviços prestados pelas ESF foi realizada através do teste de *Wilcoxon*, ao nível de significância de 5%. Através desse teste, constatou-se diferença significativa em três assertivas da dimensão tangibilidade; em duas assertivas das dimensões segurança e confiabilidade; em uma assertiva da dimensão atendimento e em todas as assertivas da dimensão empatia.

Os escores referentes à expectativa são superiores aos escores referentes à percepção em todas as assertivas das dimensões: tangibilidade, segurança, confiança e atendimento, exceto o escore referente à assertiva “o serviço de saúde da ESF de Brasília de Minas é confiável”, dimensão confiabilidade, em que a percepção superou a expectativa. Isso permite inferir que os usuários esperam mais dos serviços do que esses oferecem.

Para a comparação das dimensões da SERVQUAL, em relação ao gênero, ao controle médico periódico e à área onde fica localizada a ESF, foi realizado o Teste de Mann-Whitney. Através do teste, constatou-se que, em relação ao gênero, os entrevistados do gênero masculino apresentam escore médio significativamente maior do que os entrevistados do gênero feminino, tanto em relação à expectativa quanto em relação à percepção.

Em relação ao controle médico periódico do usuário, observou-se que a percepção dos usuários que não faziam controle médico periódico era superior à percepção dos que faziam. Isso pode ser justificado em função da menor demanda daqueles pelos serviços. Além disso, apenas a dimensão confiabilidade, percepção, apresentou diferença significativa, valor de $P < 0,05$. Já em relação ao controle médico periódico de alguém da família, quanto à percepção, observou-se que as dimensões confiabilidade e tangibilidade apresentaram diferenças significativas. Quanto à expectativa, as dimensões atendimento, segurança e empatia apresentaram diferenças significativas. Destaca-se que, em todas essas dimensões, os escores relacionados à expectativa superaram os escores relacionados à percepção.

Quanto à área onde fica localizada a ESF, verificou-se que há uma diferença significativa em relação à área onde a ESF está instalada em relação à expectativa

dos usuários em todas as dimensões. Os usuários da área urbana apresentaram expectativa e percepção maiores do que os usuários da área rural.

O Teste de Kruskal-Wallis foi aplicado para o estudo das análises da comparação das dimensões da SERVQUAL, em relação à faixa de idade, à renda, à escolaridade e à área das ESF. Em relação à faixa de idade, observou-se que todas as dimensões apresentaram diferença significativa, exceto a dimensão atendimento – expectativa. Neste estudo, constatou-se que os usuários na faixa de idade entre 36 e 45 anos apresentaram escores médios superiores em todas as dimensões relativas à expectativa. Por outro lado, verificou-se que os usuários entrevistados da faixa de idade de 18 a 26 anos apresentaram escores médios inferiores aos usuários entrevistados das outras faixas de idade, para todas as dimensões relacionadas à expectativa e à percepção.

Quanto à renda, verificou-se que os usuários com renda individual de até um salário mínimo apresentaram escores médios superiores aos usuários com outras rendas, sendo que os usuários sem renda apresentaram escores médios inferiores em todas as dimensões. Para essas duas análises, considerou-se tanto a percepção quanto a expectativa. Ao aplicar o Teste de Kruskal-Wallis, comparando as dimensões da SERVQUAL com o grau de escolaridade, constatou-se que, apenas as dimensões tangibilidade e confiabilidade apresentam diferenças significativas, com valor de $P < 0,05$. Sendo que os usuários pós-graduados (*lato sensu*) fizeram as piores avaliações tanto em relação à expectativa, quanto à percepção.

Para a análise da avaliação dos usuários por ESF, utilizou-se o Teste de Normalidade. Através desse teste, constatou-se que, na dimensão tangibilidade, os resultados apresentaram diferença significativa tanto em relação à expectativa quanto em relação à percepção. Sendo melhores avaliadas as ESF Cidadania e ESF Dona Heloína, respectivamente. Nas dimensões confiabilidade e atendimento, constatou-se, neste estudo, que as melhores avaliações foram direcionadas a ESF Araújo e a ESF Cidadania, sendo que a primeira se destaca em relação à expectativa e a segunda, em relação à percepção. Em se tratando da dimensão empatia, a ESF Cidadania apresentou maiores escores tanto em relação à expectativa quanto à percepção.

Após analisar a comparação entre os valores dos escores das diferenças entre expectativa e percepção, cálculo utilizado para chegar ao índice de satisfação, observou-se que a expectativa foi superior em todas as ESF, na dimensão empatia. Em relação às dimensões segurança, atendimento e confiabilidade, a ESF Dona Joaquina apresentou os melhores resultados. Já em relação à tangibilidade, a ESF Vargem Grande se destacou.

Academicamente, esta pesquisa pretende contribuir como fonte de pesquisa para a área de administração, especificamente a subárea de marketing de serviços e avaliação da qualidade de serviços de saúde, já que trata da avaliação da qualidade dos serviços prestados por ESF, através do modelo SERVQUAL. No contexto organizacional, a pesquisa pode contribuir com a gestão municipal como fonte de informações, a fim de elevar a qualidade do serviço de atenção básica de saúde ofertada aos usuários do município.

Como limitação do presente estudo identificou-se a desmotivação dos usuários em responder ao questionário. Mesmo a pesquisadora esclarecendo o anonimato em relação aos questionários aplicados, muitos usuários, a princípio, demonstraram insegurança em responder as perguntas, com medo de sofrerem retaliações futuras por parte dos funcionários.

Sugere-se para pesquisas futuras analisar quais fatores implícitos influenciam na percepção dos usuários quanto à qualidade do atendimento, tendo em vista que se constatou uma avaliação mais crítica em relação à prestação dos serviços das ESF dos usuários que residem na Zona Rural.

REFERÊNCIAS

- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
- BARBOSA, P; CARVALHO, A. I. de. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração. UFSC: Brasília. CAPES: UAB, 2010.
- BASTOS, C. R. **Curso de direito administrativo**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.
- BENDAPUDI, N, M. *et al.* Patients' perspectives on ideal physician behaviors. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 81, n. 3, p. 338-344, 2006.
- BERRY, L. L.; BENDAPUDI, N. Clueing in customers. **Harvard Review of Business**, v. 81, n. 2, p. 100-106, 2003.
- BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade**. São Paulo: Maltese-Norma, 1995.
- BOONE, L. E.; KURTZ, D. L. **Marketing contemporâneo**. 12. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 16 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998-2004**. Brasília: DF, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>>. Acesso em: 26 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretriz conceitual da estratégia saúde da família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de atenção básica**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União. Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p.48-55. Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF, 2006b.

CADAH, C. **Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes**. 2000. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CARVALHO, A. L. *et al.* **Gestão de saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UnB, 1998.

CHIN, W. W. The partial least squares approach for structural equation modeling. In: MARCOULIDES, G. A. (Ed.). **Modern methods for business research**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1998. p. 295-236.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONGRAM, C; FRIEDMAN, M. The AMA Handbook of Marketing for the Services Industries. New York: American Marketing Association, 1991.

CROSBY, P. B. **Qualidade é investimento**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

CROSBY, P. B. **Qualidade é Investimento**: a arte de garantir a qualidade. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994.

CROSBY, P. B. A gestão da qualidade orientada para a obtenção de resultados, 2002. Disponível em: <<http://www.philipcrosby.com.br/pca/c.pnc.html>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

DANTAS, E. B. **Atendimento ao público nas organizações**: quando o marketing de serviços mostra a cara. 3. ed. Brasília: Senac DF, 2013.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

DEMING, W. E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1993.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – DAB. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília: DAB, 2016. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 10 jun. 2016.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

DIAS, O. V. *et al.* Tangibilidade no Programa Saúde da Família: percepção dos usuários. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 3, p. 327-335, 2011a.

DIAS, O. V. *et al.* As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 225-31, 2011b.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, São Paulo, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

FARIA, L. F. V.; FREITAS, A. L. P.; MOLINA-PALMA, M. A. Qualidade em serviços sob a perspectiva dos métodos SERVQUAL e SERVPERF: um estudo bibliométrico. **Gestão da Produção, Operações e Sistemas**, Bauru, v. 10, n. 3, p. 53-67, 2015.

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da qualidade total**. São Paulo: Makron Books, 1994.

FERREIRA, V da R. S *et al.* Inovação em serviços de saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1207-1227, 2014.

FINK, A. **How to conduct surveys: a step-by-step guide**. 5. ed. Thousand Oaks: Sage, 2012.

FITZSIMMONS, J.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

FLEURY, S. Reforma de Estado. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 7-48, 2001.

FORNELL, C.; LARCKER, D. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. **Journal of Marketing Research**, v. 18, n. 1, p. 39-50, 1981.

FOWLER JR., F. J. **Survey research methods**. 4. ed. Thousand Oaks: Sage, 2009.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GASPARINI, D. **Direito administrativo**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

GIANESI, I. G. N; CORRÊA, H. L. **Planejamento, programação e controle da produção: conceitos, uso e implantação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GRONROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HAIR JR., J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HENSELER, J.; RINGLE, C.; SINKOVISC, R. The use of partial least squares path modeling international marketing. In: SINKOVISC, R.; GHAURI, P. N. (Eds.). **New Challenges to International Marketing**. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 2009. p. 277-319.

HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2008.

HOFFMAN, K. D. *et al.* **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. Tradução de Brasil R. Fernandes e Marília de Moura Zanella. 3. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D.A. **Nonparametric Statistical Methods**. New York: John Wiley & Sons, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310860>>. Acesso em: 5 abr. 2016.

ISHIKAWA, K. **Controle da qualidade total: a maneira japonesa**. Rio de Janeiro: Campos, 1993.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.

KAISER, H. F. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. **Psychometrika**, v. 23, n. 3, p. 187-200, 1958.

KOTLER, P.; LEE, N. **Marketing in public sector: a roadmap for improved performance**. New Jersey: Wharton School Publishing, 2006.

KOTLER, P.; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 12. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2009.

KUAZAQUI, E.; TANAK, L. C. T. **Marketing e gestão estratégica de serviços em saúde**. São Paulo: Thomson Learning, 2008.

LARA, G. O prestador de saúde e o controle social: protagonista que faz a diferença. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, n. 5, p. 40-43, 2010.

LIMA, D. de F. A. de.; DUARTE, E. N. A qualidade nos serviços de informação ao público: estudo na Unidade de Saúde da Família de Mangabeira - João Pessoa-PB. **Biblionline**, João Pessoa, v. 8, n. esp., p. 92-108, 2012.

LIMA, C. de A. et al. Avaliação dos serviços da unidade básica de saúde na perspectiva do usuário. **J Health Sci Inst.**, v. 32, n. 2, p. 159-63, 2014.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados**. 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LOVELOCK, C.; WIRTZ J.; HEMZO, M. A. **Marketing de serviços**. 7. ed. São Paulo: Pearson, 2011.

LUCINDA, M. A. **Qualidade: fundamentos e práticas para cursos de graduação**. Rio de Janeiro: Brasport, 2010.

MACHADO, L. M. de O. **Políticas sociais e seguridade**. Canoas: Ulbra, 2010.

MALHOTRA, N. K. *et al.* **Introdução à pesquisa de marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

MARANHÃO, M. **O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MILAN, G. S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 4, n. 2, 2005.

MONDO, T. S.; FIATES, G. G. S. Os Modelos de Qualidade em Serviços: Mapeamento da Produção Científica de Alto Impacto para a Área de Administração no Brasil Até 2012, motivo de preocupação para os pesquisadores de Marketing? ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 37., 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2013.

MOREIRA, R. N. *et al.* Qualidade de serviços: análise de uma unidade do programa saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1267-1288, 2015.

NUNNALLY, J.; BERNSTEIN, I. H. **Psychometric Theory**. McGraw-Hill: New York, 1994.

OLIVER, R. L. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. **Advances in Services Marketing and Management**, v. 2, p. 65-85, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **The world health report**. Geneva: OMS, 2000.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. **An empirical examination of relationships in an extended service quality model**. Cambridge: Marketing Science Institute, 1990.

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

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Marketing**, v. 64, n. 1, p.12-40, 1988.

PAULA, A. P. P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2005.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. p. 197-203, 2012.

PRIDE, W. M; FERRELL, O. C. **Marketing: conceitos e estratégias**. 11. ed. Rio de Janeiro: LTC S.A, 2001.

REEVES, C.; BEDNAR, D. Defining quality: alternatives and implications. **Academy of Management Review**, v. 19, n. 3, p. 419-445, 1994.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIGHI, A. W. *et al.* Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, Florianópolis, v. 10, n. 3, p. 649-669, 2010.

SHIBA, S.; GRAHAM, A.; WALDEN, D. **TQM: quatro revoluções na gestão da qualidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SHIOZAWA, R. S. C. **Qualidade no atendimento e tecnologia de informação**. São Paulo: Atlas, 1993.

SILVA, S. F. da. **Marketing de serviço: fundamentos, análises e prática no setor de Saúde**. Maceió: EDUFAL, 2005.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; JOHNSTON, R. **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 2008.

SOUSA, A. M. M. Plano Diretor Hospital Municipal Senhora Santana Brasília De Minas – MG 2009/2012.

SOUSA, C. V. *et al.* Qualidade dos serviços ambulatoriais no município de Acaiaca/MG. **Pretexto**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 119-139, 2015.

TAGUCHI, G.; ELSAYED, A. E.; HSIANG, T. H. **Engenharia da qualidade em sistemas de produção**. Tradução de Regina Cláudia Loverri. São Paulo: McGraw-Hill, 1990.

TEBOUL, J. **Gerenciando a dinâmica da qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

TENENHAUS, M.; AMATO, S.; VINZI, V. E. A global Goodness-of-Fit index for PLS structural equation modelling. **Oral Communication to PLS Club**, HEC School of Management, 2004.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

ZAMBERLAN, L. et al. A qualidade de serviços públicos de saúde: uma avaliação das zonas de tolerância dos usuários. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO – ENEGEP, 31., 2011, Belo Horizonte. **Anais...** Rio de Janeiro: ABEPRO, 2011.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de serviços**: a empresa como foco no cliente. Tradução Martin Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soaers. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZEITHAML, V. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, v. 52, n. 3, p. 2-22, 1988.

APÊNDICES

APÊNDICE A –	Questionário	104
APÊNDICE B –	Pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da SERVQUAL na atenção básica de saúde.....	107
APÊNDICE C –	Descrição das abreviaturas de cada assertiva	110
APÊNDICE D –	Teste de normalidade	112
APÊNDICE E –	Análise descritiva das assertivas da SERVQUAL.....	113

APÊNDICE A – Questionário

QUESTIONÁRIO							
PERFIL	1.	O (a) Senhor (a) já utilizou os serviços das ESF do município de Brasília de Minas/MG ? (1) SIM (2) NÃO					
	2.	Qual a ESF o (a) senhor (a) está cadastrado (a)?					
	3.	Gênero: (1) Feminino (2) Masculino (3) Outros					
	4.	Faixa Etária: (1) De 18 a 26 anos; (2) De 27 a 35 anos; (3) De 36 a 45 anos; (4) De 46 a 60 anos; (5) Acima de 61 anos.					
	5.	Faixa de renda mensal individual: (1) Até R\$ 880,00; (2) De R\$ 880,00 a R\$ 2.640,00; (3) De R\$ 2.641,00 a R\$ 3.520,00; (4) De R\$ 3.521,00 a R\$ 8.800,00; (5) De R\$ 8.801,00 a R\$ 17.600,00; (6) Acima de R\$ 17.601,00; (7) Não tem renda					
	6.	Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Até o 5º ano (antigo 4º ano ou 1º grau) completo ou incompleto; (3) Até o 9º ano (antigo 8º ano ou 1º grau completo ou incompleto; (4) Até o 3º ano do 2º grau Completo ou incompleto; (5) superior completo ou incompleto; (6) Pós graduação (lato sensu); (7) Pós graduação (Mestrado ou Doutorado)					
	7.	Profissão: (1) Aposentado; (2) Dona de Casa; (3) Comerciante; (4) Servidor Público; (5) Professor; (6) Outros					
	8.	Faz controle médico periodicamente: (1) Sim (2) Não					
	9.	Alguém da família faz controle médico periódico? (1) Sim (3) Não					
Classificação das questões de acordo com a Análise Fatorial							
Dê uma nota de 01 até 05:							
(1) Discordo totalmente (2) Mais discordo do que concordo (3) Nem concordo nem discordo (4) Mais concordo do que discordo (5) Concordo totalmente							
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Expectativas/ Dimensão: TANGIBILIDADE)							
EXPECTATIVA TANGIBILIDADE	E1	Acredito que ESF de saúde possuem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
	E2	ESF possuem instalações físicas limpas.	1	2	3	4	5
	E3	Funcionários de ESF se vestem de forma adequada.	1	2	3	4	5
	E4	Nas ESF de saúde que prestam bons serviços os avisos para os usuários são bem localizados explicativos, para não haver problemas de comunicação.	1	2	3	4	5
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Expectativas/ Dimensão: CONFIABILIDADE)							
EXPECTATIVA CONFIABILIDADE	E5	Nas ESF os exames são realizados dentro dos prazos esperados.	1	2	3	4	5
	E6	Médicos e enfermeiros das ESF se preocupam com as reclamações dos pacientes.	1	2	3	4	5
	E7	Médicos e enfermeiros das ESF são confiáveis	1	2	3	4	5
	E8	É fácil marcar consulta em ESF.	1	2	3	4	5
	E9	Nas ESF, os profissionais são pontuais.	1	2	3	4	5
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Expectativas/ Dimensão: ATENDIMENTO)							
EXPECTATIVA ATENDIMENTO	E10	Nas ESF os usuários são sempre informados sobre os horários de atendimento.	1	2	3	4	5
	E11	Nas ESF o atendimento é realizado de forma cordial e educada.	1	2	3	4	5
	E12	Nas ESF, os profissionais se preocupam em ajudar os pacientes.	1	2	3	4	5
	E13	Nas ESF é fácil encontrar informações.	1	2	3	4	5

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Expectativas/ Dimensão: EMPATIA)							
EXPECTATIVA EMPATIA	E14	Os funcionários das ESF se preocupam com as necessidades individuais dos pacientes	1	2	3	4	5
	E15	Nas ESF o horário de atendimento é bom	1	2	3	4	5
	E16	Nas ESF os atendentes dão atenção individual aos usuários que se encontram em estado de emergência.	1	2	3	4	5
	E17	Nas ESF a equipe de atendimento é comprometida e envolvida com os usuários.	1	2	3	4	5
	E18	Nas ESF que prestam bons serviços a equipe médica atende os pacientes em domicílio, em condições de emergência.	1	2	3	4	5
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Expectativas/ Dimensão: SEGURANÇA)							
EXPECTATIVA SEGURANÇA	E19	O atendimento da ESF é confiável.	1	2	3	4	5
	E20	ESF de saúde são seguras.	1	2	3	4	5
	E21	Os profissionais das ESF são gentis.	1	2	3	4	5
	E22	Os médicos das ESF transmitem todas as informações necessárias.	1	2	3	4	5
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Percepções/ Dimensão: TANGIBILIDADE)							
PERCEPÇÃO TANGIBILIDADE	P1	Os serviços das ESF do município de Brasília de Minas/MG possuem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
	P2	As instalações físicas (banheiros, sala de espera, consultórios, corredores, etc.) das ESF de Brasília de Minas/MG são limpas	1	2	3	4	5
	P3	Os funcionários das ESF de Brasília de Minas/MG se vestem de forma adequada	1	2	3	4	5
	P4	Nas ESF de Brasília de Minas/MG os avisos para os usuários são bem localizados, explicativos, para não haver problemas de comunicação.	1	2	3	4	5
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Percepções/ Dimensão: CONFIABILIDADE)							
PERCEPÇÃO CONFIABILIDADE	P5	As ESF de Brasília de Minas realizam os exames solicitados pelos médicos dentro do prazo esperado.	1	2	3	4	5
	P6	Os médicos e enfermeiros das ESF em Brasília de Minas se preocupam com as reclamações dos pacientes.	1	2	3	4	5
	P7	As ESF de Brasília de Minas são confiáveis.	1	2	3	4	5
	P8	Os funcionários das ESF de Brasília de Minas são pontuais.	1	2	3	4	5
	P9	É fácil marcar consulta nas ESF de Brasília de Minas .	1	2	3	4	5
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Percepções/ Dimensão: ATENDIMENTO)							
PERCEPÇÃO ATENDIMENTO	P10	Os usuários das ESF de Brasília de Minas/MG estão sempre informados sobre a agenda de serviços	1	2	3	4	5
	P11	A equipe de trabalho das ESF de Brasília de Minas/MG é cordial e educada	1	2	3	4	5
	P12	Os usuários das ESF de Brasília de Minas/MG sempre encontram servidores dispostos em ajudá-los.	1	2	3	4	5
	P13	Os funcionários das ESF de Brasília de Minas/MG estão sempre disponíveis para tirarem eventuais dúvidas dos usuários	1	2	3	4	5
RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Percepções/ Dimensão: SEGURANÇA)							
PERCEPÇÃO SEGURANÇA	P14	Os médicos das ESF de Brasília de Minas/MG transmitem todas as informações necessárias,	1	2	3	4	5
	P15	Os usuários das ESF de Brasília de Minas/MG se sentem seguros com o atendimento, a eles prestados.	1	2	3	4	5
	P16	Os funcionários das ESF de Brasília de Minas/MG agem com cortesia no atendimento aos usuários	1	2	3	4	5
	P17	Os usuários das ESF de Brasília de Minas/MG podem contar com respostas objetivas por parte dos servidores.	1	2	3	4	5

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO PENSANDO SOBRE COMO VOCÊ ACHA QUE SÃO OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE MANEIRA GERAL (Percepções/ Dimensão: EMPATIA)							
PERCEPÇÃO EMPATIA	P18	Os funcionários das ESF de Brasília de Minas/MG se preocupam com as necessidades individuais dos pacientes.	1	2	3	4	5
	P19	O horário de atendimento das ESF de Brasília de Minas/MG é conveniente e atende a toda a demanda da comunidade.	1	2	3	4	5
	P20	Os funcionários das ESF de Brasília de Minas/MG demonstram interesse em atender os usuários, dando a eles atenção necessária, de acordo com a necessidade de cada um.	1	2	3	4	5
	P21	Os funcionários das ESF de Brasília de Minas/MG demonstram interesse em satisfazer as necessidades dos usuários.	1	2	3	4	5
	P22	As ESF de Brasília de Minas/MG procuram conciliar o horário de atendimento, de acordo com as necessidades da comunidade.	1	2	3	4	5

Fonte: Adaptado de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988).

APÊNDICE B – Pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da SERVQUAL na atenção básica de saúde

Quadro 6 – Pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da SERVQUAL na
atenção básica de saúde

(continua)

Título	Autores	Objetivo Geral	Metodologia	Resultados
Qualidade dos serviços ambulatoriais no município de Acaiaca/MG	Sousa <i>et al.</i> (2015)	Analisar a percepção de qualidade atribuída pelos os usuários dos serviços médicos ambulatoriais prestados pela Prefeitura Municipal de Acaiaca – MG	Aplicação da escala Servqual em usuários de serviços ambulatoriais do município de Acaiaca. Desenvolveu-se uma pesquisa descritiva, à luz de uma abordagem quantitativa.	Dentre os resultados, destaca-se a dificuldade de identificação de fatores críticos na prestação de um serviço de qualidade, em função da proximidade entre os sujeitos entrevistados e os prestadores de serviços, dadas as características interioranas do município.
Qualidade dos serviços: uma análise de uma unidade do Programa Saúde da Família	Moreira <i>et al.</i> (2015)	Analisar as expectativas dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados, verificar a percepção dos usuários do PSF em relação à qualidade dos serviços prestados e avaliar a diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido	Pesquisa do tipo exploratória descritiva e de campo, com aplicação de entrevista semiestruturada e da escala Service Quality Gap Analysis (Servqual), com 240 usuários da unidade de atendimento.	Constatou-se que a percepção dos usuários acerca dos serviços prestados considera o esforço despendido pelas autoridades para manter a unidade de atendimento com uma aparência agradável e em pleno funcionamento, porém existem pontos negativos, por exemplo, o horário de atendimento. Sugere-se uma sistematização de avaliação dos serviços, criação de indicadores que possam medir os aspectos que definem a qualidade serviços de saúde.
Avaliação dos serviços da unidade básica de saúde na perspectiva do usuário	Lima <i>et al.</i> (2014)	Avaliar os serviços oferecidos por uma unidade básica de saúde (UBS), por meio da percepção dos usuários.	Pesquisa de abordagem quantitativa realizada com 208 usuários de uma UBS, selecionados por meio de amostragem probabilística. O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base no modelo SERVQUAL	A análise das variáveis do perfil revelou que, em sua maioria, os usuários são do sexo feminino e jovens, possuem ensino médio, renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e moram no território há mais de 10 anos. Os resultados dos aspectos concernentes à avaliação evidenciam a predominância de uma boa percepção quanto à qualidade dos serviços prestados pela unidade. Entretanto, quanto maior o grau de escolaridade, menos favorável é a satisfação.

Quadro 6 – Pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da SERVQUAL na atenção básica de saúde

(continuação)

Título	Autores	Objetivo Geral	Metodologia	Resultados
A qualidade nos serviços de informação ao público: estudo na Unidade de Saúde da Família de Mangabeira – João Pessoa -PB	Lima e Duarte (2012)		Natureza exploratória e descritiva. Utiliza abordagem qualitativa e quantitativa, além da análise de conteúdo e das dimensões de qualidade preconizadas pelo modelo SERVQUAL, que possibilitou conhecer, através do questionário aplicado, a percepção dos pacientes sobre o serviço de informação oferecido pela unidade de saúde estudada.	De acordo com os resultados obtidos, conclui-se que é preciso melhorar todas as cinco categorias estudadas, a saber: confiabilidade, responsabilidade, segurança, empatia e tangibilidade.
As dimensões da satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: confiabilidade e empatia	Dias <i>et al.</i> (2011)	Descrever a percepção dos usuários das equipes do Programa Saúde da Família (PSF), da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, sobre as dimensões da satisfação relacionadas à confiabilidade e à empatia; analisar o perfil sociodemográfico da população entrevistada frente à confiabilidade e à empatia.	Pesquisa quantitativa; descritiva por meio do SERVQUAL. Foram entrevistados 319 usuários e a análise foi realizada por meio da estatística descritiva e as associações estatisticamente significantes	A maioria dos entrevistados é do sexo feminino (80,6%), encontra-se na faixa etária de 18 a 30 anos (38,2%), possui ensino médio completo (32,3%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (76,8%), reside nos bairros há mais de 10 anos (52,6%) e tem boa percepção dos serviços prestados quanto à confiabilidade e à empatia. Conclusão: Foi possível descrever os aspectos que envolvem a confiabilidade e a empatia dos usuários do PSF, que merecem ser considerados na reestruturação dos processos de atenção à saúde da população. Descritores: Programa Saúde da Família; Satisfação do usuário; Confiança; Empatia
A qualidade de serviços públicos de saúde: uma avaliação das zonas de tolerância dos usuários	Zamberlan <i>et al.</i> (2011)	Mensurar a qualidade dos serviços prestados nos Postos de Saúde de Santa Rosa.	Pesquisa quantitativa, direcionada a uma amostra não-probabilística por conveniência, composta por 127 usuários dos serviços oferecidos pelos Postos de Saúde. Utilizou-se de assertivas baseadas na escala SERVQUAL modificada. A escala foi dividida em cinco blocos, contemplando as dimensões da qualidade de serviços: aspectos tangíveis, confiabilidade, segurança, presteza e empatia. Posteriormente, utilizou-se de pesquisa qualitativa por meio de grupo de foco, com os usuários e entrevistas em profundidade, com os gestores, a fim de obter subsídios para a interpretação dos dados.	Os resultados obtidos com o presente estudo apresentaram um grau equiparado de qualidade entre as cinco dimensões abordadas. Nenhuma delas apresentou um grau de qualidade abaixo do mínimo aceitável, porém os índices se mostraram distantes do nível desejado. Percebe-se que a qualidade dos serviços prestados pelos Postos de Saúde de Santa Rosa, embora esteja aquém do desejado na visão dos usuários, encontra-se dentro de um limite de tolerância.

Quadro 6 – Pesquisas nacionais relacionadas à aplicação da SERVQUAL na atenção básica de saúde

(conclusão)

Título	Autores	Objetivo Geral	Metodologia	Resultados
Tangibilidade no Programa Saúde da Família: percepção dos usuários	Dias, Lopes e Ramos (2011)	Descrever a percepção dos usuários cadastrados nas equipes de Saúde da Família, da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, no ano de 2008, relacionada à tangibilidade, que se caracteriza pela presença de equipamentos modernos, aparência das instalações físicas, dos funcionários e do material associado com o serviço oferecido.	Estudo quantitativo-descritivo. Os sujeitos do estudo foram 319 usuários cadastrados em 32 equipes de Saúde da Família, com cinco anos ou mais de funcionamento. Essa pesquisa teve como instrumento de coleta de dados um questionário com questões fechadas, elaborado com base no Modelo SERVQUAL. Contém 22 declarações afirmativas, referentes à percepção do usuário, com relação à tangibilidade. O questionário foi respondido, avaliando-se as afirmativas definidas na escala Likert de 5 pontos, variando entre “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.	Os dados indicaram que a maioria da população estudada é formada por pessoas jovens, entre 18 e 45 anos (65,8%), do sexo feminino (81%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (76,8%), que cursou apenas o ensino básico (31%) e reside no território há mais de 10 anos (52,6%). No tocante à tangibilidade, a investigação mostrou que a percepção dos usuários é positiva: o ambiente físico é considerado agradável, os funcionários possuem boa aparência e o aspecto do material utilizado é adequado. Espera-se que este estudo possa proporcionar reflexões aos profissionais do Programa Saúde da Família frente aos serviços oferecidos e subsidiar ações de adequação dos serviços prestados a essa população, podendo melhorar o planejamento..
Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da Estratégia de Saúde da Família	Righ <i>et al.</i> (2010)	Avaliar a qualidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da mensuração da satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados, identificando a relação entre essa satisfação e a percepção da qualidade pelos funcionários.	Estudo de caso, descritivo e quantitativo, desenvolvido junto a 606 usuários e 39 profissionais pertencentes a cinco unidades da ESF, em um município da Região Central do Rio Grande do Sul, através de questionários baseados na Escala Servqual. O instrumento utilizado na pesquisa contou com uma parte inicial, que objetivou conhecer o perfil dos respondentes, sendo distinto para cada um dos grupos. As segunda e terceira etapas estavam relacionadas ao instrumento SERVQUAL, apresentando-se compostas de 40 questões (20 Expectativa e 20 de Percepção), contemplando as cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia. A mensuração nessas etapas deu-se através de um Escala <i>Likert</i> , de cinco pontos, que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).	Obteve-se uma avaliação negativa da ESF por ambos os atores: usuários mostraram-se insatisfeitos e profissionais que a caracterizam como inaceitável em termos de qualidade dos serviços. Torna-se importante destacar que nenhum ponto foi avaliado como satisfatório ou de qualidade excelente. O trabalho realizado apresenta contribuição significativa para o setor da saúde em estudo, pois mostra um panorama da qualidade que este vem oferecendo, sob a ótica de seus dois principais atores. Este panorama não se mostrou positivo, o que demonstra a necessidade de ações de melhoria.

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

APÊNDICE C – Descrição das abreviaturas de cada assertiva

Quadro 7 – Descrição das abreviaturas de cada assertiva

(continua)

SERVQUAL		Descrição	
Expectativa	Tangibilidade	E1TA	Acredito que bons serviços públicos de saúde possuem equipamentos modernos
		E2TA	Os centros públicos de saúde possuem instalações físicas (banheiros, sala de espera, consultórios, corredores, etc...) limpos
		E3TA	Os funcionários dos serviços públicos de saúde se vestem de forma adequada
		E4TA	Nos postos de saúde que prestam bons serviços os avisos para os usuários são bem localizados explicativos, para não haver problemas de comunicação
	Confiabilidade	E5CON	No serviço público de saúde os exames são realizados dentro dos prazos esperados
		E6CON	Os médicos e enfermeiros nos serviços públicos se preocupam com as reclamações dos pacientes
		E7CON	Os médicos e enfermeiros dos serviços públicos de saúde são confiáveis
		E9CON	No serviço público de saúde, os profissionais são pontuais
		E8CON	É fácil marcar consulta nos serviços públicos de saúde
	Atendimento	E10ATEND	No serviço público de saúde os usuários são sempre informados sobre os horários de atendimento.
		E11ATEND	No serviço público de saúde o atendimento é realizado de forma cordial e educada.
		E12ATEND	No serviço público de saúde, os profissionais se preocupam em ajudar os pacientes
		E13ATEND	No serviço público de saúde é fácil encontrar informações
	Segurança	E19SEG	O atendimento do serviço público de saúde é confiável
		E20SEG	O serviço público de saúde é seguro
		E21SEG	Os profissionais do serviço público de saúde são gentis
		E22SEG	Os médicos dos serviços públicos de saúde transmitem todas as informações necessárias
	Empatia	E14EMP	Os funcionários dos postos de saúde públicos se preocupam com as necessidades individuais dos pacientes
		E15EMP	Nos postos de saúde públicos o horário de atendimento é bom
		E16EMP	Nos postos de saúde públicos os atendentes dão atenção individual aos usuários que se encontram em estado de emergência.
E17MP		Nos postos de saúde públicos a equipe de atendimento é comprometida e envolvida com os usuários	
E18EMP		Nos postos de saúde públicos que prestam bons serviços a equipe médica atende os pacientes em domicílio, em condições de emergência	

Quadro 7 – Descrição das abreviaturas de cada assertiva

(conclusão)

Percepção	Tangibilidade	P1TANG	Os serviços públicos de saúde na cidade DE BMI possuem equipamentos modernos
		P2TANG	As instalações físicas (banheiros, sala de espera, consultórios, corredores, etc...) do PSF são limpos
		P3TANG	Os funcionários dos serviços públicos de saúde em BMI se vestem de forma adequada
		P4TANG	Nos postos de saúde de BM os avisos para os usuários são bem localizados, explicativos, para não haver problemas de comunicação
	Confiabilidade	P5CONF	O serviço público de saúde em BM realiza os exames solicitados pelos médicos dentro do prazo esperado
		P6CONF	Os médicos e enfermeiros dos centros de saúde em BM se preocupam com as reclamações dos pacientes
		P7CONF	O serviço de saúde de Brasília de Minas é confiável.
		P8CONF	Os funcionários dos serviços públicos de saúde de BM são pontuais
		P9CONF	É fácil marcar consulta no serviço de saúde em BM
	Atendimento	P10ATEND	Os usuários dos serviços públicos de saúde de BM estão sempre informados sobre a agenda de serviços
		P11ATEND	A equipe de trabalho dos serviços públicos de saúde de BMI é cordial e educada
		P12ATEND	Os usuários dos serviços públicos de saúde de BMI sempre encontram servidores dispostos em ajudá-los.
		P13ATEND	Os funcionários dos serviços públicos de saúde de BMI estão sempre disponíveis para tirarem eventuais dúvidas dos usuários
	Segurança	P14SEG	Os médicos do serviço público de BM transmitem todas as informações necessários
		P15SEG	Os usuários dos serviços públicos de saúde de BM se sentem seguros com o atendimento, a eles prestados.
		P16SEG	Os funcionários dos serviços públicos de saúde de BM agem com cortesia no atendimento aos usuários
		P17SEG	Os usuários dos serviços de saúde de BM podem contar com respostas objetivas por parte dos servidores
	Empatia	P18EMP	Os funcionários dos postos de saúde se preocupam com as necessidades individuais dos pacientes.
		P19EMP	O horário de atendimento dos serviços de saúde de BM é conveniente e atende a toda a demanda da comunidade
		P20EMP	Os funcionários dos serviços públicos de saúde de BM demonstram interesse em atender os usuários, dando a eles atenção necessária, de acordo com a necessidade de cada um.
P21EMP		Os funcionários dos serviços públicos de saúde de BM demonstram interesse em satisfazer as necessidades dos usuários	
P22EMP		Os serviços de saúde de BM procuram conciliar o horário de atendimento, de acordo com as necessidades da comunidade.	

Fonte: Elaborado pela autora, 2016

APÊNDICE D – Teste de normalidade

Tabela 23 – Teste de normalidade

SERVQUAL		Valor-p ¹
Tangibilidade	E1TA	0,000
	E2TA	0,000
	E3TA	0,000
	E4TA	0,000
Confiabilidade	E5CON	0,000
	E6CON	0,000
	E7CON	0,000
	E9CON	0,000
Expectativa	E10ATEND	0,000
	E11ATEND	0,000
	E12ATEND	0,000
	E13ATEND	0,000
Segurança	E19SEG	0,000
	E20SEG	0,000
	E21SEG	0,000
	E22SEG	0,000
Empatia	E14EMP	0,000
	E15EMP	0,000
	E16EMP	0,000
	E17MP	0,000
Tangibilidade	E18EMP	0,000
	P1TANG	0,000
	P2TANG	0,000
	P3TANG	0,000
Confiabilidade	P4TANG	0,000
	P5CONF	0,000
	P6CONF	0,000
	P8CONF	0,000
Percepção s/realidade	P9CONF	0,000
	P10ATEND	0,000
	P11ATEND	0,000
	P12ATEND	0,000
Segurança	P13ATEND	0,000
	P14SEG	0,000
	P15SEG	0,000
	P16SEG	0,000
Empatia	P17SEG	0,000
	P18EMP	0,000
	P19EMP	0,000
	P20EMP	0,000
	P21EMP	0,000
	P22EMP	0,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

APÊNDICE E – Análise descritiva das assertivas da SERVQUAL

Tabela 24 – Análise descritiva das assertivas da SERVQUAL

Dimensões		Média	D.P.	I.C. - 95%	P25	Mediana	P75
Tangibilidade	E1TA	3,77	1,27	[3,65; 3,89]	3,00	4,00	5,00
	E2TA	3,79	1,12	[3,70; 3,90]	3,00	4,00	5,00
	E3TA	3,51	1,22	[3,40; 3,62]	3,00	4,00	5,00
	E4TA	3,61	1,14	[3,51; 3,72]	3,00	4,00	4,00
Confiabilidade	E5CON	3,20	1,25	[3,07; 3,32]	2,00	4,00	4,00
	E6CON	3,44	1,17	[3,34; 3,54]	3,00	4,00	4,00
	E7CON	3,47	0,92	[3,39; 3,56]	3,00	4,00	4,00
	E9CON	3,49	1,21	[3,38; 3,60]	3,00	4,00	4,00
Expectativa	E8CON	3,42	1,18	[3,32; 3,53]	3,00	4,00	4,00
	E10ATEND	3,61	1,05	[3,51; 3,71]	3,00	4,00	4,00
	E11ATEND	3,44	1,16	[3,33; 3,54]	3,00	3,00	4,00
	E12ATEND	3,49	1,09	[3,39; 3,58]	3,00	4,00	4,00
Segurança	E13ATEND	3,52	1,06	[3,42; 3,62]	3,00	4,00	4,00
	E19EG	3,52	1,16	[3,41; 3,63]	3,00	4,00	4,00
	E20SEG	3,54	1,13	[3,43; 3,64]	3,00	4,00	4,00
	E21SEG	3,56	1,16	[3,45; 3,66]	3,00	4,00	4,00
Empatia	E22SEG	3,76	1,12	[3,65; 3,86]	3,00	4,00	5,00
	E14EMP	3,48	1,07	[3,39; 3,57]	3,00	4,00	4,00
	E15EMP	3,67	1,20	[3,56; 3,78]	3,00	4,00	5,00
	E16EMP	3,62	1,09	[3,53; 3,73]	3,00	4,00	4,00
Percepção s/realidade	E17MP	3,46	1,10	[3,36; 3,56]	3,00	4,00	4,00
	E18EMP	3,74	1,25	[3,62; 3,85]	3,00	4,00	5,00
Tangibilidade	P1TANG	3,58	1,30	[3,46; 3,71]	3,00	4,00	5,00
	P2TANG	3,68	1,20	[3,58; 3,79]	3,00	4,00	5,00
	P3TANG	3,34	1,19	[3,24; 3,45]	3,00	3,00	4,00
	P4TANG	3,43	1,23	[3,32; 3,55]	3,00	4,00	4,00
Confiabilidade	P5CONF	3,15	1,31	[3,02; 3,27]	2,00	4,00	4,00
	P6CONF	3,17	1,25	[3,06; 3,28]	2,00	3,00	4,00
	P7CONF	3,64	1,26	[3,53; 3,75]	3,00	4,00	5,00
	P8CONF	3,43	1,29	[3,31; 3,55]	3,00	4,00	4,00
Atendimento	P9CONF	3,40	1,25	[3,28; 3,51]	3,00	4,00	4,00
	P10ATEND	3,35	1,16	[3,25; 3,46]	3,00	4,00	4,00
	P11ATEND	3,52	1,11	[3,42; 3,62]	3,00	4,00	4,00
	P12ATEND	3,39	1,17	[3,28; 3,50]	3,00	4,00	4,00
Segurança	P13ATEND	3,47	1,19	[3,36; 3,58]	3,00	4,00	4,00
	P14SEG	3,52	1,21	[3,40; 3,64]	3,00	4,00	4,00
	P15SEG	3,53	1,13	[3,43; 3,63]	3,00	4,00	4,00
	P16SEG	3,31	1,11	[3,21; 3,42]	3,00	4,00	4,00
Empatia	P17SEG	3,41	1,11	[3,31; 3,51]	3,00	4,00	4,00
	P18EMP	3,25	1,20	[3,14; 3,36]	2,00	4,00	4,00
	P19EMP	3,36	1,39	[3,24; 3,50]	2,00	4,00	5,00
	P20EMP	3,15	1,14	[3,04; 3,25]	2,00	3,00	4,00
	P21EMP	2,89	1,29	[2,76; 3,00]	2,00	3,00	4,00
	P22EMP	3,14	1,53	[3,00; 3,29]	2,00	3,00	5,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2016