



**ELOISA JUNIA BOANERGES TEIXEIRA SANTOS**

**QUALIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UM  
ESTUDO DE CASO A PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS  
USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE LAVRAS**

**LAVRAS-MG**

**2018**

**ELOISA JUNIA BOANERGES TEIXEIRA SANTOS**

**QUALIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO A  
PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE LAVRAS**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharela.

Profa. Dra. Daniela Meirelles Andrade  
Orientadora

**LAVRAS-MG  
2018**

**ELOISA JUNIA BOANERGES TEIXEIRA SANTOS**

**QUALIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO A  
PARTIR DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS NO MUNICÍPIO DE LAVRAS  
QUALITY OF THE PUBLIC HEALTH SERVICE: A CASE STUDY FROM THE  
USERS 'PERCEPTION IN LAVRAS MUNICIPALITY**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharela.

APROVADA em 28 / 06 / 2019.

---

Profa. Priscilla Oliveira Nascimento – UFLA

---

Prof. Dr. Dany Flávio Tonelli - UFLA

---

Profa. Dra. Daniela Meirelles Andrade

Orientadora

**LAVRAS-MG**

**2018**

*À minha mamãe, Mirtes Boanerges de Faria, pelo apoio e carinho em todas as etapas e por ser o meu maior exemplo de vida. Se cheguei até aqui é graças a sua insistência em não desistir de mim. Te amo!*

*Dedico.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço à Deus por ter me dado forças para concluir esse trabalho, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia e meu socorro presente nas horas de angústia.

Agradeço a Nossa Senhora Aparecida por nunca me desamparar e sempre interceder por mim. Foi pra ela que eu clamei, chorei, pedi e confiei os meus momentos mais difíceis ao longo desse trabalho.

Agradeço ao meu irmão, Pedro Junyor Teixeira Cardoso - uma das pessoas mais importantes da minha vida - por ter sido a minha influência em optar pela escolha do curso em Administração Pública, pelos “papos-cabeça” que tivemos e por ser um irmão incrível.

Agradeço ao meu padrinho e amigo, Pedro José dos Santos, ao incentivo, estímulo e apoio financeiro para que eu pudesse continuar os estudos. Ele sempre esteve disposto a me ajudar e, muitas das vezes, foi quem solucionou vários problemas relacionados a minha vida acadêmica. Sem ele a caminhada teria sido bem mais cansativa.

Agradeço ao meu namorado, Osvaldo Henrique Dutra - o qual eu me orgulho em ser sua companheira, amiga e namorada - por sempre acreditar e insistir em mim. Ele esteve presente nas minhas piores crises de ansiedade ao longo desse trabalho, me dando o seu colo e o melhor abraço do mundo.

Agradeço aos meus yorkshires de estimação, Nina e Life, por sempre alegrarem a casa, serem receptivos com as minhas chegadas, aguentarem os meus desabafos e excessos de apertões cheios de amor.

Agradeço de uma forma muito especial à minha orientadora, a Professora Doutora Daniela Meirelles Andrade, pelos ensinamentos, por ter me indicado a uma bolsa de iniciação científica e pela excelente orientação nesse trabalho de conclusão de curso. Sempre teve paciência ao me orientar e empatia nas minhas situações difíceis. Foi a melhor professora que tive, a qual me orgulho por sua competência, inteligência, responsabilidade, objetividade e amor pelo seu trabalho.

Agradeço à Universidade Federal de Lavras, especialmente ao Departamento de Administração e Economia, pela oportunidade em cursar Administração Pública. Agradeço também pela assistência em moradia, alimentação, saúde e lazer ofertada ao longo desses cinco anos de graduação, que foi fundamental para a minha presença nas aulas e para a minha permanência no município de Lavras.

**MUITO OBRIGADA!**

*“Eu tentei noventa e nove vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui. Nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.” (Albert Einstein)*

## RESUMO

A qualidade do serviço público de saúde é representada por meio de normas técnicas e sociais que se apresentam em múltiplas dimensões, como: a equivalência da lei na prática; a eficiência nas prestações dos serviços; fazer mais com menor preço; e a satisfação em relação às demandas e expectativas dos usuários. Este trabalho visa compreender a qualidade do serviço público de saúde na percepção dos usuários, no município de Lavras, em Minas Gerais. Constituíram, também, objetivos do trabalho identificar se há satisfação ou insatisfação dos usuários em relação ao serviço público de saúde recebido no município e constatar se os agentes de saúde conseguem perceber as expectativas e a real percepção dos usuários quanto a qualidade do serviço público de saúde. Conhecer as expectativas e as percepções dos usuários à cerca da qualidade no serviço público de saúde possibilita identificar as falhas do serviço e traçar novas ações de planejamento e de execução do serviço por parte do gestor público, visando a progressão organizacional e melhorias na entrega do serviço. Assim, para concretizar os objetivos propostos foram realizadas entrevistas com os pacientes e os agentes de saúde de três PSF (Programa Saúde da Família) - PSF Vila Rica, PSF Santa Efigênia e PSF Jardim Floresta. A pesquisa utilizou-se da técnica de análise de conteúdo, sendo um método eficaz quando se trata de analisar os discursos coletados nas entrevistas. Para sustentar esse trabalho, construiu-se um referencial teórico que abordou os seguintes temas: Serviços públicos no Brasil, O sistema de saúde brasileiro, Sistema Único de Saúde (SUS) e o serviço público de saúde, Qualidade nos serviços e o Modelo de avaliação da qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry. Conclui-se que as expectativas dos usuários do município de Lavras estão pautadas em: atendimento rápido, atendimento humanizado e recursos humanos, materiais e financeiros suficientes pra suprir as demandas da população. Essas expectativas estão relacionadas com algumas dimensões da qualidade, que são: a responsividade, empatia, confiabilidade e garantia. Avaliou que a satisfação dos usuários quanto a qualidade no serviço público de saúde do município de Lavras-MG é baixa, sendo possível perceber isso através das limitações e das dificuldades que os eles enfrentam pra receberem o serviço público de saúde de Lavras. Além disso, é claro a existência de limitações e dificuldades organizacionais no setor público que atrapalha a entrega de um serviço público de saúde com qualidade. Espera-se que a pesquisa possa ser ponto de partida para novos estudos tanto no setor da saúde pública de Lavras-MG, quanto no setor da saúde de outros municípios, no sentido de investigar a qualidade dos serviços públicos brasileiros.

**Palavras-chave:** Qualidade. Saúde pública. Usuários.

## ABSTRACT

The quality of the public health service is represented through technical and social norms that present themselves in multiple dimensions, such as: the equivalence of the law in practice; efficiency in the provision of services; do more with lower price; and satisfaction with user demands and expectations. This work aims to understand the quality of the public health service in the perception of users, in the municipality of Lavras, in Minas Gerais. It was also the purpose of the study to identify if there is satisfaction or dissatisfaction among users regarding the public health service received in the city and to verify if health agents can perceive the expectations and the real perception of the users regarding the quality of the public health service. Knowing the expectations and perceptions of users about the quality in the public health service makes it possible to identify the failures of the service and to trace new actions of planning and execution of the service by the public manager, aiming at the organizational progression and improvements in the delivery of the service. Thus, in order to achieve the proposed objectives, interviews were carried out with the patients and health agents of three PSF (Family Health Program) - PSF Vila Rica, PSF Santa Efigênia and PSF Jardim Floresta. The research utilized the technique of content analysis, being an effective method when it comes to analyzing the discourses collected in the interviews. In order to support this work, a theoretical framework was developed that addressed the following themes: Public services in Brazil, The Brazilian health system, the Unified Health System (SUS) and the public health service, Quality in services and the Evaluation model quality services from Parasuraman, Zeithaml and Berry. It is concluded that the expectations of the users of the municipality of Lavras are based on: rapid care, humanized care and human, material and financial resources sufficient to meet the demands of the population. These expectations are related to some dimensions of quality, which are: responsiveness, empathy, reliability and assurance. It was evaluated that the satisfaction of the users regarding quality in the public health service of the municipality of Lavras-MG is low, and it is possible to perceive this through the limitations and the difficulties that they face to receive the public health service of Lavras. In addition, it is clear the existence of limitations and organizational difficulties in the public sector that hinders the delivery of a quality public health service. It is hoped that the research may be the starting point for further studies both in the public health sector of Lavras-MG and in the health sector of other municipalities, in order to investigate the quality of Brazilian public services.

**Keywords:** Quality. Public health. Users.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cinco momentos marcantes no contexto da saúde brasileira.....	18
Figura 2 - Os níveis de atenção.....	23
Figura 3 - Modelo GAP da Qualidade dos Serviços adaptado para o setor público.....	34
Figura 4: Comparação entre a expectativa do atendimento rápido e a percepção do serviço...	45
Figura 5: Comparação entre a expectativa do atendimento humanizado e a percepção do serviço.....	48
Figura 6 - Comparação entre a expectativa dos recursos suficientes e a percepção do serviço.....	51
Figura 7 – Demonstração dos resultados no Modelo GAP da Qualidade dos Serviços.....	53
Quadro 1 - Os entes federais competentes pelo SUS.....	21
Quadro 2 - Os órgãos governamentais da saúde.....	22
Quadro 3 - Os Sete Pilares da Qualidade.....	25
Quadro 4 - Modelos de mensuração da qualidade nos serviços.....	27
Quadro 5 - Modelo original de Parasuraman, Zeithaml e Berry.....	32
Quadro 6 - Modelo original versus ao modelo posterior das cinco dimensões.....	32
Quadro 7 - As cinco gaps evidenciadas entre as expectativas e as percepções dos usuários...	33
Quadro 8 - Estratégia metodológica da pesquisa.....	36
Quadro 9 - Amostra e perfil dos pacientes entrevistados.....	38
Quadro 10 - Amostra e perfil dos agentes entrevistados.....	39
Quadro 11- Quadro demonstrativo dos resultados obtidos e do estudo do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry.....	52

## LISTA DE SIGLAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretário da Saúde
COSEMS	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1</b>	<b>Serviços públicos no Brasil .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2</b>	<b>O sistema de saúde brasileiro .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Sistema Único de Saúde (SUS) e o serviço público de saúde .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3</b>	<b>Qualidade no serviço público de saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Modelo de avaliação da qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry .....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXO I.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O setor público é maior prestador de bens e serviços à sociedade e tem um relacionamento de obrigação direta com a sociedade, uma vez que todos os usuários dos serviços oferecidos pelo setor público são cidadãos com direitos que esperam por agilidade, equidade e qualidade na prestação desses serviços (ESTEFANO, 1996).

Dentre os diversos serviços públicos prestados à sociedade, há o serviço público de saúde. A análise e a avaliação da situação da saúde no país aconteceram por meio da instituição das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), em 1937, como uma orientação na criação de políticas públicas nos âmbitos municipal, estadual e nacional. As Conferências foram de extrema importância nas mudanças do contexto da saúde no Brasil, tendo como principal referência a 8ª Conferência, a qual ocorreu no ano de 1986. Ela foi o eixo fundamental para a elaboração dos artigos sobre a saúde na Constituição da República Federativa de 1988 e, conseqüentemente, para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A 8ª CNS teve relevância no contexto histórico da saúde por trazer à tona proposições a serem discutidas, como: a necessidade de um novo Sistema Nacional de Saúde; a amplificação do conceito de saúde; a desagregação de “Saúde” da “Previdência”; e as diretrizes da política de financiamento para o setor da saúde (BRASIL, 1986).

Com a Constituição da República Federativa (1988) ou Constituição Cidadã instituída, a saúde no país passou a ser reconhecida como direito de toda a sociedade e dever do Estado. Essa garantia se sustenta por meio de políticas econômicas e sociais que visam à proteção, prevenção, promoção e recuperação de doenças, possibilitando que os cidadãos tenham um acesso igualitário e universal às ações do serviço público de saúde.

No relatório final da Constituição ficou instituído o comprometimento do Estado em: assegurar condições de acesso e qualidade dos serviços de saúde para toda a população; introduzir a integralidade, a universalização e a participação da comunidade na saúde; descentralizar as competências e as atribuições para os níveis municipal, estadual e federal, alcançando a construção imediata do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a mudança progressiva para o SUS (BRASIL, 1988).

O SUS, como principal instituição da política de saúde pública do Brasil, foi o movimento com maior inclusão social do contexto histórico do Brasil e hoje é considerado, mundialmente, um dos maiores sistemas públicos de saúde (BRASIL, 2007). Porém, o SUS

possui alguns problemas que afetam seu progresso e a sua completa solidificação, não efetivando sua total idealização teórica no contexto prático.

Esses problemas podem ser claramente percebidos na qualidade da entrega do serviço público de saúde para os usuários. A demanda por parte da população por serviços invulneráveis, infalíveis e de qualidade ascendeu-se nos últimos anos, o que vem exigindo do Estado ações cada vez mais efetivas nesse sentido. A qualidade do serviço público de saúde é representada por meio de normas técnicas e sociais que se apresentam em múltiplas dimensões, como: a equivalência da lei na prática; a eficiência nas prestações dos serviços; a busca por produzir mais gastando pouco; e a satisfação em relação às expectativas dos usuários. Nesse contexto, fica claro que a qualidade é um produto social expresso por expectativas sobre as relações entre os usuários e os prestadores de serviços públicos, e não algo medido na “conquista de um negócio com os clientes”, uma vez que a esfera de clientes já é clara e fixa (CREVELIM, 2005). Assim, de acordo com Maia (2011), o controle na qualidade de um serviço público reflete a forma como são distribuídos os compromentimentos públicos e individuais e a inquietude da preocupação da população em relação ao seu direito de acesso ao serviço público de saúde, buscando por melhorias da saúde pessoal e coletiva.

Diante disso, surgiu o questionamento: como os usuários do município de Lavras, no estado de Minas Gerais, percebem a qualidade do serviço público de saúde? Diferentes estudos qualitativos e quantitativos sobre a satisfação do serviço de saúde na percepção dos usuários têm sido executados (KLOETZEL et al., 1998; MULLER, 2003). Desse modo, este estudo objetiva avaliar a qualidade do serviço público de saúde no município de Lavras, em Minas Gerais, sob a perspectiva da satisfação do usuário. Especificamente, pretende-se identificar as expectativas e percepções dos usuários quanto ao serviço oferecido; analisar as variáveis que interferem no grau de satisfação dos usuários segundo as cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, garantia e empatia; conhecer a importância e a satisfação dos usuários em relação ao serviço público de saúde no município de Lavras, com base na teoria da escala SERVQUAL.

A relação entre os usuários e a satisfação com a prestação do serviço público é algo significativo quando se trata de indicadores da qualidade no setor público de saúde (NEVES, 2010). Nesse sentido, a satisfação do usuário no serviço público de saúde é resultado do que o usuário espera receber - expectativa – e a realidade do serviço recebido por ele – percepção (ZANON, 2001).

Para Santiago (2010) avaliar o serviço na percepção do usuário é uma forma de progressão organizacional que leva à novas ações no planejamento e na execução do serviço

por parte do gestor público com o intuito de melhorar a entrega do serviço, além de contribuir para a humanização na organização. Assim, o usuário se torna um intermediário para a transformação da organização (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Nessa perspectiva, justifica-se a elaboração da presente pesquisa voltada aos processos avaliativos sob a percepção dos usuários do serviço público de saúde no município de Lavras-MG, visto que: 1 - Forma um meio de comunicação entre os gestores, os profissionais e os usuários do serviço público de saúde de Lavras, resultando em informações que assessora os gestores da área da saúde do município de Lavras na elaboração do planejamento de novas ações, com o intuito de aprimorar as práticas profissionais e, conseqüente, melhorar a qualidade do serviço público de saúde; 2 – Legitima a avaliação na percepção dos usuários do serviço como importante e que deve ser utilizada como uma estratégia para garantir a qualidade do serviço; 3 – Caminha para a consolidação do SUS através do comprometimento da secretaria municipal da saúde com as reais demandas dos usuários por meio de suas percepções quanto ao serviço recebido, estimulando a participação destes no planejamento e na avaliação da saúde pública de Lavras.

Assim, avaliar o serviço público de saúde pela percepção do usuário cria-se um importante mecanismo de controle social, onde o usuário participa das decisões do Estado relacionadas a área da saúde, visando o interesse coletivo (CREVELIM, 2005). Assim, a participação direta ou indireta do cidadão no serviço público de saúde é um instrumento fundamental para que as suas reais demandas e necessidades sejam identificadas e supridas, fortalecendo a solidificação do SUS.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Este referencial teórico está estruturado em três tópicos, os quais foram propícios para a construção deste trabalho. No primeiro tópico é abordado o tema Serviços Públicos no Brasil, seu surgimento, seu progresso, suas características e a sua indispensabilidade para a população. O segundo tópico faz um tratamento, de forma específica, sobre o Sistema de Saúde Brasileiro, de modo a dissertar sobre o seu contexto histórico linear, a sua importância e as suas características, adentrando no Sistema Único de Saúde – SUS e no serviço público de saúde. Além disso, o segundo tópico busca dissertar sobre as falhas existentes que atrapalham a consolidação do SUS na prática. Por fim, o terceiro e último tópico aborda em um primeiro momento, de forma geral, sobre a qualidade nos serviços, discorrendo de forma específica a qualidade no serviço público de saúde e adentra no modelo de avaliação da qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry.

### **2.1 Serviços públicos no Brasil**

Analisando a evolução e o desenvolvimento do Estado no texto de Alves (2014), nota-se que a aparência da organização do Estado está diretamente ligada às demandas da sociedade, refletindo nos serviços públicos prestados.

No final do século XVIII e início do século XIX, o Estado era caracterizado como liberal marcado pelo individualismo, pela liberdade dos cidadãos e pela divisão clara entre Estado e sociedade. Nessa época o Estado tinha como preocupações a justiça, a segurança, além da garantia e da proteção dos direitos individuais, considerados importantes pelos particulares. Já a Administração Pública da mesma época buscava combater a corrupção e a incredulidade da sociedade no Estado, através do formalismo e da gerência rígida dos processos (ALVES, 2014).

Entretanto, de acordo com Alves (2014), na metade do século XIX, a forma de organização do Estado Liberal não conseguia solucionar todos os problemas demandados do liberalismo, pois a desigualdade social e econômica começou a ser marcante na vida da sociedade, devido à formação de grandes monopólios que desfavoreceram as pequenas empresas e os proletariados. Diante deste cenário, a sociedade começou a demandar por mudanças na atuação do Estado, exigindo a sua intervenção na ordem social e econômica, a fim de garantir os direitos fundamentais dos cidadãos através de ações e não apenas na formalidade dos papéis (PIETRO, 2012).

Di Pietro (2008) deixa claro que após a Segunda Guerra Mundial o Estado Social se consolida, ampliando sua atuação e participação na regulamentação da economia, promovendo atividades estatais de interesse público, definidas como serviços públicos. Estes serviços públicos tinham como finalidade alcançar uma distribuição de renda mais equitativa, o progresso no desenvolvimento econômico e o atendimento das necessidades da sociedade (ALVES, 2014).

A partir disso, vê-se que os anseios da sociedade que antes eram contra a ação do Estado, passam exigi-la, como fundamental para a extinção do liberalismo e para a consolidação de um Estado Social. Assim, as atividades voltadas a segurança, a justiça e a saúde que eram de iniciativa privada, passam a ser realizadas pelo Estado e chamadas de serviços públicos. À medida que foram surgindo os serviços públicos, a sociedade passou a demandar por outros variados interesses coletivos, como: escola, saúde, assistência, segurança, moradia, entre outros (DI PIETRO, 2008).

Essa mudança na organização do Estado foi formalizada através da Constituição Federal (1988), a qual fixa em seu artigo 3º os objetivos a serem realizados pela República Federativa do Brasil, como: erradicação da pobreza, diminuição das desigualdades sociais, promoção da democracia social e justiça social.

Para alcançar esses objetivos é estabelecido no artigo 6º da Constituição os direitos sociais, compreendendo: o direito de saúde, educação, lazer, segurança, moradia, trabalho, proteção à criança, previdência social, assistência aos vulneráveis, e outros (BRASIL, 1988).

Assim, a Constituição Federal regularizou os serviços públicos e distribuiu entre os entes da Federação - União, Estados, Municípios e Distrito Federal - a competência sobre estes serviços. Assim, compete a cada ente federativo prestar diretamente ou indiretamente o serviço designado, regulamentando, controlando e fiscalizando a execução destes serviços, além de prestar conta destes tanto para a sociedade, quanto para os órgãos superiores (ALVES, 2014).

De acordo com Alves (2014) a Constituição Federal classifica os serviços públicos em federais, estaduais e municipais. Os serviços públicos federais competem a União, como por exemplo, os serviços de navegação aérea e aeroespacial, serviços ferroviários que ultrapassam estados, serviço rodoviário internacional e interestadual, entre outros (BRASIL, 1988, art.21). Os serviços públicos estaduais competem aos Estados e Distrito Federal, que podem criar serviços que não lhes sejam impedidos, como serviços de saúde, educação, transporte (BRASIL, 1988, art.25). E por último, têm os serviços municipais que competem aos municípios, que organizam e prestam os serviços de interesse local com a ajuda financeira da



União e do seu Estado, como os serviços de transporte coletivo, educação, assistência social, saúde, entre outros (BRASIL, 1988, art.30).

A maioria dos direitos sociais é garantida por meio da prestação de serviços públicos. Porém, deve-se estar ciente que estes serviços denominados como sociais não são reservados do Estado, podendo, também, ser prestados pelo setor privado (ALVES, 2014).

Para Cretella Júnior (2012) a definição de serviço público é ampla, sendo para ele toda atividade procedente de direito público exercida pelo Estado, direta ou indiretamente, para o suprimento das necessidades e a satisfação do interesse público.

Já Mello (2007) caracteriza o serviço público como toda atividade que oferece benefício ou bem-estar material para à satisfação da coletividade, podendo ser assumidas pelo Estado como deveres prestados por si mesmo ou sob um regime de Direito Público.

O autor Di Pietro (2008) entra na mesma linha que Mello (2007), tratando o serviço público como uma atividade material que a lei atribuiu ao Estado para ser executada por si mesmo ou por outros entes, com a finalidade de satisfazer às necessidades da sociedade, sob regime total ou parcial de Direito Público.

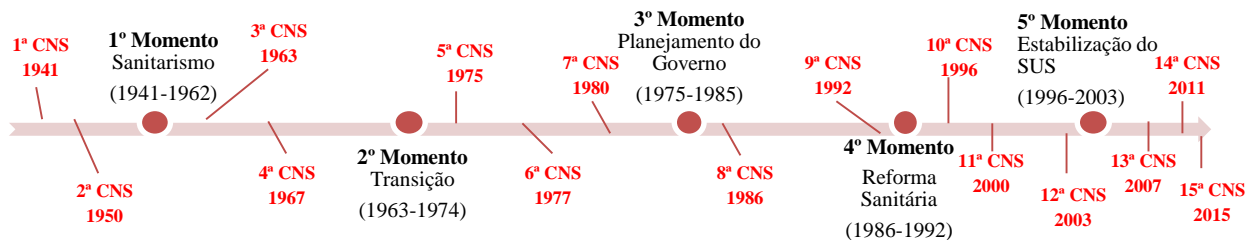
Conforme foi visto, os serviços públicos no Brasil surgiram da necessidade da população por mudanças na atuação do Estado em relação às garantias dos direitos sociais. Essa mudança foi marcada pela Constituição Federal de 1988, que tinha como objetivos erradicar a pobreza, diminuir as desigualdades sociais e promover a democracia e a justiça. Depois de entender como se deu os serviços públicos no Brasil e como são distribuídos, o tópico seguinte aborda, especificamente, o contexto do Sistema de Saúde Brasileiro, com a finalidade de adentrar, mais a frente, no serviço público de saúde, que é o que se trata este trabalho.

## **2.2 O sistema de saúde brasileiro**

Andrade et al. (2013) apontam que a saúde no Brasil só começou a ser avaliada e estudada no ano de 1937, com a instituição das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que tem como objetivo reunir cidadãos pela defesa da garantia de direitos e para a criação de diretivas de políticas públicas municipais, estaduais e nacional. Todas as conferências foram importantes, pois trouxeram à superfície proposições capazes de transformar o contexto da saúde e a prestação dos serviços públicos de saúde. Foram 15 conferências realizadas até hoje, sendo a primeira realizada em 1941 e a última em 2015 (FIOCRUZ, 2019).

Analisando a linha do tempo referente às CNS, disponível no portal do Conselho Nacional de Saúde (2019), cada conferência buscava discutir vários temas à cerca da saúde do país e fazendo uma perspectiva histórica linear, as CNS foram relevantes na constatação de 5 momentos marcantes na progressão do contexto da saúde no Brasil. Esses momentos totalizaram em um período de 62 anos e podem ser divididos da seguinte forma como mostra a figura 1.

Figura 1: Linha do tempo dos cinco momentos marcantes no contexto da saúde brasileira com base nas Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: Linha do tempo elaborada pela autora com base no portal FioCruz (2019), no portal Conselho Nacional de Saúde (2019) e no texto do Andrade et al. (2013)

O 1º momento foi o Sanitarismo, marcado pela 1ª e 2ª CNS que aconteceram entre os anos de 1941 a 1962, onde os encontros eram fechados e se discutia a saúde de um ponto de vista técnico entre os gestores do Ministério da Saúde, tratando de temas relacionados a questões sanitárias nos níveis estaduais e municipais, campanha contra doenças e legislação para a segurança e higiene no trabalho. O 2º momento foi a Transição, marcado pela 3ª e 4ª conferência, entre os anos de 1963 a 1974, que aconteceu em um período de grande discussão sobre os rumos do país e CNS seriam abertas, porém em 1964 aconteceu a ditadura militar e as conferências se fecharam para a opinião popular. Essas conferências discutiram a situação da população brasileira quanto ao saneamento, recursos humanos e distribuição das atividades sanitárias dos médicos nos 3 níveis federais. O 3º momento foi a Modernização Conservadora e o Planejamento do Governo que teve a ausência da participação popular, sendo marcado pela 5ª, 6ª e 7ª CNS que ocorreram nos anos de 1975 a 1985. Esse momento continuou tratando de forma técnica os temas sobre a implementação da Sistema Nacional de Saúde, o

controle das endemias, a preparação de novos diplomas legais em saúde aprovados pelo governo, aumento das ações em questões de saúde de forma geral e para a população rural e política nacional de saúde. O 4º momento foi a Reforma Sanitária, marcado pela 8ª e 9ª CNS (1986 a 1992), que contou com a participação de novos atores sociais para os debates sobre as condições de vida do povo e as propostas do governo quanto a saúde. Essas conferências abordaram temas como, o direito à saúde, reestruturação e financiamento do Sistema Nacional de Saúde, municipalização da saúde, inserção do SUS e controle social. E por último, houve o 5º momento que foi a Estabilização do SUS, marcado pela 10ª, 11ª e 12ª CNS (1996 a 2003), com temas relacionados à efetivação do SUS, pensando-se na cidadania, em políticas públicas, organização e gestão dos serviços, atenção integral, recursos humanos, modelo assistencial para a humanização, para o acesso e qualidade, a construção do SUS pelos três níveis federais. A 13ª, 14ª e 15ª CNS não fizeram parte desses cinco momentos marcantes das CNS, pois elas discutiram temas pautados nas CNS anteriores (ANDRADE et al., 2013; FIOCRUZ, 2019; SAÚDE, 2019).

Andrade et al. (2013) ressaltam que de todas as conferências realizadas, a 8ª Conferência que aconteceu em março de 1986, com a participação de cinco mil atores políticos e sociais bem diversificados da sociedade civil, teve a maior relevância no contexto histórico da saúde, sendo tratada pelos autores como “a pré-constituente da saúde”. A partir dessa conferência as discussões sobre a saúde contaram com novos atores sociais, passando a ser vista como um direito. Além disso, verificou-se a necessidade de um novo Sistema Nacional de Saúde e a formulação de diretrizes de política de financiamento para o setor de saúde. Através de tudo isso, criou-se um eixo para a elaboração dos artigos sobre saúde na Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, para a criação do SUS (VIACAVA et al., 2018).

A crise econômica no país nos anos 70 levou ao surgimento de movimentos populares, em particular aqueles relacionados à saúde, como o movimento da Reforma Sanitária que teve como alicerce a 8ª Conferência Nacional. Nessa mesma época estava acontecendo à luta contra a ditadura militar e a busca pela democracia brasileira, que posteriormente resultou na Constituição de 1988 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A instituição da Constituição da República Federativa (1988) representou uma evolução nas questões sociais que tinham como objetivo corrigir as injustiças sociais existentes (ANDRADE et al., 2013; VIACAVA et al., 2018). Paiva e Teixeira (2014) expõem que a saúde passou a ser reconhecida como direito de toda a sociedade e dever do Estado, competindo ao Estado assegurar condições de acesso igualitário e universal, e qualidade dos serviços de saúde a toda população, além da construção imediata

do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e na mudança progressiva para o SUS. Assim, os serviços de saúde que eram prestados apenas aos trabalhadores ligados à Previdência Social antes da Constituição de 88, passam a ser prestados para toda a população brasileira (RONCALLI, 2003; VIACAVA et al., 2018).

Apesar do movimento da Reforma Sanitária se confundir com a luta contra a ditadura militar pelo fato de terem acontecido na mesma época, foram acontecimentos distintos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Para Mendes (2004), tanto os ideais sanitaristas quanto a luta contra a ditadura militar, foram importantes para a instituição da Constituição cidadã e posteriormente para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Conclui-se que os anseios da sociedade, a luta contra a ditadura e o movimento sanitário brasileiro foram fundamentais para a instituição da Constituição Federal de 1988, e conseqüentemente para o surgimento do Sistema Único de Saúde no Brasil, com a finalidade de estabelecer o direito social à saúde de toda a população, além de facilitar, integrar, universalizar o atendimento de saúde (RONCALLI, 2003; VIACAVA et al. 2018).

O tópico seguinte aborda o SUS, que é o sistema resultante do desejo da sociedade pela mudança na oferta do serviço público de saúde que se adequasse a realidade brasileira e que combatesse os problemas sanitários, prezando pela eficácia e pela justiça. Para alcançar esses objetivos e garantir os direitos sociais à população, há a prestação do serviço público de saúde por parte do Estado a sociedade, sendo eles classificados em federais, estaduais e municipais. O próximo tópico também adentra no serviço público de saúde, que é o serviço prestado pelo município, financiado pela União e pelo Estado.

### **2.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS) e o serviço público de saúde**

A discussão à cerca da necessidade de efetivar o SUS surgiu na 11ª CNS, no ano de 2000, devido à preocupação com a boa parte da população que estava em condições de vida precárias em decorrência da distribuição de renda desigual e das grandes desigualdades sociais no país. Com isso, o agravamento na saúde dos brasileiros era evidente, crescendo a relevância da necessidade de efetivar o SUS. Porém para que a efetivação do SUS acontecesse positivamente, foi preciso discutir outras propostas na 11ª Conferência, como: repasse de verbas federais para os municípios, destinação dos recursos para a garantia da qualidade, humanização e integralidade no atendimento, mecanismos e diretrizes para a gestão nos serviços de saúde e formação e capacitação de pessoal (ANDRADE et al. 2013)

Com a criação do SUS, o serviço público de saúde, que engloba todas as atividades na área da saúde pública, passou a ser de competência financeira das três esferas federais - União, Estados e Municípios - e a sua execução delegada para os municípios, com o propósito de um sistema de saúde organizado e descentralizado (BRASIL, 1988). De acordo com o portal do Ministério da Saúde (2018) cada ente competente pelo SUS tem suas responsabilidades, como pode ser observado na tabela 1.

Quadro 1: Os entes federais competentes pelo SUS e suas responsabilidades:

<b>ENTE COMPETENTE</b>	<b>RESPONSABILIDADE</b>
União;	É a principal financiadora na área da saúde, sendo a responsável pela gestão federal através do Ministério da Saúde (MS). O MS é responsável por planejar e elaborar políticas nacionais de saúde e normas, avaliar e controlar o SUS.
Estados;	Comandam e planejam a execução do SUS em nível estadual, respeitando as normas previstas em leis. Os gestores estaduais aplicam recursos próprios e da União em seu estado, ficando responsável por fazer o repasse das verbas para os municípios.
Municípios;	São responsáveis pelo serviço de saúde e ações locais, comandando e planejando o SUS no nível municipal através das normas federais com recursos próprios e com os repasses feitos pela União e pelo estado. Além disso, os municípios podem fazer parcerias com outros municípios da região para atender plenamente a sua população em casos de procedimentos complexos que o município não oferece atendimento.

Fonte: Elaborado pela autora baseado no portal do Ministério da Saúde (2018)

O quadro baseado no Ministério da Saúde (2018) esclarece que o principal financiador na área da saúde é a União, a qual distribui recursos financeiros para os estados, que posteriormente são repassados para os municípios. Os estados comandam e planejam a execução do SUS em nível estadual, aplicando recursos próprios e da união e fazendo os repasses para os municípios. Já os municípios são responsáveis pelo serviço de saúde e ações locais, comandando e planejando o SUS no nível municipal através das normas federais. Os três entes - união, estados e municípios - possuem corresponsabilidades exercidas por órgãos governamentais em relação ao SUS, como pode ser observado no quadro 2.

Quadro 2: Os órgãos governamentais da saúde e suas corresponsabilidades:

<b>ORGÃO</b>	<b>CORRESPONSABILIDADES</b>
Ministério da Saúde (MS)	É um gestor federal que planeja, formaliza, fiscaliza, controla as ações e políticas de saúde, junto com o Conselho Nacional de Saúde.
Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Autoriza e implanta as políticas estaduais de saúde e presta auxílio aos municípios junto com o Conselho Estadual;
Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Planeja, organiza, executa e controla as ações e políticas de saúde junto com o Conselho Municipal e com o setor estadual, com o intuito de autorizar e implantar o plano municipal de saúde.
Conselho de Saúde	Atua nas três esferas federais e é representado por usuários, prestadores do serviço, profissionais da área e representantes do governo. Tem como função planejar estratégias e controlar a aplicação da política de saúde na esfera correspondente.
Comissão Intergestores Tripartite (CIT)	Foro onde os gestores das três esferas - federal, estadual e municipal - negociam e ajustam a aparência da operacionalização do SUS.
Comissão Intergestores Bipartite (CIB)	Foro onde os gestores estaduais e municipais negociam e ajustam a aparência da operacionalização do SUS.
Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS)	Corporação da CIT representada por entes estaduais e do Distrito Federal na discussão sobre saúde.
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)	Corporação da CIT representada por entes municipais na discussão sobre saúde.
Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)	Corporação que representa os municípios na esfera estadual na discussão sobre saúde.

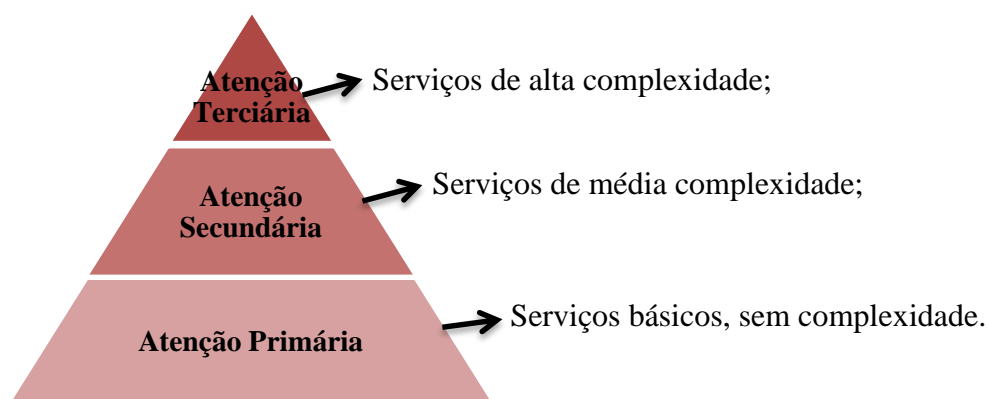
Fonte: Elaborado pela autora baseado no portal do Ministério da Saúde (2018)

Todos esses órgãos governamentais são importantes para que o planejamento voltado para a área da saúde siga os princípios organizativos. O MS é um órgão de gestão federal da saúde, o qual faz todo o planejamento, formalização, fiscalização e o controle das ações e políticas de saúde. Há também as secretarias estaduais e as municipais que implantam as políticas de saúde de acordo com o âmbito em que estão incluídas. Outro órgão importante são as comissão intergestores tripartite e bipartite, que são foros que têm o intuito de negociar e ajustar a aparência da operacionalização do SUS. E por fim, temos o conselho nacional, conselho nacional de secretários, conselho nacional e estadual de secretarias que visam a corporação da CTI para discussões sobre saúde de acordo com o âmbito em que o conselho esteja inserido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Segundo a Constituição Federal (1988), a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90) e o portal do Ministério da Saúde (2018) as políticas e ações voltadas para a saúde devem seguir os princípios organizativos: da regionalização que é uma forma de articular os serviços já existentes em uma determinada região para se unificarem; da hierarquização que prevê a divisão dos níveis de atenção à saúde e garantia do acesso a esses serviços; da descentralização que é a redistribuição de poder e responsabilidade entre os três níveis federativos, com o intuito de prestar serviços de qualidade; a integralidade, e a participação popular que é importante para a formulação, controle e avaliação da política de saúde.

Esses princípios organizativos, principalmente o que diz respeito à hierarquização, fazem com que o serviço público de saúde seja organizado em três níveis de atenção, como é ilustrado abaixo na figura 2 (MENDES, 2011).

Figura 2: Pirâmide da organização do serviço público de saúde em níveis de atenção:



Fonte: Pirâmide elaborada pela autora com base em Mendes (2011).

Essa organização está relacionada à complexidade e tecnologia do serviço prestado, assim a Atenção Primária é caracterizada por métodos simples, não exigindo muita tecnologia na prestação do serviço e a Atenção Terciária com maior complexidade na sua prestação. A Atenção Primária é representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), postos de saúde e policlínicas. Esse nível de atenção atende uma parte significativa da população, onde se realiza procedimentos básicos como marcação de consultas e exames, trocas de curativos e serviço de saúde bucal. A Atenção Secundária são os serviços de média complexidade, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e clínicas que realizam tratamentos de doenças e métodos de intervenção. E a Atenção Terciária são os serviços mais tecnológicos, como os hospitais de grande porte que lidam com o risco do paciente perder a vida (MENDES, 2011; EDUCAÇÃO, 2018).

Porém Souza e Costa (2010) acreditam que há uma dicotomia entre o que está escrito e o contexto prático do SUS. Para eles o SUS apresenta diversas falhas na sua consolidação devido a sua complexidade, a qualificação da gestão, a organização dos serviços e a regionalização. Assim, há um grande distanciamento entre todo esse contexto descrito anteriormente sobre o SUS e a sua realidade na prática, fazendo com que o cidadão não usufrua do direito social e universal à saúde (BAHIA, 2018).

Para Alves (2014) as ineficiências na área da saúde pública acontecem devido à priorização do Estado em relação ao setor produtivo, bem como ao desvio das funções sociais básicas, não conseguindo atender todas as demandas da sociedade com eficiência, principalmente a população de baixa renda que clama por igualdade social. Isso se dá, atualmente, devido à crise política e a crise econômica em que o Brasil se encontra, dificultando ainda mais as resoluções das necessidades e dos problemas na área da saúde e a produção de impacto na evolução produtiva e tecnológica (BAHIA, 2018).

Ao analisar a qualificação da gestão, o autor Vasconcelos (2005) enxerga dificuldades por parte dos gestores do serviço público de saúde em alcançar a integração entre os entes federativos, ocasionando problemas no acesso universal e integral da população nos serviços de saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. Porém, nem sempre esse envolvimento das três esferas é visto como algo positivo quando a verba federal que é repassada para os estados e municípios não é gerida com responsabilidade. Por isso, para que avanços aconteçam é preciso que ao propor a descentralização, o governo federal auxilie também na capacitação da gestão financeira (SOUZA; COSTA, 2010).

Entende-se que a criação do SUS se deu da necessidade de resolver os problemas de saúde que se agravaram devido às condições de vida precária que boa parte da população brasileira estava vivendo. Com a efetivação do SUS, o serviço público de saúde passou a ser de competência financeira das três esferas federais, que possuem órgãos governamentais carregados de responsabilidades relacionadas ao SUS. Além disso, as políticas e ações voltadas para a saúde seguem princípios organizativos que consequentemente resultaram na organização do serviço público de saúde em níveis de atenção. Porém Souza e Costa (2010) acreditam que há diferença entre o contexto escrito e o contexto prático do SUS, apresentando diversas falhas na sua consolidação devido a sua complexidade, as quais devem ser entendidas para a busca de melhorias. Todas essas ineficiências do SUS podem ser superadas, por meio do empenho dos gestores federais, estaduais e municipais da saúde na priorização da qualidade do planejamento, da organização do serviço, da execução e da prestação do serviço



à sociedade. O próximo tópico adentra no tema da qualidade nos serviços, especificamente no serviço público de saúde, com o intuito de entender como se dá a qualidade como um meio de superar as falhas na entrega dos serviços.

### 2.3 Qualidade no serviço público de saúde

A qualidade possui diferentes conceitos individuais e coletivos conforme o cenário em que ela esteja anexada (ARANAZ, 2003). O significado e o conceito de qualidade são ativos, sofrendo transformações ao passar dos anos e recebendo novos elementos de acordo com o progresso da sociedade e das organizações (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990) acreditam que a qualidade de produtos é mais fácil de ser avaliada do que a qualidade de serviços, pelo fato dos serviços serem heterogêneos e intangíveis, fazendo com que cada cliente perceba e receba o serviço de maneira diferente. Por este fato há a necessidade de se mensurar a qualidade dos serviços por meio da satisfação do cliente.

O conceito de qualidade nos serviços não está pautado apenas na habilidade de detectar e corrigir as falhas existentes na operacionalização de um serviço com a finalidade de ser um diferencial de competitividade. Os serviços envolvem o usuário, uma vez que, quando ele experimenta um serviço, assim surge a necessidade de avaliar a sua expectativa e a sua real percepção com relação ao serviço recebido (GRONROOS, 1984).

A qualidade nos serviços possui várias facetas que podem ser percebidas pelo usuário, como a confiabilidade, a presteza e a empatia, as quais podem resultar em novas decisões estratégicas da organização para as melhorias na qualidade dos seus serviços (ZEITHAML, 1994). Assim, segundo Gummesson (1994), o usuário deve ser visto como um parceiro das organizações prestadoras de serviços, pelo fato dele gerar valores nas receitas e contribuir nas mudanças positivas através das suas percepções sobre a qualidade do serviço recebido.

Para Donabedian (1990) existe os “Sete Pilares da Qualidade”, isto é, para ele são sete características favoráveis que o usuário espera de um serviço para ele ser considerado de qualidade, como podem ser exemplificados no quadro abaixo:

Quadro 3: Os Sete Pilares da Qualidade, de acordo com Donabedian (1990)

<b>Pilar da Qualidade</b>	<b>Significado</b>
Efetividade	É alcançar a melhoria na saúde, observando a aproximação dos resultados obtidos com os resultados esperados
Eficácia	Diz respeito a capacidade de contribuir para a melhoria na saúde de um paciente, por meio dos conhecimentos adquiridos.
Eficiência	É a habilidade de resultados bons com recursos limitados,

	analisando sempre o setor financeiro por meio do custo-efetividade, do custo-benefício e do custo-utilidade.
Otimização	Trabalhar o equilíbrio entre o custo e o benefício.
Aceitabilidade	Ajustes na prestação do serviço de acordo com as expectativas do usuário.
Legitimidade	Estar em conformidade com as expectativas sociais, com base nos pilares anteriormente citados.
Equidade	Oferecer igualdade na distribuição do serviço para a sociedade.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Donabedian (1990).

Utilizando-se desse conceito dos sete pilares na área da saúde, a eficácia corresponde aos meios qualificados que podem produzir impactos positivos no paciente. Esses meios seriam aqueles capazes de trazer melhoras na saúde e na qualidade de vida do paciente. Assim a eficácia seria: os melhores equipamentos, as melhores estruturas físicas e o melhor profissional (RAMOS, 2017). Enquanto a eficácia está relacionada com o planejamento das ações, a efetividade são os resultados obtidos dessas ações. Para Ramos (2017) é a capacidade do paciente de atingir o seu real objetivo. Assim, na área da saúde a efetividade é a real melhora do paciente através dos recursos disponíveis e acessíveis.

O terceiro pilar da qualidade, a eficiência, se tratando da saúde diz respeito ao fornecimento do melhor tratamento para o paciente utilizando a menor quantidade de recursos, esforço e custos possíveis. Outro pilar da qualidade é a otimização que é à relação entre os gastos com um paciente versus os resultados atingidos. Assim, se a eficiência busca um tratamento com a menor quantidade de recursos possíveis, a otimização é a busca pela melhor aplicabilidade desses recursos (RAMOS, 2017).

Outro pilar muito importante é a aceitabilidade que aplicada na área da saúde é a adaptação do paciente com o tratamento recebido, isto é, quando as expectativas do paciente são alcançadas através do serviço recebido. Geralmente para que haja a aceitabilidade, tem que haver a legitimidade da organização, por exemplo, quando um hospital ou um pronto atendimento são reconhecidos na comunidade ou são referências no tratamento de alguma doença. A legitimidade pode ser alcançada quando a organização preza pela equidade, ou seja, trata todos os paciente de forma equivalente, sem distinção ao fornecer seus serviços (RAMOS, 2017).

Para Zeithaml (1994) os benefícios gerados pela busca da qualidade nos serviços com base no pilar da qualidade, não podem ser detectados em curto prazo, sendo acumulativos com o tempo, prejudicando a sua detecção e tornando a qualidade nos serviços algo complexo de ser mensurado. Devido a essa complexidade, alguns autores se dedicaram a estudar e a

criar modelos para facilitar a mensuração da qualidade nos serviços, que quando aplicados concedem a identificação dos aspectos observados na percepção do usuário.

Miguel e Salomi (2004), em um de seus estudos, revisam modelos para a mensuração da qualidade nos serviços em diferentes áreas. O quadro 3 evidencia algum desses modelos:

Quadro 4: Alguns modelos de mensuração da qualidade nos serviços, adaptado do estudo de Miguel e Salomi (2004)

<b>Modelo/ Autor (es)</b>	<b>Particularidades do modelo</b>
Modelo de Qualidade em Serviços (GRONROOS, 1984)	Esse modelo está ligado a imagem da organização. Ele considera que a qualidade pode ser mensurada através da ligação da qualidade operacional, técnica e a imagem da organização, evidenciando a importância do marketing na construção da imagem e da relação do usuário com o vendedor.
Modelo GAP (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985)	Considera a expectativa e o desempenho do serviço como determinantes da qualidade. Através de entrevistas, busca-se descobrir os cinco GAPS: 1 – Identificar a percepção dos gestores quanto aos atributos de qualidade; 2 – Identificar os problemas no gerenciamento da qualidade; 3 – Identificar a percepção dos usuários quanto aos atributos de qualidade; 4 – Identificar o distanciamento entre a percepção do usuário com o marketing externo da organização; 5 – Determinar um modelo único que represente a qualidade no serviço, partindo dos pontos em comum na percepção dos usuários e dos gestores.
Instrumento SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988)	É uma extensão do trabalho dos autores de 1985, quando eles passam a considerar a qualidade no serviço semelhante a atitude, baseando-se na expectativa sobre o serviço e a percepção sobre o serviço recebido. Esse modelo trabalha com vinte e duas variáveis distribuídas em cinco dimensões de mensuração (confiabilidade, responsividade, tangibilidade, empatia e garantia).
Modelo de Percepção e expectativa (BROWN; SWARTZ; 1989)	Os autores evidenciam a satisfação como a principal característica da qualidade no serviço. O modelo se baseia na importância da percepção do usuário acordadas com a visão do prestador que oferece o serviço. Para isso busca-se identificar três GAPS: 1 – as expectativas e a real experiência do usuário com o serviço; 2 – as expectativas do usuário e a visão do prestador sobre essas expectativas; 3 – a real experiência do usuário e a visão do prestador sobre essa experiência.
Modelo de Avaliação do Serviço e Valor (BOLTON E DREW, 1991)	Para os autores a qualidade pode ser mensurada através da satisfação/insatisfação do usuário, que está relacionada diretamente com a expectativa versus experiência do usuário com determinado serviço. Eles trabalharam com cinco dimensões do modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) para construir as variáveis de seu modelo.
SERVPERF (CRONIN; TAYLOR, 1992)	Esses autores afirmam que a escala Servqual não é adequada para mensurar a expectativa e o real serviço entregue. Com isso, desenvolvem o modelo SERVPERF que busca identificar a relação entre satisfação do usuário, a qualidade do serviço e a intenção de compra do usuário pelo serviço. Utilizam de cinco dimensões

	criadas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) para trabalharem com o modelo SERVPERF.
Modelo de Desempenho Ideal (TEAS, 1993)	Os autores criticam o modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) e o modelo GAP, dos mesmos autores (1985). Segundo esse modelo, se a percepção do usuário supera a sua expectativa ideal, deveria resultar na diminuição da qualidade percebida.
Modelo para aplicação da Qualidade Total em Serviços – TQS (SURESHCHANDAR; RAJENDRAN; ANANTHARAM NA, 2001)	Os autores criam um instrumento capaz de entender a Qualidade Total em Serviços (TQS) conceitual e empírica. Eles afirmam que existem 12 dimensões críticas para este processo: 1 – Comprometimento dos altos gestores e liderança visionária; 2 – Gestão dos recursos humanos; 3 – Sistemas técnicos; 4- Sistemas de informação e análise; 5 – Benchmarking; 6 – Melhoria contínua; 7 – Foco no cliente; 8- Satisfação do empregado; 9 – Intervenção sindical; 10 – Responsabilidade social; Serviços bancários
Modelo da Escala PAKSERV (RAAJPOOT, 2004)	O autor propõe uma escala sensível e não ocidental. Por meio da revisão de literatura, grupos de foco e da aplicação de 400 questionários que tinham por objetivo mensurar os valores pessoais (através do conceito defendido por Schwartz 1992), os autores identificaram sete dimensões: confiabilidade; tangibilidade; personalização; sinceridade; segurança; formalidade e responsividade.
Escala E-S-Qual e Escala E- RecS-Qual (PARASURAMAN; ZEITHAML; AVIND, 2005)	Através de um estudo próprio realizado no ano de 2000, em que foram identificadas 11 dimensões para a qualidade dos serviços eletrônicos (e-SQ) = capacidade de resposta; confiabilidade; flexibilidade; acesso; eficiência; facilidade de navegação; confiança; segurança/privacidade; conhecimento do preço; estética do local e personalização. Os autores criaram uma escala inicial de 121 itens. As análises demonstraram a necessidade da criação de duas escalas para a mensuração da qualidade em serviços eletrônicos: E-S-Qual (com 22 itens em quatro dimensões) e a Escala E-RecS-Qual (com 11 itens em três dimensões).
Modelo hierárquico para a qualidade em serviços eletrônicos (BLUT, 2016)	Para o autor a maioria dos “modelos usuários” desenvolvidos anteriormente para a mensuração da qualidade em serviços on-line são incompletos. Então ele usa dados de 31627 clientes on-line para sustentar um modelo hierárquico que seja mais eficiente. Assim, ele defende 16 itens divididos em 4 dimensões: 1 – Design do web site; 2 – Cumprimento; 3 – Serviço ao Consumidor; 4 – Segurança/Privacidade.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos estudos de Miguel e Salomi (2004).

Através do quadro descrito acima é possível observar a existência de inúmeros modelos com o objetivo de mensurar a qualidade nos serviços e que não estão ligados diretamente com a finalidade de competitividade. Assim, constata-se que as organizações mais desenvolvidas em relação a qualidade, serão as que satisfazem as necessidades de seus usuários, buscando superar as suas expectativas na prestação dos seus serviços (FELDMAN et al., 2005). Um exemplo claro onde a qualidade no serviço não está inserida no contexto

competitivo é o setor público, o qual oferece serviços aos cidadãos com a finalidade de equivaler os direitos sociais.

Para avaliar o desempenho em relação a qualidade das organizações da área da saúde, o Brasil conta com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) que foi implantado pelo SUS, sendo um sistema de avaliação para o apoio à gestão. O PNASS pressupõe a avaliação da eficiência, da efetividade e da eficácia nos processos, na estrutura e nos resultados de uma organização, observando o acesso, os riscos e a satisfação dos cidadãos aos serviços públicos de saúde para a busca de melhoria na qualidade (NEVES, 2010).

Esses mecanismos de avaliação da qualidade no serviço público de saúde existem com a finalidade de identificar as falhas e traçar melhorias do serviço para o alcance da satisfação do usuário. Porém Merhy e Onocko (1997) colocam que a estrutura, a organização e o gerenciamento dos processos de uma organização podem ser considerados os “grandes nós” para a busca de melhorias e mudanças no contexto da saúde no Brasil, pelo fato de serem executadas de forma ineficiente e/ou ultrapassada. Por isso, é extremamente importante entender como se dá o papel da gestão da qualidade no serviço público de saúde.

A gestão da qualidade é a forma de gerir uma organização, baseando-se na qualidade, na participação de seus membros, buscando o sucesso por meio da satisfação e benefícios dos usuários e dos seus colaboradores internos (MELO, 2014). A gestão da qualidade utiliza-se do planejamento, do controle e da melhoria da qualidade (CARVALHO, 2004).

Para Portela (2000) o planejamento é utilizado para planejar o alcance das metas e dos objetivos, sendo um instrumento importante quando se fala de alocação programa de recursos disponíveis e de prioridades na área da saúde.

O controle da qualidade é aplicado nos processos vitais, tendo como estudo o produto e não o cliente. Ele estabelece normas e critérios de qualidade para avaliar o desempenho da organização de saúde, na busca da melhoria da qualidade do serviço de saúde (CARVALHO, 2004). Porém, para Gamarra Júnior (2006) a melhoria da qualidade do serviço público não é, apenas, a busca pela gestão da qualidade, mas também a qualificação do controle social, envolvendo os movimentos e as forças sociais no ciclo das políticas públicas e dos serviços públicos na área da saúde.

É preciso que a gestão do serviço público de saúde faça o planejamento e o controle de acordo com a sua realidade, objetivando mudanças em prol de melhorias na qualidade do serviço prestado. Para isso é fundamental a instauração de meios de comunicação para escutar os usuários do serviço e, posteriormente, elaborar o planejamento do serviço de acordo com as demandas e reclamações advindas deles (CARVALHO, 2004). Gronroos (1984) diz que o

resultado de um processo avaliativo é a qualidade percebida de um serviço, onde o consumidor compara o serviço recebido com as suas expectativas anteriores.

Um dos elementos utilizado para avaliar a qualidade de um serviço de saúde é a satisfação do usuário (DONABEDIAN, 1978). A avaliação de um serviço por parte do consumidor é fundamental para que as falhas sejam identificadas já que ele não avalia apenas o serviço recebido, mas também o todo o processo que o serviço passou antes de ser entregue (ZEITHAML, PARASURAMAN e BERRY, 1990).

Nos anos 70 e 80, na Inglaterra e nos EUA, as avaliações por meio da satisfação dos usuários aos serviços de saúde começaram a ter maior relevância no contexto científico. Já no Brasil isso passou a ser algo mensurado apenas por volta dos anos 90, quando o controle social do SUS se fortaleceu (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A organização pode criar meios para a participação dos clientes, a fim de monitorar direta e/ou indiretamente a satisfação do deles. A forma indireta acontece por meio da análise de relatórios, reclamações dos clientes, e outros. Já a avaliação direta é feita por meio de pesquisas, as quais utilizam como instrumentos de pesquisa a entrevista ou a aplicação de questionários com os usuários (BATESON; HOFFMAN, 2001).

Para Neves e Neves (2000) é o usuário quem define a qualidade e isso transcende os parâmetros dos serviços e/ou produtos. Assim, o usuário e a função de qualidade devem ser analisados de forma mais ampla, ultrapassando as relações profissionais e alcançando as relações familiares e sociais.

Assim, conclui-se que a qualidade dos serviços é heterogênea e intangível, dificultando a sua avaliação em uma organização de saúde. Porém existem os sete pilares da qualidade desenvolvidos por Donabedian (1990) que podem ser utilizados para compreender a qualidade de um serviço. São eles: a efetividade, eficácia, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Uma vez compreendido os sete pilares é possível analisar o serviço público de saúde e mensurar a sua qualidade. Para isso, diversos autores estudaram e desenvolveram modelos para a mensuração da qualidade que podem ser trabalhados dentro de uma organização com o intuito de identificar os atributos da qualidade existentes e desenvolver mecanismos para a melhoria na entrega do serviço. Esses modelos de mensuração da qualidade nos serviços não estão ligados diretamente com a finalidade de competitividade para se alcançar a boa gestão e uma boa avaliação da qualidade, mas sim com as necessidades de seus usuários. Por isso, a percepção do usuário é considerado um importante instrumento para a gestão da qualidade no serviço público de saúde para identificar as falhas e traçar melhorias no serviço. O próximo tópico trata de forma específica

o modelo de avaliação da qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry, apresentado no tópico, o qual será utilizado para traçar os resultados dessa pesquisa.

### **2.3.1 Modelo de avaliação da qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry**

Um dos modelos de mensuração da qualidade com base na satisfação do usuário foi criada a partir de 1985, na Universidade de Miami, nos Estados Unidos, pelos estudiosos Parasuraman, Zeithaml e Berry. Os autores utilizaram-se de um estudo envolvendo doze grupos focais, sendo três em cada um dos quatro diferentes serviços investigados: cartão de crédito, banco de varejo, manutenção e corretagem de ações. Baseados nas percepções comuns entre os grupos, esses autores definiram a qualidade em serviço como o grau e o tipo de desigualdades entre as expectativas e as percepções dos usuários, uma vez que todos eles executam os mesmos aspectos do serviço para a avaliação da qualidade. Os resultados alcançados confirmaram que os usuários sofrem influência pelas dimensões do processo e não só pelos resultados do serviço (PENA et al., 2013).

A primeira tentativa para avaliar a satisfação do usuário foi a criação de uma escala psicométrica das dimensões da qualidade, chamada de Service Quality (SERVQUAL), que tinha o intuito de aferir a qualidade operante, aplicado a vários prestadores de serviço (PARASSURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1998).

A elaboração desse instrumento teve como base o “paradigma da desconfirmação”, criado por Oliver no ano de 1980, o qual surgiu do comportamento organizacional e da psicologia social. De acordo com esse paradigma, os consumidores criam expectativas a cerca de um produto, mas somente a compra e o uso do produto são capazes de revelar o desempenho real do produto, criando parâmetro de pior ou melhor do que o esperado pelo consumidor. Assim, se o produto for pior que o esperado, cria-se uma desconfirmação negativa, se o produto for melhor que o esperado, cria-se uma desconfirmação positiva e se o produto for o esperado surge uma desconfirmação zero (FARIAS; SANTOS, 2000).

Em um primeiro momento o SERVQUAL tinha como finalidade servir a área de marketing, mas Parassuraman; Zeithaml; Berry (1998), afirmam que ele pode ser utilizado em diversos serviços, sendo um bom diagnosticador de falhas e pontos fortes de uma organização.

A escala SERVQUAL quando concebida se apegou à 10 (dez) dimensões da qualidade, como mostra o quadro abaixo:

Quadro 5: Modelo original de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)

<b>Dimensões</b>	<b>Descrição</b>
Tangibilidade	Aparência física das instalações.
Confiabilidade	Garantir a realização do serviço de forma confiável.
Responsividade	Ter prontidão no atendimento ao usuário.
Competência	Conhecimento adquirido para realizar o serviço.
Cortesia	Consideração e respeito dos funcionários com os usuários.
Credibilidade	Confiança e honestidade.
Segurança	Ausência de perigo.
Acesso	Proximidade empática.
Comunicação	Manter os usuários informados.
Compreendendo o usuário	Entender as necessidades dos usuários.

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base no estudo de Pena et al. (2013)

Porém, três anos mais tarde, após os autores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) passarem a considerar a qualidade no serviço semelhante a atitude, baseando-se na expectativa sobre o serviço e a percepção sobre o serviço recebido, eles verificaram que havia mutualidade entre essas dimensões, permanecendo íntegras: a tangibilidade, confiabilidade e responsividade. Já as demais dimensões foram aglomeradas em outras duas dimensões: a garantia e a empatia. Assim, foi criado o modelo posterior tendo como base cinco dimensões, como mostra o quadro comparativo das dimensões originais e o modelo posterior à elas:

Quadro 6: Modelo original versus ao modelo posterior das cinco dimensões de Parasuraman, Zeithaml e Berry

<b>Modelo original</b>	<b>Modelo posterior</b>	<b>Descrição</b>
Tangibilidade	Tangibilidade	Aparência física do que é prestado ao usuário.
Confiabilidade	Confiabilidade	Garantir a realização do serviço de forma confiável e com exatidão.
Responsividade	Responsividade	Ter prontidão no atendimento ao usuário, sendo flexível e habilidoso pra adaptar o serviço às reais necessidades do usuário.
Competência Cortesia Credibilidade Segurança	Garantia	Competência e cortesia dada aos usuários e a ausência de perigo nas operações realizadas para a prestação do serviço.
Acesso Comunicação Compreendendo o usuário	Empatia	Atenção e entendimento individualizado das necessidades dos usuários.



Fonte: Marshall G, Murdoch I (2001)

Algumas pesquisas apontaram a confiabilidade como a dimensão mais importante, sendo a tangibilidade pouco relevante quando se trata da qualidade de um serviço na percepção do usuário (SILVA, 2014).

Ao aplicar o modelo SERVQUAL em um serviço e fazer a análise da expectativa e da percepção do usuário, é possível identificar desequilíbrios entre a expectativa e a percepção analisadas, a qual é chamada de gap corporativa. São 5 (cinco) gaps corporativas que podem ser identificadas entre as expectativas e as percepções dos usuários (PENA et. al, 2013). São elas:

Quadro 7: As cinco gaps evidenciadas entre as expectativas e as percepções dos usuários

<b>Gap 1</b>	Refere-se desigualdades entre as expectativas dos usuários e a percepção gerencial sob essas expectativas.
<b>Gap 2</b>	Discrepâncias entre a percepção da gerência e as especificações de qualidade do serviço.
<b>Gap 3</b>	É a diferença entre as especificações estabelecidas do serviço e o que realmente é entregue aos usuários.
<b>Gap 4</b>	Diz respeito sobre as desigualdades entre a prestação do serviço do que efetivamente pode ser oferecido e a promessa divulgada através do marketing para os usuários.
<b>Gap 5</b>	É a discrepância entre o serviço percebido e o serviço prestado, com base nas quatro gaps anteriores: gap 1, gap 2, gap 3, gap 4.

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base no estudo de Pena et. al (2013)

A gap 1 resulta na insatisfação do usuário com o serviço oferecido, visto que cria-se uma lacuna de desigualdade entre as expectativas dos usuários e a percepção gerencial sob essas expectativas. A gap 2 se encontra presente quando o gestor reconhece as expectativas dos usuários, porém há limitações para a entrega do serviço que podem estar presentes na ausência de recursos humanos, materiais e/ou financeiros. Já a gap 3 está inserida na diferença entre as diretrizes organizacionais estabelecidas para a entrega do serviço e o que realmente é entregue para os usuários, sendo o prestador do serviço a peça fundamental para que não haja essa discrepância, já que as atitudes deles com os usuários podem afetar o desempenho do serviço quanto aos aspectos da qualidade. Ainda tem a gap 4 que é evidenciada na instituição quando ocorre falta de comunicação com os usuários do serviço, seja na promessa da realização de um serviço e na entrega oposta do que foi prometido ou seja em relação a comunicação errada para os usuários quanto ao horário e data de funcionamento da organização. E, por último, a gap 5 que é a opinião final dos usuários quanto a qualidade do

serviço, uma vez que quando não há lacunas nas gaps anteriores as expectativas dos clientes foram atendidas, caracterizando o serviço de qualidade (PENA et. al, 2013; SILVA, 2014).

Com base nesses conceitos os autores criaram o modelo teórico-conceitual da ferramenta SERVQUAL, o Modelo GAP da Qualidade dos Serviços, o qual foi modificado tendo como base a área da saúde, especificamente o PSF:

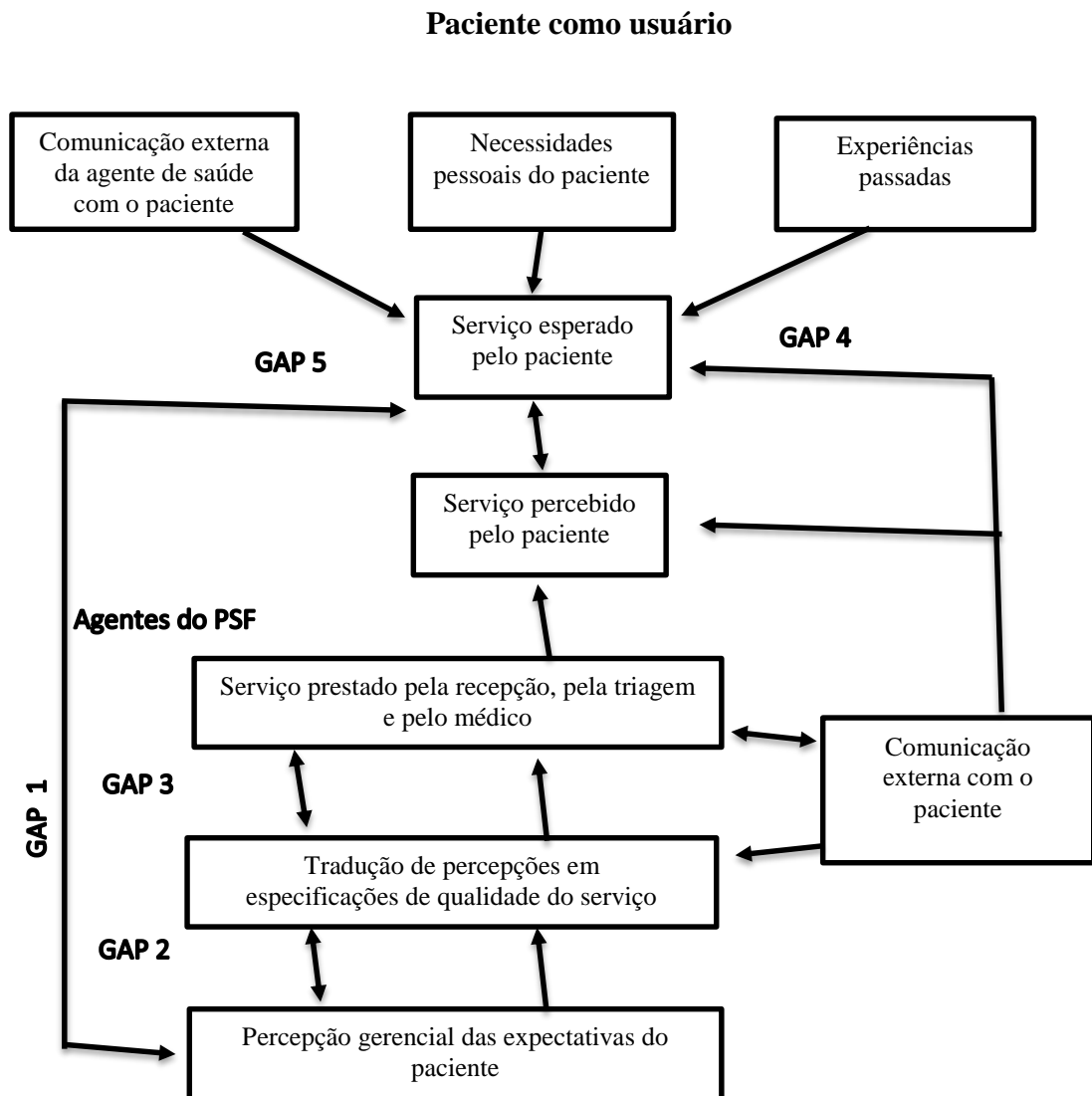


Figura 3: Modelo GAP da Qualidade dos Serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) e Ribeiro (2010) adaptado para o setor da saúde.

Além disso, a escala SERVQUAL tem o objetivo de identificar quais são as dimensões mais importante na percepção dos usuários do serviço. Desse maneira, o instrumento SERVQUAL é aplicado de duas maneiras: a primeira é a avaliação de todas as expectativas dos usuário em relação ao serviço; já a segunda é a verificação das percepções dos mesmos usuários e, posteriormente é realizada uma comparação entre as expetativas e as percepções para identificar a qualidade do serviço (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005).

Para Shahin (2011) uma das vantagens de aplicar esse instrumento em um serviço é a chance que os prestadores do serviço têm de conhecer a percepção dos usuários em relação a cada dimensão da escala. A outra vantagem é a utilização dos resultados obtidos para a busca de melhoria no serviço a fim de alcançar um serviço de qualidade na visão dos usuários. Porém o autor ressalta como desvantagem o fato do modelo precisar ser aplicado em curto prazo, em variadas situações do serviço.

Atualmente, as instituições de saúde pública encontram-se em um cenário em que deve-se considerar as especificidades locais, isto é, deve-se levar em consideração o meio externo em que elas se encontram localizadas ao analisar os aspectos da avaliação dos seus serviços. Por isso, a avaliação pela percepção do usuário se torna muito importante para as instituições poderem traçar novas ações que condizem com a realidade dos usuários do serviço. Analisando todo esse contexto e admitindo a importância dessa temática, é que se justifica a realização deste estudo sob a percepção da avaliação da satisfação dos usuários do serviço público de saúde, no município de Lavras – MG, tendo como base ao traçar os resultados os estudos do modelo de qualidade dos autores Parasuraman, Zeithaml e Berry.

### 3 METODOLOGIA

Este trabalho tem como objetivo pesquisar a qualidade no serviço público de saúde na percepção dos usuários, no município de Lavras, no estado de Minas Gerais, no ano de 2018. Considerando a demanda por qualidade na prestação do serviço público de saúde, a escolha pelo objeto de estudo justifica-se na importância da participação e satisfação dos usuários como um incremento nas ações de mudanças para melhorias na prestação do serviço por parte do gestor público e por parte dos funcionários desse serviço, através da identificação das falhas e das variáveis que interferem no grau de satisfação dos usuários segundo as cinco dimensões da qualidade abordadas nesse trabalho.

Para Gil (2007), a pesquisa é um processo ordenado e racional com o objetivo de alcançar respostas para os problemas e dúvidas que são apontados. A pesquisa é solicitada quando não se tem informações suficientes ou nenhuma para um problema específico. Lehfel'd (1991) menciona a pesquisa como um processo intenso que tem por finalidade analisar uma realidade para encontrar e comparar fatos a cerca de um problema.

O quadro abaixo demonstra a estratégia metodológica adotada na pesquisa. Assim, são descritos, nesta ordem: o *lócus*, a natureza, os procedimentos e os instrumentos de coleta de informações e, por fim, a análise das informações:

Quadro 8: Estratégia metodológica da pesquisa

<b>Lócus</b>	O serviço público de saúde oferecido pelo município de Lavras, no estado de Minas Gerais.
<b>Natureza</b>	Abordagem qualitativa e pesquisa descritiva.
<b>Quanto aos procedimentos utilizados</b>	Estudo de caso local.
<b>Instrumentos de coleta de informações</b>	Entrevista semiestruturada.
<b>Análise das informações</b>	Análise de conteúdo com base teórica.

Fonte: Elaborado pela autora.

Essa pesquisa tem natureza qualitativa, onde a preocupação é avaliar a percepção dos usuários quanto a qualidade do serviço público de saúde, não tendo como base aspectos quantitativos - números e gráficos. Para Minayo (2001) a pesquisa qualitativa preocupa-se com os valores, com as relações, as crenças, as ações e a aparência que a realidade transmite, os quais não podem ser quantificados. Quando um pesquisador opta por uma pesquisa qualitativa ele se envolve diretamente, sendo o próprio objeto em estudo, podendo haver um abarcamento das emoções do pesquisador. Assim, Goldenberg (1997) afirma que o

pesquisador tem que ficar atento para que as suas crenças, valores, costumes, preconceitos e opiniões não interfiram nos resultados da pesquisa.

Essa pesquisa trabalha com dados secundários do projeto de iniciação científica, apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG): “Qualidade Percebida Nos Serviços De Saúde: Um Estudo Aplicado À Rede De Atenção Da Microrregião De Lavras”, no qual a autora trabalhou como bolsista. O projeto tem caráter exploratório, no qual os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas (Anexo I) com os usuários e com os agentes de saúde do município de Lavras-MG. A entrevista semiestruturada está focada na organização e no segmento de um roteiro de perguntas sobre o objeto a ser estudado, mas que permite e até incentiva que o entrevistado fale além do que está sendo perguntado, podendo surgir perguntas e informações de forma mais livre (MANZINI, 1990/1991).

Para compreender e analisar o material qualitativo adquirido por meio das entrevistas realizadas no projeto de iniciação científica, a técnica utilizada foi à análise de conteúdo, sendo um método eficaz quando se trata de analisar os discursos coletados nas entrevistas. Segundo Bardin (1979) essa técnica consiste na transmissão e no conhecimento das mensagens que foram discutidas durante a entrevista, por meio de um processo objetivo de explicação cuidadosa de conteúdo organizado.

Seguindo a linha de Bardin (2011), a análise de conteúdo consistiu em três fases, sendo a primeira fase a pré-análise, onde o material analisado foi preparado e organizado, com a finalidade de tornar as informações operantes. O material utilizado para a análise neste trabalho foi às transcrições das entrevistas que foram feitas, anteriormente, por meio de gravações de áudios.

A segunda fase, conforme Bardin (2010), é a modificação estruturada, onde procurou-se identificar todo o material coletado de forma a compreender e dar significado às respostas dos entrevistados, através de recortes e marcações das partes mais significativas nas entrevistas.

Por último, há a terceira fase que é o tratamento dos resultados alcançados, que consistiu em fazer uma análise comparativa entre os resultados observados e as hipóteses teóricas traçadas no referencial teórico, descrevendo em categorias de análise as relações e a distância existentes entre ambos (BARDIN, 2010). Com isso, Fonseca (2002) chama a atenção para a preparação minuciosa do referencial teórico, pois por meio de sua adequada elaboração é possível que os resultados e o sucesso da pesquisa sejam alcançados rapidamente. Além disso, as categorias de análise delineadas também se tornam fundamentais

pra conceber possíveis respostas para a problemática deste trabalho, alcançando os objetivos (GIL, 2014).

Todas as informações analisadas foram obtidas no mês de fevereiro do ano de 2018, através de uma entrevista semiestruturada individual gravada por áudio e guiada por um roteiro de entrevista (ANEXO I), com 27 (vinte e sete) pacientes de 3 (três) PSF (PSF Vila Rica, PSF Santa Efigênia e PSF Jardim Floresta), do município de Lavras-MG. Para Malhotra (2006) a entrevista individual tem o objetivo de investigar o assunto de maneira mais profunda e livre, a fim de extrair dos entrevistados suas opiniões, experiências e ideias à cerca do tema. A escolha dos PSF se deu com base na sua estrutura física e capacidade de atendimento, sendo: o PSF Santa Efigênia de porte pequeno, capaz de atender um número menor de usuários; o PSF Jardim Floresta de porte médio, capaz de atender um significativo número de usuários; e o PSF Vila Rica, de porte grande que atende um número grande de usuários. Com essa escolha pretendeu-se alcançar percepções distintas referentes a qualidade no serviço público de saúde, já o PSF Vila Rica possui um maior número de pacientes, contando com um alguns atendimentos especializados e dentista, enquanto o PSF Santa Efigênia e do PSF Jardim Floresta atendem um menor número de pacientes e contam apenas com um clinico geral e vacinação.

Quadro 9: Amostra e perfil dos pacientes entrevistados:

<b>PSF</b>	<b>PACIENTE ENTREVISTADOS</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>
<b>SANTA EFIGÊNIA</b>	Entrevistado 1 (PSE 1)	42 anos	Feminino
	Entrevistado 2 (PSE 2)	60 anos	Feminino
	Entrevistado 3 (PSE 3)	59 anos	Feminino
	Entrevistado 4 (PSE 4)	37 anos	Masculino
	Entrevistado 5 (PSE 5)	62 anos	Feminino
	Entrevistado 6 (PSE 6)	40 anos	Masculino
	Entrevistado 7 (PSE 7)	43 anos	Feminino
	Entrevistado 8 (PSE 8)	32 anos	Masculino
	Entrevistado 9 (PSE 9)	62 anos	Masculino
	Entrevistado 10 (PSE 10)	41 anos	Feminino
	Entrevistado 11 (PSE 11)	29 anos	Masculino
<b>JARDIM FLORESTA</b>	Entrevistado 1 (PFJ 1)	63 anos	Feminino
	Entrevistado 2 (PFJ 2)	21 anos	Feminino
	Entrevistado 3 (PFJ 3)	29 anos	Feminino
	Entrevistado 4 (PFJ 4)	61 anos	Feminino
	Entrevistado 5 (PFJ 5)	55 anos	Feminino
	Entrevistado 6 (PFJ 6)	61 anos	Feminino
	Entrevistado 7 (PFJ 7)	68 anos	Feminino
	Entrevistado 8 (PFJ 8)	81 anos	Feminino

	Entrevistado 9 (PFJ 9)	34 anos	Feminino
	Entrevistado 10 (PFJ 10)	51 anos	Feminino
	Entrevistado 11 (PFJ 11)	51 anos	Feminino
	Entrevistado 12 (PFJ 12)	34 anos	Feminino
<b>VILA RICA</b>	Entrevistado 1 (PVR 1)	29 anos	Masculino
<b>VILA RICA</b>	Entrevistado 2 (PVR 2)	35 anos	Feminino
	Entrevistado 3 (PVR 3)	59 anos	Masculino
	Entrevistado 4 (PVR 4)	80 anos	Masculino

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas

Nas entrevistas, os vinte sete pacientes, mostrados no quadro, puderam expressar a sua opinião referente as características que um serviço público de saúde precisa ter para ele ser considerado de boa qualidade, isto é, as expectativas que eles têm em relação a qualidade de um serviço público de saúde. Além disso, compartilharam suas experiências relacionadas ao serviço público de saúde de boa qualidade e de má qualidade recebidos no município de Lavras-MG, evidenciando a realidade do serviço entregue. E por fim, eles também puderam mostrar a sua satisfação ou não com o serviço público de saúde prestado em Lavras-MG, ressaltando o que falta pra melhorar a qualidade do serviço de acordo com a sua percepção individual.

Também foi realizado um grupo focal com as agentes dos mesmos PSF em que os pacientes foram entrevistados, sendo 3 (três) agentes de saúde do PSF Vila Rica, 3 (três) agentes do PSF Santa Efigênia e PSF 5 (cinco) agentes do Jardim Floresta. Esse método busca levar em conta os pontos de vista de um determinado grupo de pessoas referente a um determinado assunto, sabendo-se que as pessoas envolvidas formulam suas respostas de acordo com as respostas dos outros envolvidos no grupo, além de comentar suas experiências e/ou de seus colegas (BAUER & GASKELL, 2002). Optou-se por entrevistar os agentes de saúde, com intuito de buscar identificar percepções distintas já que além deles serem os prestadores do serviço, eles também são usuários do serviço público de saúde.

Quadro 10: Amostra e perfil dos agentes entrevistados:

<b>PSF</b>	<b>AGENTES ENTREVISTADOS</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>
<b>SANTA EFIGÊNIA</b>	Entrevistado 1 (ASE 1)	34 anos	Feminino
	Entrevistado 2 (ASE 2)	43 anos	Feminino
	Entrevistado 3 (ASE 3)	33 anos	Feminino
<b>JARDIM FLORESTA</b>	Entrevistado 1 (AJF 1)	32 anos	Feminino
	Entrevistado 2 (AJF 2)	36 anos	Feminino
	Entrevistado 3 (AJF 3)	45 anos	Feminino
	Entrevistado 4 (AJF 4)	41 anos	Feminino
	Entrevistado 5 (AJF 5)	39 anos	Feminino

<b>VILA RICA</b>	Entrevistado 1 (AVR 1)	29 anos	Feminino
	Entrevistado 2 (AVR 2)	41 anos	Masculino
	Entrevistado 3 (AVR 3)	52 anos	Feminino

Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas.

Nas entrevistas, os agentes de saúde se colocaram no lugar dos usuários e puderam expressar a sua opinião referente as características que um serviço público de saúde precisa ter para ele ser considerado de boa qualidade, isto é, as expectativas que os usuários têm de um serviço público de saúde de qualidade. Além disso, compartilharam suas experiências relacionadas ao serviço público de saúde recebidos no município de Lavras-MG, tanto como usuários como prestadores do serviço, evidenciando a realidade do serviço entregue. E por fim, eles também puderam mostrar a sua satisfação ou não com o serviço público de saúde prestado em Lavras-MG, evidenciando as falhas e o que precisa mudar para o serviço ser de qualidade do serviço.



## 4 RESULTADOS

Esta seção tem como objetivo identificar as expectativas e as percepções dos usuários com base na teoria das dimensões da escala SERVQUAL, fazendo uma análise comparativa dos dados coletados e das informações adquiridas, além de interpretar e discutir os resultados à luz do conteúdo abordado no capítulo 2 desse trabalho, o Referencial Teórico.

As expectativas dos usuários são tudo aquilo o que eles esperam de algo antes de ter, sendo a probabilidade de algo acontecer e o reflexo do desempenho antecipado (FIGUEIREDO, 1994). Para Cooper et al. (1998) as expectativas são os julgamentos pré-estabelecidos dos usuários referente a um serviço ou produto. Já a percepção é a habilidade de compreender situações e objetos através dos sentidos e desenvolver atitudes e opiniões à cerca do que foi observado (PENNA, 1997).

Com base no modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry, a qualidade em serviço pode ser considerada a razão entre o nível de eficácia do serviço e a expectativa do usuário. Assim, buscar entender quais são as expectativas que o usuário espera do serviço é o ponto de partida para a avaliação da qualidade de um serviço (PENA et al., 2013).

Através das entrevistas foi possível constatar que o atributo mais importante na expectativa dos usuários, tanto pacientes quanto agentes, referente a qualidade do serviço público de saúde está relacionado com o atendimento rápido, como pode ser evidenciado na fala de diversos pacientes e agentes de saúde:

“[...]A demora também está sendo muito grande. Eu acho que devia andar mais rápido, porque eu estou com um exame lá na secretaria e está demorando demais mesmo pelo SUS, uma ressonância, e eu preciso dela muito, muito. E esses dias eu fui e está tudo parado. Então eu acho que devia ter um encaminhamento mais rápido, encaminhar e sair mais rápido, porque as vezes a pessoa morre, está na fila esperando pelo exame e não é atendido” (PJF 1, 2018).

“O que ele precisa ter? Um atendimento rápido e acredito que eficácia nos atendimentos. [...] Bom, creio eu que atendimento de boa qualidade é atendimento rápido, eficaz” (PVR 1, 2018).

“Ah... andar mais rápido. Ter um atendimento mais rápido” (PJF 2, 2018).

“Eu acho que é mais a agilidade mesmo, no atendimento” (PJF 3, 2018).

“Acho que o importante é a rapidez. Tudo o que eu precisei foi na hora, os médicos... lá embaixo na secretaria, se eu preciso de um exame eu vou lá e é na hora e na mesma hora resolve” (PVR 3, 2018).

“Eu acho que mais agilidade, um pouco mais de agilidade” (PSE 4, 2018).

“Por exemplo, eu estou com problema no ouvido, então eu tive que vir consultar aqui, eu serei caminhada, mas vai demorar. Então eu acho que esse tempo aí que eles deveriam pensar, porque a gente pode até ser encaminhado, mas o tempo eu

acho bem demorado. Às vezes, fica até anos e como é que você vai ficar anos sem saber que doença você tem? É muito demorado!” (PJF 5, 2018).

“Ter um atendimento mais rápido, os exames atrasam muito e as pessoas ficam esperando muito” (PJF 7, 2018).

“Pra ser considerado de qualidade, o atendimento tem que ser rápido e ele tem que suprir a necessidade daquilo que a pessoa tem, em casos de urgências. Então, de qualidade, a gente tem que ter um atendimento bom, um atendimento rápido, que sejam tomadas medidas mais cabíveis e rápidas para solucionar os problemas” (PSE 8, 2018).

“O atendimento precisa ser mais rápidos, pra ter qualidade não pode ser lento” (PJF 11, 2018).

“O atendimento as pessoas demora bastante, até o médico chegar a gente fica a vida toda esperando” (PJF 12, 2018).

“Eu acho que tem que ter mais rapidez no diagnóstico e na marcação de exames, porque as vezes demora muito pra marcar um exame de depois demora muito pra iniciar um tratamento, aí o problema do paciente se torna grave” (AJF 2, 2018).

Ao relacionar essa expectativa dos usuários com as cinco dimensões do modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), fica claro que ela se encaixa na responsividade, uma vez que os usuários esperam que os prestadores do serviço público de saúde tenham prontidão no atendimento, sendo flexíveis e habilidosos pra adaptarem o serviço às reais necessidades do usuário. Os usuários relatam suas percepções do serviço através de suas experiências passadas com relação a demora no atendimento:

“[...] a gente espera muito tempo. Eu mesma estou esperando um exame muito importante pra ser feito que um médico me pediu, na verdade foram 3 médicos que pediram o mesmo exame, já tem mais de 1 ano e eu não consegui fazer ainda pelo SUS” (PSE 2, 2018).

“No pediatra em que eu levei a minha menina, eles marcaram pra uma hora e a gente foi ser atendida as cinco horas, não só a minha menina mas as outras crianças que estavam lá. Eu tinha um pacote de bis, mas eu pensei que se eu desse pra ela todas as outras crianças iam querer. As crianças todas chorando, todas cansadas e as mães também. [...]E a gente teve que esperar quatro horas por um atendimento” (AJF 4, 2018).

“Eu acho que a prioridade é os exames porque demora muito. Você vem aqui e eles marcam só pra outra semana, então se precisar tem que ir na UPA. Bom se você tiver passando mal e vier aqui, eles até te atendem, mas e se não tiver vaga?” (PJF 10, 2018).

“É, a demora está muita. Eu vim aqui ontem e não fui recebi, agora vim hoje e estou esperando aqui” (PSE 6, 2018).

“[...]lá embaixo, na estação, eu acho lá um atendimento nada bom. É bem demorado[...]”. “Até aqui no pronto socorro mesmo demora bem o atendimento também.” (PSE 1, 2018).

“[...]os exames demora; o médico demora a sair também, a gente marca mas demora e a gente fica na fila esperando (PJF 1, 2018).

“Pra falar a verdade, eu nem fui atendido porque eu queria passar com o neuro, aí passei por aqui, precisei passar pelo P.A. pra estar agendando, porque tem que ir pra secretaria e tem que estar esperando eles agendarem e é um prazo de 3 meses, então é longe. Demora demais!” (PSE 4, 2018).

Assim, é possível identificar, através das falas dos entrevistados, que a expectativa deles em relação a dimensão da responsividade para a qualidade do serviço público de saúde supera as suas percepções quanto ao serviço recebido. O agente de saúde, ASE 2 (2018), ressalta que a demora o atendimento é muito grande e que não isso não deveria acontecer, principalmente em casos de urgência como no caso de pacientes oncológicos:

[...]a consulta é muito demorada e se a pessoa precisar com urgência, demora. [...] E tem paciente também que quando a consulta é oncológica demora demais e a primeira consulta é em Varginha. Então eu acho que por ser um caso tão grave, tinha que ser mais ágil o atendimento. Demora demais a primeira consulta. [...]” (ASE 2, 2018).

Através das entrevistas com os agentes de saúde foi possível identificar o porquê da demora no atendimento e a falta de recursos humanos e materiais. Para eles todo o problema vem da administração pública, especificamente da secretaria de saúde do município de Lavras-MG, como deixa claro o agente B “eu acho que depende muito também da administração, de quem está na administração da cidade porque com o passar dos anos a gente consegue ver a diferença. Então varia muito, porque tem administração que a saúde fica boa e tem outras que fica péssimo” (AJF 5, 2018). No PSF Vila Rica também ocorreu dos agentes questionarem a atuação da administração na área da saúde “eu acho que eles deviam fazer um bom planejamento pra tentar resolver isso. Sentarem, conversarem e verem a necessidade do município, ver onde está tendo falhas e tentar resolver, porque está deixando muito a desejar (AVR 1, 2018). “A má administração! A verdade é essa, porque não tem outra coisa. Nesse questionamento é a má administração. No dia em que a administração pública funcionar de verdade, vários setores, não só saúde, mas de maneira geral, melhoraria aqui na cidade. É aquele negócio assim, finge que está fazendo. [...] quem rege esse sistema aqui em Lavras, praticamente não usa. Então pergunta quem mexe com o SUS, se eles vão lá, se eles entram na fila, se eles levam os filhos lá. Não levam! O presidente passou mal e pra onde que ele foi? Foi para o Einstein. Einstein? Pois é, um hospital de São Paulo, que não é do SUS. Então eles fazem aquilo lá, mas usam outras coisas. Então no momento em que eles usassem, mas eles não vão usar porque eles não precisam, eles têm outras condições, mas se eles usassem eu acho que estaria bem melhor do que está hoje” (AVR 2, 2018).

Outro fator que é citado pelo agente 1, do PSF Jardim Floresta é a questão da desvalorização dos profissionais da área da saúde, principalmente os agentes, “e tem a questão

de valorizar os profissionais, porque não temos valorização. Nós vamos nas reuniões e eles falam que somos a porta de entrada do PSF que sem nós o PSF não funciona. A gente não tem uniforme, a gente já chegou a comprar canetas, o papel eles mandam só porque o governo quem manda pra gente fazer as visitas, a gente não tem calçados, não tem protetor solar e quando tem, eles mandam protetor com fator 30 de péssima qualidade. [...] falar da boca pra fora é fácil, mas ter valorização não tem nenhuma, nem financeiro e nem nas condições do serviço. Se você quer estudar, eles não te dão condições nenhuma de vocês fazer um estágio, porque todo estudo exige um estágio e como você vai fazer um estágio na sua área? As vezes o estágio que a gente quer não é na área de saúde e aí? As vezes eles descontam nas férias e se você precisar fazer uma pesquisa de campo?” (AJF 1, 2018).

Os agentes dos 3 PSF também acreditam que o problema do atraso nos atendimentos e na marcação de exames está bastante relacionado a falta de comunicação entre a secretária de saúde com os PSF, como também na falta de comunicação dos paciente com os agentes. Além disso, eles ressaltam que a colaboração dos paciente é fundamental para que o serviço deles possa ter eficácia:

“Comunicação entre todos os setores: PSF, Secretaria de Saúde, UPA, AME. Porque tem hora que uma fala com o outro e aí o paciente vem aqui e diz que foi em tal lugar e disseram que era pra ele ter vindo aqui. Aí o paciente fica indo de lugar em lugar sem resolver o problema. Acho que isso tem que melhorar muito!” (AJF 4, 2018).

“[...] o exame é pra amanhã e o pessoal da secretária avisam pra gente um dia antes a tarde e querem que a gente dá conta de achar o paciente pra avisar. Na hora que a gente acha e eles vão lá, eles falam que não dá mais, que eles perderam o exame.” (AJF 2, 2018).

“Comunicação. Tem que ter contato com o paciente como profissional, ele tem que saber entender e a gente tem que saber explicar, pra trabalhar bem. Se a gente explica direito, mas o paciente não compreende o que a gente está falando, interpreta de outra maneira e acaba de vez de esclarecer, confundindo. Se o paciente esclarecer e falar a necessidade dele fica mais fácil de trabalhar” (AJF 1, 2018).

“Às vezes eles consultam e a pré-consulta é das treze até as treze e trinta horas, e eles querem chegar aqui as quatorze horas, as quatorze e trinte. Imagina aquela coisa toda pra ser feita? “Ah, mas eu vou na secretária!”. Aí eles ligam aqui pra saber o que é que está acontecendo porque o paciente “tal” esteve lá. Então o mecanismo deles é ir na secretária reclamar. Então a gente acaba fazendo as funções meio pressionados. “Ah, fulano não vai na minha casa!”, a gente vai na casa e a pessoa não está. Eu estou com exame pra entregar já tem uma semana e eles não abrem a porta.” (AVR 2, 2018).

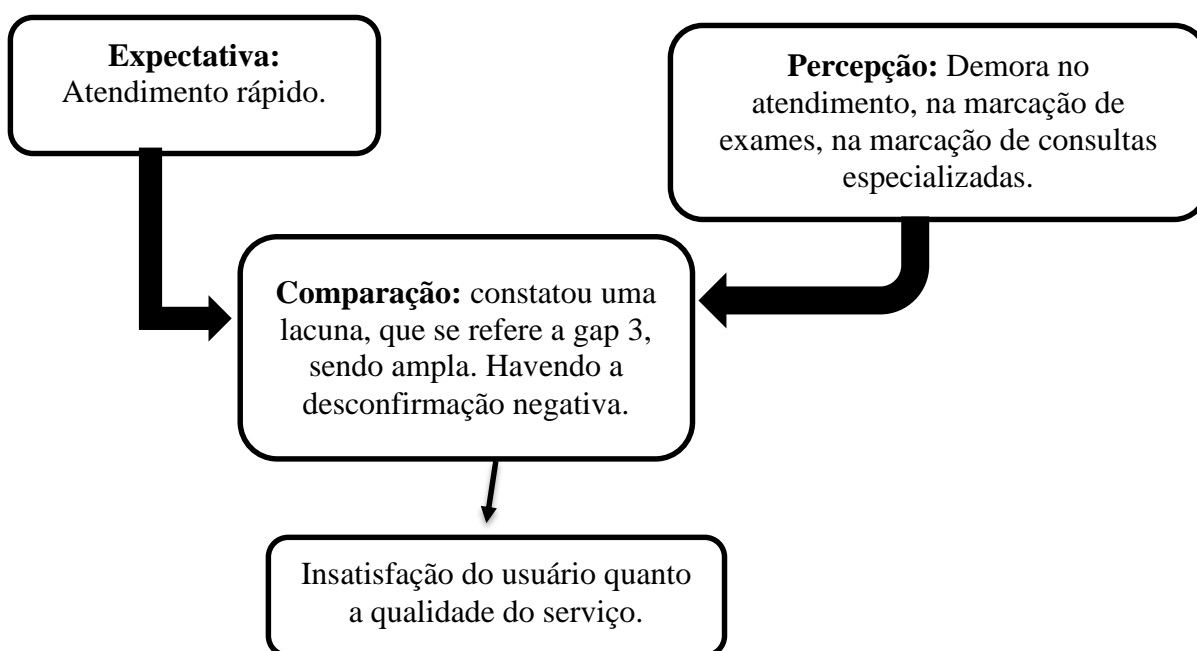
Outro ponto questionado foi o fato de Lavras atender os municípios da região, para a agente 1, do PSF Vila Rica a rede de atenção acaba se tornando um município de Lavras, pelo fato que o paciente da outra cidade utiliza o seu cartão do SUS municipal para ser atendido no município de Lavras, porém o número que consta no cartão, acusa de qual município o

paciente é e a verba vai para o seu município em vez de vim pra Lavras, onde ele de fato foi atendido:

“Porque quanto maior a cidade, ela tem que atender as cidadezinhas do entorno... aí o que é que acontece? Faltam especialistas! A gente tem hospital, tem um PSF grande aqui, então eles atendem lá e mandam pra cá e a gente faz tudo aqui. No hospital tem uma planilha, então eles têm que relatar, mas lá não relata que ela é de Perdões. Ela quebrou o braço e está aqui, então ela conta com Lavras, pra uma doença, ela conta com Lavras. [...] Porque ele vem pra ser atendido aqui, mas quando usa o cartão do SUS dele, a gente vê que ele é de lá, mas por causa desse número é lançado no sistema como se ele tivesse sido atendido na cidade dele, então a verba não vem pra gente, vai pra cidade dele. Entendeu? O paciente de fora vem aqui buscar tratamento. Aí ele faz o tratamento aqui? Faz! Mas a verba vai pra cidade dele” (AVR 1, 2018).

Assim, entre essa expectativa do usuário em receber um serviço pronto e rápido e a real percepção dele na demora na prestação do serviço, é possível identificar que há uma falha, que de acordo com o modelo da qualidade estudado, se refere a gap 3, devido aos prestadores não entregarem de forma correta o serviço padrão, fazendo com que essa gap seja ampla e a satisfação do usuário com o serviço seja baixa.

Figura 4: Comparação entre a expectativa do atendimento rápido e a percepção do serviço:



Fonte: Elaborado pela autora.

Quando os usuários são questionados quanto aos atributos que um serviço público de saúde precisa ter para ele ser de qualidade, é identificada outra expectativa que está relacionada ao atendimento humanizado do serviço por parte dos prestadores, isto é, os usuários acreditam que para um serviço público de saúde ser de qualidade é preciso que os

prestadores sejam educados, respeitem o paciente, tenham empatia pelo problema de saúde do paciente.

“mais suporte nessa parte psicológica para atender, tipo: mais contato com as pessoas, mais humanidade” (PVR 1, 2018).

“Precisa ter os agentes educados, saber tratar as pessoas. A educação em primeiro lugar né? Dar atenção, ter respeito pelo ser humano, porque tem pessoas que não respeitam o ser humano. Eles acham que o ser humano é qualquer lixo. E eu acho que a educação é muito essencial na saúde. E ter muito cuidado, principalmente com os idosos, com as crianças” (PJF 1, 2018).

“Pra mim é desde o atendimento, por exemplo: você procura uma rede pública e você é mal atendida por um funcionário, com estupidez, com cara feia, isso pra mim já é má qualidade porque a partir do momento em que uma pessoa se prontifica a trabalhar, não importa o setor que ela ocupa, ela tem sempre que estar de carinha boa e está feliz.” (PSE 2, 2018).

“O serviço precisa ter um atendimento com mais carinho” (PSE 5, 2018).

“A educação. O que mais acaba com o ser humano é a educação, se o ser humano não tiver educação pra conversar, simplesmente... eu já fui atendido ruim pelo funcionários que não tem educação e é aquela gritaria” (PSE 6, 2018).

“[...] ser tratado com educação, ser chamado pelo nome, ter um tratamento bom. Porque as vezes você chega e um profissional mal humorado, com a cara ruim, porque ele já trabalhou 12 horas, já está cansado, saturado, então ele nem olha no seu rosto e nem te faz um exame direito. [...]é preciso ser um pouco mais humano. Porque teve pacientes que reclamaram na secretaria dos funcionários serem muito grosseiros, de não terem paciência e de não explicarem direito.” (AJF 4; AJF 5, 2018).

“Acho que em primeiro lugar é o acolhimento, ele ser bem feito. É você escutar o paciente, entender ele, se colocar no lugar do paciente. Acho que isso é o mais difícil. [...] Um serviço de boa qualidade é igual ao que a Eliana falou, começa no acolhimento. É quando você chega e a recepcionista te atende bem, já te encaminha pra onde tem que te encaminhar. [...] É na questão do atendimento mesmo, na questão de te tratarem mal, de não perguntarem muito bem, de não darem atenção” (ASE 2; ASE 3, 2018).

Ao entrevistar os agentes de saúde, eles ressaltam como prestadores do serviço que o paciente já chega com o seu problema de saúde e que o mínimo que eles podem fazer é tratá-lo com empatia, como ressalta a agente 1 do PSF Vila Rica “quando eu não estou em um dia bom, eu encurto as palavras, eu não converso, eu só respondo o que eu tenho que responder, mas não trato mal porque ninguém tem culpa. E lá, infelizmente, eu não tinha culpa, então do mesmo jeito que veio, voltou. Mas ela tem que entender que não é assim que trata, porque todo lugar que você vai desacata, mas o contrário também. Agora o paciente você não pode tratar de qualquer jeito não, você tem que ser educada, é o mínimo” (AVR 1, 2018).

A expectativa do atendimento humanizado esperada pelos usuários, refere-se a “empatia”, uma das dimensões traçadas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que é

quando os usuários esperam que suas necessidades tenham a devida atenção e entendimento individualizado dos prestadores do serviço. É notório nas falas de alguns usuários que acontece de algumas vezes serem atendidos com falta de educação, brutalidade e falta de atenção por parte dos prestadores. Porém, a maioria afirma ter recebido um serviço de boa qualidade devido a atenção, o carinho, a educação e o respeito por parte dos prestadores.

“Aqui nesse PSF só muito bem atendido! Apesar de ser mal tratado no PA, aqui sou bem tratado.” (PJF 1, 2018).

“Tudo que eu preciso eu venho aqui ou na secretaria e eles me tratam muito bem, me dão atenção” (PVR 2, 2018).

“[...] tem muita gente que reclama do mal atendimento, da falta de educação dos funcionários, mas aqui em Lavras eu acho que por enquanto está mais ou menos controlado. Eu não tenho o que reclamar, porque nunca me trataram mal [...]” (PVR 4, 2018).

“É por causa da atenção, do carinho que eles tinham comigo, eu tenho cirurgias nos braços e eles me tratam bem [...] Mau atendimento médico, brutalidade, falta de educação comigo já aconteceu no particular. Falta de atenção, falta de interesse pelo o que eu estava sentido, pelo o que eu tinha nunca aconteceu aqui no SUS” (PJF 6, 2018).

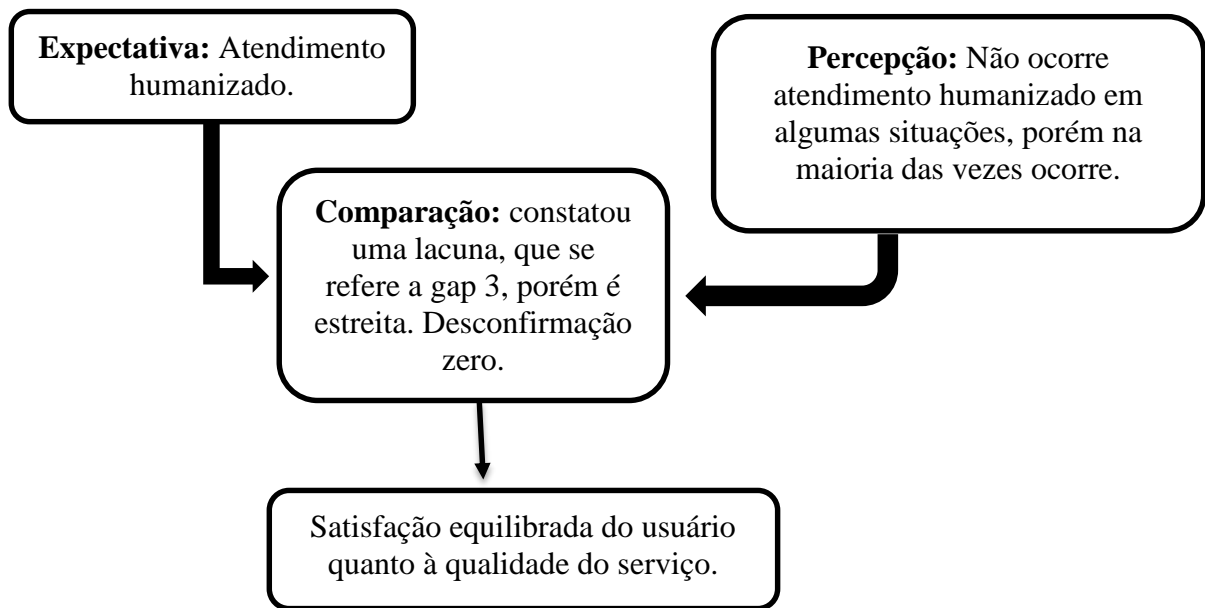
“A atenção do médico com a gente. Outro dia que eu fui no hospital eu recebi um ótimo serviço. O Doutor Olímpio que me atendeu super bem! Ele foi maravilhoso! [...] aqui no posto a gente não tem queixa não, mas na UPA a gente está precisando de mais atenção, porque tem vezes que chego lá e os funcionários estão todos de caras ruins.” (PJF 9, 2018).

“O atendimento bom. As meninas aqui atendem bem. Muito boazinhas!” (PJF 10, 2018).

“Às vezes tem uma falta de paciência, ou a falta da pessoa ser mais atenciosa. Mas aqui o atendimento é muito bom” (PJF 11, 2018).

Com isso, a expectativa do usuário em receber um serviço com atendimento humanizado e a real percepção dele em ser acolhido empaticamente pelo prestador do serviço, torna a GAP 3 estreita e a satisfação do usuário equilibrada.

Figura 5: Comparação entre a expectativa do atendimento humanizado e a percepção do serviço:



Fonte: Elaborado pela autora.

E por fim, a última expectativa que os usuários esperam em um serviço público de saúde de qualidade é que o número de prestadores do serviço, consultas, remédios e exames, sejam suficientes pra suprir a demanda dos usuários do SUS.

“Mais médicos, mais funcionários. É isso mesmo... até mais condições pra eles trabalharem também, melhoria de salários pra eles, pelo menos eles teriam uma qualidade melhor também. [...] tem que ter mais exames porque a gente depende também e é uma coisa que as vezes a gente precisa e não tem. E mesmo você não tendo condições, você tem que pagar” (PSE 1, 2018).

“Bom, precisa ter mais exames, mais médicos e mais possibilidades de fazer tratamentos aqui na cidade do que ir pra fora. [...] falta a possibilidade da gente ter a possibilidade de fazer um tratamento aqui na cidade em vez da gente ser transportado pra fora, sendo que aqui também pode ter recurso (PVR 2, 2018).

“É nunca faltar médico no posto, sempre ter pra atender nós, igual agora que eu fui passar no doutor Breno e ele já me encaminhou para a secretaria pra fazer uma outra consulta e fazer ultrassom” (PSE 3, 2018).

“Eu acho que precisaria também de mais médicos porque a situação está precária. [...] Falta especialistas. Não tem pediatra. Então, está tendo pouco médico mesmo. (ASE 3, 2018).

“Eu acho que a gente precisava ter mais médicos em outras especialidades, por exemplo: um otorrino, um médico de alergia, que muitas vezes a gente não tem condições de ter acesso a esses médicos e o SUS não tem parceria com eles” (PJF 5, 2018).

“Eu acho que precisa ter mais médicos, mais hospitais, mais postinhos que acolhessem a gente no dia em que a gente estivesse passando mal e não aguardando daqui a quinze dias” (PSE 5, 2018).

“Tem que ter mais médicos [...] precisa trazer mais medicamentos e ampliar o P.A” (PSE 10, 2018).



“É! Precisa de mais PSF’s, porque a cidade está crescendo muito e não tem PSF’s suficientes para a demanda da população. Para a unidade dar conta da população é preciso ter no mínimo 2 médicos em cada PSF, porque 1 é pouco.” (AJF 4, 2018).

“Eu acho que faz falta também é ter mais remédios e mais especialistas. Na área de saúde do SUS é pouco ginecologista, é pouco clínico geral, então fica aquela demanda muito grande e a marcação demora” (AJF 1, 2018).

“[...] falta muita coisa que pode ser feito na cidade e não tem, igual o serviço de oncologia que precisava ter. [...] E tem os exames que ainda não tem e que precisa ter [...] precisa ter mais especialistas, ainda mais em questão de ginecologistas.” (PJF 11, 2018).

“Eu acho que precisa ter mais médicos porque tem pouca quantidade de médicos. Mais médicos qualificados, não que eles não sejam, eu acho que está faltando mesmo é mais quantidade de médicos” (PSE 11, 2018).

Ao analisar de forma criteriosa, é possível constatar que essa expectativa refere-se a mais de uma dimensão. Ela está ligada a: confiabilidade, pois quando falta médicos e materiais a garantia da realização do serviço de forma confiável e com exatidão é prejudicada; a responsabilidade, uma vez que na falta de recursos materiais e humanos não há como entregar o serviço com prontidão para o usuário; e a garantia, já que com a escassez desses recursos a competência e cortesia estendida aos usuários é diminuída significativamente. Através das falas dos entrevistados é nítido que esse problema é recorrente por todo o SUS, se tornando o maior entrave para a prestação de um serviço público de qualidade.

“Acho que mais profissionais na área porque está muito sem profissional, a gente espera muito tempo. [...] Então eu acho que mais profissionais na área, maior ampliação do sistema de saúde, porque é muita demora. Eu acho que as pessoas menos favorecidas, ficam sempre menos favorecidas porque se ele não tem condições de pagar uma consulta particular, ele acaba na fila do SUS pra fazer um exame ou até mesmo uma consulta. Eu acho que no país que a gente vive, a gente trabalha muito e tem muito pouco do governo. [...] É aquilo que eu te disse, está faltando mais profissionais. E eu acho que é mais com o governo nessa área, para o negócio andar melhor. Porque a espera em consultas, em hospitais, em leitos é parte mais governamental. [...] os governantes poderiam está cortando os gastos que eles têm lá, pra sobrar mais dinheiro pra saúde, como pra educação. Se eles cortarem os gastos que eles têm, desnecessários, como os gastos pessoais, os salários exorbitantes. Então eu acho que se o governo diminuísse os gastos lá em cima, que não é necessário, vai sobrar dinheiro pra jogar aqui embaixo, para os menos favorecidos” (PSE 2, 2018).

“Liberar mais exames, porque essa semana mesmo eu paguei pra fazer exames do meu outro filho que também tem depressão, de infecção urinária [...] Os medicamentos do meu filho são caros e eu não acho nenhum pela farmacinha, nem o rivotril eu estou achando.” (PJF 4, 2018).

Ruim o atendimento, porque está ruim de médicos pois o médico mais falta do que vai. Toda vez que precisa, não tem médico. [...] está faltando muita medicação. Os idosos, por exemplo, vai lá na UPA faz os exames, mas depois não tem dinheiro pra comprar aquela medicação, ai bate lá na farmacinha e não tem remédio” (PJF 9, 2018).

“A gente vai aqui na UPA pra tomar remédio e tem dia que nem tem. [...]” (PSE 9, 2018).

O agente de saúde 1 (2018), do PSF Santa Efigênia acredita que a falta de médicos especializados, a falta de materiais suficientes para que os profissionais exerçam suas funções e a indisponibilidade de exames, fazem com que não seja possível atender com prontidão e habilidade toda a população, ocorrendo a demora significativa no atendimento aos usuários. O agente 2, do mesmo PSF, complementa que a falta de recursos é mais visível hoje em dia devido ao número da população ter aumentado:

“Nós sabemos que é um médico só em cada PSF, só que quando o PSF foi criado pra três mil e quinhentas à quatro mil pessoas, mas a demanda aumentou. Aí eu acho que precisa de mais médicos mesmo, até um outro clínico, um pediatra. [...] às vezes há falta de material, curativos, aparelho de pressão bom, as fitas de glicemia que falta muito. A demanda é muito grande, são mais de oito mil pessoas, porque todo dia chega um querendo ser cadastrado e a gente não pode falar não, mesmo se ele for de outro bairro” (ASE 2, 2018).

A agente 3, do PSF Jardim Floresta deixa claro que apesar dos usuários os culparem pela falta de recursos, eles não têm controle sobre esses recursos, “os pacientes acham que a gente tem culpa, mas eu trabalhei um tempo na UPA e vi que os profissionais lá fazem o que dá pra fazer, fazem o possível com o pouco que têm, da mesma forma que a gente aqui no PSF. Mas claro que a demanda lá é bem maior.” (AJF 3, 2018). Além disso, essa falta de recursos também é sentida pelos agentes e demais profissionais da área da saúde que ficam sobrecarregados de serviços e acabam tendo que executar funções além do que deveriam:

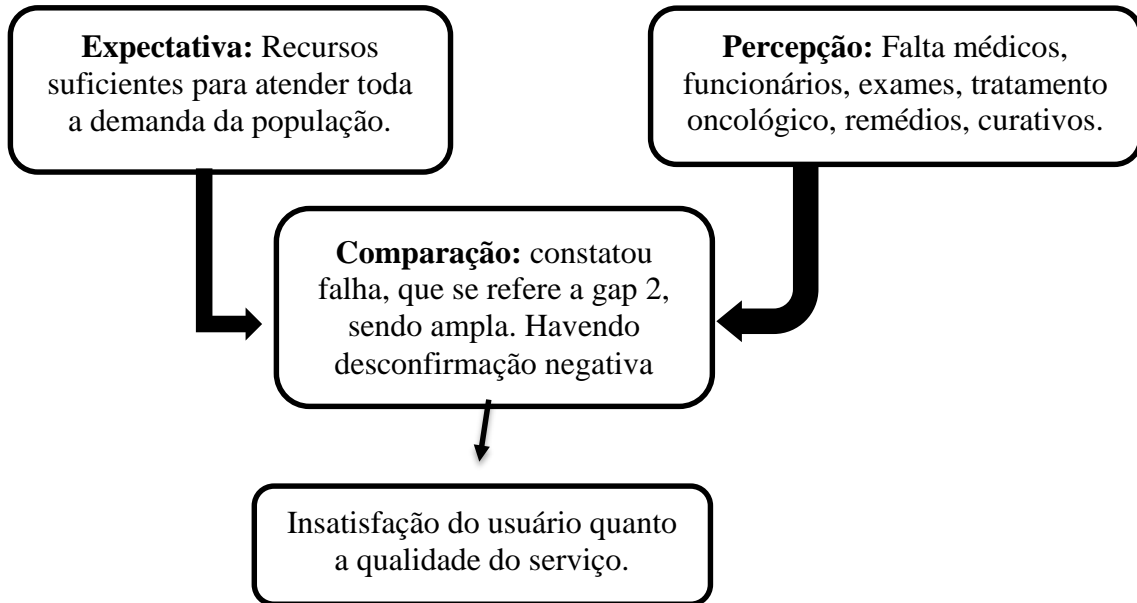
“[...] a gente aqui tem que fazer dez funções, mas é normal, é a nossa função de agente. A gente é psicólogo, a gente é nutricionista, tem hora que a gente é faxineiro porque está faltando uma equipe aqui. Então a gente tem fazer muita coisa em pouco tempo, pra muita gente. Então fica difícil. [...]olha a minha colega lá da frente que está na recepção, hoje ela está lá e amanhã sou eu, a gente não tem recepção. Agora o dinheiro vem! Então por que que não contrata uma secretária aqui? Sobrecarrega a gente” (AVR 1; AVR 2; AVR 3, 2018).

“Às vezes, eles reclamam que não tem profissional para atender, porque a gente atende pacientes acamados, só que são 5 fisioterapeutas em período integral e 2 que fazem meio período para atender todos os acamados da cidade e mais toda a zona rural. Duas fazem meio período, e os outros 5 profissionais pra dar conta de toda a cidade é muito pouco, então há reclamações nessa parte. Então eu acho que se tivesse mais profissionais na área seria o ideal e não sobrecarregaria eles” (AJF 2, 2018).

A expectativa do usuário de que os recursos materiais, humanos e financeiros sejam suficientes ou superiores a demanda dos usuários do SUS, sobressai a percepção deles com relação a falta de médicos, consultas e exames ofertados no serviço público de saúde de Lavras. Assim, pode ser evidenciado a gap 2 entre a expectativa e a real percepção do usuário, uma vez que é nítido a diferença das especificações da qualidade dos serviços definidas pela

gerência aos reais desejos e expectativas dos usuários. Um exemplo da gap 2 nesse caso é que há a especificação de que todo cidadão tem direito ao acesso universal e igualitário do SUS que promova à prevenção, promoção, proteção e recuperação de doenças, porém não é possível atingir essa garantia se há a falta de recursos suficientes para o atendimento dos usuários.

Figura 6: Comparação entre a expectativa dos recursos suficientes e a percepção do serviço:



Fonte: Elaborado pela autora.

Através desses resultados traçados foi possível identificar as expectativas e as percepções dos usuários do serviço público de saúde do município de Lavras, as dimensões em que essas expectativas se referem e as falhas identificadas através das lacunas formadas entre a expectativa e a percepção do usuário, podendo ser observada com mais clareza no quadro abaixo:

Quadro 11: Quadro demonstrativo dos resultados obtidos e do estudo do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry

<b>Expectativa do usuário</b>	<b>Percepção do usuário</b>	<b>Dimensão</b>	<b>GAP</b>
Atendimento Rápido	Há demora significativa para o usuário conseguir ser atendido, para marcar consultas e conseguir realizar exames	Responsividade	GAP 3 ampla e insatisfação dos usuários.
Atendimento Humanizado	Apesar de acontecer do usuário passar por um atendimento sem empatia, a maioria elogiou o	Empatia	GAP 3 estreita e satisfação dos usuários equilibrada.

	atendimento empático que os prestadores oferecem, principalmente do seu respectivo PSF		
Recursos humanos, materiais e financeiros suficientes para suprir à demanda da população.	Falta recursos humanos e materiais para garantir o direito de acesso universal e igualitário ao SUS por todo cidadão para à prevenção, promoção, proteção e recuperação de doenças	Confiabilidade Responsividade Garantia	GAP 2 ampla e insatisfação dos usuários.

Fonte: Quadro elaborado pela autora com base nos resultados obtidos e nos estudos de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)

Com base nos estudos é possível utilizar o modelo teórico-conceitual da ferramenta SERVQUAL, o Modelo GAP da Qualidade dos Serviços, para demonstrar os resultados obtidos, com base na área da saúde:

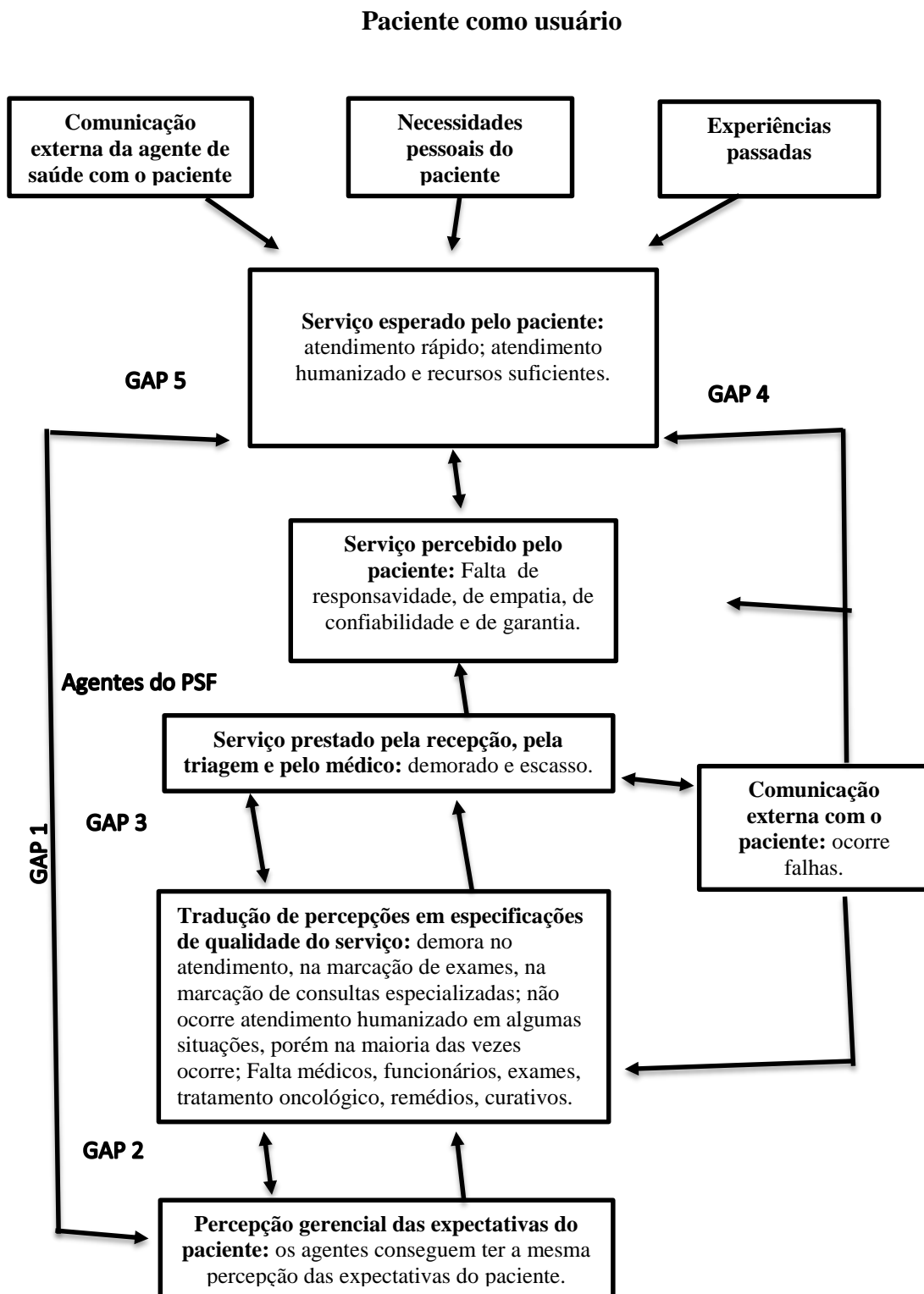


Figura 3: Modelo GAP da Qualidade dos Serviços de Parasaruman, Zeithaml e Berry (1988) e Ribeiro (2010) adaptado para o setor da saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da teoria das dimensões da escala SERVQUAL no serviço público de saúde do município de Lavras, no estado de Minas Gerais, possibilitou mensurar a percepção dos usuários do serviço público de saúde à cerca da qualidade. Para realizar a análise foram feitas entrevistas com os pacientes e os agentes de saúde de três PSF (Programa Saúde da Família). Através dessa análise por categoria foi possível identificar quais são as expectativas dos pacientes do serviço público de saúde do município de Lavras e qual é a percepção deles quanto ao serviço recebido. Traçando esse resultado com o modelo da qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), conclui-se que as expectativas dos usuários do município de Lavras estão pautadas em: atendimento rápido, atendimento humanizado e recursos humanos, materiais e financeiros suficientes pra suprir as demandas da população. Essas expectativas estão relacionadas com algumas dimensões da qualidade, que são: a responsividade, empatia, confiabilidade e garantia.

Constatou-se também que os agentes de saúde são capazes de perceber as expectativas e a percepção dos pacientes em relação ao serviço público de saúde, além de serem capazes de identificar onde se encontram as falhas no serviço que impossibilitam que o serviço sejam entregue com a qualidade esperada pelos usuários.

Com essa etapa cumprida, foi possível identificar se houve lacunas entre as expectativas e as percepções desses usuários, constatando se há satisfação ou não deles com o serviço público de Lavras. Porém houve ambiguidade na aplicação do gap 5, – julgamento final do usuário em razão da qualidade do serviço público, isto é, se ele se considera satisfeito ou não com o serviço prestado pelo município - pois os resultados da análise caminharam para a insatisfação dos usuários com o serviço público de saúde de Lavras, mas ao aplicar a antepenúltima pergunta da entrevista: “Você se considera satisfeito com o serviço público de saúde prestado em seu município? Por quê?”, a maioria dos entrevistados se consideram bastante satisfeitos com o serviço. Acredita-se que essa ambiguidade se deve ao receio de alguns entrevistados em se comprometerem de alguma forma ao expressarem o que pensam. Outro fato é que outros entrevistados moraram em cidade grande e confirmarem que a qualidade do serviço público de saúde dessas cidades é pior se comparado com Lavras. Há também a influência das mídias sob a opinião dos entrevistado quando elas mostram serviço público de saúde no país muito precários se comparados com Lavras.

Assim, o estudo possibilitou uma melhor compreensão da qualidade no olhar do usuário do serviço público de saúde do município de Lavras-MG. Foi possível, também,

perceber as limitações e dificuldades que os usuários enfrentam pra conseguir um serviço público de saúde que supra as suas expectativas e necessidades, pelo fato de também existir limitações e dificuldades organizacionais que tendem a gerar falhas no processo para a entrega do serviço final para os usuários.

Quanto às limitações do estudo, pode-se esclarecer que houve dificuldades quanto a recepção dos entrevistados em querer contribuir com a pesquisa, devido ao receio de se comprometerem de alguma forma com autoridades políticas. Além disso, houve saturação nas respostas dos entrevistados, o que dificultou na identificação de percepções distintas entre os usuários, já que as respostas tornaram-se repetitivas.

As implicações dos resultados dessa pesquisa para a secretaria municipal de saúde, especificamente para os PSF, possibilitará a verificação de todo o processo de trabalho quanto aos atributos em que foram identificadas as inconformidades do serviço prestado em relação as cinco dimensões analisadas, com o intuito de trabalhar a busca da satisfação do usuário. Legitima-se que as informações contidas nesse trabalho são significativas para a tomada de decisão dos gestores e funcionários para que haja interferências eficientes e particulares na melhoria do serviço público de saúde como um todo.

Considerando o receio dos entrevistados de se comprometerem com as autoridades políticas ao colaborarem com a entrevista, seria de grande relevância a realização de futuros trabalhos com o intuito de identificar as causas desse receio. Considerando as limitações e dificuldades organizacionais apresentadas pelos agentes de saúde, seria interessante a realização de análises voltadas para o processo logístico da gestão da secretária municipal de Lavras-MG, capaz de entender como se dá a relação dela com os demais setores da saúde, a fim de identificar as falhas e traçar soluções para o aperfeiçoamento de todo o processo logístico com o intuito de entregar um serviço com qualidade para os usuários.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, Domitila Duarte. **Serviços Públicos**. Revista Científica Semana Acadêmica. Fortaleza, ano MMXIV, Nº. 000064, 2014.
- ANDRADE, L. L. et al. **As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Rev Tempus Actas Saúde Col., Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 263-279, 2013.
- ARANAZ, J. M. **La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos**. Universidad Miguel Hernández de Elche. Valencia Espana, 2003. Disponível em: <<http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>>. Acesso em: 22 de Junho de 2019.
- BAHIA L. **Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente**. Cad Saúde Pública 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- \_\_\_\_\_ **Análise de conteúdo**. Lisboa, PO: Edições 70, 2010.
- \_\_\_\_\_ **Análise de conteúdo**. SP. Edição 70, 2011.
- BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de serviços**. Editora Bookman, 2001.
- BAUER, Martin W. & GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde suplementar**. Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, 11. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 25 de outubro de 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986.
- CARVALHO, C. O. M. et al. **Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas**. Jornal Brasileiro e Nefrologia. VXXI, n.4, p. 216-222, 2004.



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Portal. **Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/16cns/index.html>>. Acesso em 11 de Junho de 2019.

COOPER, R et al. **Library users-needs and expectations: library trends**. Urbana, Summer 1998.

CRETELLA JUNIOR, José. **Curso de Direito Administrativo**. 18ª edição. Forense, 2012.

CREVELIM, M.A. **Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 21. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care**. Science, v. 200, n. 4344, p.856-864, 1978.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol Lab Med; 1990.

EDUCAÇÃO, Portal. **Níveis de Atenção à Saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/fisioterapia/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil/33011>>. Acesso em 30 de Outubro de 2018.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. **Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.6, 2006.

ESTEFANO, E. V. V. **Satisfação dos recursos humanos no trabalho: um estudo de caso na biblioteca central da Universidade Federal de Santa Catarina**. 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FARIAS, S. A.; SANTOS, R. C. **Modelagem de equações estruturais e satisfação do consumidor: uma investigação teórica e prática**. Rev. adm. contemp., Curitiba, v. 4, n. 3, Dec. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v4n3/v4n3a07.pdf>>. Acesso em 22 de Junho de 2019.

FELDMAN, L. B; et al. **A história da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação**. Acta Paul Enferm, v.18, n.2, 2005.

FIGUEIREDO, N.M. de. **Estudo de uso e usuários da informação**. Brasília : IBICT, 1994.

FIOCRUZ, Portal. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>>. Acesso em 11 de Junho de 2019.

FITZSIMMONS, J. A; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços: Operações, Estratégia e Tecnologia de Informação**. 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

GAMARRA JÚNIOR, J. S. **Controle social na saúde: desafios e perspectivas**. 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo. Atlas, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GRONROOS, C. **A service quality model and its marketing implications**. European Journal of Marketing, v. 18, n. 4, p. 36–44, 1984.
- GUMMESSON, E. **Service Management : An**. International Journal of Service Industry. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000501227&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000501227&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em 20 de Maio de 2019.
- GURGEL JUNIOR, G. D. G; VIEIRA, M. M. F. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>>. Acesso em: 22 de Junho de 2019.
- KLOETZEL, K. et al. **Controle de qualidade em atenção primária a saúde. A satisfação do usuário**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 263-268, 1998.
- MAIA, C. S; FREITAS D. R. C.; GUILHEM D.; AZEVEDO A. F. **Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher**. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(5):2567-74.
- MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 4. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. Management, v. 5, n. 1.
- MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.
- MARSHALL, G., MURDOCH, I. **Service quality in consulting marketing engineers**. Int J Constr Mark. 2001;3(1):41-9.
- MELLO, C. A. B. **Curso de direito administrativo**. 23. ed. São Paulo:Malheiros, 2007.
- MELO, W. O. S. et al. **Gestão Da Qualidade Na Saúde**. Revista UNINGÁ. Vol.18,n.1,pp.24-28; Jun de 2014.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MENDES, I. A. C. **Desenvolvimento e saúde: o e saúde: a declaração de a declaração de alma-ata e movimentos posteriores**. [Editorial]. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 12, n.3, p.447-8, 2004.
- MERHY E. E; ONOCKO, R. (Org). **Praxis en salud: un desafio para ló público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. Revista Produção, v. 14, n. 1, 2004.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

NEVES, J. F.; NEVES, M. C. P. **Qualidade e sustentabilidade**. Seropédica: Embrapa Agrobiologia, dez. 2000.

NEVES, M. A. B. **Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente**. Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília: CONSAD, 2010.

PAIVA C.H., TEIXEIRA L.A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. **SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality**. J Retailing, v.64, n.1, 1998.

PENA MM, DA SILVA EMS, TRONCHIN DMR, MELLEIRO MM. **O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde**. Rev. esc. Enferm. USP. v. 47, n. 5, 2013.

PENNA, Antônio Gomes. **Percepção e realidade: introdução ao estudo da atividade perceptiva**. Rio de Janeiro, Imago, 1997.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella Di. **Parcerias na Administração Pública**. 9ª edição. Atlas. 2012.

RAMOS, D. **Saúde: os 7 Pilares da Qualidade de Avedis Donabedian**. Disponível em: <<https://blogdaqualidade.com.br/saude-os-7-pilares-da-qualidade-de-avedis-donabedian>>. Acesso em 22 de Junho de 2019.

RONCALLI, A.G.O. **O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e a consequência do Sistema Único de Saúde**. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. São Paulo, p. 28-49, 2003.

SANTIAGO, R. F. **Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no município do Recife: a percepção dos usuários**. 2010. 134p. Dissertação – (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo cruz, 2010.

SHAHIN, A. **Estimation of Customer Dissatisfaction Based on Service Quality gaps by Correlation and Regression Analysis in a Travel Agency**. International Journal of Business and Management, v. 6, n. 3, Mar. 2011. Disponível em: <[http://www.academia.edu/1370753/Estimation\\_of\\_Customer\\_Dissatisfaction\\_Based\\_on\\_Service\\_Quality\\_gaps\\_by\\_Correlation\\_and\\_Regression\\_Analysis\\_in\\_a\\_Travel\\_Agency](http://www.academia.edu/1370753/Estimation_of_Customer_Dissatisfaction_Based_on_Service_Quality_gaps_by_Correlation_and_Regression_Analysis_in_a_Travel_Agency)>. Acesso em 22 de Junho de 2019.

SILVA, F. J. C. P. da. **Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente**. 129 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: 120 . Acesso em 22 de Junho de 2019.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saude soc., vol.19, n.3, pp.509-517, 2010.

VASCONCELOS, C. M. **Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS. 2005**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VIACAVA, F., OLIVEIRA, R. A. D., CARVALHO, C. C, LAGUARDIA, J. , BELLIDO, J. G. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciência Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1751-1762/pt>>. Acesso em: 11 de Junho de 2019.

ZEITHAML, V. A. **Service Quality , Profitability , and the Economic Worth of Customers: What We Know and What We Need to Learn.** Journal of Academy of Marketing Science, v. 28, n. 1, p. 67–85, 1994.

ZEITHAML, V., PARASURAMAN, A. et al. **Delivering Quality Service.** New York: The Free Press. 1990.

## ANEXO I - Roteiro para entrevista com os pacientes e funcionários da área da saúde.



**Universidade Federal de Lavras**  
**Departamento de Administração e Economia**  
**PPGA – Programa de Pós Graduação em Administração**

Esta pesquisa tem por objetivo levantar dados para uma tese de Doutorado em Administração da UFLA, fazendo parte de um projeto apoiado pela FAPEMIG.

Peço a colaboração dos pacientes que já receberam atendimento pelas unidades de saúde, sendo encaminhados para outras consultas, exames ou procedimentos em outros pontos na rede, bem como a permissão para a gravação das entrevistas. Ressalto que não serão divulgados dados pessoais e todas as informações solicitadas são relativas ao funcionamento do sistema, opinião do usuário, sendo usados somente nesta pesquisa.

### **Objetivo:**

- Identificar o que é importante para a prestação de serviços de qualidade na rede;
- Identificar se a rede presta serviços de qualidade;
- Identificar o que precisa mudar neste quesito.

### **Questão Norteadora: O que significa qualidade nos serviços de saúde?**

- Quais os atributos ou características um serviço público de saúde deve possuir para ele ser considerado de qualidade?
- Você já recebeu um serviço público de saúde de boa qualidade? O que ele possuía/tinha que te permite afirmar isso?
- Você já recebeu um serviço público de saúde de má qualidade? O que ele possuía/tinha que te permite afirmar isso?
- Você se considera satisfeito com o serviço público de saúde prestado em seu município? Por quê?
- O que falta para que o serviço seja melhor? (com mais qualidade)?
- Há alguma coisa que você gostaria de acrescentar em relação à saúde e à qualidade do serviço público de saúde prestado em seu município?

Obrigada!