

FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO

Um *Proxy* de Painel de Indicadores de
Eficiência, Efetividade e Qualidade para
Governança de Organizações Hospitalares
e Serviços de Saúde no Brasil

Galba Freire Moita

Tese no âmbito de Ciências Sociais na especialidade de Gestão – Ciência Aplicada à Decisão orientada pelo Professor Doutor Vítor Manuel dos Reis Raposo, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, e o Professor Doutor Allan Claudius Queiroz Barbosa, da Faculdade de Ciências Económicas da Universidade Federal de Minas Gerais, apresentada à Universidade de Coimbra, em acordo de cotutela com a Universidade Federal de Minas Gerais.

Maio de 2019



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA



DEDICATÓRIA

A Deus, fonte de inspiração maior, que sempre tem me iluminado.

Aos meus pais (*in memoriam*) que me ensinaram valores éticos e humanos inalienáveis.

À minha esposa Valéria Neres e meus filhos Galba Júnior e Daniela Neres que abdicaram de tempos preciosos de nossa convivência para que me dedicasse a este estudo.

Aos meus orientadores Victor Manuel dos Reis Raposo e Allan Claudius Queiroz Barbosa por partilhar conhecimentos e experiências preciosas capazes de forjar aprendizados e vivências incalculáveis.

Aos gestores municipais e estaduais, aos diretores de hospitais e unidades de saúde que gentilmente autorizaram as investigações em grupos pilotos e de campo, além dos respondentes (especialistas, profissionais, gestores e usuários do SUS), sem os quais não alcançaríamos os objectivos propostos.

Ao Mardem Sousa, Ednea Miranda e Érick Darwin que me ajudaram na coordenação das pesquisas de campo e na digitação dos dados coletados.

Aos meus alunos e colegas de jornada de avaliação e gestão em saúde do Brasil que me desafiaram continuamente a buscar mais conhecimentos e construir novos caminhos...

Epígrafe

Nada, é mais difícil, e por isso mais precioso, do que ser capaz de decidir.

Napoleão Bonaparte (s.d.)

Não existem métodos fáceis, para resolver problemas difíceis.

René Descartes (s.d.)

A verdadeira genialidade reside na capacidade de avaliação de informações incertas, arriscadas e conflitantes.

Winston Churchill (s.d.)

RESUMO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, no Brasil, representou avanços do ponto de vista de garantias de atendimento, da organização sistêmica e da descentralização da gestão única, porém com frágil governação de desempenho. Por sua vez, a Nova Gestão Pública (NGP), ou Gerencialismo, tem exigido dos gestores públicos de saúde esforços de monitoramento de resultados, controladoria e responsabilização (*accountability*) dos gastos públicos, visto que muitos países da Europa e América Latina aplicam cerca de 9 a 10% do PIB-GDP em saúde. Este estudo analisou algumas metodologias de mensuração de resultados em saúde no cenário mundial como os projetos QIP e AHRQ (EUA), EFQM (Europa) e PATH (OMS), e projetos brasileiros como o PROADESS, PNASH, PNASS, PMAQ e as matrizes de indicadores como IDB-Ripsa e IDSUS, em busca de desenvolver um quadro teórico-conceitual (base teórico-metodológica) de avaliação de performance para organizações de saúde, aplicável às unidades do SUS. De seguida, envolveu gestores e profissionais para a captação e validação da percepção desses agentes chaves (*stakeholders*) quanto as dimensões e indicadores chaves para a mensuração de desempenho em organizações e serviços de saúde no contexto do SUS-Brasil de hospitais, policlínicas e outras unidades do SUS. Utilizou metodologias científicas de apoio à decisão, como *Design Research* e o método misto (qualitativo e quantitativo) de avaliação para responder à questão: há diferentes *proxies* de painel de indicadores de avaliação multidimensional para previsão e monitoramento de performance e resultados em serviços de saúde, conforme os multicritérios dos decisores chaves da rede de serviços na saúde pública do Brasil? Através de estatística descritiva, correlação quantílica e análise factorial, foram analisadas as ponderações de itens de avaliação de performance, na perspectiva dos gestores e decisores e também de itens de análise de qualidade/ satisfação de usuários. Algumas hipóteses sobre variáveis latentes e observadas desses itens de avaliação foram propostas e testadas por análise estatística, quanto às três possíveis variáveis moderadoras. Por fim, operacionalizou a validação multicêntrica, tendo construído modelos finais através de análise de cargas factoriais, validade e confiabilidade dos itens, de *proxies* de painéis de indicadores com 453 decisores chaves e uma adaptação transcultural da escala SERVQUAL que resultou em uma escala inovadora de avaliação da qualidade e satisfação, com subescalas de intervenção, tendo sido validada por 195 especialistas e gestores e, aplicada a 2.547 usuários de 74 unidades do SUS.

Palavras-chave: Governação em saúde; Avaliação de desempenho em saúde; Indicadores de monitoramento e avaliação em saúde; Qualidade em saúde; Satisfação do paciente.

ABSTRACT

The creation of the Unified Health System (SUS) in 1988, in the Brazil, represented advances from the standpoint of service guarantees, systemic organization and decentralization of unified management but with weak governance performance. In turn, the New Public Management (NPM), or Managerialism, has required public health managers monitoring efforts results, controllership and accountability of the spending of public funds, as a lot of countries of Europe and Latin America apply about 9-10 % of health – PIB-GDP. This study analyzed some health outcomes measurement methodologies on the world stage as QIP and AHRQ projects (USA), EFQM (Europe) and PATH (WHO), and Brazilian projects as PROADESS, PNASH, PNASS, PMAQ and panel of indicators such as IDB-Ripsa and IDSUS, seeking develop a conceptual framework (theoretical and methodological basis) performance assessment for health organizations applicable to the SUS units. Then engaged managers and professionals (stakeholders) for the capture and validation of the perception of stakeholders as the dimensions and key indicators for performance measurement in organizations and health services in the context of SUS-Brazil hospitals, polyclinics and other SUS units. It used even scientific methods of decision support, as Design Research and mixed method (qualitative and quantitative) assessment to answer the question: there are different proxies' multidimensional evaluation indicators dashboard for forecasting and monitoring performance and outcomes in hospitals and health services, according to the multiple criteria of the key stakeholders of the care network of the public health in Brazil? Descriptive statistics, quantum correlation and factorial analysis were used to analyze the weighting of performance evaluation items from the perspective of managers and decision makers, as well as user quality/satisfaction analysis items. Some hypotheses about latent and observed variables of these evaluation items were proposed and tested by statistical analysis, regarding the three possible moderating variables. Finally, it operates the multicentric validation, having built final models through analysis of factor loads, validity and reliability of items, of proxies of indicators panels with 453 key decision makers and a cross-cultural adaptation of the SERVQUAL scale that resulted in an innovative scale of evaluation of quality and satisfaction, with intervention subscales, having been validated by 195 specialists and managers, and applied to 2,547 users of 74 SUS units.

Keywords: Health governance; Health care outcomes; in-hospital outcomes; Indicators of health monitoring and evaluation; Quality health; Patient satisfaction.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABrES	Associação Brasileira de Economia da Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal
ACU	Análise Custo-Utilidade
AHRQ	<i>U.S. Agency for Healthcare Research and Quality</i> (Agência de Pesquisa e Qualidade nos Serviços de Saúde)
AIS	Ações Integradas de Saúde, no âmbito do Conasp
Alma-Ata	<i>Declaration. International conference on primary health care</i> , Alma-Ata, USSR, (1978).
ANS	Agência Nacional de Saúde do Brasil
BDTD	Repositório de publicações de teses das principais universidades brasileiras
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde, gerenciada por convênio MS-OPAS/Brasil
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
Casemix	Índice de medição da variedade das situações clínicas dos doentes tratados por cada hospital, conforme um conjunto de DRGs
CBA	Análise de Custo-Benefício
CEA	Análise de Custo-Efetividade
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CHI	<i>Commission of Health Improvement</i> (Comissão de Melhoria em Saúde), no âmbito do NHS do Reino Unido.
CMB	Confederação das Misericórdias do Brasil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Módulo do Sistema de Informação do Datasus
CNS	Conferência Nacional de Saúde, realizada a cada quatro anos
CNS	Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado de decisão de governação sistêmica do SUS

COAP	Contrato Organizativo das Ação Pública, no âmbito do SUS
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil
CRS	Retornos Constantes de Escala, que ocorre quando um aumento proporcional em todos os recursos utilizados resulta num aumento proporcional (idêntico) na quantidade produzida.
DART	Europe Repositório de publicações de teses das principais universidades Europeias
Datusus	Sistema unificado de coleta e processamento de dados do Sistema Nacional de Saúde (SUS) do Brasil
DEA	<i>Data Envelopment Analysis</i> (Análise Envoltória de Dados)
DGS	Direção Geral de Saúde de Portugal
DMU	<i>Decision Making Units</i> (Unidades Tomadoras de Decisão), termo usado de forma similar para organizações, no contexto de estudos de DEA.
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i> (Grupos de Diagnósticos Homogêneos)
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i> (Fundação Europeia para Gerenciamento da Qualidade)
EAI	Eficiência Alocativa da organização (i), valor que varia de zero a um
EEi	Eficiência Econômica Total da organização (i), valor que varia de zero a um
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública de Portugal
ERS	Entidade Reguladora da Saúde de Portugal que operacionaliza a regulação do sistema público e privado do SNS de Portugal
ETi	Eficiência Técnica da organização (i), valor que varia de zero a um
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FGV	Fundação Getúlio Vargas, destacada Universidade Privada com sedes no Sudeste do Brasil

FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, que gerencia cerca de 50 unidades hospitalares e serviços públicos de saúde
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogêneos, adaptação do conceito de DRG do Sistema Nacional de Saúde de Portugal
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT/Fiocruz	Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde da Fiocruz
IDB	Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil que são gerenciados pela RIPSa e o Ministério da Saúde do Brasil
IDSS	Índices de Desempenho da Saúde Suplementar, em quatro dimensões
Indicadores QUALISS	Implantados pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar
IDSUS	Matriz de indicadores em 18 macrodimensões gerenciada pelo Datasus e o Ministério da Saúde do Brasil
IN	Instrução Normativa (RN) da ANS, que orientam as diretrizes das normas infralegais, obrigatórias para operadoras de planos de saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
QIP	<i>Quality Indicator Project</i> (Projeto de Indicadores de Qualidade)
JCAH	<i>Joint Commission of Accreditation of Hospitals</i>
KPI	<i>Key Performance Indicators</i> (Indicadores Chaves de Performance)
MAC	Média e Alta Complexidade (hospitais e serviços especializado do SUS)
MfDR	<i>Managing for Development Results</i> , no âmbito de monitoramento e avaliação
Modelo BCR	Estima a eficiência pelo pressuposto de retornos variáveis
Modelo CCR	Estima a eficiência pelo pressuposto de retornos constantes
ML	Modelo Lógico ou Modelo Teórico-Lógico
MS	Ministério da Saúde do Brasil

NHS	<i>National Health System</i> (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido)
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i> , que executa avaliação de tecnologias de saúde e estudos de avaliação econômica no âmbito do NHS do Reino Unido.
NGP	Nova Gestão Pública (NPM - <i>New Public Management</i>)
NPF	<i>National Performance Framework</i> (Marco Nacional de Performance), no âmbito do NHS do Reino Unido.
NSF	<i>National Service Framework</i> (Marco Nacional para Serviços), no âmbito do NHS do Reino Unido.
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico, países da Europa (OECD)
OMS	Organização Mundial de Saúde (WHO), representada no Brasil, América Latina, e Caribe pela OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde.
ONA	Organização Nacional de Acreditação, do sistema de saúde do Brasil
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde, representante da OMS na América Latina e Caribe
PAF	<i>Performance Assessment Framework</i> do NHS (quadro teórico-conceitual de medição de desempenho do NHS).
PAS	Plano Anual de Saúde, no âmbito do SUS
PATH	<i>Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals</i> (ferramenta de avaliação de performance para a melhoria da qualidade hospitalar)
PforR ou P4R	Programa para Resultados do Banco Mundial para o apoio ao desenvolvimento da “ <i>Accountability</i> ” de países em desenvolvimento
PGQP	Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, para a certificação de empresas do Rio Grande do Sul - Brasil
PI	<i>Performance Indicator</i> (Indicador de Performance)
PIB	Produto Interno Bruto (GDP), somatório de todas as riquezas geradas em um país
PLATAFORMA_Brasil	Sistema Nacional On-Line de Controle de Investigação do Conselho Nacional de Ética do Brasil (Conep).

PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares, no âmbito do SUS
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, no âmbito do SUS
PNQ	Programa Nacional de Qualidade, para a certificação de empresas brasileiras
POI	Programação e Orçamentação Integradas, no âmbito do Conasp
PPP	Parceria Público-Privada
PROADESS	Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PRODEV	Programa de Estratégia e Plano de Ação para a Efetividade do Desenvolvimento do BID para os países da América Latina e Caribe
Pro-HOSP	Programa de Fortalecimento e Qualificação da Rede Hospitalar do SUS
PROM	<i>Patient Reported Outcome Measures</i> (Mensuração de Desfechos Reportados pelo Paciente)
PS	Plano de Saúde (elaboração quadrienal, nos três níveis de gestão do SUS)
PSM	<i>Problems Structuring Methods</i> (Método de Estruturação de Problemas)
QALY-Brasil	Grupo de pesquisa de mensuração de qualidade de vida no Brasil (www.qalybrasil.org.br)
RAG	Relatório Anual de Gestão (elaboração nos três níveis de gestão do SUS)
RBM	<i>Results-based Management</i> , no âmbito de monitoramento e avaliação
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde formatada pela OPAS/OMS, e gerenciada em conjunto com o Ministério da Saúde do Brasil
RN	Resolução Normativa (RN) da ANS, que são normas infralegais, obrigatórias para operadoras de planos de saúde
RS	Retornos de Escala, representam o grau em que um aumento proporcional em todos os recursos utilizados resulta em um aumento da quantidade produzida
SAMHPS	Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social, no âmbito do Conasp
SERVQUAL	Escala <i>Service Quality</i> de avaliação de qualidade e satisfação em serviços (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991b)

- SERVPERF Escala Service Performance de avaliação de qualidade e satisfação em serviços (Cronin & Taylor, 1992)
- SFA *Stochastic Frontier Analysis* (Análise de Fronteira Estocástica)
- SINAS@Hospitais Sistema de Indicadores de Performance de Hospitais do Serviço Nacional de Saúde de Portugal
- SIS Sistemas de Informações em Saúde
- SODA *Strategic Option Development Analysis*
- SUS Sistema Único de Saúde, ou seja, Sistema Nacional de Saúde do Brasil
- TCG Termo de Compromisso de Gestão, no âmbito do SUS
- THE KING'S FUND Fundação independente, que desenvolve ações de melhorias no âmbito do NHS do Reino Unido, com recursos governamentais
- TLCE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- USAID Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
- UNISINOS Universidade Vale dos Sinos, com sedes no Sul do Brasil.
- VRS Retornos Variáveis de Escala, que ocorre quando um aumento proporcional em todos os recursos utilizados resulta num aumento desproporcional (maior ou menor) na quantidade produzida.

LISTA DE PRINCIPAIS TERMOS SIMILARES (PORTUGUAL *VERSUS* BRASIL)

Artefacto	Artefato ou dispositivo
Aspeto	Aspecto
Controlo	Controle
Cuidados de saúde	Atenção à saúde
De seguida	Em seguida
Distrito de Saúde	Microrregional de saúde
Expectativa	Expectativa
Gestão de Topo	Gestão ou direção organizacional
Gestão intermédia	Gestão departamental/intermediária
Governação	Governança
Investigação	Pesquisa
Objectivo	Objetivo
Paciente	Utente
Perceção	Percepção
Perspetiva	Perspectiva
Planeado	Planejado
Planeamento	Planejamento
Província	Estado (unidades da federação)
Recolha de dados	Coleta de dados
Usuário	Utilizador

LISTA DE ABREVIATURAS

Graf.	Gráfico
H1 ₀	Primeira hipótese nula
H1 ₁	Primeira hipótese alternativa
Hn ₀	E-nésima hipótese nula
Hn ₁	E-nésima hipótese alternativa
H11 ₀	Primeira hipótese nula (sub-hipótese um)
H11 ₁	Primeira hipótese alternativa (sub-hipótese um)
Hnx ₀	E-nésima hipótese nula (sub-hipótese X)
Hnx ₁	E-nésima hipótese alternativa (sub-hipótese X)
me	Número de entradas ou insumos da avaliação pelo método DEA
no	Número de organizações da avaliação pelo método DEA
p.	Página
p.ex.	Por exemplo
pp.	Páginas
sp	Número de saídas ou produtos da avaliação pelo método DEA
Sig. ou P-Value	Probabilidade de significância
Tab.	Tabela
vs	<i>Versus</i>

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1</i> - Gastos em saúde: percentual de despesas pública <i>versus</i> privada, países OCDE, Brasil e outros (2013). Fonte: Adaptado pelo autor – Dados disponíveis em http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators .	3
<i>Quadro 2</i> - Síntese do enquadramento e abordagens da investigação.	21
<i>Quadro 3</i> - Quadro comparativo dos vários modelos multidimensionais analisados. Fonte: Carvalho (2007). Adaptado de Ramalho (2005: 248-249).	36
<i>Quadro 4</i> - Modelo integrativo da eficácia organizacional (Morin et al., 1994) – critérios e indicadores de cada dimensão. Fonte: Carvalho (2007). Adaptado de Morin, Savoie e Beaudin (1994).	37
<i>Quadro 5</i> - Síntese integrativa das teorias da avaliação em saúde e bases conceptuais do estudo	135
<i>Quadro 6</i> - Síntese dos procedimentos metodológicos da investigação.	154
<i>Quadro 7</i> - Síntese das análises descritivas dos níveis de conhecimento (atribuídos) dos principais domínios de avaliação (e refletidos nos macrodomínios de avaliação).	157
<i>Quadro 8</i> - Síntese das análises descritivas dos níveis de conhecimento (atribuídos) dos principais indicadores (e refletidos nas dimensões de performance).	160
<i>Quadro 9</i> - Síntese das análises descritivas dos níveis de valoração (atribuídos) aos principais constructos propostos (e refletidos nas subdimensões e macrodimensões da escala de qualidade percebida).	163
<i>Quadro 10</i> - Síntese das análises descritivas dos níveis de valoração (atribuídos) das questões validadas (e refletidos nas subdimensões e macrodimensões da escala de qualidade percebida).	165
<i>Quadro 11</i> - Visão global da fase empírica dos estudos/etapas de 1 a 3: atividades, técnicas de investigação e métodos de análises de resultados (macrodomínios/domínios de avaliação e dimensões/indicadores de performance).	172
<i>Quadro 12</i> - Visão global da fase empírica dos estudos/etapas de 4 e 5: atividades, técnicas de investigação e métodos de análises de resultados (macrodimensões/subdimensões de constructos e de questões validadas da qualidade percebida).	173
<i>Quadro 13</i> - Definições conceituais das macrodomínios e dimensões de performance.	190
<i>Quadro 14</i> - Definições conceituais das subdimensões e macrodimensões de qualidade/satisfação percebida	222
<i>Quadro 15</i> - Síntese de validações e conclusões de hipóteses sobre itens de avaliação de performance (estudos 1, 2 e 3)	280
<i>Quadro 16</i> - Síntese validações e conclusões de hipóteses sobre itens de medição de qualidade/satisfação (estudos 4 e 5)	289
<i>Quadro 17</i> - Síntese dos quadros conceituais (frameworks) nacionais para o desempenho do sistema de saúde (países selecionados)	501
<i>Quadro 18</i> - Conjunto principal dos 27 indicadores de desempenho do hospital (projeto PATH)	505

<i>Quadro 19</i> - Quadro de objectivos <i>versus</i> quadro teórico-conceitual (framework)	513
<i>Quadro 20</i> - Pesquisa integrativa de definições conceptuais de satisfação de consumidores (usuários-utilizadores) – ordenamento cronológico	516
<i>Quadro 21</i> - Síntese de aplicação da escala SERVQUAL em organizações hospitalares e unidades de saúde do Brasil.	518
<i>Quadro 22</i> - Equalização de 22 questões da escala SERVQUAL (10 dimensões originais para 5 dimensões atuais)	519
<i>Quadro 23</i> - Lista de 22 questões da escala SERVQUAL original	520
<i>Quadro 24</i> - Síntese de estudos da revisão sistemática (OPAS – AbrES - MS)	525
<i>Quadro 25</i> - Síntese de estudos de aplicação do método DEA no contexto da saúde brasileira	528
<i>Quadro 26</i> - Estudos recentes de monitoramento e avaliação desempenho aplicadas em organizações do sistema de saúde do Brasil	535
<i>Quadro 27</i> - Bibliometria de publicações de monitoramento e avaliação de desempenho em organizações do sistema de saúde do Brasil (1986 – 2018)	568
<i>Quadro 28</i> - Matriz de indicadores e fontes primárias de informação - PROADESS	573
<i>Quadro 29</i> - Quadro-síntese das principais bases de dados e informações do SUS	577
<i>Quadro 30</i> - Síntese do processo de evolução do IDSS da ANS (2003 a 2009)	580
<i>Quadro 31</i> - Rol de indicadores IDSS e de Indicadores de mapeamento assistencial do QUALISS-ANS (2016)	596
<i>Quadro 32</i> - Dimensões dos indicadores do sistema SIPAGEH	596
<i>Quadro 33</i> - Matriz de indicadores hospitalares – SIPAGEH	599
<i>Quadro 34</i> - Distribuição dos indicadores identificados, segundo as instituições estudadas	605

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1* - Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade por mil habitantes/ano (Brasil, 1996 a 2017) - grandes regiões e estados selecionados (> média do Brasil, no último quadriênio). Fonte: Elaboração própria - Dados disponíveis em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/estatísticas-vitais>. 5
- Figura 2* - Bibliometria de estudos de avaliação em saúde no Brasil (1990 - 2018). 11
- Figura 3* - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Fonte: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp> (F Viacava et al., 2004: 115) 71
- Figura 4* - Antecedentes da satisfação mais frequentemente utilizados. Fonte: adaptado de Szymanski e Henard (2001 apud Vinagre, 2008: 26). 90
- Figura 5* - Inter-relações entre necessidades, valores e desejos *versus* expectativas. Fonte: Adaptado de (Oliver, 1997 apud Vinagre, 2008: 29). 90
- Figura 6* - Modelo completo de desconfirmação das expectativas com o desempenho percebido. Fonte: Adaptado de (Oliver, 1997 apud Vinagre, 2008: 33). 91
- Figura 7* - Princípios doutrinários e organizativos do SUS. 98
- Figura 8* - Gastos em saúde: percentual do PIB (GDP), países OCDE e outros selecionados (2016 ou ano mais próximo). Fonte: *OECD Health Statistics 2017. WHO Global Health Expenditure Database. StatLink* <http://dx.doi.org/10.1787/888933604229>. 99
- Figura 9* - Evolução populacional por grupos etários no Brasil (2000-2060). Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2013. <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf> 100
- Figura 10* - Magnitude dos gastos por tipologia de despesas do sistema de saúde de países OCDE e outros selecionados (2015 ou ano mais próximo). Fonte: *OECD Health Statistics 2017. WHO Global Health Expenditure Database. StatLink* <http://dx.doi.org/10.1787/888933604438>. 101
- Figura 11* - O arranjo organizacional e as inter-relações do sistema público e privado de saúde do Brasil. 105
- Figura 12* - Fluxo lógico do processo de estruturação, aplicação e validação dos instrumentos de itens de avaliação de performance e escala de qualidade/satisfação 145
- Figura 13* - Fluxo lógico de atividades para avaliação de performance e avaliação de qualidade/satisfação. 147

<i>Figura 14</i> - Fluxo lógico de metodologias para avaliação de performance e avaliação de qualidade/satisfação.	147
<i>Figura 15</i> - Fluxo lógico integrativo de aplicação da investigação (avaliação de performance – estudos 1 a 3 e avaliação de qualidade – estudos 4 e 5).	150
<i>Figura 16</i> - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (etapa 1 - macrodomínios e domínios de avaliação).	155
<i>Figura 17</i> - Fluxo do processo de validação de macrodomínios e domínios de avaliação (etapa 1).	156
<i>Figura 18</i> - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (estudos/etapas 1 & 2 - dimensões e indicadores de performance).	157
<i>Figura 19</i> - Fluxo do processo de validação de dimensões e indicadores de performance (etapas 2 & 3)	159
<i>Figura 20</i> - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (estudo/etapa 4 - macrodimensões, subdimensões e constructos de qualidade percebida).	160
<i>Figura 21</i> - Fluxo do processo de validação de constructos adaptados ao SUS (qualidade percebida) (etapa 4).	162
<i>Figura 22</i> - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (estudo/etapa 5 - macrodimensões, subdimensões e questões validadas).	163
<i>Figura 23</i> - Fluxo do processo de validação de questões de qualidade percebida (etapa 5 – questões validadas).	164
<i>Figura 24</i> - Modelo gráfico das variáveis latentes e observadas de performance.	166
<i>Figura 25</i> - Modelo gráfico das variáveis latentes e observadas de qualidade percebida.	168
<i>Figura 26</i> - Síntese de fluxo de análises de itens de análise dos painéis de indicadores e dimensões de performance.	174
<i>Figura 27</i> - Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapa 1 - macrodomínios e domínios de avaliação).	175
<i>Figura 28</i> - Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapas 2 & 3 - dimensões e indicadores de performance).	176
<i>Figura 29</i> - Síntese dos fluxos, métodos e técnicas de análises de resultados (etapas 1 a 3 - ciclo 1 e 2 - proxies A a G).	177
<i>Figura 30</i> - Síntese de fluxo de análises de itens de avaliação de qualidade/satisfação.	179
<i>Figura 31</i> - Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapa 4 - macrodimensões, subdimensões e constructos de qualidade percebida).	180

<i>Figura 32</i> -Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapas 5 - macrodimensões, subdimensões e questões validadas de qualidade percebida).	181
<i>Figura 33</i> - Síntese dos fluxos, métodos e técnicas de análises de resultados (etapas 4 e 5 - ciclo 1 e 2 - <i>proxies</i> H a N).	182
<i>Figura 34</i> - Gráfico de barras das variáveis de caracterização selecionadas para estudo de fatores mediadores – <i>Proxy</i> A+B (ciclo 1) e <i>proxy</i> C (ciclo 2) (estudo 1) (Visão de especialistas).	192
<i>Figura 35</i> - Grau de importância/relevância de domínios e macrodomínios de avaliação (<i>proxy</i> A+B <i>versus proxy</i> C) (Visão de especialistas).	195
<i>Figura 36</i> - Gráfico de barras das variáveis de caracterização selecionadas para estudo de fatores mediadores – <i>Proxy</i> D a F e <i>proxy</i> E+F (ciclo 1, estudo 2) (Visão de especialistas, profissionais e gestores).	197
<i>Figura 37</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os indicadores e as dimensões de performance - <i>Proxy</i> E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	200
<i>Figura 38</i> - Gráfico de barras das variáveis de caracterização selecionadas para estudo de fatores mediadores – <i>Proxy</i> G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	203
<i>Figura 39</i> - Grau de importância/relevância de indicadores e dimensões de performance (<i>proxy</i> G).	206
<i>Figura 40</i> - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – <i>Proxy</i> C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	211
<i>Figura 41</i> - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – <i>Proxy</i> E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	215
<i>Figura 42</i> - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – <i>Proxy</i> G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	220
<i>Figura 43</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os constructos originais - <i>Proxy</i> H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	227
<i>Figura 44</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de constructos - <i>Proxy</i> H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	229
<i>Figura 45</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os constructos de qualidade - <i>Proxy</i> J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	235
<i>Figura 46</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de constructos – <i>Proxy</i> J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	237
<i>Figura 47</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para questões validadas - <i>Proxy</i> L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Perceção).	243

<i>Figura 48</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de questões validadas – <i>Proxy L</i> (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Perceção).	245
<i>Figura 49</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para questões validadas - <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Perceção).	251
<i>Figura 50</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de questões validadas – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Perceção).	253
<i>Figura 51</i> - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida - <i>Proxy J</i> (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	263
<i>Figura 52</i> - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida (ciclo 2: proxy M+N) – Visão de Usuários (Expectativa).	270
<i>Figura 53</i> - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida (ciclo 2: proxy M+N) – Visão de Usuários (Perceção).	271
<i>Figura 54</i> - Modelo gráfico das variáveis latentes (Macrodomínios) e observadas (Domínios) de performance	273
<i>Figura 55</i> - Modelo gráfico das variáveis latentes (Dimensões) e observadas (Indicadores) de performance	274
<i>Figura 56</i> - Modelo gráfico das variáveis latentes (Macro & Subdimensões) e observadas (Questões de qualidade) de qualidade percebida	281
<i>Figura 57</i> - Modelo lógico 1: Atributos ou características para avaliação em saúde	351
<i>Figura 58</i> - Modelo lógico 2: Atributos de avaliação equalizada oferta vs demanda vs resultados de serviços de saúde	355
<i>Figura 59</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os macrodomínios de avaliação – <i>Proxy A+B</i> (ciclo 1, estudo 1) (Visão de especialistas).	436
<i>Figura 60</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os macrodomínios de avaliação – <i>Proxy C</i> (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	436
<i>Figura 61</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as dimensões de performance – <i>Proxy E+F</i> (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	439
<i>Figura 62</i> - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as dimensões de performance (DD1 a DD7) – <i>Proxy G</i> (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	442
<i>Figura 63</i> - Correlações entre domínios e macrodomínios de avaliação - <i>Proxy C</i> (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	445

Figura 64 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	448
Figura 65 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	451
Figura 66 - Correlações entre constructos originais e subdimensões de constructos- Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	482
Figura 67 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	483
Figura 68 - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas – Proxy M+N (Expectativa).	487
Figura 69 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de questões validadas – Proxy M+N (Expectativa).	488
Figura 70 - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas – Proxy M+N (Perceção).	489
Figura 71 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de questões validadas – Proxy M+N (Perceção).	490
Figura 72 - Quadro teórico-conceptual (framework) EFQM adaptado aos cuidados de saúde, conforme as dimensões do modelo PATH	506

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva dos domínios de avaliação - Proxy A+B (ciclo 1) e proxy C (ciclo 2) (estudo 1) (Visão de especialistas).	193
Tabela 2 - Análise descritiva dos macrodomínios de avaliação - Proxy A+B (ciclo 1) e proxy C (ciclo 2) (estudo 1) (Visão de especialistas).	194
Tabela 3 - Análise descritiva dos indicadores de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	198
Tabela 4 - Análise descritiva das dimensões de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	199
Tabela 5 - Análise descritiva dos indicadores de performance (IDD01 a IDD56) – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	203
Tabela 6 - Análise descritiva das dimensões de performance (DD1 a DD7) – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	205
Tabela 7 - Análise Fatorial Confirmatória dos domínios de avaliação – Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	208
Tabela 8 - Validação por critérios de qualidade e validade dos macrodomínios de avaliação - Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	209
Tabela 9 - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	209
Tabela 10 - Validação da Performance Global Percebida – Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	210
Tabela 11 - Parâmetros de qualidade do modelo final da Performance Global Percebida – Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	210
Tabela 12 - Análise Fatorial Confirmatória dos indicadores de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	212
Tabela 13 - Validação por critérios de qualidade e validade das dimensões de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	213
Tabela 14 - Análise Fatorial Confirmatória das dimensões de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	214
Tabela 15 - Validação da Performance Global Percebida – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	214
Tabela 16 - Parâmetros de qualidade (ajustamento) do modelo final da Performance Global Percebida – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	215
Tabela 17 - Análise Fatorial Confirmatória dos indicadores de performance – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	217
Tabela 18 - Validação por critérios de qualidade e validade das dimensões de performance – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	218

Tabela 19 - Análise Fatorial Confirmatória das dimensões de performance – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	219
Tabela 20 - Validação da Performance Global Percebida – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	219
Tabela 21 - Parâmetros de qualidade (ajustamento) do modelo final da Performance Global Percebida – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	220
Tabela 22 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	224
Tabela 23 - Análise descritiva de constructos originais - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	225
Tabela 24 - Análise descritiva das subdimensões de constructos - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	228
Tabela 25 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	230
Tabela 26 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	233
Tabela 27 - Análise descritiva dos constructos de qualidade – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	234
Tabela 28 - Análise descritiva das subdimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	236
Tabela 29 - Análise descritiva das macrodimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	237
Tabela 30 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - Proxy K+L - (ciclo 1, estudo 5) (Perspetiva indireta para Usuários).	240
Tabela 31 - Análise descritiva das questões validadas – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).	242
Tabela 32 - Análise descritiva das subdimensões de questões validadas – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).	244
Tabela 33 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).	245
Tabela 34 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) (Visão de Usuários).	249
Tabela 35 - Análise descritiva das questões validadas – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).	250
Tabela 36 - Análise descritiva das subdimensões de questões validadas– Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).	252
Tabela 37 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).	253

Tabela 38 - Análise Fatorial Confirmatória dos constructos originais – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	257
Tabela 39 - Validação das subdimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	258
Tabela 40 - Análise Fatorial Confirmatória das subdimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	259
Tabela 41 - Validação das subdimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	260
Tabela 42 - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	260
Tabela 43 - Validação da Qualidade Global Percebida – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	261
Tabela 44 - Parâmetros de qualidade (ajustamento) do modelo final da Qualidade Global Percebida – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	261
Tabela 45 - Análise Fatorial Confirmatória das subdimensões de questões validadas (Expectativa)– Proxy M+N.	265
Tabela 46 - Análise Fatorial Confirmatória das subdimensões de questões validadas (Percepção) – Proxy M+N	266
Tabela 47 - Validação das subdimensões de questões validadas (Expectativa) - Proxy M+N.	266
Tabela 48 - Validação das subdimensões de questões validadas (Percepção) – Proxy M+N.	267
Tabela 49 - Análise Fatorial Confirmatória das macrodimensões de questões validadas (Expectativa) – Proxy M+N.	267
Tabela 50 - Análise Fatorial Confirmatória das macrodimensões de questões validadas (Percepção) – Proxy M+N.	268
Tabela 51 - Validação das macrodimensões questões validadas (Expectativa) - Proxy M+N.	268
Tabela 52 - Validação das macrodimensões de questões validadas (Percepção) - Proxy M+N.	269
Tabela 53 - Parâmetros de qualidade do modelo final (Expectativa) – Proxy M+N.	269
Tabela 54 - Parâmetros de qualidade do modelo final (Percepção) – Proxy M+N.	270
Tabela 55 - Comparação dos macrodomínios de avaliação em relação às variáveis de caracterização seleccionadas (nível de atenção à saúde e de cargo/função) - Proxy A+B (ciclo 1, estudo 1) (Visão de especialistas).	437
Tabela 56 - Comparação dos macrodomínios de avaliação em relação às variáveis de caracterização seleccionadas (nível de atenção à saúde e de cargo/função) - Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	438
Tabela 57 - Comparação das dimensões de performance em relação aos níveis de atenção à saúde - Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	440

Tabela 58 - Comparação das dimensões de performance em relação aos níveis de cargo/função ocupados - Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	440
Tabela 59 - Comparação das dimensões de performance (DD1 a DD7) em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	442
Tabela 60 - Comparação das dimensões de performance (DD1 a DD7) em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	443
Tabela 61 - Comparação das dimensões de performance (DD1 a DD7) em relação aos níveis de cargo/função ocupados – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	443
Tabela 62 - Correlações entre domínios e macrodomínios de avaliação - Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	445
Tabela 63 - Comparação da Performance Global Percebida em relação as variáveis de caracterização selecionadas (nível de atenção à saúde e de cargo/função) – Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).	446
Tabela 64 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	447
Tabela 65 - Comparação da Performance Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).	449
Tabela 66 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	450
Tabela 67 - Comparação da Performance Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).	452
Tabela 68 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de atenção à saúde - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários).	454
Tabela 69 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de atenção à saúde - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Profissionais).	455
Tabela 70 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários).	456
Tabela 71 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Profissionais).	457
Tabela 72 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de cargo/função ocupados - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários).	457
Tabela 73 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de cargo/função ocupados - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Profissionais).	458
Tabela 74 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de atenção à saúde - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	459
Tabela 75 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de complexidade da assistência- Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	460

Tabela 76 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de cargo/função ocupados - Proxy H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).	460
Tabela 77 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	462
Tabela 78 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	462
Tabela 79 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	463
Tabela 80 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	464
Tabela 81 - Comparação das macrodimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência– Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	464
Tabela 82 - Comparação das macrodimensões de constructos em relação aos níveis de escolaridade de usuários – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	465
Tabela 83 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Perceção).	466
Tabela 84 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Perceção).	467
Tabela 85 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de cargo/função – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários - (Perceção).	467
Tabela 86 - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa, Perceção).	468
Tabela 87 - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa, Perceção).	469
Tabela 88 - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de cargo/função – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa, Perceção).	470
Tabela 89 - Associação entre Expectativa e Perceção nas subdimensões de questões validadas – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários.	471
Tabela 90 - Associação entre Expectativa e Perceção nas macrodimensões – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários.	472
Tabela 91 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa).	473
Tabela 92 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Perceção).	473
Tabela 93 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa).	474

<i>Tabela 94</i> - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Percepção).	474
<i>Tabela 95</i> - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa).	475
<i>Tabela 96</i> - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Percepção).	476
<i>Tabela 97</i> - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de atenção à saúde – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa, Percepção).	476
<i>Tabela 98</i> - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de complexidade da assistência – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa, Percepção).	477
<i>Tabela 99</i> - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa, Percepção).	478
<i>Tabela 100</i> - Associação entre Expectativa e Percepção nas subdimensões de questões validadas – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários.	479
<i>Tabela 101</i> - Associação entre Expectativa e Percepção nas macrodimensões de questões validadas – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários.	479
<i>Tabela 102</i> - Correlações entre constructos e subdimensões de constructos – <i>Proxy J</i> (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	481
<i>Tabela 103</i> - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de constructos – <i>Proxy J</i> (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	482
<i>Tabela 104</i> - Comparação da Qualidade Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – <i>Proxy J</i> (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).	484
<i>Tabela 105</i> - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas (Expectativa) – <i>Proxy M+N</i> .	485
<i>Tabela 106</i> - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões questões validadas (Expectativa) – <i>Proxy M+N</i> .	487
<i>Tabela 107</i> - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas (Percepção) – <i>Proxy M+N</i> .	488
<i>Tabela 108</i> - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de questões validadas (Percepção) – <i>Proxy M+N</i> .	490
<i>Tabela 109</i> - Comparação da Qualidade Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – <i>Proxy M+N</i> (ciclo 2, estudo 5) -Visão de Usuários (Percepção)	492
<i>Tabela 110</i> - Bibliometria da pesquisa integrativa de estudos relevantes de avaliação, monitoramento e mensuração de performance, no âmbito mundial (países selecionados)	495

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Lista de siglas e acrónimos	viii
Lista de principais termos similares (Portugual <i>versus</i> Brasil)	xiv
Lista de abreviaturas	xv
Lista de quadros	xvi
Lista de figuras	xviii
Lista de tabelas	xxiv
Introdução	1
1.1. Introdução	2
1.2. Enquadramento do tema	6
1.2.1. Contexto geral	7
1.2.2. Contexto nacional (brasileiro)	10
1.2.3. O problema	13
1.3. Objectivos do estudo	16
1.4. Estrutura da tese	17
Parte I - Conceptual	23
2. Revisão conceptual da teoria da avaliação e das bases da medição de performance nas organizações de saúde	25
2.1. A estruturação do campo de avaliação em saúde e o modelo teórico-lógico	25
2.2. A delimitação do campo da avaliação de performance do estudo	31
2.3. A evolução das metodologias de medição de performance em organizações de saúde	38
2.4. As metodologias e os instrumentos de medição de performance e apoio à decisão em organizações de saúde	42
2.4.1. As metodologias de avaliação da eficiência em organizações de saúde	44
2.4.2. As metodologias de avaliação de efetividade e ajustamento de risco em saúde	45
2.4.3. O enquadramento teórico-conceptual (<i>framework</i>) dos indicadores e dimensões de performance da investigação	50
2.4.4. O enquadramento teórico-conceptual (<i>framework</i>) da avaliação e medição da qualidade percebida em saúde e a escala SERVQUAL	80

3. Evolução recente da avaliação no contexto de governação da saúde pública do Brasil	97
3.1 Breve históricos da governação e da avaliação no sistema de saúde brasileiro	97
3.2 O arcabouço legal da avaliação e monitoramento no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SUS) do Brasil	106
3.3 As principais fontes de dados e informações do sistema de saúde do Brasil	109
4. Fundamentos e estratégias de envolvimento dos decisores de organizações de saúde	117
4.1. A utilização da avaliação no contexto da tomada de decisão em sistemas e organizações de saúde	118
4.2. A teoria organizacional subjacente ao envolvimento dos agentes de decisão (<i>stakeholders</i>) na avaliação participativa	122
4.3. Estratégias mistas (qualitativa e quantitativa) de coleta de informações e construção de consensos entre decisores (<i>stakeholders</i>) em organizações de saúde	124
4.3.1. A entrevista semiestruturada ou estruturada	126
4.3.2. Os grupos focais ou grupos de especialistas	127
4.3.3. A técnica de grupo nominal (TGN)	128
4.3.4. A técnica <i>Delphi</i>	129
4.4. Síntese teórico-conceitual da investigação	130
Parte II – Empírica	137
5. Metodologia do estudo	139
5.1. O processo de recolha de dados	141
5.2. Os modelos e as variáveis utilizadas no estudo	146
5.2.1. O fluxo de aplicação dos instrumentos do painel de indicadores e dimensões de performance.	154
5.2.2. O fluxo de aplicação dos instrumentos da escala/satisfação de qualidade percebida.	160
5.3. As hipóteses do estudo (itens de avaliação de performance e de avaliação de qualidade/satisfação percebida)	165
5.4. Os modelos de análise e as técnicas de validação dos itens de avaliação da investigação	169
6. Resultados e discussão	189
6.1. Os resultados dos painéis de indicadores e de dimensões de performance	189
6.1.1. Análises descritivas dos estudos 1 a 3 (<i>proxies</i> A a G)	191
6.1.1.1. Análise descritiva do estudo 1 (ciclos 1 e 2: <i>proxies</i> A a C) (domínios <i>versus</i> macrodomínios de avaliação) (Visão de especialistas, gestores e profissionais)	191
6.1.1.2. Análise descritiva do estudo 2 (ciclo 1: <i>proxies</i> D a F) (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (Visão de profissionais e gestores)	196

6.1.1.3. Análise descritiva do estudo 3 (ciclo 2: <i>proxy</i> G) (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (Visão de decisores)	201
6.1.2. Análises inferenciais dos estudos 1 a 3 (<i>proxy</i> C, <i>proxy</i> E+F e <i>proxy</i> G)	207
6.1.2.1 Análise inferencial do estudo 1 (domínios <i>versus</i> macrodomínios de avaliação (ciclo 2: <i>proxy</i> C) (Visão de gestores e profissionais)	208
6.1.2.2 Análise inferencial do estudo 2 (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (ciclo 1: <i>proxy</i> E+F) (Visão de gestores e profissionais)	212
6.1.2.3 Análise inferencial do estudo 3 (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (ciclo 2: <i>proxy</i> G) (Visão de decisores)	216
6.2. Os resultados dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)	221
6.2.1. Análises descritivas dos estudos 4 e 5 (<i>proxies</i> H+I e J, <i>proxies</i> M e M+N)	223
6.2.1.1. Análise descritiva do estudo 4 (ciclo 1: <i>proxies</i> H e I) (constructos <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais <i>versus</i> usuários)	223
6.2.1.2. Análise descritiva do estudo 4 (ciclo 2: <i>proxy</i> J) (constructos <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais <i>versus</i> usuários)	232
6.2.1.3. Análise descritiva do estudo 5 (ciclo 1: <i>proxies</i> K e L) (questões validadas <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa <i>versus</i> perceção).	239
6.2.1.4. Análise descritiva do estudo 5 (ciclo 2: <i>proxies</i> M e N) (questões validadas <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa <i>versus</i> perceção)	248
6.2.2. Análises inferenciais dos estudos 4 e 5 (<i>proxies</i> J e M+N)	256
6.2.2.1. Análise inferencial do estudo 4 (ciclo 2: <i>proxy</i> J)	256
6.2.2.2. Análise inferencial do estudo 5 (ciclo 2: <i>proxy</i> M+N)	264
6.3. Validações e conclusões de hipóteses sobre itens de avaliação de performance	272
6.4. Validações e conclusões de hipóteses sobre itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)	280
Conclusões	291
7.1. Descrição da abordagem	291
7.2. Dificuldades encontradas	294
7.3. Limitações do trabalho empírico	297
7.4. Investigação futura	299
7.5. Contributos desta investigação	300
Referências Bibliográficas	313
Anexos/Apêndices	333

9.1 Os resultados complementares da validação dos painéis de indicadores e de dimensões de performance	435
9.1.1. Análises descritivas complementares dos estudos 1 a 3 (<i>proxies</i> A a G)	435
9.1.1.1. Análise descritiva complementar do estudo 1 (ciclos 1 e 2: <i>proxies</i> A a C) (domínios <i>versus</i> macrodomínios de avaliação) (Visão de especialistas, gestores e profissionais)	435
9.1.1.2. Análise descritiva complementar do estudo 2 (ciclo 1: <i>proxies</i> D a F) (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (Visão de profissionais e gestores)	439
9.1.1.3. Análise descritiva complementar do estudo 3 (ciclo 2: <i>proxy</i> G) (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (Visão de decisores)	441
9.1.2. Análises inferenciais complementares dos estudos 1 a 3 (<i>proxy</i> C, <i>proxy</i> E+F e <i>proxy</i> G)	444
9.1.2.1. Análise inferencial complementar do estudo 1 (domínios <i>versus</i> macrodomínios de avaliação) (ciclo 2: <i>proxy</i> C) (Visão de gestores e profissionais)	444
9.1.2.2. Análise inferencial complementar do estudo 2 (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (ciclo 1: <i>proxy</i> E+F) (Visão de gestores e profissionais)	447
9.1.2.3. Análise inferencial complementar do estudo 3 (indicadores <i>versus</i> dimensões de performance) (ciclo 2: <i>proxy</i> G) (Visão de decisores)	449
9.2. Os resultados complementares da validação dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)	453
9.2.1. Análises descritivas complementares dos estudos 4 e 5 (<i>proxies</i> H+I e J, <i>proxies</i> M e M+N)	453
9.2.1.1. Análise descritiva complementar do estudo 4 (ciclo 1: <i>proxies</i> H e I) (constructos <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais <i>versus</i> usuários)	454
9.2.1.2. Análise descritiva complementar do estudo 4 (ciclo 2: <i>proxy</i> J) (constructos <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais <i>versus</i> usuários)	461
9.2.1.3. Análise descritiva complementar do estudo 5 (ciclo 1: <i>proxies</i> K e L) (questões validadas <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa <i>versus</i> percepção)	465
9.2.1.4. Análise descritiva complementar do estudo 5 (ciclo 2: <i>proxies</i> M e N) (questões validadas <i>versus</i> subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa <i>versus</i> percepção)	472
9.2.2. Análises inferenciais complementares dos estudos 4 e 5 (<i>proxies</i> J e M+N)	480
9.2.2.1. Análise inferencial complementar do estudo 4 (ciclo 2: <i>proxy</i> J)	480
9.2.2.2. Análise inferencial complementar do estudo 5 (ciclo 2: <i>proxy</i> M)	485

INTRODUÇÃO

1. Enquadramento da investigação

Esta investigação destaca a evolução recente das teorias e modelos de avaliação na área de saúde, quanto à estruturação do campo da avaliação para a tomada de decisão em sistemas e organizações de saúde. Estabelece uma visão global das tendências metodológicas da medição de performance em organizações e serviços de saúde, além de caracterizar os alguns programas e projetos de reconhecidas relevâncias na avaliação de organizações de saúde desenvolvidos no Brasil, em especial, no contexto de saúde pública, em busca de construir um quadro teórico-conceitual (*framework*) para a geração de indicadores de performance aplicável aos hospitais e serviços de saúde do SUS.

A etapa empírica desse propósito, centrou-se na finalidade de elaborar uma proposta metodológica e um *proxy* de painel de indicadores multidimensionais (produtividade assistencial, eficiência, efetividade, impacto, qualidade percebida etc), devidamente validados pelos agentes de decisão chaves, em uma amostra selecionada multicêntrica.

Em outro escopo dessa investigação abordaram-se os aspetos de medição de satisfação do usuário-utilizador de serviços de saúde do Brasil, contexto que há uma histórica escassez de iniciativas. Para fazer face à escassez de instrumentos padronizados e validados de mensuração de qualidade e satisfação, elaborou-se uma proposta de estratégia de mensuração de avaliação de satisfação dos usuários, através de uma escala inovadora validada por decisores chaves e usuários do SUS.

Na etapa empírica desse propósito adicional procedeu-se a tradução e a adaptação transcultural da escala SERVQUAL em um novo instrumento (escala de medição de qualidade/satisfação de usuários do SUS) fundamentados no campo da translação de conhecimentos no qual as teorias consolidadas são alvos de transliteração à luz de experiências dos atores sociais envolvidos (Barbosa & Neto, 2017; Clavier, Sénéchal, & Potvin, 2011; Hartz & John, 2008).

1.1. Introdução

O sistema de saúde brasileiro no último século apresentou uma evolução notável, ao nível estrutural e organizacional, apesar das demandas da sociedade serem crescentes. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹ no Brasil, muitos são os avanços do ponto de vista de garantias de atendimento, da organização sistêmica e da descentralização da gestão única da saúde, no entanto, pouco se observam avanços na governação do sistema de saúde.

No ano seguinte a redemocratização do Brasil, as diretrizes aprovadas na oitava Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS²) (Brasil, 1986b) serviram de esteio para os artigos 196-200 da atual Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1988), e apontaram para a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e fomentaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a visão de um Sistema Nacional de Saúde, que garante a saúde como direito do cidadão, sendo regularizado pela Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080/1990 (Brasil, 1990a), complementada pela Lei nº. 8.142/1990 (Brasil, 1990b), ambas em vigor até os dias atuais, e, Normas Operacionais complementares infralegais, que recentemente tiveram seus avanços organizacionais e de atenção à saúde condensados no chamado “Pacto Pela Saúde 2006”, e adendos posteriores, para organizar a assistência à saúde brasileira.

Em paralelo a esta evolução a Nova Gestão Pública (NGP)³, ou Gerencialismo, enquanto tendência gerencial recente tem exigido dos gestores públicos mundiais, esforços de monitoramento de resultados em diversas áreas para a controladoria e responsabilização (*accountability*) dos gastos e recursos públicos.

O elevado volume de recursos aplicados na saúde, por si, exige avanços no monitoramento de resultados. Dados relativos a 2016 apontam que 35 países da OCDE⁴ gastam em torno de 9,0% do PIB⁵ (GDP) no sistema de saúde, nos Estados Unidos cerca de 17,2%, em Portugal 8,9%, e no Brasil 6,2% (OECD, 2017), Além disso, os gastos com a saúde têm crescido nos últimos anos (2003-2016) em média de 3,6% nestes países (OECD, 2017), e países como Estados Unidos e Brasil registram inflações no setor saúde muito acima

1 SUS - Sistema Único de Saúde, Sistema Nacional de Saúde (SNS) do Brasil

2 CNS - Conferência Nacional de Saúde

3 NGP – Nova Gestão Pública (NPM - New Public Management)

4 OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OECD), países da Europa

5 PIB – Produto Interno Bruto (GDP) somatório de todas as riquezas geradas em um país

da média mundial, grande parte pela pressão de incorporação de novas tecnologias em saúde, e ampliação do volume de cuidado demandado pela população.

Um estudo recente do Banco Mundial aponta, no âmbito da OCDE e para alguns países emergentes, o rápido crescimento de despesas de saúde no setor privado, sendo que no Brasil que conta com o SUS, sistema nacional de saúde brasileiro, público, gratuito e de acesso universal, já se gasta mais recursos com o setor privado (54,26%) que com o sistema público (45,74%), enquanto a média de gastos de 25 países europeus situa-se em torno de 77% no sistema público de saúde e o Canadá aplica mais de 70%, ou seja, média muito superior de recursos públicos face aos recursos da saúde privada (quadro 1).

Países Avaliados	GDP-PIB per capita (U\$ PPP)	Valor Despesa per capita (U\$ PPP)	Despesa privada (%GDP-PIB)	Despesa pública (%GDP-PIB)	Despesa pública vs % Gasto Total Saúde	Gastos Total Saúde (% GDP-PIB)
Brasil	10.278,63	1.042,73	4,83	4,07	45,74	8,90
Argentina	10.941,96	1.473,70	3,19	4,92	60,64	8,11
China	7.417,89	432,28	2,28	2,89	55,89	5,16
Espanha	26.952,35	3.040,78	2,49	6,95	73,59	9,44
Reino Unido	32.808,79	3.321,67	1,61	7,71	82,70	9,32
Austria	34.852,66	3.691,55	2,84	6,19	68,51	9,03
França	29.820,09	4.085,48	2,70	8,92	76,74	11,63
EUR-25	28.048,60	3.259,80	2,33	7,82	77,04	10,15
Canadá	35.714,79	4.519,96	3,31	7,87	70,41	11,18

Quadro 1 - Gastos em saúde: percentual de despesas pública *versus* privada, países OCDE, Brasil e outros (2013). Fonte: Adaptado pelo autor – Dados disponíveis em <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Um dos maiores desafios de gestão em sistemas de saúde, em países em desenvolvimento como o Brasil, é a presença de uma tripla carga de doença (Schramm et al., 2004) pelo recrudescimento de doenças infectocontagiosas; epidemia de doenças oriundas da violência e condições de vidas urbanas; e avanço de doenças crônicas-degenerativas, em virtude da inversão da pirâmide etária, com tendência expressa pelos gráficos 3 e 4.

Outro exemplo das dificuldades de governança do SUS é que apenas recentemente o Ministério da Saúde concluiu o primeiro levantamento das filas nacionais de cirurgias

eletivas que registrou uma lista de espera de 667.014 pacientes (Frasão, 2017) apesar de anualmente aplicar recursos elevados na área.

Neste contexto de elevação de gastos e conforme a visão da NGP ou Gerencialismo, que exige a responsabilização dos gestores públicos por gastos governamentais, surge a necessidade de avaliação e monitoramento de resultados do sistema de saúde. Em resposta, pode-se citar exemplos de projetos de avaliação e monitoramento de resultados da administração pública como PRODEV⁶ e P4R (PforR)⁷, que têm sido implantados na gestão pública de países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, através de agências internacionais de fomento em busca de otimizar os recursos e garantir qualidade às ações públicas.

Nos primeiros momentos as prioridades do SUS foram a organização da atenção à saúde, a garantia de acesso aos serviços do SUS, a organização das instâncias de gestão nas três esferas governamentais.

Na área de saúde do Brasil, os esforços de governação têm sido maioritariamente focados nas políticas de saúde e sistemas coletivos de saúde, como os programas de atenção primária, de vacinação, de controle de mortalidade infantil e materna, dentre outros factores sistêmicos. Por outro lado, a governação dos sistemas curativos e reabilitadores, na maioria das vezes, limita-se a implantação de novas estruturas de atendimentos e quase nunca em gestão da performance destas organizações e serviços de saúde.

No entanto, a mídia brasileira tem mostrado que pouco se tem avançado na gestão de resultados em saúde, por exemplo, na evolução das taxas de mortalidade (Barreto, 2016), que apresenta drástica elevação das taxas que representam mortes a cada cem mil pessoas e são enviadas ao Ministério da Saúde por estados e municípios. Neste caso, o primeiro desafio é equalizar os dados, pois os sistemas do Datasus comportam duas séries históricas: uma que vai de 1984 a 2007; e outra após o ano de 2008, quando houve revisão geral de códigos dos registros de eventos e procedimentos do SUS, que impactam qualquer estudo que se pretende efetivar – ressalte-se que as limitações quanto à fiabilidade nos dados do Datasus da rede de atenção à saúde será objeto posterior de análise. O outro é estabelecer um sistema de monitoramento e regulação de índices voltados para a rede de atenção à saúde, que subsidie a governança do SUS, escopo deste estudo.

6 PRODEV - Programa de Estratégia e Plano de Ação para a Efetividade do Desenvolvimento do BID para os países da América Latina e Caribe

7 PforR ou P4R - Programa para Resultados do Banco Mundial para o apoio ao desenvolvimento da “*accountability*” de países em desenvolvimento

Ampliou-se a análise dessa tendência da mortalidade, através da análise de dados das duas últimas décadas nos estados que no último quadriênio tiveram maiores taxas de mortalidade, além da média por região do Brasil (figura 1).

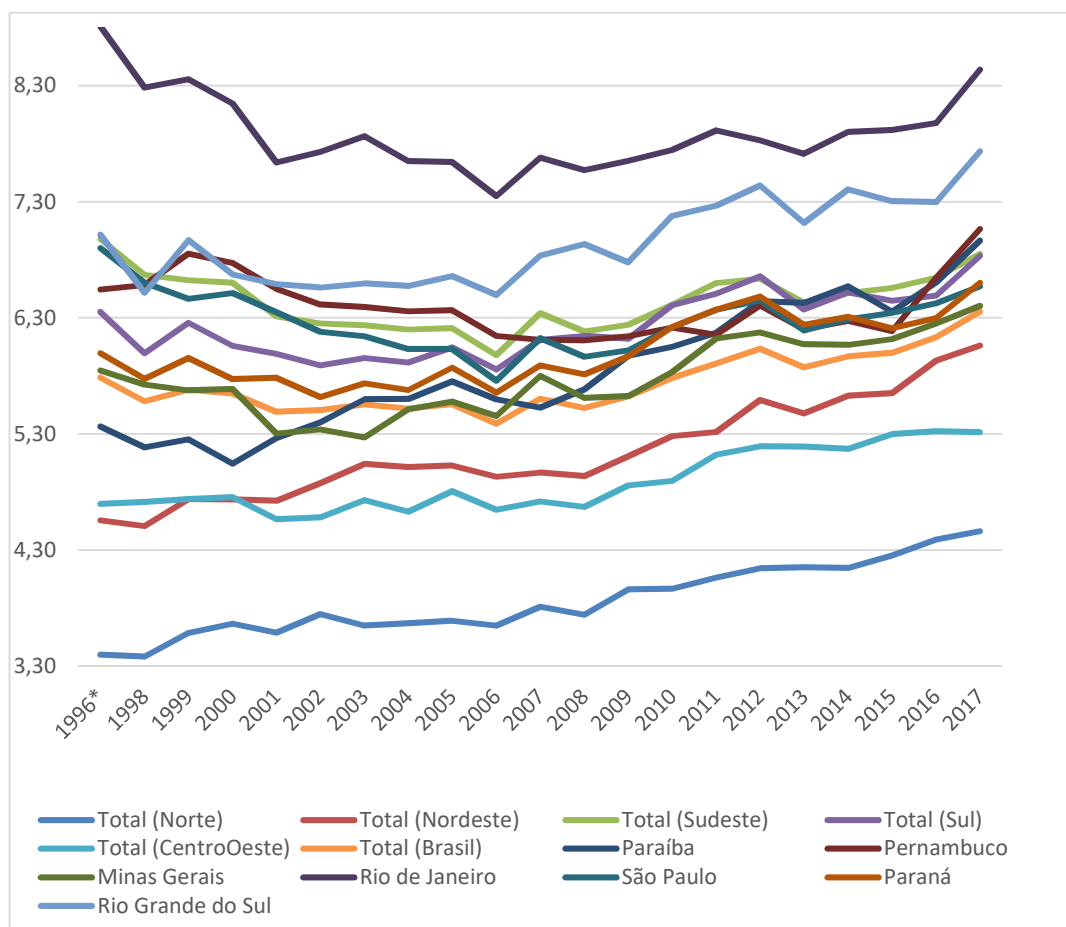


Figura 1 - Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade por mil habitantes/ano (Brasil, 1996 a 2017) - grandes regiões e estados selecionados (> média do Brasil, no último quadriênio). Fonte: Elaboração própria - Dados disponíveis em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/estatisticas-vitais>.

Nesse contexto, a regulação do sistema público de saúde do Brasil pauta-se basicamente na gestão da demanda e na garantia do acesso e na organização dos fluxos assistenciais, sem uma preocupação de desempenho nos pontos de atenção à saúde. Com isto, agrava-se a crise de recursos e de financiamento, não havendo transparência nos resultados de hospitais e demais serviços de saúde, quanto ao seu desempenho e resultados alcançados. Assim, há um dilema recorrente no SUS: há insuficiência de recursos ou ineficiência na gestão? Sem uma metodologia de avaliação e monitoramento de desempenho dificilmente pode-se enfrentar este dilema e avançar com as conquistas sociais do SUS.

Dessa forma, pode-se supor que há relevância no estabelecimento de mecanismos e instrumentos de mensuração de performance e monitoramento de resultados de políticas, programas e ações de saúde no âmbito do SUS, principal escopo dessa investigação.

1.2. Enquadramento do tema

A fim de delimitar o campo desta investigação e permitir a estruturação de um enquadramento teórico conceitual (*framework*), contextualiza-se o espaço funcional considerando o constructo de “serviços”, o que permitirá cingir o campo onde se processam as inter-relações, sendo base para a elaboração de modelos teórico-lógicos de avaliação em saúde, inclusive quanto aos instrumentos de avaliação da satisfação/insatisfação no âmbito dos serviços oferecidos.

Ressalta-se que as organizações e serviços de saúde, tal como se apresentam no SUS, constituem-se como serviços públicos de acesso geral, ou unidades credenciadas e, na medida em que são de acessos universais, contam com um grau elevado de utilização. Logo, o envolvimento dos usuários é grande e o seu autoconceito importante.

Na literatura não há um consenso sobre o escopo e a amplitude da avaliação e do monitoramento. Nesta investigação escolheu-se trabalhar com a visão integrada do monitoramento e avaliação, defendida pela *United Nations Development Programme* (UNDP). Nesta visão, o processo de monitoramento pode gerar questões a serem respondidas pela avaliação, que se situa como um processo de análises aprofundadas de dados e situações, pertinentes para a tomada de decisão e gestão baseada em resultados (UNDP, 2009).

Assume-se, ainda, o escopo instrumental do monitoramento de resultados definido no âmbito da OECD, que trata o monitoramento como a função contínua que usa a recolha sistemática de dados, para fornecer à gestão e aos decisores (*stakeholders*) parâmetros decisores sobre uma intervenção em curso, através de indicadores específicos sobre a extensão do progresso, do atingimento dos objectivos e dos progressos alcançados na utilização de recursos alocados (OECD, 2002; World Bank, 2009).

Esta perspectiva instrumental entende o monitoramento como o processo que fornece informações em tempo real exigidas, para a gestão baseada em resultados e, por sua vez, a avaliação fortemente baseada em dados gerados durante o monitoramento do

programa ou do ciclo do projeto, incluindo, por exemplo, dados de base, informações sobre o processo e as medidas de implementação do programa ou projeto. Nesta visão, o processo de monitoramento pode gerar questões a serem respondidas por uma avaliação, que se situa como um processo de análises aprofundadas de dados e situações, pertinentes para a tomada de decisão e gestão baseada em resultados.

Por fim, o artefacto validado nesta investigação pretende subsidiar um sistema de monitoramento e avaliação de performance de hospitais e unidades de saúde, no âmbito do SUS, enquanto um sistema de Monitoramento e Avaliação (M&A) baseado em resultados que fornece informações cruciais sobre políticas públicas ou desempenho organizacional - *results-based management* (RBM) -, como conceituam Morra-Imas e Rist (2009). Numa ampliação de propósito e utilização, nada impede que os decisores possam se apropriar dos artefactos gerados enquanto mobilizadores da gestão que ultrapasse o alcance de resultados para priorizar o desenvolvimento institucional, ou seja, com a perspectiva ampliada: “*managing for development results* (MfDR)” (UNDP, 2009).

Norteia este trabalho a tendência emergente na gestão de resultados em saúde quanto a avaliação, que sugere que “a mudança central do foco de atenção foi das atividades ou “produtos” das agências governamentais (output) para os resultados dessas atividades (*outcomes*)” (Kettl, 1996; Almeida, 1999 apud F Viacava et al., 2004: 712). Na parte de análise de qualidade percebida, segue a tendência metodológica de valorizar os resultados e impactos referidos pelos pacientes (PROMs - *Patient Reported Outcome Measures*, ou seja, a mensuração de desfechos reportados pelo paciente), sendo esta mais uma das bases desta investigação.

Em busca de explorar o tema para construir uma base científica de suporte à investigação procedeu-se uma ampla revisão integrativa da literatura recente (Jan/2005 a Dez/2016) (tabela 110, anexo 1). Assim, em linhas gerais explorou-se o contexto geral do campo de avaliação e mensuração de performance em sistemas e serviços de saúde, abordou-se as experiências e programas do Brasil de avaliação em saúde, além do estudo das bases de medição de qualidade e satisfação de usuários, caracterizados globalmente a seguir:

1.2.1. Contexto geral

De acordo com Travassos et al. (1999), é necessário destacar a importância do desenvolvimento de estratégias para permitir que os resultados das avaliações melhorem a

efetividade dos cuidados hospitalares. Assim, o monitoramento de indicadores pode promover a efetividade da assistência, bem como da busca pela eficiência organizacional em saúde. A monitorização dos indicadores constitui também uma boa prática de governação hospitalar (Raposo, 2007) uma vez que reforçam a transparência e a prestação de contas/responsabilização (*accountability*). Entretanto, a multiplicidade de perspectivas e de complexidades envolvidas, além das diversidades de escopos e definições demandam a análise dos principais quadros teóricos e metodológicos de avaliação relevantes da literatura.

Na literatura há diversas propostas de quadro teórico-conceptual (*framework*) para avaliação de performance e a seleção de indicadores, por exemplo, painéis de dimensões de avaliação e indicadores de performance usados para a medição da qualidade de alguns países e organizações multilaterais (Reino Unido, Canadá, Austrália, EUA, OMS e OCDE) citados como relevantes em outro importante estudo (Arah, Klazinga, Delnoij, Asbroek, & Custers, 2003).

Ao nível mundial pode-se dizer que os primeiros esforços estruturados de medição de performance direcionados às organizações hospitalares e serviços de saúde foram iniciados na década de 1980. Após este período, surgiram relevantes sistemas de avaliação em saúde, que este estudo caracterizou enquanto as principais metodologias e sistemas mundiais de medição de resultados em saúde, como por exemplo, quadros teóricos-conceptuais (*framework*) de alguns projetos em destaque:

- *Quality Indicator Project (QIP)*⁸ da Agência de Pesquisa e Qualidade nos Serviços de Saúde – *U.S. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*⁹;
- Projeto da Fundação Europeia para Gerenciamento da Qualidade - *European Foundation for Quality Management (EFQM)*¹⁰ ;
- Sistema de indicadores do *Project Assessment Tool of Quality Improvement in Hospitals (PATH)*¹¹ da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹²;

8 QIP – *Quality Indicator Project* (Projeto de Indicadores de Qualidade)

9 AHRQ – *U.S. Agency for Healthcare Research and Quality* (Agência de Pesquisa e Qualidade nos Serviços de Saúde)

10 EFQM - *European Foundation for Quality Management* (Fundação Europeia para Gerenciamento da Qualidade)

11 PATH – *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* (ferramenta de avaliação de performance para a melhoria da qualidade hospitalar)

12 OMS - Organização Mundial de Saúde (WHO), representada no Brasil, América Latina, e Caribe pela OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde.

- No Reino Unido, duas abordagens. A primeira baseada na definição de indicadores do Serviço Nacional de Saúde-NHS¹³, a segunda interessada na concretização de uma metodologia para estabelecer “*hospital ratings*”;
- Em Portugal, o Sinas@Hospitais¹⁴ sob a coordenação da Entidade Reguladora de Saúde (ERS)¹⁵, que classifica os hospitais avaliados (ranking) que é utilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)¹⁶, entre outros que surgirem como relevantes na revisão da literatura (anexo 2).

No propósito de integrar os quadro-conceituais (*framework*) mais destacados, investigou-se na literatura relevante (quadros 17 a 19, anexo 2) a importância de cada uma dos indicadores e dimensões de performance, bem como, buscou-se identificar quais as metodologias e instrumentos de mensuração de performance em saúde mais utilizadas nos contextos mundial e brasileiros.

No outro escopo desta investigação, estudou-se destaques na literatura quanto as bases de avaliação de qualidade percebida para a estruturação de escalas de medição de qualidade e satisfação de usuários de serviços de saúde.

Apesar do relativo consenso que a qualidade é vista como um dos aspetos centrais a ser considerado para a avaliação em saúde (Donabedian, 1980c; H. V. Vuori, 1982), não existe uma definição universalmente aceita de cuidado em saúde, qualidade ou qualidade de atendimento. No nível individual, Campbell et al. (2000: 1621) propõe a qualidade como sendo a capacidade de acessar o atendimento eficaz com o objectivo de maximizar os benefícios à saúde em relação à necessidade.

No escopo da saúde, uma ampla revisão da literatura mundial aponta que a satisfação do usuário é multifacetada e de difícil mensuração (M. Esperidião & Trad, 2005; M. A. Esperidião, 2009), sendo de interesse maior para os decisores de saúde (Aharony & Strasser, 1993 apud Esperidião e Trad, 2005: 304).

Por sua vez, Vinagre (2008) enfatiza a complexidade de aferição dos serviços pelos aspetos da *intangibilidade* (ausência de atributos físicos) dos serviços (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991b) e o fato dos serviços constituírem-se essencialmente enquanto

13 NHS- *National Health System* (Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido)

14 Sinas@Hospitais – Sistema de Indicadores de Performance de Hospitais do Serviço Nacional de Saúde de Portugal

15 ERS - Entidade Reguladora de Saúde que operacionaliza a regulação do sistema público e privado do SNS de Portugal

16 ACSS - Administração Central do Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Portugal

processos, sendo afetados por interações e atividades (Grönroos, 1990), ou seja, dependente de aspetos relacionais entre usuários e prestadores de serviços.

A partir de uma análise integrativa realizada por Giese e Cote (2000 apud Vinagre, 2008) podem-se sintetizar os achados de alguns estudos sobre as bases da avaliação da satisfação, comparando as definições conceptuais, as respostas, o enfoque e o momento da análise da satisfação (quadro 20, anexo 2).

Diante das muitas definições do constructo satisfação e dos inúmeros quadros conceptuais (*framework*) propostos na literatura para a avaliação da satisfação, resolveu-se considerar, neste trabalho, a satisfação enquanto resposta a um processo de avaliação da experiência de consumo, considerando tanto o resultado quanto o processo como elementos importantes para a satisfação dos consumidores com enfoque nos antecedentes/preditores da satisfação, ou seja, amparado pela teoria da atribuição causal (Bitner, Booms, & Mohr, 1994).

Para além disso, elegeu-se neste estudo o escopo de experiência de serviços, visto que em serviços de saúde a experiência de serviços parece ser muito sensível aos constructos expectativas, emoções e experiências, que são constructos que estão na base do enquadramento teórico da linha experiência de serviços para mensuração da satisfação de usuários e que resultou na escala SERVQUAL (Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1988; Parasuraman et al., 1991b), que será adaptada nesta investigação para o contexto do SUS.

1.2.2. Contexto nacional (brasileiro)

Uma revisão sistemática (Machado, Martins, & Martins, 2013) voltada para avaliação de qualidade hospitalar mostra que os primeiros estudos surgiram entre 1991 a 2003, tendo encontrado apenas 48 publicações (quadro 26, anexo 4). Em outro estudo sobre a avaliação em saúde no Brasil (Fernandes, Ribeiro, & Moreira, 2011) acharam apenas 44 estudos.

Neste propósito, procedeu-se uma revisão sistemática ampliada nas principais bases publicações de artigos científicos do Brasil (SciELO e Lilacs e Medline, via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS) tendo localizado 112 publicações no período de 1990 a 2018 (figura 2). Assim, buscou-se mapear e descrever qualquer iniciativa inovadora de monitoramento e avaliação, com similaridade de objeto e escopo desta investigação que seja considerada de

relevante aplicação no contexto das organizações de saúde do Brasil, a fim de avaliar sua aplicabilidade no SUS (quadro 27, anexo 4).

A incipiência de publicações em avaliação e monitoramento de sistemas e serviços de saúde no Brasil comprovada nesta bibliometria realça, ainda mais, a importância do objeto de análise desta investigação.

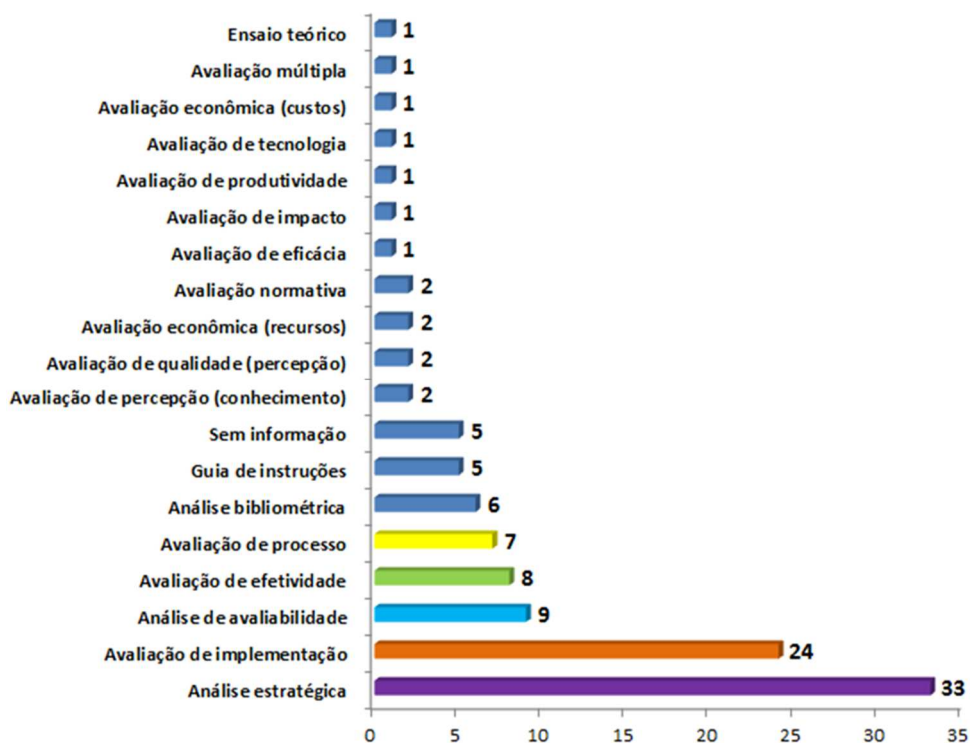


Figura 2 - Bibliometria de estudos de avaliação em saúde no Brasil (1990 - 2018).

No propósito de aproximar-se da realidade do objeto de avaliação deste estudo, caracterizam-se alguns programas e projetos de reconhecidas relevâncias na avaliação de organizações de saúde desenvolvidos no Brasil, no contexto de saúde pública e iniciativas privadas de ampla aplicação. Assim, buscou-se mapear e descrever qualquer iniciativa inovadora de monitoramento e avaliação, com similaridade de objeto e escopo desta investigação que seja considerada de relevante aplicação no contexto das organizações de saúde do Brasil, a fim de avaliar sua aplicabilidade no SUS.

De forma complementar, este trabalho examinou, no contexto da saúde brasileira, os sistemas informatizados, indicadores e instrumentos gerenciais, no campo de saúde pública, tais como: indicadores do DATASUS¹⁷, Projeto Desenvolvimento de Metodologia

17 DATASUS - Conjunto de módulos do sistemas de informação de dados do sistema nacional de saúde do Brasil (SNS-SUS), inclusive de hospitais e serviços de saúde

de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS)¹⁸, indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)¹⁹, Indicadores e Dados Básicos da Saúde (IDB)²⁰ da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)²¹ e, indicadores do novo PNASS; no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²², Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)²³ e indicadores QUALISS²⁴ do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar (QUALISS) – em fase de estruturação e; nas organizações privadas: indicadores PROHASA/CQH²⁵ e indicadores SIPAGEH²⁶, dentre outros que surgirem na revisão da revisão integrativa da literatura (anexos 5 e 6).

No outro propósito desta investigação, identificou-se no Brasil, duas pesquisas de opinião de base nacional do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Confederação Nacional da Indústria (CNI), com os mais renomeados institutos brasileiros de pesquisa, Datafolha e Ibope, respectivamente, com dados de 2011 a 2018, que revelam insatisfações da população que variam de 54 a 93% (CFM, 2014, 2015, 2018). E, ainda, que elevados percentuais de brasileiros avaliam a saúde pública como ruim ou péssima, que aumentou de 61%, em 2011, para 75% em 2018 (CNI, 2012, 2018).

Em uma pesquisa sistemática efetivada nas principais bases de artigos científicos do Brasil (Medline, Lilacs e Scielo), além de ter obtido resultados extremamente escassos, não se identificou nenhuma metodologia robusta de avaliação de qualidade e satisfação através de instrumentos padronizados e validados e/ou de larga utilização no contexto de saúde do Brasil (figura 2). Esses achados estão alinhados com os resultados de uma revisão sistemática extensiva, entre 1990 e 2013, nas principais bases bibliográficas de publicação brasileiras em saúde pública, na qual Volpato (2014) identificou poucas publicações com características voltadas à percepção dos usuários e/ou dos profissionais referente a qualidade

18 PROADESS - Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro

19 IDSUS – Matriz de indicadores em 18 macrodimensões gerenciada pelo DATASUS e o Ministério da Saúde do Brasil

20 IDB - Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil gerenciados pela RIPSA e o Ministério da Saúde do Brasil

21 RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

22 ANS - Agência Nacional de saúde Suplementar, criada pela Lei Federal 9661/00 para regular as atividades privadas de saúde, através de suas resoluções, pautadas na Lei 9656/98 (“operadoras de saúde”)

23 IDSS - Índices de Desempenho da Saúde Suplementar

24 Indicadores QUALISS, implantados pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar

25 PROHASA/CQH – Indicadores do Programa de Estudos Avançados em Adm. Hospitalar e de Sistemas de Saúde da FMUSP

26 SIPAGEH – Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar, com adesão voluntária de 37 hospitais do Sul do Brasil

dos serviços públicos de saúde, também não tendo identificado instrumentos ou escalas validadas de mensuração de satisfação e/ou qualidade em saúde no Brasil.

1.2.3. O problema

O campo de avaliação em saúde, por suas complexidades, subjetividades e múltiplas perspectivas, engloba uma diversidade de termos, conceitos e métodos o que está coerente com a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes na área da saúde, na heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas.

Por sua vez Minayo et al. (2010) afirmam que os investimentos maciços em políticas públicas, no bojo do Estado do bem-estar social exigiram a adoção da investigação avaliativa que devem priorizar aspectos como utilidade, viabilidade, precisão técnica, ética e métodos e técnicas de análise de dados adequados.

Alkin (2004 apud Samico et al., 2010) estabelece as origens do campo da avaliação a partir de duas necessidades: a prestação de contas (*accountability*) e o controle dos programas.

Por sua vez, Chianca e Youker (2004) registram um crescente interesse no campo de avaliação de sistemas de saúde da América Latina e Caribe. No entanto, Bosi e Mercado (2006) elaboram uma extensa revisão de literatura quanto às experiências de avaliação nos países da América Latina e concluem que a maioria dos trabalhos é de índole teórica, sendo poucos os estudos empíricos ou de caso. Citam ainda que quase sempre os enfoques avaliativos usados inspiram-se em certos autores e obras eurocêntricas (Fals Borda & Mora-Osejo, 2004), do mundo anglo-saxão, em especial, provenientes das teorias e modelos emergentes da península ibérica (Bosi & Mercado, 2006).

Em outro prisma, Hartz e Vieira-da-Silva (2005), abordam a avaliação enquanto desenhos de modelos teóricos-lógicos para a compreensão das relações de lógica entre os objectivos, atividades e resultados do programa. Assim, o objeto da investigação científica é um constructo da realidade passível de modelagem, instrumentalizado em dois momentos: a idealização do objeto-modelo ou modelo conceitual e a construção da teoria do objeto-modelo ou, em outros termos, na elaboração do modelo teórico (Bunge, 1974). O modelo lógico (ML) é entendido enquanto um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados (Rowan, 2000).

Enquanto isso, Samico et al. (2010), afirmam que o ML pode incluir todos ou alguns dos seguintes elementos: objetivos e metas, insumos, atividades, produtos, público-alvo e resultados (imediatos, intermediários e de longo prazo). Estes autores propõem que a elaboração do ML deve contar com a participação ativa dos responsáveis e envolvidos no programa, e que o processo de validação do ML deve envolver as partes interessadas (stakeholders), como os profissionais responsáveis por sua implementação nos serviços de saúde e os usuários dos programas, ou ainda, deve consultar comitês de especialistas, como forma de identificar lacunas, sobreposições ou esclarecer dúvidas sobre o ML construído (Souza, Vieira-Da-Silva, & Hartz, 2005).

Vale salientar que Carvalho (2007) afirma que importa não só identificar os atores principais (stakeholders), mas, também, caracterizá-los e agrupá-los em função da sua importância considerada e do impacto que poderão ter ao nível do comportamento e dos resultados alcançados pela organização. Dessa forma, para o escopo deste trabalho, adotou-se a perspectiva da teoria dos stakeholders e considerou-se como decisores chaves (*key stakeholders*) os gestores dos níveis setoriais, organizacionais e governacionais, no processo de estruturação de modelos para mensuração da performance organizacional. Diante disso, esta investigação firma-se no enquadramento conceitual do campo da avaliação participativa e construtivista de 4ª. geração proposta por Guba e Lincoln (2011).

De seguida, em uma breve análise dos aspetos filosóficos da avaliação, escolheu-se trabalhar sob as bases da ontologia idealista, na qual os modelos e representações que formam o nível empírico são contingentes e socialmente produzidos - neste caso, pelos agentes de decisão chaves (Bosi & Mercado, 2006).

Sendo assim, nos aspetos metodológicos, assume-se nesta investigação um processo integrativo e participativo da avaliação, em busca de construir consensos quanto a visão global, metodologias, macrodimensões e indicadores de mensuração de performance organizacional, em especial, no âmbito de agentes de decisão chaves de unidades de saúde pública e/ou vinculadas ao SUS.

Por sua vez, Guba e Lincoln (2011) pressupõem a avaliação enquanto um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada. Diante disto, uma das primeiras etapas de aproximação ao objeto sob avaliação consta do mapeamento das partes interessadas (*stakeholders*) na avaliação, em especial, os agentes de decisão, que contribuem ativamente na construção e no desenho do modelo de avaliação da investigação.

A inclusão dos diversos atores na decisão da modelagem da avaliação se faz necessário também pela variedade de dimensões mensuráveis nos serviços de saúde, pelo que há uma necessidade de priorização dos objectivos e instrumentos desenvolvidos pelos seus futuros usuários-utilizadores. Neste quesito, Uchimura e Bosi (2002) referem autores e listas das possíveis dimensões de avaliação:

Gattinara et al. (1995) sinalizam vários factores que determinam a qualidade dos serviços de saúde: competência profissional; [...] satisfação dos clientes; [...] acessibilidade; [...] eficácia; [...] eficiência [...].

Por outro lado, Vuori (1991; também citado por Acurcio et al., 1991; Akerman & Nadanovsky, 1992; Santos, 1995) citam outros factores: [...] efetividade; [...] eficácia; [...] eficiência; [...]

Assim, pela complexidade do fenómeno em estudo e a subjetividade do processo avaliativo dos sistemas de saúde, cabe ao investigador, em parceria com os decisores, seleccionar as dimensões que mais apresentam relevância na realidade na tomada de decisão em organizações de saúde, e assim, direcionar a construção da metodologia de avaliação de performance proposta nesta pesquisa.

Nesse contexto colaborativo, no intuito de elaborar uma proposta de quadro teórico-conceptual (*framework*) para a seleção de indicadores mais relevantes foram estudados alguns dos principais sistemas mundiais de avaliação de performance em organizações de saúde, como por exemplo, quadros conceptuais dos projetos de indicadores de performance e qualidade internacional em destaque de países da Europa, EUA e/ou Canadá. De seguida, no propósito de aproximar-se da realidade do objeto de avaliação deste estudo, caracterizam-se alguns programas e projetos de reconhecidas relevâncias na avaliação de organizações de saúde desenvolvidos no Brasil, em especial, no contexto de saúde pública (tópico 2.4.3). Os principais fundamentos destes quadros teórico-conceptual (*framework*) estruturaram as bases para a proposição do *proxy* de painel de indicadores de performance, validada por decisores chaves (tópico 6.1).

No aspeto de medição de satisfação do usuário-utilizador de serviços de saúde do Brasil, há uma histórica escassez de iniciativas neste campo evidenciada na pesquisa bibliográfica (quadro 21, anexo 2). Para fazer face à escassez de instrumentos padronizados e validados de mensuração de qualidade e satisfação, caracterizou-se alguns dos principais fundamentos de mensuração de qualidade e satisfação aplicáveis aos usuários de saúde (tópico 2.4.4), em especial, sobre a escala SERVQUAL, enquanto base para a elaboração de uma proposta de estratégia de mensuração de avaliação de satisfação dos usuários-

utilizadores, pautada em princípios científicos, validada por decisores chaves e usuários-utilizadores do SUS (tópico 6.2).

Dessa forma, a proposta de tradução e adaptação transcultural da escala SERVQUAL em um novo instrumento (escala de medição de qualidade/satisfação de usuários do SUS) fundamenta-se no campo da translação de conhecimentos no qual as teorias consolidadas são alvos de transliteração à luz de experiências dos atores sociais envolvidos (Barbosa & Neto, 2017; Clavier et al., 2011; Hartz & John, 2008), visando à melhoria de serviços em prol de preenchimentos de lacunas de saberes e instrumentos para transformar políticas e práticas (Barbosa & Neto, 2017; CIHR, 2004; WHO, 2006) para a gestão de serviços do SUS.

Diante desses argumentos e contextos explanados, surge a problematização central desta investigação: um *proxy* de modelo de monitoramento e avaliação multidimensional de performance e resultados, construído em colaboração com os decisores chaves, são relevantes/importantes para os diferentes níveis de gestores, na governação das organizações de saúde do SUS, em uma amostra de hospitais e serviços de saúde pública no Brasil? No escopo adicional deste estudo surge a segunda questão central: quais os níveis de adaptação, relevância e validação de um grupo de questões em uma escala inovadora de mensuração de qualidade percebida por especialistas e usuários do SUS?

Destacam-se outras questões transversais, exploradas no percurso desta investigação: quais as experiências relevantes de sistemas de monitoramento e avaliação e/ou de gestão de indicadores de performance no contexto dos hospitais e serviços de saúde do SUS? Quais as bases normativas e de sistemas de dados capazes de fundamentar um sistema de monitoramento e avaliação no âmbito do SUS?

1.3. Objectivos do estudo

A fim de orientar esta investigação, a partir da problematização traçada definiram-se alguns objectivos. Assim, o objectivo geral da investigação é estruturar e validar um *proxy* de um painel de indicadores e dimensões de performance, além de uma escala de qualidade percebida em saúde, por decisão multicritério dos principais agentes decisores, aplicado ao monitoramento de resultados e à gestão estratégica das organizações de saúde, em unidades

selecionadas no sistema público de saúde do Brasil. Enquanto objetivos específicos foram identificados os seguintes:

- descrever os princípios norteadores de avaliação em sistemas e serviços de saúde a fim de estabelecer um enquadramento metodológico-conceitual sobre os aspetos relevantes da avaliação de resultados e mensuração de performance em organizações e serviços de saúde;
- investigar e sintetizar os principais modelos de avaliação, painéis de indicadores e de dimensões de performance nas organizações de saúde mundiais, a fim de priorizar a análise de sua aplicabilidade na otimização e governação (governança) das organizações de saúde brasileiras;
- identificar e caracterizar as fontes de informações, relevantes e disponíveis no Brasil, que permitam a recolha de dados confiáveis para estruturação de indicadores de performance aplicáveis aos hospitais e serviços de saúde pública do Brasil;
- identificar as categorias de atores chaves (*key stakeholders*), em especial, os principais agentes decisores (implementadores de políticas, planeadores, reguladores e gestores da saúde) no sistema público de saúde do Brasil;
- validar um *proxy* de painéis de indicadores e de dimensões de performance nas organizações de saúde, em uma amostra estratificada do universo selecionado de decisores chaves de organizações e serviços de saúde no sistema público de saúde do Brasil;
- adaptar e aplicar uma escala de mensuração da qualidade percebida dos usuários-utilizadores do SUS, pautada em princípios científicos, validada por decisores chaves, em uma amostra de especialistas e usuários de unidades de saúde selecionadas.

1.4. Estrutura da tese

Em virtude do desafio de fundamentar a avaliação das organizações de saúde este estudo destaca a evolução das teorias e modelos de avaliação na área de saúde, quanto à estruturação do campo da avaliação e a utilização da avaliação no contexto da tomada de decisão em sistemas e organizações de saúde. De seguida, faz uma análise do percurso de estruturação da saúde pública do Brasil, quanto aos aspetos recentes de governação e avaliação do SUS.

O percurso da investigação bibliográfica foi iniciado pela análise dos escritos recentes no campo de avaliação e monitoramento de sistemas de saúde e, neste propósito,

procedeu-se uma revisão da literatura dividida nos seguintes blocos ordenados de investigação: o estado da arte do desenvolvimento do campo da avaliação de resultados em saúde; uma visão global das tendências metodológicas da medição de performance em organizações e serviços de saúde e do desenvolvimento de estratégias e instrumentos de medição de performance em unidades de saúde; os aspetos metodológico e instrumental de mensuração de performance para o apoio à decisão em sistemas de saúde; um breve histórico da governação e da avaliação do sistema de saúde brasileiro; a caracterização das principais fontes de informações do sistema de saúde do Brasil, que possibilitem a geração de indicadores de performance da rede de atenção à saúde (quadro 2).

Na etapa posterior, com o propósito de identificar um quadro teórico-conceptual (*framework*), explorou-se o estado da arte de metodologias avaliativas dos sistemas de saúde, a fim de sedimentar um modelo teórico-lógico de avaliação multidimensional aplicável aos hospitais e serviços de saúde do SUS.

Por fim, a etapa empírica, centrou-se na finalidade de elaborar uma proposta metodológica e um *proxy* de painel de indicadores multidimensionais (produtividade assistencial, eficiência, efetividade, impacto, qualidade percebida etc), devidamente validados pelos agentes de decisão chaves, em uma amostra selecionada multicêntrica, enquanto instrumento de mensuração de performance para a governação de redes de organizações de saúde, no contexto de hospitais e serviços de saúde do SUS.

Nesse propósito, explorou-se a teoria das partes intervenientes (*stakeholders*) e apropriou-se de instrumentos de pesquisa de percepção dos agentes de decisão e de construção de consenso em grupo, em busca de selecionar as dimensões mais relevantes e, posteriormente, modelar uma matriz de indicadores por critérios de julgamento de valor, conforme a relevância atribuída pelos decisores chaves, envolvidos no processo de validação do modelo proposto.

O percurso metodológico desta investigação, no âmbito do doutorado em Gestão e Ciência da Decisão da Universidade de Coimbra, por sua complexidade e multidimensionalidade, envolveu diferentes prismas. A natureza da pesquisa caracterizou-se por uma metodologia avaliativa do tipo observacional (controle de possíveis influências intencionais no objeto pesquisado), transversal, com abordagem por método misto (qualitativo e quantitativo) de avaliação, durante a etapa de validação metodológica e instrumental por decisores chaves da amostra (gestores, profissionais e usuários da saúde).

A investigação apoiou-se em estudo de casos múltiplos (Yin, 2009 apud Minayo et al., 2010) selecionados por conveniência e disponibilidade de e disponibilidade de participação durante a aplicação dos instrumentos para a sua validação (ciclo 1 – agregação de todas as fases de uma das etapas do estudo voltadas para a estruturação e validação dos instrumentos) e para a pesquisa de dados de campo (ciclo 2 – agregação de todas as fases de uma das etapas do estudo voltadas para estudos de dados de campo), porém com amostragem de usuários do tipo estratificado proporcional, na aplicação de campo da escala de qualidade percebida (ciclo 2) na mensuração da satisfação da rede de saúde.

Assim, o quadro abaixo sintetizou a estrutura geral, tópicos, subtópicos e as principais abordagens do estudo.

Estrutura Geral	Principais tópicos	Descrição de objectivos
Enquadramento, abordagens e tópicos da investigação	Avaliação quali-quantitativa para medição de desempenho saúde pública brasileira	Suporte teórico-metodológico da investigação
1- INTRODUÇÃO, ENQUADRAMENTO DO TEMA E OBJECTIVOS DO ESTUDO		
O enquadramento e os objectivos da investigação	1.1. Introdução 1.2. Enquadramento do tema (Contexto geral e nacional, brasileiro) 1.3. Objectivos do estudo 1.4. Estrutura da tese	Delimitar o enquadramento do tema, os aspetos de contextos (geral e nacional) e os objectivos da investigação, além de oferecer um quadro estrutural da tese.
2. REVISÃO CONCEPTUAL DA TEORIA DA AVALIAÇÃO E DAS BASES DA MEDIÇÃO DE PERFORMANCE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE		
A evolução das metodologias de medição de desempenho em organização de saúde	2.1. O campo de avaliação em saúde e o modelo teórico-lógico	Examinar a evolução teórico conceitual do campo de avaliação em saúde
	2.2. A delimitação do campo da avaliação de desempenho do estudo	Delimitar o campo da avaliação de desempenho aplicado
	2.3. A evolução das metodologias de medição de performance em saúde	Explorar as principais metodologias de medição de performance em saúde
	2.4. As metodologias e os instrumentos de medição de performance e apoio às decisões em organizações de saúde	Descrever as metodologias de medição de performance em saúde aplicada no estudo
3. EVOLUÇÃO RECENTE DA AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DA GOVERNAÇÃO DA SAÚDE DO BRASIL		

O contexto de governação da saúde pública brasileira	3.1. Breve histórico da governação e da avaliação no sistema de saúde brasileiro	Descrever o contexto global da evolução da governação e da avaliação no SUS
	3.2. Arcabouço legal da avaliação e monitoramento no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SUS)	Conhecer as legislações e normatizações do SUS com repercussões na investigação
	3.3. As principais fontes de dados e informações do sistema de saúde do Brasil	Caracterizar as principais fontes de dados e informações do SUS
4. FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS DE ENVOLVIMENTO DOS DECISORES DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE		
A utilização da avaliação para a tomada de decisão	4.1. A utilização da avaliação no contexto da tomada de decisão em sistemas e organizações de saúde	Argumentar sobre o valor da utilização da avaliação no contexto da tomada de decisão
A teoria organizacional subjacente ao envolvimento das partes interessadas (stakeholders)	4.2. A teoria organizacional subjacente ao envolvimento dos agentes de decisão (stakeholders) na avaliação participativa	Examinar a teoria subjacente ao envolvimento dos agentes de decisão (stakeholders) para fundamentar a seleção do método colaborativo de validação dos itens de análise de todos os instrumentos
Estratégias mistas (qualitativa e quantitativa) de coleta de informações e construção de consensos	4.3. Estratégias mistas (qualitativa e quantitativa) de coleta de informações e construção de consensos entre decisores (stakeholders) em organizações de saúde	Fundamentar as metodologias e técnicas utilizadas no processo colaborativo de validação dos itens de análise de todos os instrumentos
5. METODOLOGIA DO ESTUDO		
Procedimentos metodológicos	5.1. Visão global do percurso metodológico da investigação	Propor um enquadramento metodológico e um delineamento da aplicação da investigação; Definir a natureza da investigação, abordagem e métodos de pesquisa; Definição de universo, população e amostra da investigação, Aspectos éticos
Fluxo dos métodos aplicados na coleta de dados investigação	5.2. O fluxo do processo de estruturação e aplicação dos instrumentos para recolha de dados da amostra	Descrever a aplicação dos métodos e estratégias de pesquisa; identificar as fases, etapas e grupos de informantes de cada ciclo da amostragem
Estabelecimento de hipóteses do estudo	5.3. As hipóteses do estudo (itens de avaliação de performance e de avaliação de qualidade/ satisfação percebida)	Definir as hipóteses do estudo quanto aos itens de avaliação de performance e aos itens de avaliação de qualidade/ satisfação.

Modelos e técnicas de análise de dados	5.4. Os modelos de análise e técnicas de validação dos itens de avaliação da investigação	Descrever os fluxos de processos e técnicas aplicadas às análises de resultados e validação de itens de avaliação da investigação.
6. TESTES DE HIPÓTESES E DISCUSSÃO DE RESULTADOS		
A análise dos painéis de indicadores e de dimensões de performance	6.1. Os resultados dos painéis de indicadores e de dimensões de performance	Analisar e discutir os resultados dos painéis de indicadores e de dimensões de performance, à luz da literatura
A análise dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)	6.2. Os resultados dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)	Analisar e discutir os resultados da validação das questões da escala de qualidade percebida, à luz da literatura
Os parâmetros do teste de hipóteses e da validação dos painéis de indicadores e de dimensões de performance	6.3. Os resultados da validação dos painéis de indicadores e de dimensões de performance	Testar os achados com as hipóteses para a validação dos painéis de indicadores e de dimensões de performance
Os parâmetros do teste de hipóteses e da validação das questões da escala de qualidade percebida.	6.4. Os resultados da validação das questões da escala de qualidade percebida	Testar os achados com as hipóteses para a validação das questões da escala de qualidade percebida
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS		
Síntese dos achados e conclusões da investigação	Descrição das principais conclusões e contribuições, além das, limitações, dificuldades e possibilidades de investigações futuras	Sintetizar os resultados relativos aos itens de análise em cada estudo; Descrever a abordagem aplicada; identificar limitações e dificuldade do estudo; listar contribuições da investigação; articular sobre possíveis investigações futuras
Apêndices 2-A a 2-I	Abordagem dos aspetos éticos e de autorizações (Aprovação na Plataforma Brasil, em comitê ético - CAAE 54972816.9.3001.5040).	Descrever documentos de participação e autorizações (Investigação autorizada de 30 de junho de 2016 a 30 de maio de 2018).
Apêndices 4 a 8	Apresentação das versões de Instrumentos validados	Descrever os instrumentos validados de coletas de dados
Apêndice 9	Apresentação dos resultados complementares obtidos	Analisar e discutir os resultados complementares
Anexos 1 a 7	Apresentação de tabelas e quadros com conceitos e informações relevantes, procedentes de pesquisa bibliográficas	Descrever conceitos e informações relevantes procedentes da pesquisa bibliográficas

Quadro 2 - Síntese do enquadramento e abordagens da investigação.

PARTE I - CONCEPTUAL

2. REVISÃO CONCEPTUAL DA TEORIA DA AVALIAÇÃO E DAS BASES DA MEDIÇÃO DE PERFORMANCE NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Esta revisão conceptual analisa o embasamento teórico do campo de avaliação e, em seguida, explora o contexto de saúde pública no Brasil através de uma breve síntese da evolução organizativa da saúde brasileira nas últimas décadas, no âmbito dos modelos de governação vigentes na saúde do Brasil, bem como quanto as tentativas de monitoramento de saúde pública.

2.1. A estruturação do campo de avaliação em saúde e o modelo teórico-lógico

Nesta investigação utiliza-se o conceito ampliado de performance como diretamente ligado aos resultados genéricos de uma organização, um serviço ou uma pessoa. Dessa forma, desempenho é pensado especialmente para as pessoas, englobando a performance e os comportamentos verificados. Porém não faz muito sentido avaliar o comportamento individual dos gestores de topo, e assim, nesse nível, os termos desempenho e performance podem ser usados indistintamente. Segue-se a ideia que o termo performance é normalmente usado em várias acepções (Alves, 2012: 2), relativamente as organizações ou referente a indivíduos como o resultado de uma actuação (traduzido em valores de indicadores). Nas organizações assume-se que a performance tem um carácter:

- i) multidimensional – diversas variáveis (ex. qualidade, tempo, custo; dimensão económica ou social); ii) multicausal (ex. derivadas de recursos, de processos e de produtos) e facetas; iii) conotada com um tempo determinado – ex. recorre-se a indicadores avançados e atrasados; a rentabilidade obtida hoje pode ser a falência da empresa amanhã; iv) sempre medida relativamente aos objectivos dos seus stakeholders (Alves, 2012: 2-3).

Em busca dos primórdios do processo de avaliação em saúde Dos Reis *et al.* (1990) sintetizaram que a avaliação de resultados na área de saúde, talvez por sua complexidade, é uma iniciativa relativamente recente. Lembram do relatório de Flexner (1910), que sob o patrocínio da Fundação Carnegie propôs uma avaliação do ensino e sistematização da prática médica, e, do relatório Codman (Porterfield, 1976) nos quais identificam os primeiros sinais da preocupação da qualidade e da performance das organizações de saúde e a criação

do embrião da *Joint Comission of Accreditation of Hospitals* (JCAH)²⁷, em 1928, uma das principais agências mundiais de formento a qualidade no setor de saúde.

Por seu turno, o aumento indiscriminado de custos da área médica e a necessidade do controle da qualidade da assistência médica pressionam os sistemas de saúde para uma adequada gestão dos recursos, conforme Perez Arias (1983, apud Dos Reis et al., 1990: 51). Estes autores ainda argumentam que “estas são razões suficientes para se buscar o controle dos custos e da qualidade a atenção médica, e que a tendência ao aumento dos custos do setor saúde é, na verdade, universal”.

As bases da avaliação de qualidade e dos estudos econômicos em saúde, foram lançadas antes da década de 1970, mas a maioria dos estudos apontam Avedis Donabedian como debatedor seminal. A partir da proposta inicial de Avendis Donabedian (1980a) – Avaliação de Estrutura, Processos e Resultados -, há uma busca por modelos integrativos de avaliação, em que se avaliam as relações entre estado de saúde, qualidade do cuidado e gastos de recursos. Neste propósito, pode-se citar o modelo de Brook & Lohr (1985b apud Dos Reis et. al, 1990: 54-55), que propõe a avaliação das dimensões: eficácia do cuidado, efetividade do cuidado; as variações das características populacionais e dos níveis de qualidade de cuidado.

Também pode-se pressupor que a gestão por resultados no setor de saúde pública foi potencializada, como em outras áreas governamentais, pelo surgimento da moderna tendência da Nova Gestão Pública (NPG) ou Gerencialismo por responsabilização (*accountability*) dos gastos públicos, em busca de otimização e garantia da eficiência dos gastos públicos.

Nesse mesmo propósito Silva formigli (1994 apud Matus, 1997) defendia a importância de “um processo de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como uma “sala de situações” para o planejamento”.

Fletcher *et al.* (1993), articulam sobre a importância de se avaliar os resultados em saúde e citam que “a determinação da eficácia de tratamentos e procedimentos é de fundamental relevância, pois os recursos econômicos são limitados...”.

27 JCAH - Joint Comission of Accreditation of Hospitals

Por sua vez, Minayo et al. (2010) afirmam que os investimentos maciços em políticas públicas, no bojo do Estado do bem-estar social exigiram a adoção da investigação avaliativa que devem priorizar aspectos como utilidade, viabilidade, precisão técnica, ética e métodos e técnicas de análise de dados adequados.

Utilidade para possibilitar a redução de incertezas e propiciar a tomada de decisão relevante; *viabilidade* do ponto de vista político, prático e de custo-benefício; *ética* que permite uma análise que respeita os valores dos interessados, mas que oferece transparência à sociedade nos resultados obtidos; *precisão técnica* que na avaliação de políticas públicas, além do emprego de *métodos e técnicas de análise de dados* adequados, que demandam a colaboração ativa dos atores envolvidos.

A partir destas necessidades e de outras perspectivas analíticas, pesquisadores da área de avaliação organizacional iniciaram a estruturação de um campo de avaliação em saúde.

Neste propósito, Hartz e Vieira-da-Silva (2005) citam que a avaliação das práticas cotidianas corresponderia a um julgamento que se faz a partir do recurso a noções oriundas do “senso comum”, as técnicas não sistemáticas de observação, e, à análise e formulação de juízo de valor dicotômicos e simplificados. Citam ainda que a pesquisa avaliativa corresponderia ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida na literatura especializada, sobre características destas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através de metodologias científicas (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005).

Segundo Samico *et al.* (2010) o campo de avaliação em saúde, engloba uma diversidade de termo, conceitos e métodos conforme sua heterogeneidade, complexidade e subjetividade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas, e por isso é um dilema a seleção de um modelo ou abordagem de avaliação (Worthen, Sanders, & Fitzpatrick, 2004).

Quanto ao espectro da avaliação, Hartz e Vieira-da-Silva (2005) argumentam que

O espectro de avaliação tem sido reconhecido por alguns autores, tanto em relação ao objeto da avaliação quanto ao método e abordagem.

[...] Quanto ao objeto, alguns autores, apesar de reconhecerem a diversidade do campo da avaliação enfocam principalmente os métodos e técnicas relacionados a avaliação de programas sociais (Scriven, 1991; Rossi; Freeman, 2004; Patton, 1997).

Outro debate intenso é sobre a aplicabilidade de abordagens qualitativas ou quantitativas e suas características, sendo uma tendência o uso de abordagens mista, como nesta investigação. Por sua vez, alguns aspectos específicos da avaliação têm sido discutidos e classificados por Guba e Lincoln (2011) em três gerações de avaliação supostamente

tradicionais: mensuração e comparabilidade a padrões e objetivos (primeira geração); a identificação e descrição do processo, e de como a atividade atinge os resultados almejados (segunda geração); o estabelecimento de critérios de julgamentos baseado em referenciais externos (terceira geração). Porém, Guba e Lincoln (2011) apontam graves problemas e limitações comuns a estas três gerações de avaliação tradicionais que se caracterizariam por:

- tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos;
- incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa;
- hegemonia do paradigma positivista: desconsideração do contexto, privilégio de métodos quantitativos, crença numa verdade única e absoluta caracterização como "não científico" tudo que fuja ao que foi anteriormente citado e desresponsabilização moral e ética do avaliador (já que a ciência seria livre de valores).

Em busca de superar estas limitações, Guba e Lincoln (2011) propõem a avaliação de quarta geração, pautada em um processo construtivista de negociação entre interessados, que se apresenta como inclusiva e participativa em busca de promover a participação pluralistas dos atores sociais e escutar as vozes múltiplas das partes interessadas (*stakeholders*) na avaliação.

A avaliação de quarta geração, termo sugerido por Guba e Lincoln (2011), também é denominada de Avaliação Participativa Construtivista, pois pauta-se em um processo construtivista de negociação entre interessados, que se apresenta como inclusiva e participativa em busca de promover a participação pluralista dos atores sociais e escutar as vozes múltiplas das partes interessadas (*stakeholders*) na avaliação (Guba & Lincoln, 2011), tendo sido selecionada como uma das bases desta investigação para o envolvimento das partes interessadas na avaliação.

De outro lado, a produção em torno da avaliação tem registrados estudos concentrados em três eixos: aqueles especialmente ocupados com as questões de métodos envolvidos nos processos avaliativos; aqueles voltados para os valores e julgamentos dos grupos de interesses envolvidos (*stakeholders*) com um dado serviço ou programa; e outros preocupados com a efetiva utilização dos resultados da avaliação realizada (Alkin & Christie, 2004 apud Campos e Furtado, 2011). Os dois últimos grupos de estudos citados podem, de uma forma ou de outra, contribuir quando se trabalha com o conceito de avaliação para a tomada de decisão.

Patton (1997) propôs a avaliação enquanto metodologia focada na utilização dos resultados para a tomada de decisão. Ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada “avaliação focada para a utilização” inclui na sua definição: a) a maneira de

fazer a avaliação que corresponderia à coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas; b) o propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações (Vieira-Da-Silva, 2005).

O conceito de utilização da avaliação pressupõe a atribuição de valor a uma intervenção, além de priorizar a confiabilidade e informações válidas obtidas de forma sistemática, usando comparações com o propósito de entender os mecanismos causais ou princípios gerais de um fenômeno e/ou apoiar a tomada de decisão (Ovretveit, 1998).

Por sua vez, Contrandriopoulos *et al.* (1997: 31) entende que avaliação “baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objectivo de ajudar na tomada de decisões”.

Neste prisma, avaliação consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção, ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e, construir um julgamento (individualmente ou coletivamente) que possa ser traduzido em ações (Champagne, Contandriopoulos, Broussele, Hartz, & Denis, 2009 apud Samico et al., 2010).

Dessa forma, a avaliação é vista não só como instrumento para verificar a efetividade de programas, mas utilizada também com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços. Sendo assim, a avaliação pode ser entendida como um processo de julgamento de valor orientado para a tomada de decisão e governação (Raposo, 2007).

No foco deste trabalho, abordam-se alguns aspectos de aplicabilidade da avaliação para a tomada de decisão em saúde no Brasil, como nos exemplos dos relatos de Tanaka e Tamaki (2012a), de Contandriopoulos (2006), de Fernandes, *et al.* (2011), de Campos e Furtado (2011) e alguns outros estudos iniciais aplicados no sistema de saúde do Brasil.

Neste contexto, escolheu-se trabalhar sob um conceito ampliado de avaliação para a tomada de decisão e considerar os aspectos de utilização de resultados, além da negociação e participação no processo avaliativo.

Uma das primeiras etapas operacionais do processo de avaliação é o desenho do modelo teórico-lógico ou modelo lógico (ML) - *logic model ou logic framework* -, que é concebido no âmbito da avaliação centrada na teoria (*theory-driven evaluation*) nascida na

década de 1970 no bojo de metodologias aplicadas pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e Banco Mundial, conforme afirmam Hartz e Vieira-da-Silva (2005).

Segundo Bunge (1974) o modelo teórico é um sistema hipotético-dedutivo que concerne a um objeto-modelo uma representação conceptual, esquemática de uma coisa, artefacto ou situação real ou suposta como tal. Assim, o modelo teórico encerra os objetos-modelo, que fazem parte da teoria científica. Para Chen (1990) a teoria é um conjunto inter-relacionado de pressupostos, princípios e/ou proposições que explicam ou dirigem as ações sociais. O modelo teórico tem a função de complementar o ML, visto que inclui as especificações sobre o problema, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários para produzir isolada ou conjuntamente os efeitos esperados (Medina, Silva, Aquino, & Hartz, 2005).

Por outro lado, o modelo lógico (ML) no campo da avaliação, é a ideia que operacionaliza o objeto-modelo, enquanto um conjunto de elementos em um esquema inter-relacionado (McLaughlin & Jordan, 1999; Rowan, 2000).

Para o âmbito desta pesquisa, com o intuito de estruturar uma visão global de eixos temáticos de avaliação (categorias de itens de avaliação) de performance em organizações de saúde, iniciou-se pela análise da pertinência e adequabilidade dos vários itens do ML sugerido no esquema de Hartz e Vieira-da-Silva (2005) para a avaliação de saúde a fim de mapear os conhecimentos tácitos dos agentes chaves da amostra nas categorias de macrodomínios e domínios de avaliação, e, de seguida, pela etapa de análise e consolidação de painéis de indicadores e dimensões de performance em organizações de saúde. Este modelo será objeto de análise e valoração pelos respondentes e validado ou adaptado em um modelo final pela análise estatística.

Ressalte-se que a estruturação do campo de avaliação em saúde tem uma dinâmica de atualizações constantes e nesta investigação caracterizou-se as bases seminais do campo, por pesquisa bibliográfica integrativa, mas sem a pretensão de revisão exaustiva, que foram sistematizadas (quadro 5) e sintetizadas pelos quadros-conceituais mundiais (quadros 17 a 19, anexo 2), além dos mais relevantes da saúde privada brasileira (quadros 30 a 34, anexo 6) e síntese de publicações no campo de saúde pública do Brasil (quadros 26 e 27, anexo 4).

2.2. A delimitação do campo da avaliação de performance do estudo

No tópico anterior desenvolveu-se uma revisão conceptual das metodologias avaliativas aplicadas às organizações de saúde em busca de estabelecer a fundamentação teórica e o escopo desta investigação. Para, além disso, torna-se necessário construir um enquadramento teórico (*framework*) para delimitar o campo da presente pesquisa bem como embasar as metodologias e instrumentos aplicados.

O interesse pela avaliação de performance organizacional, possivelmente, emana do âmbito da eficiência do trabalho e do desempenho das pessoas, conforme argumentam Carvalho e Gomes (2000, 2002).

Carvalho (2007) enfatiza que, sobre a definição do constructo *eficácia organizacional*, não há consenso na literatura (Rerimann, 1982; Brunet et al., 1991; Morin et al., 1994; Rogers e Wright, 1998; Savoie e Morin, 2001), além de não haver um modelo explicativo que englobe a complexidade e contemple a diversidade dos factores implicados na análise do fenómeno eficácia organizacional.

Sobre o constructo *eficácia*, a despeito de não haver consenso, Navarro e Quijano (2006) e Carvalho (2007) defendem ser majoritária a aceitação da eficácia como um conceito ampliado, focado naquilo que a organização consegue relativamente ao que havia sido previsto ou estava estipulado conseguir, em concordância com o conceito basilar de Etzioni (1975) que concebe a eficácia como o grau segundo o qual a organização consegue alcançar os seus objectivos e finalidades.

Esses objectivos podem ser considerados desde aspetos de produção (produtividade), de boas práticas de gestão (excelência e qualidade total), de implementação das ações planeadas, ou em uma visão mais generalista até objectivos de optimização de recursos (*eficiência*).

Por sua vez, Brunet (1991 apud Carvalho, 2007: 151), atendendo ao seu sentido etimológico, afirmam que *eficácia* se refere a capacidade de gerar o efeito esperado, definição predominante na literatura.

Enquanto isso, Katz e Khan (1977, Carvalho, 2007: 149) enquadram a *eficiência* no campo da optimização da organização em termos de produção de resultados, definindo-a como a capacidade de alcançar um máximo de vantagens para a organização através de meios económicos e técnicos ou por meios políticos.

Por não ser escopo da investigação abordar os aspetos mais aprofundados dos conceitos dos constructos *eficácia*, *eficiência*, *efetividade* e, demais termos correlatos, assume-se as bases conceituais acima aludidas no âmbito deste estudo, visto que surgem como majoritárias da literatura (quadros 17 a 19, anexo 2).

Na avaliação participativa, há de se considerar que os múltiplos atores participantes ou agentes interessados (*stakeholders*) atuam com diferentes interesses e comportamentos em relação a variados entendimentos e representações da *eficácia organizacional* e, por conseguinte, com diferentes critérios de mensuração de performance organizacional, como diz Carvalho (2007):

Que os múltiplos *stakeholders*, com motivações diversas e muitas vezes opostas, têm inevitavelmente comportamentos diferenciados que assentam, muitas vezes, em diferentes representações da eficácia (Morin et al., 1994) ou da performance (Buono, 2005; Conlon et al., 2004; Driscoll & Starik, 2004; Lawton et al., 2000; Trieschemann et al., 2000).

Esta investigação pressupõe como razoável que os múltiplos atores sociais exercem influência na escolha dos critérios de avaliação da *eficácia organizacional* e tendem a valorizar e a adoptar diferentes critérios de avaliação da *eficácia*, como articulam Carvalho e Gomes (2000, 2002).

Nesse sentido, tendem a exercer influência na escolha dos critérios de avaliação da eficácia adoptados por cada organização, bem como nos resultados alcançados por essas mesmas organizações (Morin et al., 1994) ou da performance (Buono, 2005; Conlon et al., 2004; Driscoll & Starik, 2004; Lawton et al., 2000; Trieschemann et al., 2000).

[...] Assim, a eficácia pode ser objecto de avaliações diferenciadas, dando origem a que as organizações possam constituir um espaço de confrontação de interesses, expectativas e representações.

Noutra perspetiva, Carvalho (2007) afirma que o termo *eficácia organizacional* evoluiu na literatura e assumiu a forma de *organizational performance*, segundo estudos de Hirsch e Lewin (1999) que identificam claramente o constructo *performance organizacional* como o sucessor da *eficácia organizacional*, alinhados com Glunk e Wilderom (1999) que notaram que há uma tendência na literatura de substituir o termo *eficácia organizacional* e consolidar o constructo *performance organizacional*. Esta visão é compactuada por Ramalho (2005), enquanto uma possível consolidação da literatura em torno do constructo *performance organizacional*.

Outra definição necessária diz respeito ao campo de enquadramento da avaliação organizacional desta investigação. Neste propósito, Glunk e Wilderom (1999 apud Carvalho, 2007: 152-153) avaliam alguns dos constructos mais significantes e frequentemente

utilizados na literatura, tais como: *corporate performance*, *organizational performance* e *organizational effectiveness*²⁸.

Glunk e Wilderom (1999 apud Carvalho, 2007: 153) sugerem ainda que da fusão destas tradições emergiu e domina a literatura o constructo *organizational performance*, enquanto um constructo multidimensional do desempenho organizacional, que pode incluir indicadores de diversas dimensões.

Dessa forma, dado o escopo multidimensional abordado nesta investigação, que pretende matriciar aspetos de resultados económicos (*eficiência*) de efeitos/impactos (*efetividade*) e sociais (*qualidade percebida - satisfação e adequação ao uso-*), pode-se definir o constructo *organizational performance*, ou seja, *performance organizacional*, ou ainda, *desempenho organizacional* – mais usado no contexto de países de língua portuguesa –, enquanto o campo desta investigação.

Deve-se, ainda, seleccionar os métodos pertinentes para medição da *eficácia organizacional*. Carvalho (2007) caracteriza estes métodos em duas fases de evolução. Na primeira fase de concepção da eficácia enquanto unidimensional, centrada no alcance dos objectivos ou na otimização de recursos, o problema principal está na definição de critérios válidos e ponderação relativa dos mesmos (Brunet et al., 1991 apud Carvalho, 2007: 164).

Por sua vez, Cameron (1980 apud Carvalho, 2007: 165), define os estudos da *eficácia* como problemas de definição e escolhas adequadas de critérios, sendo assim, de forma complementar, envolve determinar quais são os indicadores apropriados. Isto reforça o envolvimento das partes interessadas (stakeholders), nas fases de validação de critérios e na seleção de indicadores, que se aplicou nesta investigação.

Na fase de estudos unidimensionais da *eficácia*, a literatura propõe três abordagens dominantes sobre a *eficácia*. A abordagem *racional dos objectivos* ou modelos de objectivos (J. Navarro & Quijano, 2006 apud Carvalho, 2007: 166), a abordagem *sistêmica e de aquisição de recursos* (K. Cameron, 1981 apud Carvalho, 2007: 169), a abordagem *de processos internos* (K. Cameron, 1981 apud Carvalho, 2007: 170). Estes modelos unidimensionais da *eficácia* são tidos apenas como precursores dos métodos multidimensionais, portanto, não se abordará detalhes desta abordagem nesta investigação.

²⁸ Tradução livre do autor: “desempenho corporativo, desempenho organizacional, efetividade organizacional” (Carvalho, 2007: 153)

Em uma fase de transição, surgiu a metáfora política (Carvalho, 2007), a partir da compreensão da natureza complexa e multifacetada das organizações que despertou os estudos iniciais da fase multidimensional da *eficácia*, consolidada na abordagem dos múltiplos constituintes (*stakeholders*), sendo importante discernir que há partes interessadas estratégicas, e/ou outras que são legítimas, classificadas como constituintes (*stakeholders*) relevantes e com legitimidade (Suchman, 1995 apud Carvalho, 2007: 172) ou com saliência (Mitchell, Agle, & Wood, 1997 apud Carvalho, 2007: 172), que influenciam diferentemente a *performance organizacional*. Esta influência dos múltiplos agentes relevantes (*stakeholders*) é uma das bases teórico-conceituais para promover o envolvimento dos agentes chaves interessados na parte empírica desta investigação.

Navarro e Quijano (2006) afirmam que na abordagem dos múltiplos atores interessados (*stakeholders*) é necessário identificar os diversos interesses estabelecidos e avaliar em que medida esses interesses estão a ser satisfeitos, assim propõem alguns diferentes critérios de *eficácia*, por tipo de grupos de interessados.

Assim, pode-se perceber que mais do que oferecer critérios universalmente válidos para avaliar a *eficácia* ou *performance* organizacional, é preciso, em primeira instância, analisar que critérios consideram os membros (*stakeholders*) da organização, alvo da avaliação executada, como indicadores válidos de eficácia organizacional. Dessa forma, a *eficácia* organizacional passa a ser vista como um conceito/constructo baseado nos valores dos *stakeholders* envolvidos em sua validação (J. Navarro & Quijano, 2006 apud Carvalho, 2007).

Para além disto, há de se considerar que os constructos racionalizados pelos agentes chaves (*stakeholders*), considerados relevantes e legítimos, não são a realidade objectiva, mas trata-se de uma realidade socialmente construída pelas múltiplas visões desses *stakeholders*. Assim, esses constructos validados constituem abstracções resultantes da acção de observação e análise sobre essa mesma realidade permite atribuir-lhe um sentido (K. Cameron, 1981 apud Carvalho, 2007). O grau de aceitabilidade e legitimidade dos critérios depende do contexto organizacional na qual eles são gerados e/ou integrados (Lourença, Miguez, Gomes, & Carvalho, 2004).

Diante das limitações dos modelos de medidas unidimensionais da *eficácia* ou *performance* organizacional prosperou variados modelos operacionais *multidimensionais*,

sendo os principais caracterizados por Carvalho (2007), todos com suas vantagens e limitações, com diferentes perspectivas.

Neste contexto, surgiu na literatura a fase multidimensional da avaliação da *eficácia organizacional*, na qual dada a complexidade e as multifacetadas das organizações percebeu-se a necessidade de modelos multidimensionais de *eficácia* ou performance organizacional.

Após extensa análise da literatura para identificar as diferentes representações multidimensionais da *eficácia organizacional*, Carvalho (2007) caracteriza ao menos 10 modelos multidimensionais, sintetizados no quadro 3 .

Modelo	Componentes	Pontos fortes	Pontos fracos
Modelo da Gestão Sócio-económica de Savall (1975)	-Social -Económica	-Paridade explícita entre as componentes.	-Subordinação real do social ao económico -Validação teórica (parcial e fragmentada) e empírica.
Modelo das Seis Caixas de Weisbord (1976)	-Relações -Mecanismos Auxiliares -Recompensas -Estruturas -Estratégias/ Propósitos -Liderança	-A simplicidade da estrutura permite uma compreensão rápida do modelo.	-Reduccionismo da complexidade organizacional. -Dificuldades ligadas aos nexos causais entre os propósitos e outras caixas.
Modelo dos Valores Contrastantes de Quinn e Rohrbaugh (1983)	-Social -Sistémica -Económica -Burocrática	-Fundamentação teórica	-Viés académico
Modelo ROR: Retorno-dos-Recursos De Halal (1986)	-Retorno de Recursos -Accionista -RH -Cliente -Público -Associados	-Sustentação na perspectiva dos constituintes múltiplos	-O interesse da organização é equacionado como a soma dos interesses dos seus constituintes múltiplos. -Há medidas de eficácia organizacional que não correspondem ao interesse de nenhum stakeholder considerado individualmente mas sim ao conjunto de stakeholders.
Modelo do Fluxo Organizacional de Porras (1987)	-Tecnologia -Factores Sociais -Arranjos Organizacionais - Cenário Físico	-Considera simultaneamente processos e estruturas na avaliação da eficácia organizacional - É graficamente apelativo e de fácil interpretação. -É teoricamente integrado com outras perspectivas na mudança planeada. -Validado por alguns estudos.	-Limitação das variáveis aos quatro domínios (tecnologia, social, arranjo organizacional e físico). -Potencial desajustamento a idiosincrasias organizacionais. -Atenua a importância relativa dos stakeholders ou factores de mudança organizacional. -Não permite compreender os gaps entre o que se é e o que se gostaria de ser.

Modelo de McNair, Lynch e Cross (1990)	-Visão -Mercado -Finanças -Satisfação do Cliente -Flexibilidade -Produtividade -Qualidade -Serviço -Tempo de ciclo -Desperdício	-Integração entre a componente tangível e a intangível. -Estruturação inclusiva (a eficácia organizacional é dependente da eficácia das unidades e subunidades).	- Visão racional top-down da gestão, mas esquece a influência ascendente. -Estrutura funcionalista. -Não integra a noção de antagonismo entre medidas de eficácia organizacional. -Inexistência de eixos estruturantes.
Modelo de Burke-Litwin (1992)	-Desperdício individual -Desempenho organizacional	-Integrador da literatura dominante na Mudança Organizacional e Gestão do desempenho. -Validade reconhecida por entidades oficiais e estabelecidas no mercado.	-Complexidade dos nexos causais (tudo está ligado a tudo). -Importância atribuída ao meio enquanto factor de mudança organizacional. -Estrutura não validada empiricamente.
Modelo Balanced Scorecard de Kaplan e Norton (1992)	-Financeira -Cliente -Negócio -Inovação	-Tomou dianteira na contestação à concepção economicista-financeira unidimensional	-A autoridade é a fonte de validação -Sem fundamentação teórica -Modelo prescritivo
Modelo Integrativo de Morin, Savoie e Beaudin (1994)	-Psicossocial -Económica -Política -Sistémica	-Assenta nas práticas sendo balizado por uma reflexão com base na Teoria Organizacional.	- Modelo construído de forma indutiva, baseado em estudo empírico exploratório, com estruturação referida a tipologia consagrada, mas atribuição resultante de opinião da autora – Morin.
Modelo de Skandia Navigator (1999)	-Financeira -Cliente - Processo -Social -Inovação	-Utilizado na Skandia -Grande aceitação na Academia e Empresas	Modelo prescritivo.

Quadro 3 - Quadro comparativo dos vários modelos multidimensionais analisados. Fonte: Carvalho (2007). Adaptado de Ramalho (2005: 248-249).

Enquanto exemplo, resolveu-se destacar apenas dois métodos multidimensionais citados, por sua relevância na literatura, a seguir apresentados.

Em um dos modelos multidimensionais de destaque na literatura, Kaplan e Norton (1992), desenvolveram o método *Balanced Scorecard* (BSC), sendo precursores do rompimento do paradigma dominante de medidas exclusivamente financeiras da avaliação da eficácia organizacional e introduziram a “gestão dos intangíveis”, para realçar a importância de articular a identificação dos objectivos com a estratégia organizacional. No BSC, um dos modelos multidimensionais mais utilizados, propõe-se sintetizar indicadores em um painel de quatro perspetivas (financeira, do cliente, do processo interno de negócio e da aprendizagem e crescimento).

Também pode-se destacar, dentre outros, o modelo *Interativo de Eficácia Organizacional*, exposto no quadro 4 a seguir:

Valor dos Recursos Humanos	Eficiência Económica
<p>* <u>Mobilização do Pessoal</u> - Grau de interesse que os empregados manifestam pelo seu trabalho e pela organização, bem como o esforço envidado para atingir objectivos</p> <p>* <u>Moral do Pessoal</u> - Grau em que a experiência de trabalho é avaliada positivamente pelo empregado</p> <p>* <u>Desempenho do Pessoal (Produtividade)</u> - Qualidade ou quantidade de produção por empregado ou por grupo/equipa</p> <p>* <u>Desenvolvimento do Pessoal</u> - Grau de incremento das competências dos membros da organização</p>	<p>* <u>Economia de Recursos</u> - Grau em que a organização reduz a quantidade de recursos utilizados mantendo o bom funcionamento do sistema</p> <p>* <u>Produtividade</u> - Quantidade ou qualidade de bens e serviços produzidos pela organização face à quantidade de recursos utilizados para a sua produção durante um determinado período de tempo.</p>
Legitimidade da Organização face a grupos externos	Perenidade da Organização
<p>* <u>Satisfação dos Financiadores</u> - Grau em que os financiadores estimam que os seus fundos são utilizados de forma óptima</p> <p>* <u>Satisfação dos Clientes</u> - Julgamento efectuado pelos clientes sobre a forma como a organização responde às suas necessidades</p> <p>* <u>Satisfação dos Organismos Reguladores</u> - Grau em que a organização respeita as leis e regulamentos que regem as suas actividades</p> <p>* <u>Satisfação da Comunidade</u> - Apreciação que a comunidade alargada faz das actividades e dos efeitos da organização</p>	<p>* <u>Qualidade do Produto</u> - Grau em que o produto responde às necessidades dos clientes</p> <p>* <u>Rentabilidade Financeira</u> - Grau em que certos indicadores financeiros da organização aumentam ou diminuem face aos exercícios precedentes, ou face a um objectivo fixado</p> <p>* <u>Competitividade</u> - Grau em que certos indicadores económicos se apresentam favoráveis ou desfavoráveis, por comparação com a concorrência, ramo ou sector de actividade.</p>

Quadro 4 - Modelo integrativo da eficácia organizacional (Morin et al., 1994) – critérios e indicadores de cada dimensão. Fonte: Carvalho (2007). Adaptado de Morin, Savoie e Beaudin (1994).

Diante de tais bases teóricas-conceituais pode-se considerar a *eficácia* ou *performance* organizacional como um constructo multidimensional, subjetivo e socialmente construído, tratando-se de um juízo de valor das partes interessadas (*stakeholders*) que validam seus critérios, segundo Morin *et al.* (1994 apud Carvalho, 2007: 180). Este embasamento teórico da *eficácia* ou *performance* organizacional foi incorporado neste estudo pela mensuração da percepção das relevâncias/importâncias atribuídas aos itens de análise (macrodomínios e domínios de avaliação e dimensões e indicadores de performance) pelos grupos de interessados, envolvidos em nossa investigação.

Dessa forma, justifica-se analisar a literatura quanto as metodologias, instrumentos, dimensões e indicadores de performance disponíveis para a mensuração dos constructos

propostos (itens de avaliação de performance), para posterior validação pelos agentes chaves (*key stakeholders*) envolvidos nesta investigação.

Neste propósito, de forma sintética, deve-se conceber um processo avaliativo para a tomada de decisão, através da escolha de metodologias, indicadores e de parâmetros que contemple essa diversidade de pontos de vistas, através da formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões (Vieira-Da-Silva, 2005; Tanaka & Tamaki, 2012).

Assim, algumas metodologias e sistemas de indicadores de destaque mundiais (anexo 2), também no campo de saúde pública do Brasil (anexo 5) além dos mais relevantes da saúde privada brasileira (anexo 6), foram sistematizadas quanto as possíveis potencialidades, virtudes, limitações e/ou desafios de implementação, além de abordagens destacadas de quadro teórico-conceptual (*framework*) destacados na literatura de avaliação de performance em saúde (tópico 2.4.3).

A partir destas definições conceituais, enquanto fundamentos para a fase instrumental de aplicação empírica desta investigação, destacam-se a seguir alguns aspetos metodológicos e/ou de instrumentos de avaliação e mensuração de *performance organizacional*, em especial, no âmbito de unidades de saúde pública.

2.3. A evolução das metodologias de medição de performance em organizações de saúde

A evolução dos processos de medição de performance em organizações de saúde revela diversidades, complexidades e desafios a serem enfrentados. Por exemplo, apesar do relativo consenso que a qualidade é vista como um dos aspetos centrais a ser considerado para a avaliação em saúde (Donabedian, 1980c; H. V. Vuori, 1982), não existe uma definição universalmente aceita de cuidado em saúde, qualidade ou qualidade de atendimento. No nível individual, Campbell et al. (2000: 1621) propõe a qualidade como sendo a capacidade de acessar o atendimento eficaz com o objectivo de maximizar os benefícios à saúde em relação à necessidade, no entanto, destaca que deve-se abordar também a qualidade do ponto de vista populacional:

No nível societário, a qualidade do atendimento é a capacidade de acessar o atendimento efetivo de forma eficiente e com base equitativa para a otimização do benefício/bem-estar de saúde para toda a população.

[...] No entanto, as complexidades e necessidades de pacientes individuais ou consultas só são discerníveis no nível do indivíduo e focalizando o que é necessário para um indivíduo em sua interação com um prestador de cuidados de saúde (Campbell et al., 2000: 1621-22).

No mesmo trabalho, Campbell et al. (2000) lembram do enfoque especial da qualidade e adequação do cuidado nas necessidades individuais dos pacientes (McGlynn, 1997; Stott, Kinnersley, & Elwyn, 1997), porém afirmam que as medidas das necessidades de saúde dos indivíduos devem ser equilibradas quanto a otimização dos resultados de saúde para a sociedade. Lembram que diferentes partes interessadas valorizam diferentes componentes da qualidade do atendimento para articular que estes aspectos incorporam complexidades para a adequada mensuração da performance em sistemas de saúde.

Por sua vez, Arah et al. (2006: 7) defendem que o funcionamento do sistema de prestação de cuidados de saúde é avaliado em relação aos objetivos públicos estabelecidos para o nível e a distribuição dos benefícios e os custos dos cuidados pessoais e de saúde pública.

Noutra perspectiva, Murray & Frenk (2000b) que ressaltam a avaliação para os tomadores de decisão, que precisam quantificar a variação no desempenho do sistema de saúde, de seus subcomponentes, como regiões de saúde, serviços e unidades de saúde, a fim de obter evidências para decisões através de informações significativas e comparáveis sobre o desempenho do sistema de saúde.

Outra complexidade inerente ao processo de avaliação em saúde trata-se da diversidade de termos e conceitos envolvidos. Neste propósito, Silva & Formigli (1994) afirmam que há frequentemente uma superposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência e, mesmo, qualidade, com diversas evoluções em seus sentidos e aplicações:

A qualidade tem sido definida como “efeito” (Donabedian, 1980c); a *efetividade*, como qualidade (Freeborn & Greenlick, 1973). Tanto a *eficácia* como a *efetividade* têm sido definidas em relação ao cumprimento de objetivos propostos (Rodrigues & Torres, 1982; Rundall, 1992). A *efetividade* tem sido vista, ainda, como um atributo composto pela *eficiência* e pela *eficácia* (F. E. Campos, 1988). [...] A *eficácia*, por exemplo, inicialmente era definida como benefício ou efeito da atividade pela OMS (1970), ou como cumprimento de metas em livros didáticos de administração sanitária (Ferrara, Acebal, & Paganini, 1976), ou ainda utilizada como equivalente a *efetividade* (Doll, 1974). Mais recentemente, verifica-se uma tendência à convergência entre algumas definições. A *eficácia* vem sendo referida mais consistentemente como o efeito potencial ou o *efeito* em determinadas condições experimentais (OTA, 1978; Vuori, 1982; Cavallo et al., 1988; Donabedian 1990). Já a *efetividade* e o *impacto* traduziriam o efeito real num

sistema operacional (OTA, 1978; Chavez, 1981; Vuori 1982; Brook & Lohp 1985; Donabedian, 1990).

[...] A diferença entre *impacto* e *efetividade* tem sido buscada tanto em relação ao objeto da avaliação quanto no que concerne ao tempo. Ou seja, o efeito de determinado serviço sobre um grupo populacional corresponderia à *efetividade*. Por outro lado, o efeito de um “sistema” sobre uma população expressaria o *impacto* (De Geyndt, 1970). Em relação ao tempo, o curto prazo diria respeito à *efetividade* e o longo prazo, ao *impacto* (Rundall, 1992; Silva & Formigli, 1994: 82).

Silva & Formigli (1994) abordam as noções de qualidade, efetividade, impacto, eficiência e satisfação do usuário pelo prisma consideradas por alguns autores, como atributos do cuidado médico. Já a cobertura, o acesso e a equidade são referidas ao “sistema de saúde” (Lane & Kelman, 1975).

Algumas iniciativas de medição do desempenho nos cuidados de saúde buscam a avaliação direta da qualidade, suficiência, eficiência e adequação do suprimento de serviços assistenciais, dentre outras características, entretanto, há outras que abordam o desempenho através de um *proxy* de medidas de performance no atendimento.

Neste contexto, segundo argumenta Kazandjian (2003) o fator de confusão predominante durante a fase de implementação de qualquer sistema de medição de performance talvez seja se as medidas do sistema refletem a qualidade do atendimento ou se são indicadores dos processos subjacentes ao atendimento. Afirmam que a adequação do cuidado deve ser decidida primeiro - só então pode-se avançar para um julgamento sobre a eficiência da produção, pois não importa quão eficiente seja, a produção de cuidados inadequados permanece inaceitável. Assinala, ainda, que a adequação compreende uma série de dimensões essenciais para abordar a interpretação do desempenho medida por meio de indicadores (V. A. Kazandjian, 2003).

Ainda segundo Kazandjian (2003), como proposto por Donabedian, a qualidade do cuidado pode ser capturada pela construção operacional dicotômica de adequação e eficiência de produção. É razoavelmente aceito pela literatura que as bases da avaliação de qualidade e dos estudos econômicos em saúde foram lançadas antes da década de 1970, além da maioria dos estudos apontarem Avedis Donabedian como debatedor seminal da mensuração de resultados em saúde, pautado em três pilares: *Estrutura, Processos e Resultados* (Donabedian, 1980b, 1988).

Fletcher *et al.* (1993), articulam sobre a importância de se avaliar os resultados em saúde e citam que a determinação da eficácia de tratamentos e procedimentos é de fundamental relevância, pois os recursos econômicos são limitados.

No entanto, as medidas contingenciais dos gastos em saúde nos sistemas públicos mundiais têm oscilado entre o controle da gestão da aplicação de recursos e na dosagem entre um sistema público e privado. Porém, há uma nova tendência emergente na gestão de resultados em saúde que sugere que “a mudança central do foco de atenção foi das atividades ou “produtos” das agências governamentais (*output*) para os resultados (*outcomes*) dessas atividades” (Kettl, 1996; Almeida, 1999 apud F Viacava et al., 2004: 712).

Segundo alguns autores (FIOCRUZ, 2012; Veillard et al., 2005; F Viacava et al., 2004) o relatório sobre a saúde *World Health Report 2000* (WHO, 2000a) identificou três objectivos gerais de um sistema de saúde, além de enfatizar que a estrutura de prestação de serviços impactam no desempenho do sistema de saúde:

Alcançar boa saúde para a população, garantir que os serviços de saúde sejam acolhedor, respeitem os direitos e a dignidade dos usuários e, assegurar sistemas de pagamento justos. O hospital tem um papel central na consecução desses objectivos (McKee & Healy, 2002). Obviamente, a organização, configuração e prestação de serviços de saúde impactam no desempenho do sistema geral de saúde (Veillard et al., 2005: 487).

Por sua vez, Escorel *et al.* (2007) afirmam que os serviços de saúde precisam ser constantemente monitorados e avaliados, como forma de garantir a qualidade do atendimento à população. De acordo com os autores, em casos onde não há um sistema de avaliação efetivo, não seria possível controlar falhas no atendimento e no manejo profissional e, garantir qualidade aos usuários.

Nesta nova visão, deve-se avaliar a quantidade de serviços ou produtos de saúde (atendimentos, exames, cirurgias, internações etc) produzidos pelo sistema de saúde, além da mensuração multidimensional dos resultados, para monitorar a gestão eficiente dos recursos, o alcance de efetividade e qualidade dos atendimentos e, o impacto resolutivo na situação de saúde dos atendidos, da sociedade e no sistema de saúde.

No âmbito das organizações, os indicadores de performance ou desempenho podem ser entendidos como um conjunto de elementos para avaliar o grau com que os resultados pretendidos são alcançados (Barzelay, 1997; Boland & Fowler, 2000). Estas métricas podem ser usadas para melhorar a qualidade ou desempenho dos serviços, estabelecer padrões desejáveis, balizar as aferições de resultados alcançados e verificar o alcance de metas (Stevens, Stokes, & O'Mahony, 2006).

Assim, no setor público, campo deste estudo, Stevens *et al.* (2006) notaram a tendência de racionalização da quantidade dos indicadores e, ênfase para o alcance de resultados. Por sua vez, Boland e Fowler (2000) citam que uma das principais questões a

resolver para a otimização dos indicadores se refere a inexistência de um padrão de quais são as dimensões de avaliação de desempenho que devem ser consideradas, e, por conseguinte, quais os indicadores devem ser usados para avaliar e monitorar adequadamente os resultados organizacionais pretendidos.

Segundo Viacava (2004: 153) a variedade de modelos de desempenho descrita na literatura “reflete a complexidade da questão, além da diversidade de definições, das dimensões englobadas, dos determinantes do desempenho, dos indicadores utilizados e dos critérios de julgamento” (Sicotte et al., 1998).

A multiplicidade de perspectivas e de complexidades envolvidas, além das diversidades de escopos e definições demandam a análise dos principais quadros teóricos e metodológicos de avaliação relevantes da literatura, por exemplo, para estabelecer um enquadramento teórico-conceitual (*framework*) do sistema de medição da performance no âmbito de unidades de saúde pública, um dos desafios desta investigação, cujos fundamentos e potencialidades são destacados a seguir.

2.4. As metodologias e os instrumentos de medição de performance e apoio à decisão em organizações de saúde

Para início de exploração da literatura relevante, montou-se uma estratégia de revisão integrativa através de uma ampla pesquisa genérica, em publicações recentes (Jan/2005 a Jan/2016). Foram investigadas as publicações consideradas relevantes da área de governação, gestão e avaliação de saúde além de temas transversais ao campo de avaliação em saúde, tendo explorado as seguintes bases de dados: B-On; ABI- Inform/Proquest; Repositórios de teses digitais DART-Europe, RCAAP-Portugal e BDTD-Brasil. Uma limitação inicial da pesquisa bibliográfica foi a impossibilidade de explorar outros repositórios, por exemplo, Pubmed (Medline), Cochrane Library, Embase, CRD (York), Portal Capes-BR (Bireme, Scielo e Lilacs), AHRQ (EUA), etc.

Na fase exploratória publicações sobre métodos e instrumentos de avaliação, buscou-se inicialmente uma visão global de governação e decisão em organizações de saúde, tendo se pesquisado por termos como *health decision-making*, *hospitals decision-making*, *stakeholders in hospitals*. De seguida, avançou-se para pesquisar sobre áreas mais específicas como: avaliação econômica, análise de efetividade parametrizada pelo risco e

avaliação da qualidade percebida - satisfação e adequação ao uso, centrados em metodologias de avaliação multidimensional aplicadas à saúde, detalhadas nos tópicos a seguir. Após estudar as dimensões de avaliação de performance propostas nos objectivos desta investigação, sob uma visão mais instrumental, explorou-se as bases de artigos e teses pelos termos *Hospital Dashboard*, *Clinical Dashboard*, *Benchmarking*, *Balanced Scorecard* e termos similares com foco em saúde, sendo patente a limitação de publicações nestes termos no contexto de gestão de saúde (tabela 110, anexo 1).

Para o escopo deste tópico, foram considerados apenas os sistemas de indicadores que abordassem de forma objetiva e instrumental pelo menos uma das dimensões deste estudo (produtividade assistencial, eficiência, efetividade, impacto, efeitos, qualidade percebida ou outras que surgirem na investigação), com aplicação multicêntrica em unidades de saúde, para posterior detalhamento e avaliação de sua possível adaptabilidade ao ambiente das organizações e unidades de saúde pública do Brasil, contexto deste estudo. Também identificou-se alguns sistemas de indicadores de avaliação de performance que são regularmente aplicados em hospitais e unidades de saúde, sendo selecionados para o escopo deste trabalho apenas aqueles que são multidimensionais (produtividade assistencial, eficiência, efetividade, eficácia, qualidade centrada no paciente etc), desde que se percebesse a relevância de aplicação em diferentes contextos de sistemas de saúde transnacionais, tendo os principais resultados sintetizados (anexo 2).

Neste ponto, efetivou-se as leituras cuidadosas dos principais estudos considerados relevantes, sobre metodologias de mensuração de avaliação de performance e de resultados em hospitais e serviços de saúde, para analisar a adequabilidade dos itens de avaliação de performance abordados e sua possível incorporação no quadro teórico-conceitual (*framework*) desta investigação, no âmbito do sistema público de saúde do Brasil (quadros 15 a 17, anexo 2). Diante disto, analisou-se criticamente alguns destes quadros conceituais (*framework*), além de seus indicadores e dimensões de avaliação de performance em saúde, a fim de selecionar os considerados mais adequados para os propósitos desta investigação (tópico 2.4.3) e uma base teórica bem como possíveis quadros conceituais (*framework*) (quadros 20 a 23, anexo 2) para a modelagem de uma escala de qualidade percebida (satisfação) validada para o contexto do SUS (tópico 2.4.4).

2.4.1. As metodologias de avaliação da eficiência em organizações de saúde

Nesta etapa, aprofundou-se a pesquisa avaliando as publicações na área de economia de saúde e gestão de eficiência em organizações de saúde, além de seus termos (MeSH) mais utilizados na literatura mundial, por exemplo, *Health Efficiency*, *Health Economics*, *Health Economics Evaluation*, *Data Envelopment Analysis and Health (DEA)*, *Stochastic Frontier Analysis (SFA)*,²⁹ dentre outros similares, sendo sintetizados os resultados das aplicações no sistema de saúde do Brasil e comprovada a incipiência do seus usos (quadro 25 , anexo 3).

A literatura aponta vários métodos de estimação da eficiência. O método DEA, do tipo não-paramétrico, tem a facilidade de avaliar apenas as interações integradas das múltiplas entradas para definir as saídas ou consequências. Enquanto primeira escolha pretende-se analisar a aplicabilidade do método de Análise Envoltória de Dados (DEA) que pode ser modelado através de programação linear, e apesar de sua simplicidade relativa disponibiliza uma vasta gama de informações para os decisores e formuladores de políticas, além de oferecer fundamentos para a medição de performance em saúde.

La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que no âmbito do Brasil, o uso do modelo DEA, ainda é incipiente. O modelo SFA é exceção nos estudos publicados na saúde do Brasil. Assim, quanto aos estudos no contexto brasileiro, foram tímidos os resultados obtidos sobre a aplicação de métodos de análise de eficiência durante revisão sistemática das bases de dados de artigos e teses, optou-se por complementar esta análise dos achados do estudo de revisão extensiva da literatura sobre a produção científica em economia da saúde no Brasil (2004-2012), apresentado pela OPAS³⁰, ABrES³¹ e MS³² (Brasil, 2013a), no final de 2013, com os estudos mais relevantes sintetizados no quadro 24 (anexo 3).

Dessa forma, os resultados da pesquisa da literatura (tabela 110, anexo 1) quanto as aplicações de métodos científicos de medição da eficiência no âmbito da saúde do Brasil foram incipientes, realidade reforçada na fase empírica da investigação visto que os decisores chaves basicamente identificaram alguns indicadores operacionais de medidas de eficiência, sem apontar métodos de análise técnica da eficiência. Diante disso, decidiu-se

29 SFA - Stochastic Frontier Analysis (Análise de Fronteira Estocástica)

30 OPAS- Organização PanAmericana de Saúde, representante da OMS na América Latina e Caribe

31 ABrES – Associação Brasileira de Economia da Saúde

32 MS – Ministério da Saúde do Brasil

limitar esta investigação à análise de relevância dos indicadores de eficiência sugeridos na fase empírica, além de definir os seus respectivos pesos (importâncias/relevâncias), conforme os critérios dos decisores, sem aprofundar a análise técnica da eficiência, e, sugerir estudos futuros sobre modelo de cálculo e análise da eficiência técnica, a fim de comparar os aspetos de eficiência entre as organizações da saúde estudadas.

2.4.2. As metodologias de avaliação de efetividade e ajustamento de risco em saúde

A avaliação da dimensão de efetividade do atendimento é afetada pelas condições clínicas dos usuários atendidos. Deve ser senso comum que as organizações de saúde atendem a diversas combinações diferentes de pacientes, a depender da procura, que podem variar, em menor ou maior grau, de acordo com idade, gênero, diagnósticos, factores de risco, e severidade do caso ou complexidade do tratamento. Assim, pode-se perceber que estas diferenças nos perfis e nas condições clínicas dos usuários atendidos podem causar impactos nos recursos (insumos), nos processos produtivos e nos resultados (produtos) das organizações e dos serviços de saúde.

Para permitir a mensuração comparativa adequada da efetividade entre as organizações de saúde depende-se da homogeneização dos pacientes ou dos grupos de diagnósticos atendidos nas unidades de serviços. Diante disto, segundo Shaughnessy e Hittle (2002), pode-se afirmar que o principal motivo para utilização das metodologias de ajustamento pelo risco é a possibilidade de comparação entre resultados e/ou performance das organizações de saúde, por exemplo, pelo uso de *índices de casemix* ou *Diagnosis Related Groups (DRG)*.

Por sua vez, Iezzoni (2003) cita alguns dos seguintes objetivos no uso da parametrização pelo risco:

Possibilitar a comparação dos níveis de eficiência e custos entre prestadores e seguros de saúde; permitir a construção de relatórios públicos sobre a performance dos prestadores individuais; permitir a comparação interna dos resultados obtidos por doente entre médicos no sentido de melhorar a performance assistencial; subsidiar políticas de reembolsos de acordo com níveis de pagamentos por indivíduo ou para planos de seguros; incentivar os prestadores a aceitar pacientes com elevados riscos.

Por exemplo, do ponto de vista do financiamento per capita, Bonilla e Rubio (2000) argumentam que o ajustamento pelo risco pode ser usado como um processo que adequa o valor distribuído em função das características dos indivíduos (IHPS, 2005).

Assim, uma alternativa hegemônica presente na literatura (tabela 110, anexo 1) é compor um *Casemix* unidimensional pelo custo médio relativo, pela facilidade de apuração, mas há restrições neste método visto que é limitado apenas à dimensão do uso de recursos.

Outras aproximações unidimensionais de *casemix*, também medidas ao nível de unidades de serviços, são usadas para refletir a severidade dos casos ou complexidade dos tratamentos, tais como: proporção dos casos atendidos de média *versus* de alta complexidade; a relação entre o número de casos de uma determinada especialidade e a quantidade total de atendimentos realizados; a relação da quantidade de determinado tipo de exame e a quantidade de atendimentos realizados, etc. Este tipo de *casemix* reflete os atendimentos efetivamente prestados aos pacientes, e por isto são melhores que os *casemix* focados exclusivamente em recursos, mas são limitados por ser unidimensional, e não permitir detecção de diferenças ao nível de pacientes, mas apenas ao nível de grupos de procedimentos ou organizações de saúde.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009) os sistemas de classificação do perfil dos pacientes e gravidade dos casos e/ou no risco relativo são os melhores *casemix*, por ter abordagem direcionada ao perfil clínico do paciente, que tem relação direta com a dimensão da severidade clínica do caso, que reúne indicadores importantes das necessidades clínicas do paciente, e, pode incluir os factores de riscos, o histórico e as condições clínicas atuais do paciente.

Nas metodologias de parametrização de risco há pelo menos três perspectivas dominantes, quanto ao foco na utilização de recursos *versus* foco no estadiamento da doença. Segundo afirma Iezzoni (1997 apud Costa & Lopes, 2011: 9), há diferentes pontos de vistas quanto a predominância de uma perspectiva em relação à outra, com sistemas que privilegiam a *utilização de recursos*, correlacionado com a severidade da doença, como por exemplo, os *Diagnosis Related Groups (DRG)* e o *Acuity Index Method (AIM)*, outros priorizam a severidade do doente ou *estadiamento da doença*, como por exemplo, o *Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE)*, e o *System of Acute Physiologic Score (SAPS)*, e o *Mortality Probability Model (MPM)*, e o *Disease Staging* ou os *MedisGroups*, enquanto há outras metodologias que consubstanciam os dois princípios (*utilização de recursos e estadiamento de doenças*), como os *Patient Management Categories (PMCs)*.

Qualquer que seja a abordagem ou perspectiva, a classificação dos pacientes ou grupos de diagnósticos deve explicitar as diferenças de resultados através de instrumentos

de avaliação clínica ou efeitos assistenciais, tais como: taxa de mortalidade ajustada pelo risco, taxa de complicações ajustada pelo risco, taxa de readmissões ou reinternações ajustada pelo risco, etc.

Dessa base teórica percebe-se que a ampla maioria dos estudos de avaliação de resultados em saúde, tem se pautado nos Grupos Relacionados de Diagnósticos - *Diagnosis Related Groups* (DRG) ou em outros sistemas similares de grupos homogêneos de diagnósticos, que correlacionam as severidades dos casos às intensidades de uso de recursos.

Os DRG's começaram a ser concebidos nos finais da década de 1960 na Universidade de Yale (EUA), com a finalidade de associar os diferentes tipos de pacientes tratados (*casemix*) com os respectivos custos (Fetter, Shin, Freeman, Averill, & Thompson, 1980). O *casemix* trata-se da medição da variedade das situações clínicas dos doentes tratados por cada hospital, organização de saúde ou prestador, enquanto o *índice de casemix* é o valor que expressa a diversidade dos casos tratados em cada hospital (Lichtig, 1986).

Ao considerar os sistemas oficiais de classificação de pacientes do Brasil, percebem-se grandes dificuldades a superar para implantar os DRG's, visto que o SUS tem a codificação de procedimentos pautada em um sistema SIH/AIH, que se baseia apenas nos principais procedimentos realizados, sendo que os registros de procedimentos secundários são pouco sistematizados (R. C Couto, 2012; Rodrigo Camargos Couto et al., 2012; Daibert, 2015; Gomes, 2009; Noronha et al., 1991; Serufo-Filho, 2014). A recente padronização de codificação da ANS no sistema privado e suplementar seguiu o foco nos principais procedimentos, e, portanto, há limitações de identificação de comorbidades e parametrização de riscos clínicos.

De fato, uma investigação de Veras e Martins (1994 apud La Forgia e Couttolenc, 2009: 135), apontou que apenas 19% das comorbidades tinham registros em AIH, enquanto apareciam em 42% dos prontuários.

Em dois estudos recentes, o Projeto DRG-Brasil, de um grupo de pesquisa da UFMG³³, aplicou análises de *índices de casemix* (R. C Couto, 2014; Serufo-Filho, 2014). Em uma análise de produtividade, em mais de 145 mil pacientes em 116 hospitais privados, os casos de internações desta amostra apresentavam comorbidades em 78,0% em DRG clínicos, sendo que 20,8% deles apresentam três ou mais diagnósticos, além de

33 UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

comorbidades em 52,6% em DRG cirúrgicos (R. C Couto, 2014; Serufo-Filho, 2014). Este grupo iniciou a ampliação destas análises para o contexto de hospitais do SUS com resultados a serem divulgados.

A metodologia DRG exige uma codificação baseada em grupos de diagnósticos para mensurar o uso relativo de recursos (custos), as categorias de doenças, e adequação dos pagamentos por riscos diferenciais. Por sua vez, ambos os sistemas de registros de procedimentos de saúde no Brasil (SIH/AIH do SUS e CIHA da ANS) são de carácter prospectivo, pela padronização e agrupamentos de serviços e insumos individuais em casos ou procedimentos mais abrangentes, sem uma preocupação com o uso de recursos, custos dos procedimentos ou gestão de resultados clínicos.

Enquanto os DRG's incluem o ajuste de risco de forma explícita, comorbidades e índices de *casemix*, o sistema SIH/AIH do SUS, na conformação atual, não permite qualquer mecanismo de ajuste de risco. As diretrizes da AIH são rígidas. Por exemplo, em caso de complicações do tratamento ou excesso de permanência na internação, na prática, os prestadores de serviços emitem uma nova guia AIH, sem vinculação a inicial, para garantir o pagamento adequado, além de frequentes falhas nos registros de comorbidades.

Assim, muitas vezes, os prestadores ajustam a codificação da AIH para códigos não adequados ao diagnóstico adequado da doença. Dessa forma, agrega-se mais distorção no sistema de classificação de pacientes no sistema SIH/AIH. Isto resulta em informações inconfiáveis e imprecisas quanto à classificação dos tratamentos, comorbidades, gravidade e riscos dos pacientes atendidos no SUS.

Porém, recentemente, iniciou-se um amplo debate no Ministério da Saúde, quanto a necessidade de estratégias robustas de integração de dados, inclusive quanto a adoção do DRG como estratégia de otimização do SUS (Brasil, 2015f).

Experiências na Espanha e Portugal demonstram a adoção do DRG na origem dos sistemas de informação hospitalar, apontando maior eficiência por utilizar variáveis que diferenciam pacientes segundo a gravidade da doença. Outra característica identificada nos sistemas destes países é a composição de dados clínicos e administrativos, que originaram o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), um “conjunto mínimo de variáveis que devem ser recolhidas em cada hospitalização e que permitem a coleta de informação assistencial ‘válida, confiável e oportuna’” (Pinto, 2010b).

Por sua vez, as tabelas (SIA/SUS e SIH/AIH) de reembolso por procedimentos do SUS, historicamente, foram formatadas de forma pulverizadas. A fim de consolidar os códigos de procedimentos do SUS, a tabela SIGTAP (Tabela de Procedimentos,

Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM) oficializada pela portaria nº 2.848/2007 (Brasil, 2015f).

Em virtude das limitações do SIH/AIH pode-se propor a análise da viabilidade de proposição de um *índice de casemix* simplificado que discrimine a severidade dos casos e permita a comparabilidade de resultados entre unidades de saúde. De seguida, este *índice de casemix* proposto pode ser usado, por exemplo, para testar algumas hipóteses de correlações quanto aos índices de *eficiência clínica* (resultados clínicos alcançados, tais como: taxa de mortalidade, taxa de reinternação de pacientes, taxa de complicações cirúrgicas, taxa de ocupação de leitos, etc, parametrizadas por um determinado *índice casemix*), para analisar se têm iguais relevâncias para os três níveis de decisores deste estudo.

No entanto, os resultados da pesquisa da literatura (tabela 110, anexo 1) quanto a aplicação de métodos científicos de medição da efetividade pela aplicação de *índices de casemix* ou *Diagnosis Related Groups (DRG)* no âmbito da saúde do Brasil foram incipientes, realidade reforçada na fase empírica da investigação visto que os decisores-chaves basicamente identificaram alguns indicadores operacionais de medidas de efetividade, sem apontar métodos de análise técnica da efetividade, por exemplo, pelo uso de *índices de casemix* ou DRG. Diante disso, decidiu-se limitar esta investigação à análise de relevância destes indicadores de efetividade sugeridos na fase empírica, além de definir os seus respectivos pesos (importâncias/relevâncias), conforme os critérios dos decisores, sem aprofundar a análise técnica da efetividade, e, sugerir estudos futuros sobre modelo de cálculo e análise da efetividade, a fim de propor instrumentos de medição dos aspetos de efetividade entre as organizações da saúde.

De acordo com a visão inicial de utilização dos artefactos gerados nesta investigação, conforme a relevância atribuída pelos decisores envolvidos e as limitações técnicas nos conhecimentos dos especialistas e gestores, decidiu-se limitar a revisão conceptual ao enquadramento teórico-conceptual (*framework*) dos indicadores e dimensões de performance e, de seguida, às bases teórico-conceptual (*framework*) da avaliação e medição da qualidade percebida em saúde, a fim de gerar uma visão aplicada dos resultados desta investigação.

2.4.3. O enquadramento teórico-conceptual (*framework*) dos indicadores e dimensões de performance da investigação

Em busca de delimitar um quadro teórico-conceptual (*framework*) do escopo da avaliação de performance organizacional desta investigação, a partir da análise da pesquisa integrativa da literatura (tabela 110, anexo 1) matriciado pelas respostas iniciais dos painéis de especialistas e profissionais que, inicialmente, prospectou os níveis de conhecimentos de especialistas e profissionais da amostra nos serviços públicos de saúde do Brasil (tópicos 5.2.1 e 6.1.1) decidiu-se delimitar, o escopo da avaliação de performance de organizações de saúde, no âmbito deste trabalho, de forma a considerar a avaliação de performance de serviços e unidades de saúde enquanto um modelo multidimensional, mediada por indicadores e dimensões nas categorias mais relevantes da literatura desde que houvesse referências (mesmo que indiretas) dos indivíduos da amostra dos painéis de especialistas, por exemplo, quanto as dimensões: produtividade assistencial, eficiência, efetividade, impacto, qualidade percebida (satisfação) dentre outras. De seguida, durante a fase de aplicação de instrumentos validados nos grupos pilotos de gestores e profissionais percebeu-se a necessidade de incorporar outros indicadores e dimensões de performance no instrumento de pesquisa de campo, sendo necessário a expansão do quadro teórico-conceptual (*framework*) definitivo que a seguir será apresentado.

Neste propósito, investigou-se na literatura relevante (quadros 17 a 19 , anexo 2) a importância de cada uma dos indicadores e dimensões de performance, bem como, buscou-se identificar quais as metodologias e instrumentos de mensuração de performance em saúde mais utilizadas nos contextos mundial e brasileiros, como forma de considerar a possibilidade de utilização dos mesmos na avaliação de performance em serviços de saúde para posterior validação de grupos pilotos e de campo da amostra selecionada.

A fim de garantir a possibilidade de construção e usabilidade dos indicadores selecionados e validados, estudou-se as disponibilidades de fontes de dados de informações publicizadas no contexto brasileiro, e/ou nos gabinetes de controlo das organizações de saúde. Assim, os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) destacam-se enquanto fontes de informações para a composição de indicadores em saúde (tópico 3.3). Portanto, estabeleceu-se outro parâmetro delimitador do escopo desta investigação, a fim de garantir o acesso aos dados para a composição dos indicadores e dimensões validadas, conforme a relevância apontada pelos gestores dos níveis estratégicos de decisão do sistema de saúde.

Além disso, para conceder legitimidade da aplicabilidade destes indicadores e dimensões, procedeu-se a análise da importância/relevância e usabilidade de cada um dos indicadores e dimensões pela validação dos descisores chaves. A fim de sedimentar uma teoria de base para o envolvimento dos indivíduos na validação destes itens de avaliação da performance, estudou-se a teoria dos *stakeholders* (partes interessadas) enquanto arcabouço teórico para construir o envolvimento dos principais agentes de decisão (*key stakeholders*) das organizações e serviços de saúde deste estudo (tópico 4).

Neste contexto, cabe uma questão norteadora: qual seria o papel e a importância dos indicadores dentro do sistema de informação em saúde? Para Sheldon (1998 apud Da Silva et al., 2008: 50), indicadores de desempenho (*performance indicator; clinical indicator*) são medidas indiretas da qualidade utilizadas como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta. São informações expressas através de um evento, uma taxa ou uma razão.

De acordo com Travassos *et al.* (1999), é necessário destacar a importância do desenvolvimento de estratégias para permitir que os resultados das avaliações melhorem a efetividade dos cuidados hospitalares. Assim, o monitoramento de indicadores pode despontar como uma estratégia de monitoramento e promoção da efetividade da assistência, bem como da busca pela eficiência organizacional em saúde. Mas, os indicadores podem ser usados também como balizadores da eficiência alocativa de recursos e monitoramento das despesas dos serviços de saúde e, ainda, como medidas de qualidade assistencial e gerencial.

Segundo Da Silva *et al.* (2008), cabe ainda destacar que bons indicadores são os que apresentam forte associação, estabelecida com base no conhecimento científico, entre o processo de cuidado e a medida de resultado utilizada (validade causal). Entretanto, limitações no conhecimento sobre a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos restringem a determinação da validade causal de diferentes indicadores de resultado (Brook & McGlynn, 1991).

Existem diversos parâmetros usados para a medição da performance em serviços de saúde. No entanto, destacam-se indicadores ou taxa de mortalidade, notadamente com um viés de mapear a quantidade de mortes evitáveis, que teoricamente podem estar relacionadas às infecções hospitalares, o uso inadequado de medicamentos e de outras tecnologias, as

falhas na supervisão, os erros durante a cirurgia ou as altas inapropriadas, entre outras causas (OTA, 1988).

Noutra perspetiva, Murray & Frenk (2000b) lembram que a diversidade dos modelos propostos para medir o desempenho do sistema de saúde (Aday, 1993; AHCPR, 1999; Hoffmeyer & Kluwer, 1994; C. W. Hsiao, 1995; Knowles, Leighton, & Stinson; OECD; OECD; Organization, 1999) comprovam a importância dada a estruturação de uma base conceitual para a mensuração do performance do sistema de saúde, que podem ser influenciados por vários factores, por exemplo, diferenças no *design* (desenho), conteúdo e gestão dos sistemas de saúde se traduzem em diferenças em uma gama de resultados socialmente valorizados, como saúde, capacidade de resposta ou justiça distributiva, dentre outros.

Um quadro teórico-conceitual (*framework*) coerente e consistente tem sua construção iniciada pela definição do escopo os aspetos que se pretende mensurar quanto a performance dos sistemas de saúde. Uma vez que os objectivos intrínsecos dos sistemas de saúde tenham sido claramente articulados, a medição desses objectivos, o conceito de desempenho e a noção distinta dos factores chaves que influenciam o desempenho devem ser explorados (Murray & Frenk, 2000b). Quanto a seleção de dimensões e indicadores de performance, do sistema de saúde lembram que:

Frequentemente revela-se uma tensão entre os grupos focados no conteúdo técnico dos serviços de saúde (por exemplo, imunizações ou unidades de terapia intensiva) e aqueles focados nos arranjos institucionais do sistema de saúde (por exemplo, mecanismos de pagamento de provedor ou seguro social). É necessário fornecer uma estrutura para pensar sobre as dimensões dos sistemas de saúde que podem influenciar o desempenho e operacionalizar as medidas dessas dimensões. Este tópico é tratado mais extensivamente em outros lugares (Frenk; Kutzin; Londono & Frenk, 1997; Murray & Frenk, 2000b: 12).

Nesta investigação o objectivo foi estabelecido desde seu princípio enquanto a mensuração de performance de serviços e unidades de saúde do SUS, sendo que as dimensões e indicadores foram definidos pela importância/relevância atribuída na pesquisa de campo, a partir de um modelo básico proposto para a análise e valoração dos indivíduos da amostra.

Portanto, a fim de elaborar uma proposta de quadro teórico-conceitual (*framework*) para uma metodologia robusta de avaliação de performance e a seleção de indicadores mais relevantes e destacados na literatura foram estudados alguns dos principais sistemas mundiais de avaliação de performance em organizações de saúde, como por exemplo, quadros conceituais de projetos que englobem indicadores de performance e/ou medição da

qualidade de alguns países e organizações multilaterais (Reino Unido, Canadá, Austrália, EUA, OMS e OCDE) citados como relevantes em outro estudo (Arah, Klazinga, et al., 2003):

Examinamos o sistema de saúde, estruturas de desempenho, indicadores, qualidade e documentos de gestão publicados, principalmente na Internet, sobre ou pelo Reino Unido, Canadá, Austrália, EUA, OMS e OCDE.

[...] A primeira estratégia consistia em utilizar os motores de busca e hiperligações localizados nos sites oficiais dos departamentos ou ministérios ou agências de saúde de cada país e organização: Reino Unido (<http://www.doh.gov.uk>), Canadá (<http://www.hc-sc.gc.ca>; <http://www.cihi.ca>), Austrália (<http://www.aihw.gov.au>), EUA (<http://www.health.gov>), OMS (<http://www.who.int>) e OCDE (<http://www.oecd.org>) (Arah, Klazinga, et al., 2003, p. 378).

De forma mais instrumental, estudou-se as bases das principais metodologias e sistemas mundiais de medição de resultados em saúde, como por exemplo, quadros teóricos-conceptuais (*framework*) de alguns projetos em destaque: *Quality Indicator Project* (QIP) da Agência de Pesquisa e Qualidade nos Serviços de Saúde – *U.S. Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), com destaque no projeto da Fundação Europeia para Gerenciamento da Qualidade - *European Foundation for Quality Management* (EFQM), além de sistema de indicadores do *Project Assessment Tool of Quality Improvement in Hospitals* (PATH) da Organização Mundial de Saúde (OMS); no Reino Unido, duas abordagens. A primeira baseada na definição de indicadores do Serviço Nacional de Saúde-NHS, a segunda interessada na concretização de uma metodologia para estabelecer “*hospital ratings*”; em Portugal, o *Sinas@Hospitals* sob a coordenação da Entidade Reguladora de Saúde (ERS), que classifica os hospitais avaliados (*ranking*) que é utilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), entre outros que surgirem como relevantes na revisão integrativa da literatura (anexo 2).

No escopo delineado por esta investigação, a seguir, destacaram-se algumas experiências relevantes mundiais e do Brasil a fim de construir um quadro teórico-conceptual (*framework*) para uma proposta inovadora de um *proxy* de painel de *indicadores* e *dimensões* de performance no âmbito de organizações, unidades e serviços de saúde pública do Brasil.

Ao nível mundial pode-se dizer que os primeiros esforços estruturados de medição de performance direcionados às organizações hospitalares e serviços de saúde foi iniciado, em 1985, no *Center for Performance Sciences* (CPS), aplicado em 7 hospitais de *Meryland-EUA*, que hoje congrega mais de 200 hospitais e 1.950 unidades de saúde, em nove países (Áustria, Canadá, Bélgica, Alemanha, Holanda, Portugal, Singapura, Reino Unido e

Taiwan), além dos EUA, no Projeto de Indicadores de Qualidade - *Quality Indicator Project* (QIP), referido por Kazandjian (1999; 2003), com 250 medidas de internação e ambulatorial, mas os indicadores mais populares referem-se ao manejo do parto, mortalidade hospitalar e perioperatória, readmissões não programadas ao centro cirúrgico, internação, unidade de terapia intensiva (UTI) e emergência. Ainda nos Estados Unidos, a Agência de Pesquisa e Qualidade nos Serviços de Saúde – *U.S. Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), tem desenvolvido grupos de indicadores oficiais de rastreamento da qualidade em saúde, elaboração de relatórios públicos e a contratualização baseada em performance, além de indicadores para serviços de saúde, em quatro áreas: atendimento preventivo, atendimentos a pacientes em tratamento, segurança do paciente e pediatria.

Na Europa, em 1988, surgiu outra tentativa relevante de avaliação de resultados em saúde, através da Fundação Europeia para Gerenciamento da Qualidade - *European Foundation for Quality Management* (EFQM) (EFQM, 1999), com um modelo não prescritivo, baseado em nove critérios: Liderança, Pessoas, Política e Estratégia, Parcerias e Recursos, Processos, Resultados nas Pessoas, Resultados para o Cliente, Resultados para a Sociedade, e Resultados Chaves do Desempenho. Cada critério do modelo EFQM inclui um número de subcritérios (total de 32) que são desdobrados em 172 itens de avaliação e medições. Os nove critérios estão agrupados nos critérios “*enabler*” e “*result*”. Alinhados com a trilogia de Donabedian (Donabedian, 1980d), os facilitadores (*enabler*) cobrem o processo, a estrutura e os meios de uma organização. As quatro dimensões do resultado (*result*) são divididas em oito subcritérios, que exigem medidas objetivas, dados e fatos, permitindo a comparação de desempenhos com outras organizações (Walburg, Klazinga, & Nabitiz, 2000). Quando adaptado para os sistemas de saúde a abordagem EFQM resultou em uma proposta abrangente e adaptável em diversos contextos:

O Modelo EFQM mostra muitos paralelos com o modelo de avaliação do Prêmio americano Malcolm Baldrige (W. L. Hart & Bogan, 1992; "Malcolm Baldrige National Quality Award, 1999 Criteria for Performance Excellence," 1999), o australiano, o Prêmio de Qualidade Sul-Africano e Prêmio Deming no Japão. [...] Segundo a abordagem EFQM fornece um quadro mais amplo e genérico do que a maioria das abordagens tradicionais de cuidados de saúde. Sendo genérica, não entra em padrões e normas específicas para cuidados de saúde como os Sistemas Europeus de Acreditação, como o King's Fund (Fund, 1998) and PACE (Gennip, 1998) or the Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations in North America (J. Commission, 1998). A Abordagem EFQM é geral e se alinha conceitualmente com as idéias formuladas por Donabedian (Walburg et al., 2000: 192).

Enquanto isso, Walburg et. al. (2000) lembram que diversos países europeus, aplicam adaptações do modelo EFQM para autoavaliação por organizações de saúde e

oferecem uma breve evolução das adaptações efetivadas nos principais países europeus, outros muitos autores relatam experiências de adaptação a países específicos, por exemplo, na Alemanha (Moeller, 2001), Valejo et. al. (2006) destacam diversos estudos sobre as adequações do modelo EFQM que concluem que o EFQM é amplamente aplicável aos cuidados de saúde (Arcelay, Sanchez, & Hernandez, 1999; Holland & Fennell, 2000; Jackson, 1999; Klazinga, 2000; Mira, Lorenzo, Rodríguez-Marín, Aranaz, & Sitges, 1998; Moeller, 2001; Simón, Guix, Nualart, Surroca, & Carbonell, 2001).

A avaliação de performance dos serviços de saúde foi o objeto central do *World Health Report 2000 - WHR 2000* (WHO, 2000b). Esta proposta de indicadores unificados foi muito criticada. De seguida, diversos países membros da OCDE (WHO, 2003) iniciaram o desenvolvimento de sistemas de monitoramento específicos, tendo a medição de resultados (*outcomes*), quase sempre como uma preocupação do ponto de vista de avaliação (F Viacava et al., 2004).

O modelo de avaliação de performance em saúde proposto pela OMS (WHO, 2000b) teve suas limitações fortemente debatidas. Os principais questionamentos se referem aos problemas relativos ao modelo teórico aplicado (Braveman, Starfield, & Geiger, 2001; V. Navarro, 2000; Williams, 2001) e outro conjunto de problemas que se refere aos aspetos metodológicos da mensuração de desempenho adotada quanto as dimensões da avaliação (Almeida et al, 2001).

Deste intenso debate, surgiu uma proposta alternativa de avaliação de desempenho dos países da OCDE, caracterizada, sinteticamente, através dos estudos de Hurst e Hughes (2001 apud F Viacava et al., 2004: 715-716):

a) incluir indicadores de resultados dos serviços de saúde (*outcomes*) como parte da avaliação de desempenho (*eficiência microeconômica*); b) incluir acesso como componente da responsividade, possibilitando avaliação da equidade; c) incluir o nível de gasto sanitário como meta dos sistemas de saúde (*eficiência macroeconômica*); d) excluir qualquer ponderação para avaliação de metas; e) referir a *avaliação de desempenho* a várias e distintas dimensões dos sistemas de saúde; e f) considerar a avaliação de desempenho restrita à assistência médica como oposta às atividades de saúde pública ou quaisquer outras mais amplas.

Viacava *et al* (2004) fizeram uma ampla revisão integrativa e destacaram que vários países membros da OCDE estão desenvolvendo quadros de referência e indicadores de avaliação de performance dos sistemas de saúde (Cozzens, 1995; Hurst & Hughes, 2001; AIHW, 2000; NHPC, 2002; CIHI, 2001; Hurst, 2002; OR, 2002; Smee, 2002; Wolfson e Alvarez, 2002). Estes sistemas específicos de avaliação de performance na saúde foram construídos sobre os princípios gerais das propostas da OMS e da OCDE.

Os sistemas de avaliação que vêm sendo implementados por esses países têm como características comuns: a) a definição de quadros de referência (objectivos e metas) e distintas dimensões de desempenho (sobretudo em relação à qualidade e eficiência); b) a preocupação com a facilidade de operacionalização dos conceitos enquanto as organizações internacionais (como OMS e a OECD) se preocupam mais com definições em nível macro; c) dar maior ênfase às dimensões de estrutura e processo como *proxy* de resultados; d) não inclusão de medidas mais gerais de eficiência.

No Reino Unido, existem basicamente duas grandes abordagens. A primeira baseada na definição de indicadores do Serviço Nacional de Saúde-NHS (Chang, Stephen, & Northcott, 2002), a segunda interessada na concretização de uma metodologia para estabelecer “*hospital ratings*” (NHS, 2002). Ambas englobam indicadores de *estrutura*, de *processo* e de *resultados* (a trilogia de *Avendis Donabedian*). Também há o trabalho do *The King’s Fund*,³⁴ (Fund, 1998) uma fundação independente que recebe recursos públicos e que desenvolve projetos de análise dos sistemas de saúde, a partir de dados disponíveis nos sistemas do NHS, e executa projetos de medições de performance nos hospitais. Há outra organização independente, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)³⁵ que executa avaliação de tecnologias de saúde e estudos de avaliação econômica, para a governança da incorporação de novas tecnologias, inclusive com proposição de protocolos e diretrizes clínicas.

No âmbito do NHS, uma estrutura estatal foi implantada, a Comissão de Melhoria em Saúde – *Commission of Health Improvement* (CHI)³⁶ que desenvolve indicadores, coleta dados e faz a disseminação de informações de performance comparativa entre prestadores de serviços do NHS. Assim, o CHI desenvolveu um sistema de classificação da performance hospitalar em sete dimensões: gerenciamento de risco, auditoria clínica, pesquisa e educação, envolvimento do paciente, envolvimento dos funcionários, gestão da informação, treinamento e desenvolvimento. O CHI divulga anualmente o *ranking* dos hospitais e aqueles que não atingem nenhuma estrela (nível de desempenho mínimo) devem apresentar um plano de ação que será monitorado pelo CHI.

Recentemente, no Reino Unido, foram implantadas duas estratégias relevantes em busca da melhoria da qualidade da saúde que são partes de um acordo de performance do setor de saúde: o Marco Nacional para Serviços - *National Service Framework* (NSF)³⁷, que

34 The King’s Fund - Fundação independente, que desenvolve ações de melhorias no âmbito do NHS - Reino Unido, com recursos governamentais

35 NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence, que executa avaliação de tecnologias de saúde e estudos de avaliação econômica no âmbito do NHS do Reino Unido.

36 CHI - Commission of Health Improvement (Comissão de Melhoria em Saúde), no âmbito do NHS do Reino Unido.

37 NSF - *National Service Framework* (Marco Nacional para Serviços), no âmbito do NHS do Reino Unido.

são padrões e estratégias desenvolvidos por especialistas sob o patrocínio do NICE, a fim de executarem desenvolvimentos e implementações em áreas específicas da saúde e estabelecer medidas de desempenho para julgar o progresso dos serviços de cuidados específicos (McLoughlin, Leatherman, Fletcher, & Owen, 2001); e o Marco Nacional de Performance - *National Performance Framework* (NPF)³⁸, que inclui indicadores de performance para mensuração e comparação de performance das regiões, hospitais e grupos de serviços básicos de saúde em seis áreas prioritárias: melhorias da saúde, acesso, atendimento resolutivo e adequado, eficiência, satisfação do paciente e, resultados em saúde (Campbell et al., 2000).

De forma objetiva, Arah *et. al.* (2003) apresentam uma comparação global das diversas abordagens de quadro teórico-conceitual (*framework*) dos sistemas de medição de performance do Reino Unido (NHS), do Canadá, da Austrália, dos EUA, do relatório *World Health Report 2000* (WHO, 2000a), além das publicações *Health at a Glance* e *OECD Health Data* da OECD (Development, 2001; Unit, 2001).

Quanto ao sistema do NHS (Arah, Klazinga, et al., 2003) caracterizam as bases conceituais e contextuais para a estruturação do quadro teórico (*framework*) dos sistemas de performance destes países, apresentados na quadro 17 (anexo 2). De seguida, especificaram o quadro teórico de desempenho do NHS, *Performance Assessment Framework* (PAF) do NHS. Conceitualmente, a estrutura do PAF do NHS é baseada em uma abordagem de *balanced scorecard*, sendo um sistema unificado de medição, avaliação e recompensa, projetado para fornecer uma visão mais abrangente do desempenho do NHS (Health, 2001), no qual "o conjunto geral de indicadores deve fornecer uma imagem equilibrada do desempenho da organização, refletindo os principais aspetos, incluindo os resultados e a perspectiva dos usuários" (A. Commission, 2000). A iniciativa engloba um conjunto indicadores nacionais distribuídos por áreas ou dimensões de desempenho.

Seis áreas de desempenho são identificadas dentro da autoridade de saúde PAF, a saber: (a) melhoria da saúde; (b) acesso suficiente; (c) entrega efetiva de cuidados de saúde adequados; (d) eficiência; (e) experiência do paciente / cuidador; e (f) resultados de saúde dos cuidados do NHS (*D. o. Health, 2001b*). Ao nível do subsistema NHS Trust, o quadro tem apenas quatro áreas principais de desempenho: (a) eficácia e resultados clínicos; (b) eficiência; (c) experiência do paciente / cuidador; e (d) competência e capacidade. Dentro do PAF, um conjunto de 'Indicadores Nacionais de Desempenho do NHS' dá um resumo das atividades do NHS, que aborda uma ampla gama de questões como saúde mental, tratamento do câncer, listas de espera, acesso aos médicos GPs, saúde geral da população e pessoal (Health, 2002). Este conjunto relativamente pequeno de indicadores

38 NPF - *National Performance Framework* (Marco Nacional de Performance), no âmbito do NHS do Reino Unido.

nacionais, publicados anualmente, será apoiado por “indicadores de *benchmarking*”, que contêm informações contextuais mais específicas, identificando assim um bom ou mau desempenho em todas as áreas do NHS (Health, 2001, 2002) (Arah, Klazinga, et al., 2003: 380).

No Canadá, o desempenho do sistema de saúde faz parte do *Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework*, conforme informa o *Canadian Institute for Health Information* (CIHI, 2000). Segundo Arah *et. al.* (2003) essa Iniciativa de Roteiro sedimenta quatro dimensões e diversos indicadores de performance (PIs).

Essa Iniciativa do Roteiro, que se baseia no modelo de saúde da população, conceitua o seu quadro de indicadores de saúde em termos de fornecimento de informação comparativa de alta qualidade em quatro dimensões: (a) estado de saúde; (b) determinantes não médicos da saúde; (c) desempenho do sistema de saúde; e (d) características da comunidade e do sistema de saúde (CIHI, 1999, 2000).

[...] Os oito domínios do desempenho do sistema de saúde neste quadro são: (a) aceitabilidade; (b) acessibilidade; (c) adequação; (d) competência; (e) continuidade; (f) eficácia; (g) eficiência; e (h) segurança (Acreditação, 1996; CIHI, 2000). Atualmente, essas dimensões, exceto aceitabilidade, competência e continuidade, parecem ser apoiadas por vários PIs. Sob as características de comunidade e saúde, os PIs são agrupados em outros que fornecem informações contextuais sobre: (a) comunidade; (b) sistema de saúde; e (c) recursos.

[...] Alguns dos indicadores empregados na estrutura canadense para capturar o domínio de desempenho da eficiência incluem: o respectivo número de novos casos de coqueluche, sarampo, HIV e clamídia relatados em um determinado ano; taxas de internação por pneumonia e influenza padronizadas por idade aos 65 anos ou mais; taxas de mortalidade padronizadas por idade devido a doenças tratáveis clinicamente, como câncer do colo do útero, pneumonia e bronquite não especificada; e taxas de hospitalização de cuidados agudos padronizados por idade para condições sensíveis à atenção ambulatorial. Alguns desses indicadores também capturam domínios de acessibilidade e adequação, como é o caso das condições sensíveis ao atendimento ambulatorial (Arah, Klazinga, et al., 2003: 384).

Segundo Arah *et. al.* (2003), na Austrália, a estrutura de desempenho nacional é baseada em um modelo de determinantes de saúde, é não hierárquica, mas relacional, pois presta atenção a outras variáveis contextuais que podem influenciar consideravelmente os insumos, processos, produtos ou resultados dos serviços de saúde. De forma objetiva, dizem que:

O quadro teórico- conceitual (*framework*) tem três níveis: (a) estado de saúde e resultados; (b) determinantes da saúde; e (c) desempenho do sistema de saúde. A equidade é vista como uma propriedade abrangente desses três níveis (Committee, 2001). Condições de saúde, função humana, expectativa de vida e bem-estar e mortes são as quatro dimensões contidas na seção "estado de saúde e resultados" da estrutura. O nível de "determinantes da saúde" inclui fatores ambientais e socioeconômicos, capacidade da comunidade, comportamentos de saúde e dimensões relacionadas à pessoa.

[...] O desempenho do sistema de saúde possui nove dimensões, a saber: (a) efetividade; (b) adequação; (c) eficiência; (d) responsividade; (e) acessibilidade; (f) segurança; (g) continuidade; (h) capacidade; e (i) sustentabilidade. (Arah, Klazinga, et al., 2003: 386).

Quanto aos EUA, Arah *et. al.* (2003) descrevem diversas iniciativas e modelos de monitoramento e avaliação, sintetizadas a seguir:

- a) uma estrutura proposta de melhoria do sistema nacional de saúde (Medicine, 2001); (b) um modelo de melhoria da saúde da população (Services, 2000); (c) o *National Health Care Quality Report* (Medicine, 2001); e (d) duas proeminentes iniciativas de relato de desempenho amplamente utilizadas, mas não nacionais - o *Consumer Assessment of Health Plans Study* (CAHPS) e o *Health Employer Data Information Set* (HEDIS®) (Reilly, Zema, & Crofton, 2002).
- b) [...] o programa *Quality Improvement Organization* (QIO) dos Centros de Serviços *Medicare* e *Medicaid*, a iniciativa ORYX da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* e as medidas de qualidade da *Foundation for Accountability*.
- c) [...] O *Institute of Medicine* (IOM) propôs uma estrutura para a melhoria do sistema nacional, delineado por seis domínios de desempenho: (a) segurança; (b) eficácia; (c) centrada no paciente; (d) tempestividade; (e) eficiência; e (f) patrimônio líquido. (Medicine, 2001a). Os PIs que podem preencher essa estrutura de reinvenção de sistemas estão disponíveis na *National Quality Measures Clearinghouse*™ (NQMCTM), um repositório nacional de indicadores mantido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Arah, Klazinga, et al., 2003: 387-88).

Noutra vertente, Arah *et. al.* (2003) apresentam o quadro teórico-conceptual (*framework*) de avaliação de performance do sistema de saúde proposto pela OMS (WHO, 2000a) que pauta-se em três objectivos de um sistema de saúde: (a) melhorar a saúde; (b) aumentar sua capacidade de resposta às expectativas da população; e (c) assegurar a equidade da contribuição financeira (WHO, 2000b). De seguida, distribui-se componentes de avaliação em cada um dos objectivos:

O objectivo de "melhorar a saúde" é dividido em dois: (a) estado de saúde médio; e (b) reduzir as desigualdades em saúde. A "capacidade de resposta" inclui dois componentes principais: (a) respeito pelas pessoas; e (b) orientação do cliente. Para o terceiro objectivo, a justiça na contribuição financeira, apenas sua distribuição, mas não seu nível médio, é considerado. O nível de recursos é tratado como uma variável extrínseca para avaliar o desempenho. Os níveis de obtenção de metas para melhoria da saúde e responsividade refletem a qualidade geral do sistema de saúde, enquanto as medidas de distribuição (saúde, responsividade e contribuição financeira) descrevem a equidade do sistema (Murray & Frenk, 2000a). Assim, os cinco principais componentes do desempenho do sistema de saúde segundo a OMS são: o nível geral de saúde da população, a distribuição da saúde na população, o nível geral de responsividade, a distribuição da capacidade de resposta na população e a distribuição dos sistemas de saúde. carga financeira dentro da população. O desempenho é estimado a partir da soma ponderada dos cinco componentes listados acima, e um "indicador geral de realização" é calculado (Arah, Klazinga, et al., 2003: 389).

Ainda neste prisma, Arah *et. al.* (2003) apresentam o quadro teórico-conceptual (*framework*) de avaliação de performance do sistema de saúde proposto pela OECD (OECD, 2001) com três objectivos principais: (a) melhoria da saúde e resultados; (b) capacidade de resposta e acesso; e (c) contribuição financeira e despesas com saúde (Hurst, 2002; OECD, 2001).

Essas metas são submetidas a dois "componentes para avaliação" para explorar o desempenho do sistema, a saber: o nível médio e a distribuição de cada meta. Como resultado, seis componentes do desempenho do sistema de saúde emergem dessa matriz, onde os níveis médios das três metas mencionadas são tomados para medir a eficiência e suas respectivas distribuições indicam a equidade. Diferentemente da estrutura da OMS, onde o acesso é visto como um determinante da capacidade de resposta, aqui o "acesso" é designado como um componente essencial da "capacidade de resposta", de modo a abordar questões de equidade de acesso dentro da estrutura da OCDE. Em termos de dimensões de desempenho, o quadro da OCDE tem quatro principais, assim: (a) melhoria / resultados de saúde; (b) responsividade; (c) equidade (de resultados de saúde, acesso e financiamento, respectivamente); e (d) eficiência (macroeconômica e microeconômica) (Arah, Klazinga, et al., 2003: 389).

Muitos países membros da OECD desenvolvem medições de desempenho e gerenciamento que captam equidade, qualidade e eficiência de seus sistemas de saúde (Hurst, 2000, 2002; OECD, 2001). De forma instrumental, a OCDE compila e publica indicadores-chave nos formatos impresso (*Health at a Glance*) e eletrônico (*OECD Health Data*) (Development, 2001; Unit, 2001), sendo cerca de 10 categorias de indicadores, a saber:

Os 10 principais dados encontrados nestas bases de dados são: estado de saúde, recursos de saúde, utilização de saúde, gastos com saúde, financiamento e remuneração, proteção social, mercado farmacêutico, determinantes não médicos de saúde, referências demográficas e referências econômicas. Os dados para os muitos indicadores contidos nesses dados são provenientes de países membros, do banco de dados do *Eurostat New Cronos*, do *WHO's World Health Statistics Annual* da OMS, do *WHO-Europe Health for All* e de outros bancos de dados internacionais (Arah, Klazinga, et al., 2003: 391).

Além das diversas abordagens por quadro teórico-conceitual (*framework*) acima expostas, Arah *et. al.* (2003) apresentam de forma global os indicadores de eficácia, iniciativas de melhoria de qualidade e os mecanismos de mudança do sistema de saúde de cada um dos sistemas de avaliação de performance analisados, não sendo sua análise escopo desta investigação.

Outro modelo teórico-conceitual (*framework*) de destaque na literatura (Arah et al., 2006; Mattke, 2004; Mattke, Epstein, & Leatherman, 2006; Mattke, Kelley, & Scherer, 2004) trata-se do projeto *Health Care Quality Indicators* (HCQI) que envolveu, desde 2003, painéis especialistas de 23 países signatários da OECD, organizações internacionais como *World Health Organization* (WHO) e *European Commission* (EC), organizações especializadas como *International Society of Quality in Healthcare* (ISQua) e *European Society for Quality in Healthcare* (ESQH) além de diversas universidades, em busca de desenvolver e implementar um quadro de indicadores de qualidade a nível internacional (Mattke et al., 2006). Os painéis de especialistas selecionaram e caracterizaram as dimensões e indicadores específicos em cinco áreas prioritárias: atendimento cardíaco (Lambie &

Mattke, 2004), diabetes mellitus (Greenfield, Nicolucci, & Mattke, 2004), saúde mental (Hermann & Mattke, 2004a), segurança do paciente (Millar & Mattke, 2004), atenção primária, prevenção e promoção da saúde (Marshall, Leatherman, & Mattke, 2004). Cada uma destas cinco áreas prioritárias desenvolveu seu próprio quadro teórico-conceitual (*framework*) tendo sido consolidado uma recomendação de 86 indicadores selecionados: nove para diabetes, 12 para saúde mental, 17 para cuidados cardíacos, 21 para segurança do paciente e 27 para cuidados primários e prevenção (Mattke et al., 2006).

Em outro estudo, no âmbito do *projeto Health Care Quality Indicators (HCQI)* da OECD, Arah et. al. (2006) propõem um alinhamento conceitual das principais dimensões de performance contidas nas diferentes abordagens de quadro teórico-conceitual (*framework*) dos sistemas de medição de performance do Reino Unido (NHS), do Canadá, da Austrália, dos EUA, do relatório *World Health Report 2000* (WHO, 2000a), além das publicações *Health at a Glance* e *OECD Health Data* da OECD (Development, 2001; Unit, 2001), além dos projetos *European Community Health Indicators Project (ECHI)* e do *The Commonwealth Fund's International Health Indicators Project*, por exemplo, eficácia, adequação, segurança, eficiência, continuidade, acessibilidade, equidade, responsividade, centralidade do paciente e pontualidade:

Eficácia é o grau de alcançar resultados desejáveis, dada a prestação adequada de serviços de cuidados de saúde baseados em evidências a todos os que poderiam beneficiar (Arah, Klazinga, et al., 2003; Donabedian, 1980b; Medicine, 1990, 2001; Veillard et al., 2005)

Adequação é o grau em que a assistência à saúde é relevante para as necessidades clínicas, dada a melhor evidência atual (JCAHO, 1997).

Segurança é uma dimensão em que o sistema tem as estruturas corretas, presta serviços e obtém resultados de maneiras que evitam danos ao usuário, provedor ou ambiente (JCAHO, 1997; Veillard et al., 2005).

Eficiência envolve encontrar o nível coerente de recursos para o sistema e garantir que esses recursos sejam usados para gerar o máximo de benefícios ou resultados (Arah, Custers, & Klazinga, 2003; Donabedian, 2003; Veillard et al., 2005). O quadro da OCDE inclui “despesas com saúde” ou custo como parte da eficiência: o objectivo “macroeconômico” é encontrar o nível sustentável de gastos com saúde (especialmente de gastos públicos com saúde), e o objectivo de eficiência “microeconômica” é minimizar gastos para qualquer nível de resultados e capacidade de resposta (Hurst, 2002).

Continuidade aborda até que ponto os cuidados de saúde para usuários específicos, ao longo do tempo, são organizados sem problemas em provedores e instituições, que pode ser medida a partir da perspectiva do paciente e pode acabar como parte da centralização no paciente. A coordenação pode então ser vista como cuidados de saúde sendo organizados de forma suave entre provedores e instituições.

Acessibilidade é a facilidade com que os serviços de saúde são alcançados. O acesso pode ser físico, financeiro ou psicológico e requer que os serviços de saúde estejam disponíveis a priori. Uma dimensão intimamente relacionada, portanto, é a *equidade*, que define o quanto um sistema lida de forma justa com todos os envolvidos. *Equidade* também lida com a distribuição do ônus do pagamento pelos serviços de saúde (Hurst, 2002; WHO, 2000a) e com a distribuição dos cuidados de saúde e seus benefícios entre as pessoas (Donabedian, 1980b, 2003).

Responsividade refere-se a como um sistema facilita as pessoas a satisfazer suas expectativas legítimas de não-saúde (WHO, 2000a). A *centralidade do paciente* capta o grau em que um sistema realmente funciona colocando o paciente/usuário no centro de sua prestação de assistência médica, sendo cada vez mais medido como experiências do paciente de cuidados de saúde com ênfase no cuidado (Arah, Custers, et al., 2003; Medicine, 2001; Veillard et al., 2005). *Responsividade* e *centralidade do paciente* são muitas vezes consideradas equivalentes.

Pontualidade é o grau em que a assistência médica é fornecida dentro da janela de tempo mais benéfica ou necessária (Donabedian, 2003; JCAHO, 1997). A *pontualidade* pode tornar-se parte da *acessibilidade* ou *capacidade de resposta*, de modo a refletir as experiências do paciente com a prontidão dos cuidados de saúde (WHO, 2000a). *Aceitabilidade* é a conformidade com os desejos, desejos e expectativas dos usuários de cuidados de saúde e suas famílias (Donabedian, 2003). Como tal, a *aceitabilidade* é frequentemente apresentada como parte ou substituto da *centralidade do paciente*, como visto no Canadá (Arah et al., 2006: 8-10).

Há outras diversas dimensões de performance bem como diferentes definições das acima apresentadas, sendo estes conceitos usados apenas quando os informantes da amostra externarem dúvidas, assim, decidiu-se assumir estas definições sem maiores aprofundamentos.

Por sua vez, Vallejo *et al.* (2006) fizeram uma avaliação conceptual do modelo *European Foundation for Quality Management* (EFQM) no propósito de assinalar os alinhamentos da adaptação da proposta EFQM aos sistemas de saúde. Neste estudo Vallejo *et al.* (2006) destacam que nas experiências de aplicação do modelo EFQM ele é amplamente aceito como aplicável aos cuidados de saúde (Arcelay et al., 1999; Holland & Fennell, 2000; Jackson, 1999; Klazinga, 2000; Mira et al., 1998; Moeller, 2001; Simón et al., 2001). Lembrem, ainda, que o EFQM promove a melhoria na qualidade das organizações (Nabitz & Walburg, 2000) e a qualidade do tratamento dispensado aos pacientes (Jackson & Bircher, 2002) além de outros aspetos positivos assinalados na literatura:

O uso da autoavaliação (Nabitz & Klazinga, 1999), por ser considerada uma atividade motivadora para gestores e profissionais que nela participam (Moeller, Breinlinger, O'Reilly, & Elser, 2000; Simón et al., 2001; Stewart, 2003).

[...] Promoção da melhoria por um sistema simples de identificação de áreas para melhoria (Holland & Fennell, 2000; Jackson, 1999; Moeller, 2001).

[...] Possibilidade de fazer atividades de benchmarking (Arcelay et al., 1999; Moeller et al., 2000; Moeller & Sonntag, 1998).

[...] Validade de face (Moeller, 2001; Walburg et al., 2000).

[...] Flexibilidade de sua estrutura que permite a inclusão de práticas já existentes (Geraedts, Montenarie, & van Rijk, 2001; Jackson, 1999; Pitt, 1999; Stewart, 2003) (Vallejo et al., 2006: 327).

No entanto, Vallejo *et al.* (2006) enfatizam que o EFQM é um modelo genérico e destacam alguns desafios na aplicação do EFQM no setor de saúde.

O modelo não é específico o suficiente para abordar todas as áreas relevantes para a saúde (Moeller, 2001; Walburg et al., 2000).

[...] Mesmo quando os critérios podem ser adequados, os subcritérios devem ser adaptados aos cuidados de saúde (Moracho et al., 2001), especialmente para organizações públicas (Mira et al., 1998).

[...] Linguagem utilizada para descrever o modelo é identificada como uma de suas principais dificuldades (Mira et al., 1998; Stewart, 2003), por ser complexa, pouco clara e distante para os profissionais de saúde acostumados à terminologia clínica (Rodríguez & Ferrándiz-Santos, 2004).

[...] É difícil desenvolver indicadores operativos para avaliar os critérios de resultados em cuidados de saúde, porque os resultados esperados não são especificados (Vallejo et al., 2006: 328).

Por fim, Vallejo *et al.* (2006) destacam os esforços para a adaptação dos conteúdos do modelo, seus critérios e subcritérios, para a atenção à saúde (Holland & Fennell, 2000; Lorenzo, Arcelay, & Bacigalupe, 2001; Nabitiz & Walburg, 2000; Vitoria-Gasteiz, 2000), diretrizes para o uso do modelo em organizações de saúde (Nabitiz & Klazinga, 1999), estratégias para implementá-lo combinadas com outras abordagens (Brandt, Schmidt, Dziewas, & Groene, 2005), ou indicadores que são específicos para este campo ("Identification of a Set of Key Quality Indicators in the Hospital Setting Using the European Excellence Model", 2001).

Outro sistema notável foi desenvolvido pelo escritório Europeu da OMS, que lançou, em 2003, um projeto com o objectivo de desenvolver e disseminar uma ferramenta flexível e abrangente para a avaliação de performance e melhoria da qualidade hospitalar (projeto PATH) com os seguintes focos (Veillard et al., 2005):

(i) definição dos conceitos e identificação das dimensões-chave de desempenho do hospital, (ii) O projeto da arquitetura do PATH para melhorar a gestão baseada em evidências e de melhoria da qualidade, através da avaliação de desempenho; (iii) a seleção de um núcleo e um conjunto de indicadores de desempenho sob medida com definições operacionais detalhados, (iv) a identificação de trade-offs entre os indicadores, (v) elaboração de folhas descritivas para cada indicador para apoiar os hospitais na interpretação de seus resultados; (vi) projeto de um painel de instrumentos equilibrado, e (vii) as estratégias para a implementação do painel PATH.

A iniciativa *Project Assessment Tool of Quality Improvement in Hospitals* (PATH) objetiva apoiar os hospitais na avaliação de sua performance pela análise de seus próprios resultados, e traduzi-los em ações de melhoria, pelo uso de ferramentas para avaliação de performance e do apoio de uma rede de parceiros dos hospitais participantes.

As etapas de concepção do projeto PATH foram descritas de forma sintética por Veillard *et al.* (2005). Um grupo de especialistas de 11 países anglo-saxônicos analisaram os 100 indicadores pré-selecionados quanto a disponibilidade de indicadores, sua relevância em diferentes contextos nacionais, seu impacto potencial na melhoria da qualidade e o ônus da coleta de dados. A lista de indicadores incluídos no modelo operacional foi restrita a um conjunto final de 24 indicadores principais de desempenho e a um conjunto personalizado

de 27 indicadores (Veillard et al., 2005: 492)(Veillard et al., 2005: 492)(Veillard et al., 2005: 492)(Veillard et al., 2005: 492)(Veillard et al., 2005: 492)(Veillard et al., 2005: 492). O conjunto principal foi projetado para permitir *benchmarking* em diferentes contextos mundiais e os personalizados devem adequar-se de forma flexível às diferentes realidades de cada país (Veillard et al., 2005: 493-95). Estes dois conjuntos de indicadores baseiam-se em evidências para uso em hospitais europeus e sugerem formas para seu uso estratégico na avaliação de desempenho hospitalar (Ibrahim, 2001). Neste contexto, sintetizou-se o quadro de indicadores, dimensões e subdimensões do PATH (quadro 18, anexo 2).

Ao final do processo, a partir de uma síntese de diferentes teorias de desempenho organizacional (K. S. Cameron & Whetten, 1983; Sicotte et al., 1998), um instrumento foi estruturado que englobou seis dimensões de performance hospitalar inter-relacionadas do modelo conceitual PATH, a saber:

Eficácia clínica, segurança, centralidade do paciente, governança responsiva, orientação da equipe e eficiência. Duas perspectivas transversais (*segurança e centralidade do paciente*) atravessam quatro dimensões do desempenho hospitalar (*eficácia clínica, eficiência, orientação do pessoal e governança responsiva*). [...] A *segurança* está relacionada à *eficácia clínica (segurança do paciente), orientação do pessoal (segurança do pessoal) e governança responsiva (segurança ambiental)*, enquanto a *centralidade do paciente* está relacionado à *governança responsiva (continuidade percebida), orientação de pessoal (aspectos interpessoais) e eficácia clínica (continuidade cuidado dentro da organização)*. (Veillard et al., 2005: 488).

Além disso, o PATH visa contribuir na melhoria dos sistemas de informação e qualidade dos dados e reforçará a credibilidade dos sistemas de medição de desempenho e a confiança dos hospitais nos dados de que precisam para avaliar sua atuação e promover a *accountability* (V. Kazandjian, 2003; Roski & Gregory).

Por sua vez, Vallejo *et al.* (2006) propuseram uma aproximação dos oito conceitos fundamentais de excelência da EFQM (EFQM, 1999) para o campo de cuidados de saúde através de um novo enquadramento teórico-conceitual do projeto PATH. A partir da proposta do projeto PATH, além da agregação de novos elementos, Vallejo *et al.* (2006) apresentaram um quadro teórico-conceitual (*framework*) do EFQM devidamente adaptado com especificidades para os cuidados de saúde, com oito dimensões de qualidade e duas dimensões metodológicas (figura 12 , anexo 2).

Groene *et al.* (2008a), apresentaram um estudo comparativo através de uma revisão sistemática integrativa de estudos aplicados de dez projetos³⁹ consagrados de mensuração de performance em hospitais, de países europeus e de quatro países selecionados, a fim de comparar com o modelo PATH, em termos de dez critérios de avaliação dos instrumentos, quanto a aplicabilidade, vantagens e desvantagens na aplicação dos instrumentos do PATH. As principais conclusões foram que os sistemas de indicadores de dez diferentes países parecem buscar coberturas similares às consolidadas no projeto PATH, que é destacado como um método flexível e adaptável em contextos de diferentes países.

De seguida, em uma investigação de campo, Groene *et al.* (2008b) analisaram um projeto piloto de aplicações do projeto PATH, concluídas em 37 hospitais de regiões de seis diferentes países (Bélgica, Canadá - Ontário, Dinamarca, França, Eslováquia e África do Sul - KwaZulu Natal), através de entrevistas semiestruturadas sobre o contexto de qualidade, o processo de implantação de indicadores e os possíveis benefícios percebidos. Concluem que os respondentes apontaram limitações, pontos fortes e fracos mas que em geral o projeto PATH facilitou as atividades de melhoria de qualidade nos níveis regional/nacional e hospitalar, tendo sido altamente valorizado pelas partes interessadas (stakeholders) e demonstrado a aplicabilidade de indicadores genéricos para melhorar a qualidade da atenção em diferentes contextos da saúde (V. A. Kazandjian, 2003).

No âmbito do projeto EuroREACH, Papanicolas & Smith (2010) estudaram algumas abordagens de quadro teórico-conceptual (*framework*) de sistemas de saúde a fim de consolidar uma proposta alinhada com os objectivos do projeto. Neste propósito lembram que Hsiao & Sidat (2008) classificam os quadros conceptuais (*framework*) de sistemas de

³⁹ ACHS - Australian Council on Health care Standards, <http://www.achs.org.au>

BQS - Bundesgesundheitsstelle Qualitätssicherung, <http://www.bqs-outcome.de>

CIST - Clinical Indicators Support Team, NHS Quality improvement Scotland, <http://www.indicators.scot.nhs.uk>

COMPAQH - Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière, <http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh>

IQIP - International Quality Indicator Project, <http://www.internationalqip.com>

JCAHO - Joint Commission Accreditation of Health Care Organization, <http://www.jointcommission.org>

MARQuIS - Method of Assessing Response to Quality Improvement Strategies, <http://www.marquis.be>

NIP - The National Indicator Project, <http://www.nip.dk>

OAH - Ontario Hospitals Association, <http://www.oaha.com>

OECD - Organization for Economic Co-operation and Development

PATH - The Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals, www.pathqualityproject.eu

QIP - Quality Indicator Project, <http://www.qiproject.org>

The Dutch project on reporting of performance in hospitals, <http://www.rivm.nl/>

Verein Outcome, www.vereinoutcome.ch

WHO - World Health Organization, <http://www.euro.who.int>

saúde em três categorias: descritivo; analítico; e determinístico e preditivo. Assim, Papanicolas & Smith (2010) comparam dez abordagens destacadas na literatura de quadro teórico-conceitual (*framework*) de sistemas de saúde e classificando-as segundo estas três categorias, além de expor as limitações de cada um dos dez modelos estudados e citam que todos os modelos analisados têm similaridades, diferenças de escopo e de funcionalidades, mas assinalam (Papanicolas & Smith, 2010: 32) que a distinção mais óbvia entre estes modelos de quadro teórico-conceitual (*framework*) é a separação dos objectivos finais e intermediários, visto que os objectivos intermediários contribuem para a realização dos objectivos finais e, muitas vezes, fornecem informações valiosas sobre o desempenho do sistema de saúde. Por fim, Papanicolas & Smith (2010: 33-35) sintetizaram objectivos finais e intermediários (quadro 19, anexo 2) similares às dimensões e subdimensões de performance sistematizadas por outros estudos.

Em Portugal, destaca-se que foi implantada uma metodologia interessante, apesar das limitações, inclusive com diretrizes de medição de resultados especificadas em legislação de 2002, sob a coordenação da Entidade Reguladora de Saúde (ERS), órgão do Ministério de Saúde, que tem como uma de suas missões avaliar e divulgar indicadores de medição de resultados de hospitais e serviços de saúde, ligados ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal. Para tal, criou-se o sistema *Sinas@Hospitais*, que conta com diversos indicadores de resultados gerenciados nas categorias: Excelência Clínica (eficiência por especialidades médicas), Segurança do Doente (gestão de riscos), Adequação e Conforto das Instalações (análise estrutural), Focalização no “*Utente*” (qualidade do tratamento do utilizador-utilizador) e Satisfação do “*Utente*” (satisfação do utilizador-utilizador).

O *Sinas@Hospitais* classifica os hospitais avaliados (*ranking*) que é utilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), outro órgão do Ministério da Saúde, para acompanhar a performance das unidades hospitalares e oferecer uma base para pactuação e contratualização de acordos de resultados para cada unidade de saúde, tanto ao nível gerencial quanto assistencial, numa ampla gama de hospitais de Portugal. O *Sinas@Hospitais* permite a negociação de orçamentos de custeios anuais para cada unidade de saúde, conforme o volume de atendimento, parametrizado pelo risco e a complexidade dos pacientes atendidos, identificando ainda os resultados pactuados e alcançados por cada unidade de saúde. Em relação à perspectiva de avaliação são consideradas três vertentes: efetividade dos cuidados prestados, eficiência e desempenho financeiro das organizações de saúde.

Por fim, em virtude da diversidade de abordagens de quadro teórico-conceitual (*framework*) de avaliação de performance aplicados à avaliação de sistemas, políticas e instituições de saúde, ao nível mundial, concluiu-se esta análise, sem a pretensão de esgotar o assunto, mas sedimentar um possível quadro teórico-conceitual (*framework*) de avaliação de performance para basear as dimensões e indicadores de performance procedentes da pesquisa de campo.

No propósito de aproximar-se da realidade do objeto de avaliação deste estudo, caracterizam-se alguns programas e projetos de reconhecidas relevâncias na avaliação de organizações de saúde desenvolvidos no Brasil, no contexto de saúde pública e iniciativas privadas de ampla aplicação. Assim, buscou-se mapear e descrever qualquer iniciativa inovadora de monitoramento e avaliação, com similaridade de objeto e escopo desta investigação que seja considerada de relevante aplicação no contexto das organizações de saúde do Brasil, a fim de avaliar sua aplicabilidade no SUS.

Uma revisão sistemática (Machado et al., 2013) voltada para avaliação de qualidade hospitalar mostra que os primeiros estudos surgiram entre 1991 a 2003, quando foram publicados apenas nove documentos no período. Entre os anos de 2004 e 2011, surgiram 48 publicações (quadro 26, anexo 4). Esse estudo classifica as publicações como transversal, qualitativos, caso-controle dentre outros. Em outro estudo sobre a avaliação em saúde no Brasil (Fernandes et al., 2011) foram achados apenas 44 estudos. Apoiou-se nas proposições de Novaes (2000: 547-59) para classificar 23 artigos como “Investigação avaliativa”, 17 outros categorizados como “Investigação para a decisão” e ainda quatro artigos de “Avaliação para a gestão”, enquanto apenas dois artigos relatam a aplicação da avaliação na tomada de decisão.

Neste propósito, procedeu-se uma revisão sistemática ampliada nas principais bases publicações de artigos científicos do Brasil (Scielo e Lilacs e Medline, via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS) tendo localizado 112 publicações no período de 1990 a 2018 (quadro 27, anexo 4), que foram classificados como: Análise bibliométrica (06), Análise estratégica (33), Avaliação de implementação (24), Análise de avaliabilidade (09); Avaliação de processo (07), Avaliação de efetividade (08), Avaliação de eficácia (01) Avaliação de impacto (01), Avaliação de produtividade (01), Avaliação de qualidade/percepção (02), dentre outros, sendo apenas 12 produções na linha de avaliação de performance em saúde e somente dois artigos no campo de avaliação de qualidade percebida que confirmou que o escopo desta investigação é uma agenda negligenciada (figura 1). A incipiência de publicações em

avaliação e monitoramento de sistemas e serviços de saúde no Brasil realça ainda mais a importância do objeto de análise desta investigação. Assim, após caracterizar algumas experiências e quadros conceituais (*framework*) destacados mundialmente, buscou-se mapear e descrever qualquer iniciativa inovadora de monitoramento e avaliação, com similaridade de objeto e escopo desta investigação que seja considerada de relevante aplicação no contexto das organizações de saúde do Brasil, a fim de avaliar sua aplicabilidade no SUS.

De forma complementar, apesar dos processos incipientes de avaliação de performance e resultados na saúde do Brasil, caracterizaram-se alguns programas e projetos de reconhecidas relevâncias na avaliação de organizações de saúde desenvolvidos no Brasil, no contexto de saúde pública e iniciativas privadas de ampla aplicação. Os sistemas informatizados, indicadores e instrumentos gerenciais, no campo de saúde pública, tais como: indicadores do DATASUS, Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS), indicadores do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), Indicadores e Dados Básicos da Saúde (IDB) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e, indicadores do novo PNASS; no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e indicadores QUALISS do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar (QUALISS) – em fase de estruturação e; nas organizações privadas: indicadores PROHASA/CQH e indicadores SIPAGEH, dentre outros que surgirem na revisão da revisão integrativa da literatura (anexos 5 e 6).

Em meados de 2003, surgiram esforços de estruturação de um sistema de medição de performance em organizações e sistemas de saúde através do Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PROADESS), sendo uma iniciativa do MS desenvolvida em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz)⁴⁰, no centro de estudos do Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde (ICICT/Fiocruz)⁴¹, que se propunha a monitorar o desempenho do sistema de saúde nas seguintes dimensões: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação, segurança e equidade (F Viacava et al., 2004).

40 FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz

41 ICICT/Fiocruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica em Saúde da Fiocruz

O primeiro relatório do PROADESS (FIOCRUZ, 2003) constou do estabelecimento de um quadro de referência teórico-conceitual e sua adaptação à realidade do SUS. No entanto, do ponto de vista pragmático, a iniciativa original do PROADESS mostrou limitações quanto a seleção e validação de indicadores, ausência de abordagem sobre as fontes de dados e informações, além de não aplicação de cálculo e divulgação de resultados dos indicadores selecionados. Apenas em 2011, o PROADESS originou a matriz de indicadores IDSUS (Brasil, 2011b), com o objectivo de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde municipais, conforme as dimensões determinantes de saúde, condições de saúde da população, estrutura do sistema de saúde, e porte populacional, no entanto, mais uma vez, pouco se avançou na avaliação de hospitais e serviços de saúde (FIOCRUZ, 2011).

Apesar do PROADESS manter um razoável esforço de pesquisa e uma plataforma on-line no âmbito do Ict/Fiocruz, ainda não obteve nenhum avanço na sua institucionalização na saúde do Brasil, exceto quanto a seleção e adequação de uma matriz de indicadores e suas fichas de indicadores do índice IDSUS (Brasil, 2011b). Neste contexto, a equipe do ICIT/Fiocruz procedeu uma revisão conceitual dos modelos originais propostos e a revisão das fichas de indicadores, tendo aplicado o novo modelo para a mensuração de performance para *benchmarking* dos sistemas municipais de saúde do Brasil (FIOCRUZ, 2012). No entanto, após uma única aplicação em 2012, o IDSUS também foi descontinuado pelo MS por dificuldade de negociações com demais gestores tripartites do SUS. Além disso, ao analisar o escopo do IDSUS percebeu-se ser mais focado em resultados sistêmicos do SUS, distante do escopo desta investigação, voltada para a avaliação de organizações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Os projetos PROADESS e IDSUS não se encontram institucionalizados no âmbito do SUS, mas em virtude de ser uma importante iniciativa de sistematização de indicadores e dimensões de performance de saúde brasileira resolveu-se caracterizá-los, a seguir, para analisar a possível adequação de parte de seus indicadores e dimensões para o escopo deste estudo.

O Projeto PROADESS (F Viacava et al., 2004; Francisco Viacava, Ugá, Porto, Laguardia, & Moreira, 2012) desenvolveu um estudo sobre as macrodimensões da avaliação em saúde, a partir da revisão feita sobre as metodologias de avaliação utilizadas no Canadá, Austrália, Reino Unido e as diretrizes propostas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Os autores destacam que o enfoque principal do PROADESS está nas dimensões de avaliação, sem a exigência de ter indicadores vinculados:

Os itens incluídos no PROADESS não são indicadores na sua maioria, mas dimensões a serem eventualmente estudadas através de indicadores a que deverão ser desenvolvidos levando em conta uma série de quesitos como validade interna e externa, confiabilidade, consistência, capacidade de discriminação, além da viabilidade e o custo da obtenção dos dados/informações necessários (F Viacava et al., 2004: 114).

Em busca de consolidar as macrodimensões desta matriz, os autores (F Viacava et al., 2004: 116-53) fazem uma extensa análise comparativa de cada macrodimensão proposta em importantes sistemas de indicadores mundiais (A. I. O. H. A. W.-. AIHW, 2000; CIHI, 2000, 2001a; Health, 2001; NHS, 1999; US/DHHS, 2000) com modelagens específicas de países selecionados: Austrália, Canadá, Reino Unido e EUA, respectivamente. Também consideraram os indicadores do Sispacto (Brasil, 2003b) e da Ripsa (Brasil, 2002a), enquanto comparativos para o contexto do SUS. Os autores (F Viacava et al., 2004: 154) destacam, ainda, a utilização de painéis de controle (*dashboard*) para monitorar o desempenho dos sistemas de saúde aplicados em países europeus, norte-americano, na Austrália e Nova Zelândia, a fim de sintetizar as dimensões estudadas.

Dos países que implementaram esta abordagem o Canadá e a Austrália vêm dependendo mais esforços para operacionalização desta estratégia. Particularmente com relação ao bloco de desempenho do sistema de saúde existem diferenças quanto as dimensões definidas. Diferentemente da Austrália o Canadá adotou as seguintes dimensões: aceitabilidade e competência. Por sua vez a Austrália definiu como dimensões responsividade, capacidade e sustentabilidade. As dimensões presentes em ambas experiências são: efetividade, eficiência, acesso, adequação, continuidade e segurança (F Viacava et al., 2004: 154).

A partir desta análise comparada, surgiu uma proposta para um sistema de monitoramento do sistema de saúde brasileiro com as seguintes dimensões do desempenho dos serviços de saúde: (1) efetividade; (2) acesso; (3) eficiência; (4) respeito ao direito das pessoas; (5) aceitabilidade; (6) continuidade; (7) adequação e; (8) segurança. De seguida, os autores Viacava et al. (2004: 155-171) consolidaram propostas de quadros de indicadores para cada uma destas oito dimensões. Dessa forma, sintetizou-se o quadro teórico-conceptual (*framework*) no âmbito do projeto PROADESS – que também foi base para o projeto IDSUS -, através de uma matriz de macrodimensões de avaliação aplicáveis ao sistema de saúde brasileira (F Viacava et al., 2004: 115), conforme a figura 3 , a seguir. Noutro estudo, Viacava e colaboradores (FIOCRUZ, 2012: 75) revisitaram esse quadro teórico-conceptual (*framework*) proposto anteriormente para avaliação da validade e da viabilidade dos indicadores e consolidaram uma lista de indicadores de desempenho do sistema de saúde distribuídos pelas dimensões propostas.

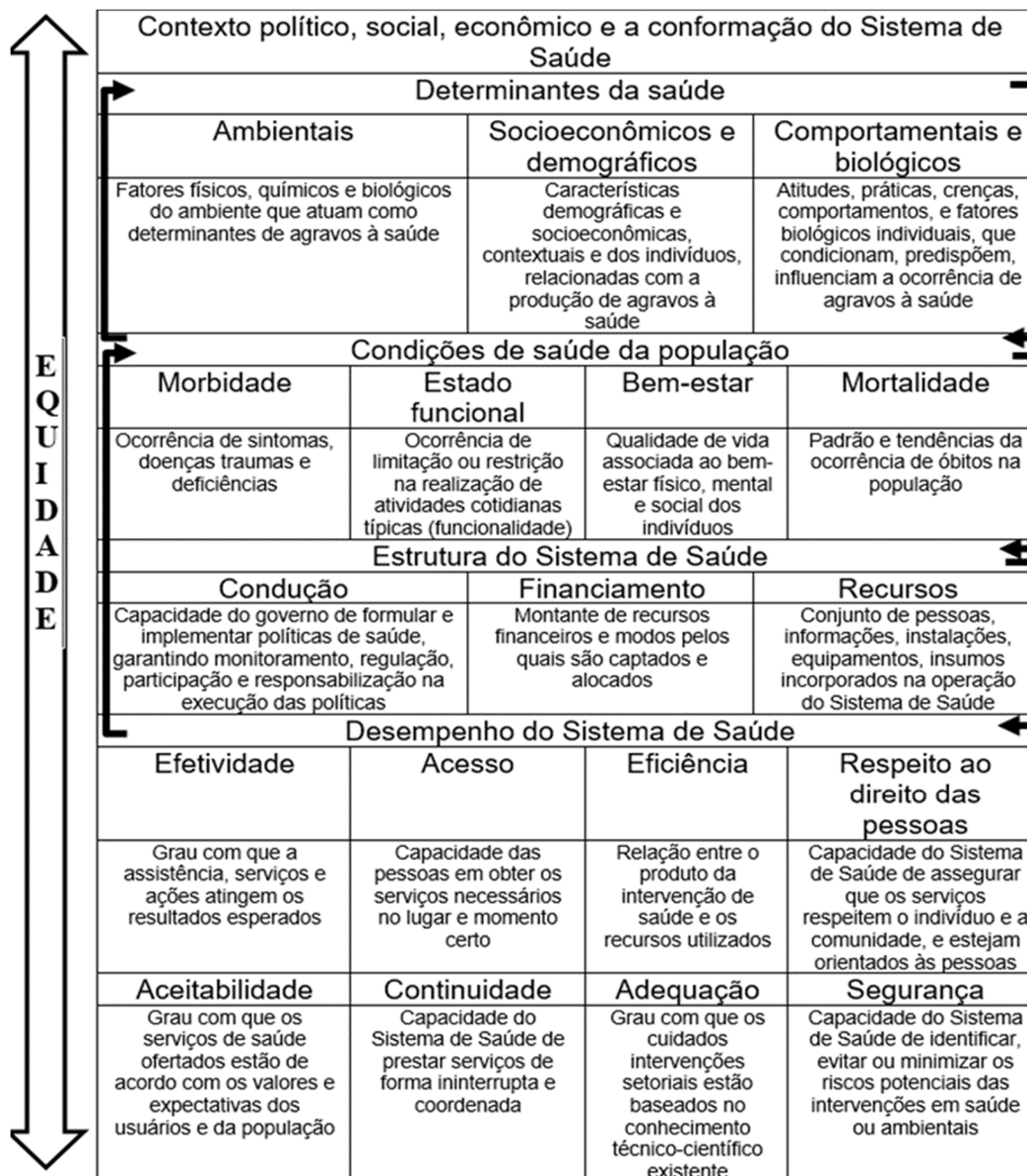


Figura 3 - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Fonte: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp> (F Viacava et al., 2004: 115)

Por fim, os autores consolidaram uma lista de 113 indicadores através de uma plataforma online (FIOCRUZ, 2012: 78-80), listado no quadro 28 (anexo 5), que foram considerados nas fases finais de sistematização e expansão de conhecimentos dos gestores e decisores a fim de ampliar a análise, validação e consolidação de indicadores e dimensões de performance da fase empírica deste estudo.

[...] No final desse processo de discussão, produziu-se uma relação com 113 indicadores contemplando todas as dimensões da matriz conceitual, e 104 deles foram calculados. Em muitos casos, os indicadores já haviam sido formulados por outras instituições, como os indicadores básicos de saúde reunidos em Indicadores e Dados Básicos (IDB), que se encontram no Datasus, e aqueles normalmente

calculados pela Base de Dados do IPEA (Ipeadata) ou pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Paralelamente a esse processo, foi desenvolvida a nova página eletrônica do PROADESS (www.proadess.icict.fiocruz.br), constituída por três áreas principais: Matriz conceitual, Matriz de indicadores e Biblioteca. A matriz conceitual apresenta as mesmas dimensões propostas em 2003, com uma pequena alteração [...] na subdimensão condução (FIOCRUZ, 2012: 75).

Este mesmo grupo envidou esforços em outra tentativa de institucionalização de um modelo avaliativo de indicadores de desempenho de sistemas municipais de saúde do SUS, a partir de uma adequação das dimensões e indicadores consolidados no projeto PROADESS, Viacava e colaboradores (Brasil, 2012b) publicaram uma proposta estruturada, o Índice IDSUS, em parceria com o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) do MS:

Inspirada no PRO-ADESS, a avaliação de desempenho do IDSUS fixou como foco a avaliação do cuidado em saúde, por meio de indicadores capazes de mensurar o acesso potencial ou obtido e a efetividade das ações e serviços de saúde, regionalizados e realizados nos níveis da Rede de Atenção à Saúde, para os residentes de cada município brasileiro.

O modelo avaliativo do IDSUS conta com um bloco de caracterização, segundo a homogeneidade dos municípios brasileiros, que foram agrupados em relação às semelhanças socioeconômicas, do perfil de mortalidade infantil e da estrutura do sistema de saúde existente no território municipal.

[...] Para a avaliação de desempenho do SUS, focada no cuidado em saúde, foram selecionados 24 indicadores (14 de acesso potencial ou obtido e 10 de efetividade), distribuídos entre a atenção básica, as atenções ambulatorial e hospitalar e a urgência e emergência.

O índice IDSUS foi publicado apenas em 2012 (Brasil, 2012b), tendo sido descontinuado em virtude de muitas críticas dos agentes de decisão da saúde pública municipal e estadual, pois apesar de ter bases comparativas por municípios homogêneos e controle de vieses (*biases*) e outros métodos de validação e controle dos resultados, houve críticas severas ao IDSUS por efetivar a comparação e o ordenamento dos municípios por três índices de desempenho global.

Este grupo de 24 indicadores foram calculados e padronizados através de Análise de Componentes Principais para gerar três índices compostos sintéticos (Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDSE), Índice de Condições de Saúde (ICS) e Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município (IESSM) que foram aplicados de forma comparativa por municípios similares e por nível de atenção à saúde a fim de classificar os sistemas de saúde municipais do Brasil (Brasil, 2012b: 22).

Quanto aos programas oficiais de monitoramento e avaliação do sistema de saúde foram tímidas as iniciativas no Brasil. Algumas alternativas de programas de monitoramento de organizações e serviços de saúde foram estruturadas na década de 2000, como o Programa

Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)⁴² que centrou-se apenas em uma avaliação normativa de serviços psiquiátricos e foi aplicado em três edições (2003/2004, 2007/2009, 2012/2014) e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)⁴³ – que foi redesenhado a partir do PNASH – e, teve apenas uma edição (2004/2006) (Monteiro, 2008; La Forgia e Couttolenc, 2009).

A partir da experiência do programa PNASH, no final de 2004, o MS estruturou-se o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)⁴⁴ – que teve apenas uma edição (2004/2006) (Monteiro, 2008; La Forgia e Couttolenc, 2009). Esse programa PNASS original foi aplicado de forma censitária, nos hospitais gerais, especializados, obstétricos, unidades mistas, estabelecimento de saúde com serviços próprios de alta complexidade em oncologia e nefrologia (Monteiro, 2008).

O PNASS original contava com quatro componentes interconectados: um componente sobre aspectos estruturais e normas de licenciamento; dois componentes de pesquisa de satisfação dos usuários-utilizadores e trabalhadores, selecionados por processo aleatório; e por fim, uma avaliação de um conjunto de indicadores de qualidade e eficiência, a partir de dados dos sistemas do Datasus. No âmbito do PNASS original, a dimensão dos aspectos estruturais e normativos gerou roteiros de padrões de conformidades, dividido em 22 critérios e três blocos: gestão organizacional, apoio técnico e logístico, e gestão da atenção à saúde. Estabeleceu padrões sinalizadores de risco ou qualidade discriminados em três categorias: imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R), que por sua vez são avaliados por dois níveis: presença, representado pela resposta sim, ou ausência, sinalizado pela resposta não (Brasil, 2004; Monteiro, 2008). Além disso, nesta parte de avaliação normativa, propôs-se alguns critérios de julgamentos para os padrões. Os factores imprescindíveis (I), são aqueles exigidos em norma e sua inexistência representam risco imediato à saúde, os necessários (N) são aqueles que estão normatizados, mas não impactam em riscos imediatos à saúde, e por fim os recomendáveis (R) que não estão descritos em normas, mas representam melhorias na qualidade dos serviços (Brasil, 2004; Monteiro, 2008). Ressalte-se que no contexto do PNASS o termo “normas” envolve as diversas legislações, manuais, padrões e recomendações técnicas.

42 PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares, no âmbito do SUS

43 PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, no âmbito do SUS

44 PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, no âmbito do SUS

O processo desse PNASS original funcionava por autoavaliação das unidades e por avaliação por inspetores indicadores pelo sistema de saúde local. Quase 40% das unidades não responderam o questionário e mais de 37% foram consideradas inadequadas, na parte avaliativa da satisfação, em uma escala de *Likert* de 5 níveis, que considerava a nota ponderada mínima aceitável de 61 pontos (notas de 0 a 100) (La Forgia & Couttolenc, 2009: 302). Neste caso, a ideia era envolver os gestores locais do SUS no processo, mas o programa foi descontinuado talvez pela baixa aderência na aplicação do PNASS nos serviços de saúde brasileiros (La Forgia & Couttolenc, 2009: 348).

Recentemente, o MS resolveu reformular e institucionalizar novamente o programa PNASS, através de portaria ministerial (Brasil, 2015e), tendo como objectivo geral avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde SUS. O novo PNASS (Brasil, 2015f) permaneceu centrado em matrizes de indicadores normativos e estruturais, tendo alguns aspetos das relações de trabalho e satisfação de usuários, além de alguns indicadores de mortalidade, morbidade e assistenciais, ainda em fase de consolidação no Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) e no Departamento de Monitoramento do SUS (DEMAS) do MS. A normativa (Brasil, 2015e) estabeleceu que deve ser criado um sistema de dados e informações, o Sistema de Informações do PNASS (SIPNASS), capaz de permitir suporte a tomada de decisão através de indicadores multidimensionais (estrutura, processos de trabalho, resultados relacionados ao risco e a satisfação de usuários), além de indicar que a avaliação através do PNASS será aplicada periodicamente nos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatorial e hospitalar, contemplados com recursos financeiros e incentivos do MS, estando os resultados em fase de análise e estruturação no DRAC e DEMAS no MS.

Uma evolução do processo de organização de indicadores dos sistemas públicos de saúde no Brasil, foi a iniciativa pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do MS, que estruturou o projeto Indicadores e Dados Básicos da Saúde (IDB) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) em face da necessidade de utilização de sistemas de informações em saúde para a adequada gestão da rede de saúde, além de fazer face ao hiato entre a implantação de serviços de saúde e a adequada gestão dos mesmos. Assim, foi iniciada em 1996, através da cooperação entre o Ministério da Saúde e da Representação da Opas no

Brasil acordaram em cooperar no aperfeiçoamento de informações para a saúde, em alinhamento com a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde:

[...] A estratégia proposta baseou-se na criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), concebida por grupo de trabalho ad hoc no qual estiveram representadas as principais estruturas do Ministério da Saúde, a Opas e instituições-chave da política de informações em saúde no País (IBGE, Abrasco, Faculdade de Saúde Pública da USP e Ipea).

[...] Caberia à Ripsa promover esforços continuados para articular bases de dados e informações produzidas pelas instituições integrantes.

[...] Em especial, a Rede promoveria consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados. As entidades seriam co-participantes de um processo de trabalho colaborativo, realizado com a mobilização de profissionais e de bases técnico-científicas das próprias instituições, segundo suas vocações.

[...] Formalizada em 1996, por Portaria Ministerial (Brasil, 1996, 1997, 2000)⁴⁵ e por acordo de cooperação com a Opas, a Ripsa tem como propósito promover a disponibilidade adequada e oportuna de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas pertinentes (Brasil, 2002b: 13-14).

A construção da matriz de indicadores baseou-se nos critérios de: relevância para a compreensão da situação de saúde, bem como de suas causas e consequências, tendo considerados outros fatores como mensurabilidade, facilidade de acesso a dados dentre outros:

[...] Os indicadores estão agrupados em seis subconjuntos temáticos – demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura – e são apresentados, na matriz, segundo a sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados.

De maneira geral estão disponíveis, para cada indicador, dados desagregados por: unidade geográfica⁷; distribuição etária, segundo categorias apropriadas⁸; distribuição por sexo e situação do domicílio (urbana ou rural).

[...] A matriz serve de instrumento para a elaboração de Indicadores e Dados Básicos (IDB), produto finalístico da Ripsa periodicamente divulgado, que constitui plataforma para a realização de análises e informes sobre a situação de saúde e suas tendências (Brasil, 2002b: 17).

Sendo assim, três edições de matrizes de indicadores foram publicados (Brasil, 2002a: 22-45; 2008a:23-53), sendo em 2012 publicadas apenas em sítio eletrônico do DATASUS⁴⁶, em uma lógica de aprimoramento incrementais e validação participativa da rede RIPSA, que serviram de bases para a publicação de Boletins de Indicadores IDB, com atuais fichas de indicadores disponíveis do sítio eletrônico da RIPSA⁴⁷, sendo assim descrito:

⁴⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.390/GM de 11 de dezembro de 1996, atualizada pelas Portarias nº 820/GM, de 25 de junho de 1997 e nº 443/GM, de 26 de abril de 2000.

Nota: Portarias (GM/MS) mais recentes: nº 2.004, de 17 de outubro de 2003, nº 495 de 10 de março de 2006. Está em tramitação uma nova portaria de reimplantação da Ripsa, planejada para 2019.

⁴⁶ Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.btm>

⁴⁷ Disponível em <http://fichas.ripsa.org.br/2012/>

O conjunto adotado na Rede contém cerca de 100 indicadores selecionados para compor os seis subconjuntos temáticos já referidos, dispostos segundo a sua denominação, conceituação, método de cálculo, categorias de análise e fontes de dados utilizadas. Foram adotados os seguintes critérios de seleção de indicadores: (i) relevância para a compreensão da situação de saúde, suas causas e conseqüências; (ii) validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social; (iii) identidade com processos de trabalho na gestão do SUS; e (iv) possibilidade de construção regular a partir de bases de dados, sistemas de informação ou estudos nacionais (RIPSA, 2007: 12).

Em relatório publicado (RIPSA, 2007) pode-se conhecer o funcionamento das estruturas de governança e decisão da rede. Entretanto, desde 2012 o projeto encontra-se descontinuado, tendo sido oficialmente redirecionado para o Departamento DEMAS/MS que tem a missão de retomar a RIPSA em um curto intervalo de tempo. Por este aspecto e em virtude do escopo da matriz de indicadores ser mais voltadas para aspectos de morbimortalidade, demografias, coberturas, recursos e determinantes de saúde não foi possível considerar muitos indicadores para o escopo deste trabalho, mais direcionados ao desempenho de organizações, unidades e serviços de saúde.

Noutra perspectiva, em busca de caracterizar outra iniciativa de avaliação de performance, no âmbito da atenção básica (AB) do SUS, Lima (2016: 61) articula que:

A partir de 2005, o Ministério da Saúde desenvolveu a proposta de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, para qualificar processos decisórios nos âmbitos da gestão e do cuidado, e com foco na integralidade e resolutividade das ações

Dessa forma, Lima (2016: 64) destaca o programa PMAQ-AB, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, enquanto estratégia institucionalizada de avaliação da atenção básica do SUS:

Atualmente, o PMAQ-AB destaca-se como a principal estratégia de avaliação da AB no Brasil, cujos resultados são o foco de análise desse trabalho.

[...] A partir de 2011, a gestão do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde teve como uma das prioridades o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa foi criado mediante a Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011, como base para repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado “Componente Qualidade” do Piso de Atenção Básica variável (Brasil, 2011e).

[...] O principal objectivo do PMAQ-AB é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (Brasil, 2013b).

As fases de aplicação da avaliação externa do PMAQ-AB, dos dois primeiros ciclos, ocorreram entre o final de 2014 e o início de 2014 e avaliaram a ampla maioria das unidades básicas municipais de saúde:

No ciclo 1 foi realizada entre junho a novembro de 2012 e realizou um censo das UBS brasileiras, totalizando 38.812 UBS (J. G. Lima, 2016: 68), no ciclo 2 entre novembro de 2013 e abril de 2014, voltou-se para unidades básicas por adesão voluntária e atingiu 30.562 UBS (J. G. Lima, 2016: 71). Houve ajustes nos componentes e variáveis, padrões de referências e indicadores de desempenho que

se refletiram na mudança dos instrumentos de coleta e análise de dados (J. G. Lima, 2016: 227-244).

A terceira edição (3º. ciclo) do PMAQ-AB somente foi regularizada no final de 2018, e está em aplicação em unidades básicas de municípios de todo o Brasil, com publicação de resultados planejados para 2019.

Em uma análise global dos questionários, formulários e resultados publicados dos três ciclos do PMAQ do MS, pode-se afirmar que é uma avaliação focada em estrutura, processos e normas funcionais sendo incipiente a análise de resultados e/ou desempenho das unidades de saúde pelo que se descartou qualquer alinhamento com o objeto desta investigação, mas deve-se enfatizar que está em evolução contínua, em fase avançada de institucionalização pelo MS.

Em outro prisma, na saúde suplementar do Brasil, a implementação progressiva da gestão efetiva de resultados no âmbito da ANS, surgiu com o Programa de Qualificação das Operadoras através de Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) com início de implementação em 2004. O segundo ciclo, também com metodologia incipiente foi executado com dados de 2005 e 2006. Durante o terceiro ciclo, o conjunto de indicadores definidos (com melhorias incrementais entre os três ciclos) serviu de base até a competência de 2010 (Brasil, 2010b) (quadro 30, anexo 6). Atualmente, com uma metodologia muito mais estruturada, o conjunto de indicadores do programa IDSS foi atualizado através de um Rol de Indicadores com suas respectivas fichas de técnicas (Brasil, 2016b, 2016c) (quadro 31, anexo 6), sendo aguardados novos ajustes evolutivos.

Por sua vez, em uma iniciativa de *Benchmarking* hospitalar, segundo Gonçalo (2010), um grupo de 170 hospitais participou do SIPAGEH, que mensalmente monitorou 17 indicadores (quadros 32 e 33, anexo 6). Segundo Rotta (2004) o programa SIPAGEH iniciou em 1999 com 34 hospitais e 16 indicadores de diversas áreas, no entanto, foi descontinuado.

O programa coleta mensalmente 16 indicadores de 34 hospitais de vários Estados do Sul e Sudeste, sendo eles: satisfação do paciente SUS, satisfação do paciente particular, turnover, absenteísmo, acidentes de trabalho, horas de treinamento, taxa cesarianas, média de permanência, permanência Obstétrica, permanência Pediátrica, mortalidade, mortalidade obstétrica, mortalidade pediátrica, margem líquida, infecção cateter venoso central, infecção cirurgia limpa (Rotta, 2004: 32).

Por outro lado, no Brasil, do ponto de vista de tentativa estruturada de construção de um sistema amplo de indicadores de desempenho hospitalar, pode-se citar algumas iniciativas de *Benchmarking* (La Forgia & Couttolenc, 2009: 75), por exemplo, do Programa de Controle de Qualidade (CQH) (APM/CREMESP, 1998), da Associação Paulista de

Medicina, em conjunto com o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, que contava com 120 hospitais públicos e privados (Malik & Schiesari, 1998), a fim de monitorar indicadores de produtividade, financeiros e de recursos humanos (Rosalem, 2013). Segundo Rotta (2004) o programa CQH iniciou em 1991 com 100 hospitais e 17 indicadores:

Uma avaliação interinstitucional agregando aproximadamente, 100 hospitais do Estado de São Paulo, reunindo 17 indicadores, a saber: mortalidade institucional, mortalidade operatória, taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, cirurgias suspensas, taxa de cesarianas, apgar em recém-nascidos, infecção hospitalar geral e por clínica, percentual de médicos especialistas, relação enfermeiro/leito, relação funcionários enfermagem/leito, índice de rotatividade, taxa absenteísmo, acidentes de trabalho e horas de treinamento. Esses indicadores são enviados mensalmente por essas instituições. A partir daí são elaborados relatórios trimestrais que comparam os indicadores das instituições.

[...] O programa também possui instrumento (manual) que possibilita avaliar instituições hospitalares dentro de padrões pré-estabelecidos, visando a obtenção de uma certificação de qualidade (Associação & Medicina, 1998) (Rotta, 2004: 31-32).

Desde 1992, foi implantado outra iniciativa de *Benchmarking*, no âmbito do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar (PROHASA) da Fundação Getúlio Vargas (FGV)⁴⁸, em parceria com o Hospital das Clínicas de São Paulo (La Forgia & Couttolenc, 2009), que avalia, monitora indicadores de custos e desempenho de hospitais voluntários. Esses indicadores tem sido publicados no Boletim Indicadores PROAHSA bimensal, que também divulga dados dos hospitais do CQH e de outras fontes (Rosalem, 2013), mas com resultados limitados pois tinham apenas cerca de 30 hospitais participantes (La Forgia & Couttolenc, 2009).

Em outro estudo (Rosalem, 2013) tem-se um quadro integrativo (do rol de indicadores das metodologias do CQH, PROHASA, SIPAGEH e de três outras listas de indicadores de alguns órgãos e agencias internacionais (*ACHS - Australian Council on Healthcare Standards*, *CND - Canadá Health Indicators – 2003*, *HP - Health People 2010 – USA*, *NHS - National Health Security*, *RALC - Grupo para Reforma del Sector Salud en América Latina y Caribe – OPAS*) listados no quadro 34 (anexo 6).

Quanto ao campo de indicadores de *Benchmarking* entre organizações do sistema público de saúde brasileiro, as únicas iniciativas estruturadas e publicadas de aplicação subnacional estão em desenvolvimento na Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)⁴⁹,

48 FGV - Fundação Getúlio Vargas, importante Universidade Privada com sedes no Sudeste do Brasil

49 SES/MG - Secretaria de Saúde de Minas Gerais

no bojo do programa do governo do estado (província) de Minas Gerais denominado de “Choque de Gestão” em sua diretriz “Acordos por Resultados”. Neste programa tem sido desenvolvido contratualização por resultados e sistemas de acompanhamento de indicadores de performance em unidades de saúde e hospitais públicos e filantrópicos, chamado de Programa de Fortalecimento e Qualificação da Rede Hospitalar do SUS (Pro-Hosp)⁵⁰, além de outra iniciativa similar na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)⁵¹, que controla 20 unidades assistências de propriedade do governo estadual, sendo os resultados controlados pela SES/MG (FHEMIG, 2009; Ramos & De Oliveira, 2010), podendo serem consideradas duas experiências exitosas.

Com o avanço do programa, em sua 2ª. geração, visando a consolidação dos Acordos de Resultados na SES/MG, estabeleceu-se um arcabouço legal subnacional através do decreto nº 45.468/2010 (Minas, 2010a), inclusive para o Programa Pro-Hosp que resultou em um *proxy* de painel de indicadores de governação de organizações e serviços de saúde (Marques, Mendes, & Lima, 2010), que monitora 130 hospitais públicos e filantrópicos através de contratualização por resultados (H. d. O. Lima, Lima, Campos, & Oliveira, 2010), em três macrodimensões (acesso, resolubilidade, e regionalização da assistência) com um grupo de cinco (5) indicadores, desde 2012 (Minas, 2012): Taxa de mortalidade institucional, taxa de referências (pacientes encaminhados entre municípios), taxa de cumprimentos de pactos regionais do SUS, taxa de ocupação hospitalar, e taxa de mortalidade infantil.

Esta iniciativa foi operacionalizada através do programa Pro-Hosp, inclusive com indicadores e critérios de avaliação e monitoramento de resultados, e coube aos municípios – induzidos pelo Estado – estabelecerem contratos de gestão (com metas e resultados) com as organizações (hospitais, unidades de atenção primária, centros de especialidades) que terão repercussão em remuneração variável dos profissionais.

Nessa nova etapa, para suporte de governação do programa foi concebida a elaboração de sistema de indicadores para controle de resultados governamentais, o Gerenciador de Informações, Compromissos e Metas (GEICOM), definido em legislação subnacional (Minas, 2010a). O sistema GEICOM, contribuiu com diversas vantagens e benefícios para a governação do sistema de saúde, na percepção dos gestores (Junior, 2013):

Os principais benefícios percebidos passam por: Agilidade, facilidade e desburocratização no processo de contratualização, principalmente no que tange à

50 Pro-Hosp - Programa de Fortalecimento e Qualificação da Rede Hospitalar do SUS

51 FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, que gerencia cerca de 50 unidades hospitalares e serviços públicos de saúde

assinatura e documentação necessária; rapidez no fluxo de ações e informação entre as esferas do governo; possibilidade de armazenar, acessar e recuperar informações sobre o processo de contratualização (contratos, monitoramento, avaliação, desempenhos e transferências realizadas); acessibilidade do controle interno/externo, garantindo a transparência e accountability; e segurança em todo o processo, através da certificação digital que garante o acesso restrito às ações e informações do sistema.

Pela relevância da experiência da FHEMIG, que apesar do resumido quadro de indicadores padronizados mostrou-se como um processo estruturado de controle de resultados de unidades de saúde, relatou-se alguns tópicos principais no anexo 7.

Por fim, a partir da literatura relevante, sintetizou-se os quadros teóricos-conceituais (*framework*) sobre os sistemas de indicadores de performance de destaque mundiais (quadros 17 a 19, anexo 2), também no campo de saúde pública do Brasil (quadros 26 e 27, anexo 4) além dos mais relevantes da saúde privada brasileira (quadros 30 a 34, anexo 6), sistematizados quanto as suas possíveis potencialidades, virtudes, limitações e/ou desafios de implementação, para compor uma matriz de dimensões e de indicadores para avaliação e validação pelos agentes de decisão da amostra desta investigação.

2.4.4. O enquadramento teórico-conceptual (*framework*) da avaliação e medição da qualidade percebida em saúde e a escala SERVQUAL

Nesta etapa explorou-se as bases de publicações sobre instrumentos e métodos de avaliação da satisfação em organizações e serviços de saúde, através de termos tais como: *Perceived Quality in Hospital*, *Perceived Satisfaction in Hospital*, *SERVQUAL Scale*, *ServPerf Scale*, dentre outros similares. Encontrou-se outro hiato de publicações, mas apesar de não funcionar como palavra chave, a metodologia da escala SERVQUAL surge como uma das mais usadas no contexto de saúde mundial.

Na realidade do Brasil, identificou-se duas pesquisas de opinião de base nacional do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Confederação Nacional da Indústria (CNI), com os mais renomeados institutos brasileiros de pesquisa, Datafolha e Ibope, respectivamente, com dados de 2011 a 2018, que revelam a importância da avaliação de qualidade e satisfação. No entanto, apontam insatisfações da população que variam de 54 a 93% (CFM, 2014, 2015, 2018). E, ainda, que elevados percentuais de brasileiros avaliam a saúde pública como ruim ou péssima, que aumentou de 61%, em 2011, para 75% em 2018 (CNI, 2012, 2018), que variam conforme a perspectiva de análise e abordagem dessas

pesquisas, em especial quanto ao uso recente dos serviços, seja na saúde pública ou suplementar.

As pesquisas do CFM (2014, 2015, 2018) indicam que ao abordar os indivíduos que usaram os serviços nas unidades do SUS, nos últimos 24 meses, a insatisfação máxima com a qualidade dos serviços reduziu-se para 66 a 69%. Além disso, os factores mais críticos foram tempo de espera para agendamento de atendimentos e para a realização de procedimentos especializados e cirurgias, além da dificuldade de acesso a leitos hospitalares e de UTI e aos atendimentos médicos (64 a 89%). De seguida, surgiram os problemas nas instalações estruturais, de quantidade dos demais profissionais de saúde e de má administração das unidades. Apenas de 13 a 16% dos entrevistados consideram não haver dificuldades na gestão de recursos do SUS. Mapearam-se variações dos resultados obtidos por diversos factores, por exemplo, uso recente dos serviços de saúde, regiões geográficas do Brasil, cidade de região metropolitana ou interior, faixa etária, gênero, escolaridade, nível de renda e posse de planos de saúde pelos entrevistados.

Por sua vez, as pesquisas da CNI (2012, 2018) indicam que ao abordar os indivíduos que usaram os serviços nas unidades do SUS, nos últimos 12 meses, a insatisfação máxima com a qualidade dos serviços reduz-se para 54 a 56%, quando analisam o sistema de saúde da cidade que habitam, ou seja, os usuários estão mais satisfeitos com a saúde de sua cidade que a do País. Destaca-se também enquanto fator relevante o porte da cidade do sistema de saúde: municípios com até 50 mil habitantes (43% de insatisfação) e com mais de 500 mil habitantes (69% de insatisfação). Além disso, os factores mais críticos foram tempo de espera para agendamento de atendimentos e para a realização de procedimentos especializados e cirurgias (37 a 57%), além da falta de equipamentos e investimentos nas unidades (10 a 15%). De seguida, surgem os problemas falta de médicos e de má administração das unidades. Apenas de 13 a 16% dos entrevistados consideram não haver dificuldades na gestão de recursos do SUS. Identificaram variações dos resultados por diversos factores: uso recente dos serviços de saúde, regiões geográficas do Brasil, cidade de região metropolitana ou interior, faixa etária, gênero, escolaridade, nível de renda e posse de planos de saúde pelos entrevistados. De forma objetiva, avaliou a satisfação no último atendimento hospitalar em uma escala de 0 a 10, tendo os seguintes resultados:

A nota média dada pela população acerca da estrutura dos hospitais públicos cai em comparação com 2011 em todos os pontos avaliados, fazendo com que a média geral da avaliação recue de 5,7, em 2011, para 4,6, em 2018.

Condições de limpeza/manutenção é o fator com a maior nota média (5,6), seguido por facilidade de acesso ao hospital (5,5), por roupas, toalhas e roupas de cama (5,1) e por alimentação oferecida (5,1).

As piores notas são conferidas ao tempo de espera para atendimento/internação (3,2), tempo médio para realização de exames (3,5) e rapidez no atendimento na recepção dos hospitais (3,9). Os três factores citados obtiveram a pior avaliação entre os aspetos e estão diretamente ligados à dificuldade de se obter atendimento, eleita pelos brasileiros como o principal problema do sistema público de saúde de sua cidade.

[...] Entre os itens melhor avaliados, encontram-se competência e conhecimento dos médicos (6,3), frequência e presença dos enfermeiros no hospital (5,9) e competência e conhecimento dos enfermeiros (5,9).

Já entre os itens pior avaliados estão a quantidade de médicos (4,3) e a frequência e presença dos médicos no hospital (4,9), coincidindo então com o terceiro item mais citado como principal problema da saúde pública da cidade dos entrevistados, a falta de médicos.

Diante de tais resultados, sintetizou-se que quanto menor o tempo decorrido do último atendimento, quanto mais próximo for a unidade de atendimento e quanto menor o porte da cidade menores foram os índices de insatisfação registrados. Revelou-se também que cidades das regiões metropolitanas têm maiores insatisfações, achados alinhados com as insatisfações das grandes cidades, talvez pela sobrecarga de transferências de atendimentos oriundas dos menores municípios. Destacaram-se importantes fatores mediadores da satisfação nessas pesquisas de opinião sobre a saúde, tais como: faixa etária, gênero, escolaridade e nível de renda dentre outros, que sugerem possíveis variáveis mediadoras para estudos da qualidade e satisfação em saúde.

Por fim, vale ressaltar os fatores mais relevantes quanto as insatisfações dos usuários, tendo destaque o tempo de espera para agendamento de atendimentos e para a realização de procedimentos especializados e cirurgias, em ambas as pesquisas. Seguiram-se outros fatores: dificuldade de acesso a leitos hospitalares e de UTI e aos atendimentos médicos, falta de equipamentos e de médicos além dos investimentos nas unidades. Ambos os inquéritos destacam a insatisfação com aspetos gerenciais e de gestão de recursos na saúde do Brasil.

Nesse contexto, desde 2002, o MS tem operacionalizado duas estratégias de ouvidoria da opinião dos pacientes do SUS: a Carta SUS, um instrumento que consolida as informações dos atendimentos nas unidades hospitalares vinculadas ao SUS, que envia uma carta à residência do usuário para fornecer estas informações e solicitar retorno sobre sua percepção e satisfação quanto ao atendimento recebido; e o Disque Saúde - 196, que é uma linha telefônica gratuita pela qual qualquer cidadão pode encaminhar reclamações e sugestões sobre o sistema de saúde, inclusive quanto sua satisfação de atendimento no SUS.

Porém, nestas duas iniciativas, pouco se avançou em modelos de avaliação de performance das unidades e/ou serviços do SUS.

Por sua vez, duas tentativas incipientes foram implantadas em 1998 e 2004, por uma parceria entre o MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁵² não tendo se transformado em uma ferramenta de governação de organizações de saúde (Brasil, 2003a). Outras duas iniciativas foram a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) que foi aplicada em unidades de saúde de todo o Brasil, em 2003, além da PMS com foco específico na Atenção Básica (PMS-AB) aplicada somente nos estados (províncias) do Rio de Janeiro e Pernambuco, em 2005. Ambas não tiveram continuidade e nem resultados sistematizados no SUS (Gouveia et al., 2009).

No contexto do Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização (Gespública), instituído pelo Decreto nº 5.378/2005 (Brasil, 2005) criou-se a Carta de Serviço ao Cidadão além da proposição de um método de mensuração da satisfação de usuários de serviços públicos (Brasil, 2010c), no âmbito do Ministério do Planejamento do Brasil, no qual se propôs a criação do Instrumento Padrão de Pesquisa e Satisfação (IPPS) tendo analisado três metodologias internacionais (*American Consumer Satisfaction Index* da Universidade de Michigan; o SERVQUAL - dos especialistas Zeithaml, Parasuraman e Berry - e também do *Common Measurement Tool* do Centro Canadense de Gestão). No IPPS, destacam-se as cinco dimensões proposta na escala SERVQUAL (confiabilidade, capacidade de resposta, segurança, empatia e tangibilidade) e as 22 questões originais do método que parecem ter sido objeto de traduções simplificadas e incorporadas diretamente na proposta de questionário vinculado ao IPPS, que segundo Batista e Paiva (2014) foi base para um software que combina elementos das principais metodologias internacionais de medição de satisfação dos usuários, na forma de um questionário de pesquisa de opinião padronizado.

Não há registros de continuidade do IPPS, mas, o governo brasileiro publicou outra normativa (Brasil, 2017c) que reforça a importância da participação no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços pelos usuários que demandou ajustes quanto a proatividade das ouvidorias dos órgãos públicos, desenvolvimento de mecanismos e procedimentos de respostas às manifestações dos usuários, inclusive exigências de destaques

52 CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil

deste tema no relatório anual de gestão do órgão público, sob análise dos órgãos externos de controle público.

Registre-se que, em 2013, o IBGE aplicou em uma extensa amostra de domicílios de todo o Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁵³ que talvez possa subsidiar estudos de performance, qualidade e satisfação quanto ao sistema de saúde, com incipientes resultados publicados, como por exemplo no artigo de Boccolini et. al. (2016).

Na pesquisa de Gastal *et al.* (2005 apud La Forgia e Couttolenc, 2009: 339), investigou-se junto aos gestores de organizações com certificados de acreditação quais eram os métodos e ferramentas mais relevantes na dimensão de qualidade. Na percepção de 37 gestores de topo de hospitais certificados em qualidade, a relevância atribuída à medição de satisfação do usuário de saúde alcançou quase o nível máximo (4,7), de uma escala até 5,0.

Noutro contexto mais recente, o Decreto Federal (Brasil, 2017b) pautado na Lei 13.460 (Brasil, 2017c), determinou a obrigatoriedade de avaliação periódica dos serviços pelas instituições públicas e estabeleceu que os órgãos e entidades federais utilizem ferramenta de pesquisa de satisfação dos usuários e usem as informações coletadas para a melhoria dos serviços. Além disso, nesse escopo, um inquérito recente da Escola de Administração Pública do Ministério do Planejamento do Brasil revelou que mais de 75% dos serviços de órgãos e instituições federais não possuem avaliação regular de qualidade e/ou satisfação dos usuários, que destaca a importância da metodologia validada para a medição da qualidade e satisfação percebida em saúde proposta nesta investigação a qual, futuramente, pode ser adequada e validada para outros serviços públicos do Brasil.

Esses contextos explanados, podem sugerir a relevância atribuída à avaliação da qualidade e satisfação pelos usuários, em especial, da saúde brasileira. Assim, resolveu-se investigar um método de mensuração da qualidade e satisfação percebida, através da participação de profissionais e especialistas da área, além da promoção do empoderamento dos usuários, inclusive na validação de constructos, questionários e na aferição efetiva da qualidade percebida, em uma amostra selecionada da rede de unidades do SUS.

Ressalte-se que na pesquisa integrativa da literatura ampliada (tabela 110, anexo 1) e na pesquisa sistemática nas principais bases de artigos científicos do Brasil (quadro 27, anexo 4), não se identificou nenhuma metodologia robusta de avaliação de qualidade e

53 PNS - Pesquisa Nacional de Saúde, no Brasil

satisfação através de instrumentos padronizados e validados e/ou de larga utilização no contexto de saúde do Brasil. Esses achados estão alinhados com os resultados de uma revisão sistemática extensiva, entre 1990 e 2013, nas principais bases bibliográficas de publicação brasileiras em saúde pública (Medline, Lilacs e Scielo), na qual Volpato (2014) identificou cerca de 195 trabalhos publicados, mas apenas 30 deles estavam voltados à percepção dos usuários e/ou dos profissionais referente a qualidade dos serviços públicos de saúde, porém não se identificou nenhum instrumento ou escala validada e consolidada de mensuração de satisfação e/ou qualidade em saúde no Brasil.

Concluiu-se que, no Brasil, há uma histórica escassez de instrumentos adequados para a medição de satisfação dos usuários de saúde. Neste cenário, surge a importância de se elaborar uma metodologia cientificamente validada para a mensuração da satisfação e da qualidade percebida por usuários no contexto do SUS, sendo um dos objetivos desta investigação.

Por outro lado, no aprofundamento da revisão integrativa da literatura sobre aferição de satisfação em saúde, sintetizada no quadro 21 (anexo 2), no sistema de saúde brasileiro, surgiram três trabalhos de pequeno porte de aplicação da SERVQUAL em contextos específicos (Hercos & Berezovsky, 2004; Borges, et al., 2006; Cruz & Melleiro, 2007). Também foram identificados outro três trabalhos com sistematização da escala SERVQUAL para aplicação em ambientes hospitalares, mas com traduções e adaptações simplificadas e aplicação em amostra resumida em hospitais do Brasil (Albuquerque, 2012; Da Silva, 2014; Rosalem, 2013).

No estudo de Albuquerque (2012) a escala SERVQUAL foi aplicada no ambiente de seis hospitais gerais, vinculados ao SUS. Os resultados sugerem que a utilização da avaliação dos serviços pode apoiar aos gestores e profissionais a mensurar a qualidade de serviço através da identificação e análise de suas dimensões. Por sua vez, Rosalem (2013) aplicou a SERVQUAL para mensurar a percepção no ambiente de hospitais gerais, vinculados ao SUS, sendo 10 públicos e 10 privados. Os resultados apontaram a adequação da aplicação da escala SERVQUAL e forte diferenciação da percepção de qualidade entre hospitais públicos e privados e também entre os três grupos de entrevistados: gestores, profissionais e pacientes. Por fim, os estudos de Da Silva (2014) avaliou a percepção de qualidade e satisfação com pacientes de unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital da Universidade de Sergipe, sendo que as cinco dimensões e os 22 atributos das questões da Escala SERVQUAL aplicadas apresentaram as diferenças entre Percepção e Expectativa negativas e próximas de

zero, ou seja, não se verificou a associação negativa citada pela literatura de aplicação da escala SERVQUAL (E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1988; Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1991a; Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994). Destacou ainda que a Empatia foi considerada a dimensão de maior importância, seguida da dimensão Confiabilidade, enquanto a Tangibilidade obteve a menor importância.

No estudo de Albuquerque (2012) a escala SERVQUAL foi aplicada no ambiente de seis hospitais gerais, os resultados sugerem que a utilização da avaliação dos serviços pode apoiar aos gestores e profissionais a mensurar a qualidade de serviço através da identificação e análise de suas dimensões. Por sua vez, Rosalem (2013) aplicou a SERVQUAL para mensurar a percepção no ambiente de hospitais gerais, sendo 10 públicos e 10 privados (todos vinculados ao SUS). Os resultados apontaram a adequação da aplicação da escala SERVQUAL e forte diferenciação da percepção de qualidade entre hospitais públicos e privados e também entre os três grupos de entrevistados: gestores, profissionais e pacientes. Por fim, os estudos de Da Silva (2014) avaliou a percepção de qualidade e satisfação com pacientes de unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital da Universidade de Sergipe, sendo que as cinco dimensões e os 22 atributos das questões da Escala SERVQUAL aplicadas apresentaram as diferenças entre Percepção e Expectativa negativas e próximas de zero, ou seja, não se verificou a associação negativa citada pela literatura de aplicação da escala SERVQUAL (E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1988, 1991a; Parasuraman et al., 1994). Destacou ainda que a Empatia foi considerada a dimensão de maior importância, seguida da dimensão Confiabilidade, enquanto a Tangibilidade obteve a menor importância.

No escopo delineado por esta investigação, a seguir, destacaram-se algumas propostas e experiências relevantes a fim de construir um enquadramento teórico conceitual (*framework*) para construir e validar os constructos (ideias-força) e questões de avaliação de qualidade percebida e satisfação dos usuários, com distribuição por subdimensões e macrodimensões de qualidade, que podem funcionar como itens de intervenção para a gestão de organizações, unidades e serviços de saúde pública do Brasil.

No propósito de elaborar uma metodologia cientificamente validada para a mensuração da qualidade percebida e satisfação de usuários no âmbito do SUS, apesar de possíveis limitações relatadas na literatura (Chahal & Kumari, 2011, 2012; Cronin & Taylor, 1992; J. J. Ferreira, Raposo, Rodrigues, Dinis, & Paço, 2012; P. L. Ferreira, 1993; Pedro, Ferreira, & Mendes, 2010), justifica-se a proposta de adaptação transcultural, com rigor

metodológico, da escala *Service Quality* – SERVQUAL, elaborada por Parasuraman *et al.* (1985a), que é pautada no modelo “*gap model*” de satisfação de Oliver (1980), que teoriza ser a satisfação do cliente uma função da diferença entre a expectativa e o desempenho.

Dessa forma, em virtude da larga aplicação da escala *Service Quality* – SERVQUAL em sistemas de saúde de diversos países (quadro 20, anexo 2) e das primeiras tentativas de sistematização no Brasil (quadro 21, anexo 2), acima destacadas, resolveu-se selecionar este método como ponto de partida através de sua tradução, adaptação e validação pela colaboração de atores estratégicos (*key stakeholders*): especialistas, profissionais e usuários, com rigor metodológico e analítico, devidamente autorizado pelos autores (apêndice 3), a fim de propor uma escala inovadora de qualidade percebida validada no âmbito desta investigação.

Assim, a proposta de tradução e adaptação transcultural da escala SERVQUAL em um novo instrumento, com itens de mensuração de qualidade devidamente analisados em sua validade e confiabilidade, fundamenta-se no campo da translação de conhecimentos no qual as teorias consolidadas são alvos de transliteração à luz de experiências dos atores sociais envolvidos (Barbosa & Neto, 2017; Clavier *et al.*, 2011; Hartz & John, 2008). No presente estudo, pautou-se em um processo colaborativo a fim de estabelecer os constructos (ideais-forças) de qualidade para formação de questões de avaliação de qualidade e satisfação de usuários, que sintetizaram e aplicam conhecimentos em prol de preenchimentos de lacunas de saberes e instrumentos em busca de transformar políticas e práticas (Barbosa & Neto, 2017; CIHR, 2004; WHO, 2006) para a melhoria de serviços e da gestão do SUS. O processo sistematizado pode ser replicado para outras tipologias de serviços públicos a fim de estruturar e validar escalas de qualidade específicas.

Nesse propósito, ao estudar o campo de organizações de serviços, pode-se articular que as raízes da conceptualização dos serviços teve início nos estudos da escola nórdica, a partir dos meados dos anos 70, por exemplo, nas pesquisas de Gummesson (1977) e de Grönroos (1978, 1982, 1988).

Quanto às organizações de saúde, estas podem ser englobadas no campo de serviços e, há relativo consenso que o sistema de saúde pública brasileira enfrenta elevadas insatisfações pelos usuários que podem variar de 54 a 93% nas pesquisas do CFM (2014, 2015, 2018) ou de 61 a 75% nas pesquisas da CNI (2012, 2018).

No escopo da saúde, uma ampla revisão da literatura mundial aponta que a satisfação do usuário é multifacetada e de difícil mensuração (M. Esperidião & Trad, 2005; M. A. Esperidião, 2009) e, assim, em muitas pesquisas surgem resultados desconectados da realidade, ou seja, existem insatisfações dos pacientes com os serviços recebidos, porém pouco explicadas nos resultados das pesquisas, possivelmente, por falhas nas metodologias de mensuração, sendo um campo de interesse para os decisores de saúde (Aharony & Strasser, 1993 apud Esperidião e Trad, 2005: 304).

Diante dessa aparente inconsistência e da extrema necessidade de avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde, diversas metodologias têm sido desenvolvidas para estruturar uma escala de mensuração confiável de satisfação de usuários-pacientes, pelo que se caracterizam os aspectos positivos e as limitações das principais propostas que surgiram na pesquisa bibliográfica integrativa (quadro 20, anexo 2), visto que, no Brasil, ainda não se registra nenhuma metodologia consolidada e/ou usada em larga escala dentro do escopo de satisfação desta investigação (quadro 21, anexo 2).

Nesse contexto, Vinagre (2008) enfatiza a complexidade de aferição dos serviços pelos aspectos da *intangibilidade* (ausência de atributos físicos) dos serviços (Parasuraman et al., 1991b) e o fato dos serviços constituírem-se essencialmente enquanto processos, sendo afetados por interações e atividades (Grönroos, 1990), ou seja, dependente de aspectos relacionais entre usuários e prestadores de serviços. Diante disso, Groönroos (2003) sugere mensurar a qualidade de serviços sob a ótica de seis critérios de qualidade percebida.

Por sua vez, Surprenant e Solomon (1987) afirmam que os serviços são concretizados pela experiência, e salientam a sua natureza interpessoal e relacional com enfoque no que alguns autores designam por *encontro* ou *experiência de serviços*, pressupondo que a produção e o consumo implicam a interação entre o utilizador, o prestador e a organização. Noutra visão, o modelo proposto por Bitner (1992 apud Vinagre 2008), caracteriza-se o *encontro de serviços* como a relação interpessoal e/ou inter-relacional entre usuário e prestador, a organização e o ambiente envolvente, enquanto a *experiência de serviços* como o resultado de um encontro ou de uma sequência destes que já ocorreram e nos quais se produziram múltiplas interações, que inclui as relações relativas ao ambiente, regras, normas e serviços fornecidos.

A partir de uma análise integrativa realizada por Giese e Cote (2000 apud Vinagre, 2008) podem-se sintetizar os achados de alguns estudos destacados sobre as bases da

avaliação da satisfação, além de comparar as definições conceptuais, as respostas, o enfoque e o momento da análise da satisfação (quadro 20, anexo 2).

Diante dos diferentes escopos possíveis para a análise da satisfação e da existência de diversas linhas diferentes de investigação da satisfação dos usuários no contexto de serviços, não sendo escopo desta investigação aprofundar suas bases teóricas-conceptuais, neste estudo elegeu-se o escopo de *experiência de serviços*, visto que dadas as características do atendimento em saúde, a *experiência na saúde* pode ser sensível aos constructos *expectativas*, *emoções* e *experiências*, que são constructos que estão na base do enquadramento teórico da linha *experiência de serviços* para mensuração da satisfação.

Vinagre (2008) ressalta que no ambiente de *transações* ou *encontros de serviços* específicos, muitos dos autores (p.ex. Churchill & Surprenant, 1982; Oliver, 1980; Oliver & Desarbo, 1988) avaliam a satisfação a partir de seus preditores, e provam em seus estudos empíricos que estas variáveis preditoras influenciam, em menor ou maior grau, na *satisfação* e na *qualidade percebida* pelo usuário durante uma *experiência de consumo do serviço*.

Em uma meta-análise sobre o assunto Szymanski e Henard (2001) salientam que as investigações sobre *satisfação* de consumidores focam predominantemente os efeitos sobre a *satisfação* através das variáveis preditoras, quais sejam as *expectativas*, a *desconfirmação* (como preditor com efeito dominante) e, citam outros preditores como a *equidade* (quando analisada conjuntamente com as *expectativas* e as *emoções*), além da *percepção de desempenho*, tendo efeito mais fraco e, às vezes, até sem significância estatística.

Dessa forma, diante das muitas definições do constructo *satisfação* e dos inúmeros quadros conceptuais (*framework*) propostos na literatura para a avaliação da *satisfação*, neste trabalho, resolveu-se abordar a satisfação enquanto resposta a um processo de avaliação da experiência de consumo, e considerar tanto o resultado quanto o processo como elementos importantes para a *satisfação* dos consumidores com enfoque nos antecedentes/preditores da *satisfação*, ou seja, amparado pela teoria da atribuição causal (Bitner et al., 1994).

Assim, a partir de um modelo geral (figura 4) os constructos *expectativas*, *desconfirmação*, *desempenho* e *qualidade de serviços* quase sempre constam dos modelos de mensuração da *satisfação* (por simplicidade metodológica utiliza-se esta linha teórica neste estudo), enquanto os constructos *equidade*, *atribuição* e *emoções* geralmente são abordados apenas em estudos mais elaborados sobre a satisfação.

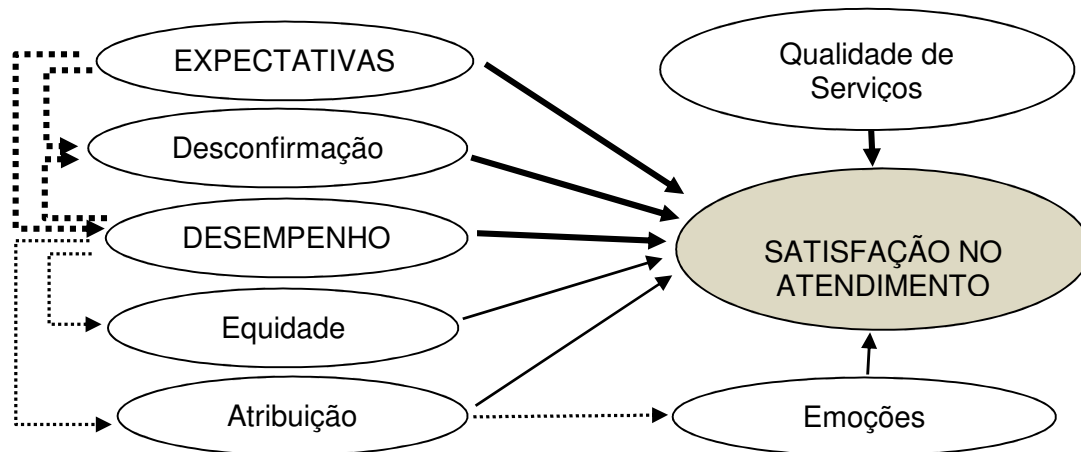


Figura 4 - Antecedentes da satisfação mais frequentemente utilizados. Fonte: adaptado de Szymanski e Henard (2001 apud Vinagre, 2008: 26).

Na verdade, tem-se um enorme desafio empírico no estudo da *satisfação*, em busca de identificar os preditores que são relevantes para compor a satisfação nos *encontros de serviços*. Ao compreender a *expectativa* como um dos mais importantes preditores da *satisfação* (Szymanski & Henard, 2001) afirmam ainda que o constructo expectativa é pouco consensual, além de existirem múltiplas classes de expectativas (p.ex. Tse & Wilton, 1988; Zeithaml, Berry, & Parasuraman, 1993).

Um estudo muito relevante sobre *preditores das expectativas* de consumo foi apresentado por Oliver (1997) que desenhou um modelo (figura 5) que assume que as *necessidades e valores* são *preditores dos desejos* e que estes em conjunto (*necessidades, valores e desejos*) influenciam as *expectativas dos consumidores*.

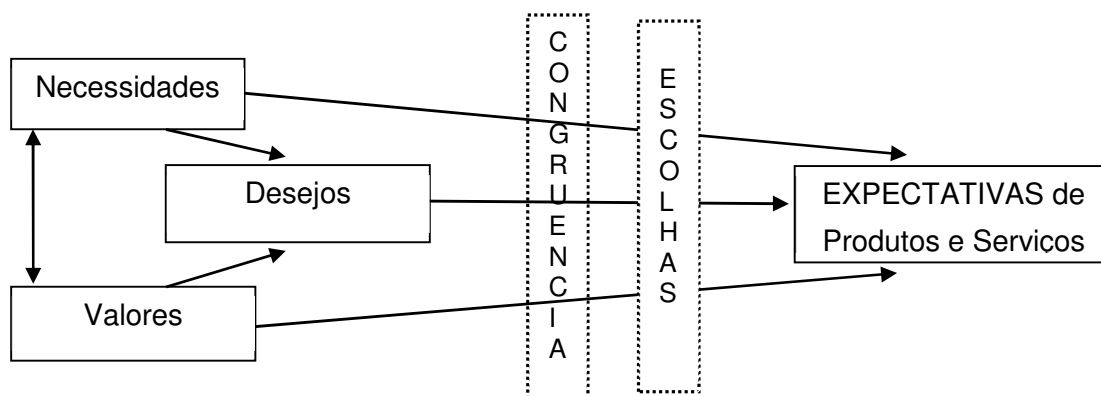


Figura 5 - Inter-relações entre necessidades, valores e desejos versus expectativas. Fonte: Adaptado de (Oliver, 1997 apud Vinagre, 2008: 29).

Assim, Oliver (1997) assume que as *necessidades* e os *valores* do consumidores são preditores diretos dos *desejos* e da *expectativa*, e a conjugação destes (*necessidades, valores e desejos*) influenciam as *expectativas* dos consumidores. Teoriza ainda que estas inter-relações devem ser analisadas como sendo moderadas pelas congruências entre *necessidades, valores e desejos*, sempre buscada pelo consumidor, tendo ainda as escolhas de decisões de consumo como variável moderadora da formação da expectativa do consumidor.

Estes aprofundamentos de preditores são importantes, porém, para o escopo deste trabalho, resolveu-se partir da mensuração da expectativa e da percepção de desempenho e a desconfirmação objectiva (diferença algébrica) enquanto preditores da satisfação/insatisfação, baseados no figura 6 , proposto por Oliver (1997).

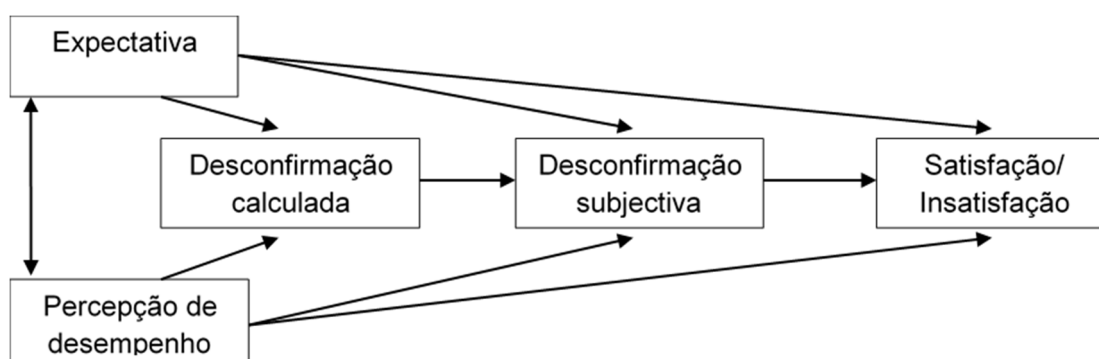


Figura 6 - Modelo completo de desconfirmação das expectativas com o desempenho percebido. Fonte: Adaptado de (Oliver, 1997 apud Vinagre, 2008: 33).

Segundo Vinagre (2008), as *expectativas* têm sido consideradas como antecipação ou como referente de comparação no contexto dos efeitos de *desconfirmação*. Enquanto antecipação da *satisfação* elas são tidas como influentes diretos da *satisfação* sem recurso comparativo com os níveis de *percepção de desempenho* (Oliver & Desarbo, 1988).

Surgem também alguns estudos empíricos (p.ex. Churchill & Surprenant, 1982; Oliver & Desarbo, 1988; Yi, 1990) que comprovam que a *desconfirmação* é um importante determinante da *satisfação*, que sugerem que a *desconfirmação* terá de ser medida de forma independente enquanto determinante específico e separado das *expectativas*, pois teorizam que as *expectativas* se alteram no pós-consumo, fase em que a *desconfirmação* é medida efetivamente.

Noutros diferentes prismas há estudos empíricos que refutam a importância da *desconfirmação* e preferem a mensuração das *expectativas* como componente integrado da

desconfirmação (Kopalle & Lehmann, 2001; Mittal, Ross, & Baldasare, 1998). Há também estudos empíricos que suportam relação positiva entre *expectativas* e *satisfação* (Bearden & Teel, 1983; Oliver & Linda, 1981; Swan & Trawick, 1981). Por sua vez, Cronin e Taylor (1992) afirmam que as *expectativas* têm fraca saliência comparativamente com o *desempenho percebido*. Há, ainda, estudos que utilizam a *satisfação* na condição de referente de comparação.

No contexto da *satisfação* como referente de comparação, surge o *paradigma da desconfirmação*, *modelo de desconfirmação* ou “*gap model*”, que sustenta que os consumidores ficam satisfeitos se o *desempenho percebido* excede (desconfirmação positiva) ou iguala as *expectativas* (confirmação) e insatisfeitos se o *desempenho observado* é inferior as *expectativas* (desconfirmação negativa) (Oliver, 1981b; Oliver & Desarbo, 1988). Assim, alguns estudos (Oliver, 1980, 1981a, 1981b; Tse & Wilton, 1988; Yi, 1990) explicam que os consumidores formariam *expectativas* pré-consumo, que quando comparadas com a *percepção de desempenho no encontro de serviços*, conduzem à *confirmação/desconfirmação* das *expectativas*.

Noutra perspectiva, Oliver e DeSarbo (1988) destacam algumas das principais teorias propostas para o desenvolvimento da teoria da *satisfação* ou *insatisfação* de clientes/consumidores: *Equity Theory*; *Attribution Theory*; *Performance Theory*; e *Expectancy Disconfirmation Theory (gap model)*, todas com vantagens e desvantagens.

Essas teorias foram concebidas no ambiente do marketing para estudos dos aspetos transacionais. Na *Equity Theory* relaciona-se ao princípio de que as saídas do processo de transação são proporcionais às entradas de cada uma das partes; na *Attribution Theory* pressupõe-se que a saída do processo de transação será avaliada em termos de sucesso ou de fracasso, e as causas destas saídas estão relacionadas a factores internos, tais como as habilidades percebidas de compra ou de esforços, a factores externos, como, por exemplo, a dificuldade relacionada ao processo de compra, ou a outros factores, como a influência da equipe de vendas neste processo; na *Performance Theory* a satisfação do cliente está fortemente associada com a performance percebida do produto ou do serviço adquirido; e na *Expectancy Disconfirmation Theory*, talvez, a forma de mensuração de satisfação de clientes mais utilizada, parte-se do princípio de que os clientes criam um nível de *expectativa* em relação a produtos e serviços e que a *desconfirmação* (positiva ou negativa) pode gerar *satisfação* (desconfirmação positiva) ou *insatisfação* (desconfirmação negativa), definindo-

se assim um “gap” ou hiato entre *expectativa* e *satisfação* do cliente (Oliver, 1980), denominado de modelo “*gap model*”.

Dessa forma, na linha teórica que se assumiu na presente investigação (*Expectancy Disconfirmation Theory*) abordou-se a qualidade percebida do serviço baseada no “modelo de discrepância” ou “*gap model*” adotado por diversos autores (Oliver, 1980, 1981a, 1981b; Parasuraman, Berry, & Zeithaml, 1985b; Parasuraman et al., 1988, 1991a, 1991b; Parasuraman et al., 1994; Tse & Wilton, 1988; Yi, 1990), mais especificamente na discrepância entre *expectativa* (pré-consumo) e *desempenho* percebido (pós-consumo).

Atribui-se a Parasuraman et al. (1985a) a elaboração de um instrumento de mensuração de satisfação denominado de Escala *Service Quality - SERVQUAL*⁵⁴. Nessa escala, foi proposta a medição de qualidade do serviço, baseado no modelo “*gap model*” de satisfação de Oliver (1980), que afirma que a satisfação do cliente é uma função da diferença entre *expectativa* e *desempenho*. Ou seja, nesse modelo a posição da percepção do cliente sobre a qualidade de serviço percebida depende da natureza e da extensão da discrepância entre a *expectativa* de serviço e o *desempenho* percebido pelo usuário.

A perspectiva de avaliação da qualidade na metodologia do “*gap model*” é operacionalizada pela comparação algébrica entre a *expectativa* dos usuários-utilizadores e a *satisfação percebida* em organizações de serviços (Parasuraman et al., 1985a), que, de seguida, transformou-se na Escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988, 1991b), com posterior adaptação para aplicação em serviços de saúde (E. Babakus & G. Mangold, 1992), através de análises de confiabilidade e validade (por meio de Correlação e Análise Fatorial Exploratória) que concluíram que a Escala SERVQUAL é confiável e válida no ambiente hospitalar e em uma variedade de outros serviços de saúde.

Inicialmente a escala SERVQUAL foi desenvolvida com 97 itens, tomando como base 10 dimensões da qualidade (Parasuraman et al., 1985a; 1991ab) que consolidaram um instrumento com 22 questões. Por fim, essas 22 questões originais foram redistribuídas das dez (10) dimensões originais para as atuais cinco (5) dimensões da escala SERVQUAL (Berry, Parasuraman, Zeithaml, & Adsit, 1994; Parasuraman et al., 1991ab), conforme quadros 22 e 23 (anexo 2). Albuquerque (2012) caracteriza estas cinco dimensões da seguinte forma:

54 Servqual – Escala Service Quality de avaliação de qualidade e satisfação em serviços (Parasuraman e Zeithalm, 1988; 1991)

1. *Tangíveis visíveis*: está relacionado à atratividade das instalações, equipamentos e materiais usados por uma empresa de serviços, bem como à aparência dos funcionários do serviço.
2. *Confiabilidade/credibilidade*: significa que a empresa de serviços oferece a seus clientes serviço correto da primeira vez, sem cometer nenhum erro, e entrega o que prometeu dentro do prazo estipulado.
3. *Capacidade de resposta/prontidão*: significa que os funcionários de uma empresa de serviços estão dispostos a ajudar os clientes e atender aos seus requisitos, bem como informá-los, quando o serviço será prestado e então executá-lo com presteza.
4. *Segurança/domínio*: significa que o comportamento dos empregados transmitirá aos clientes confiança na empresa e que esta faz com que se sintam seguros. E também que os empregados são sempre corteses e têm o conhecimento necessário para responder às perguntas dos clientes.
5. *Empatia*: Significa que a empresa entende os problemas dos clientes e executa o serviço, tendo em vista seus melhores interesses, bem como lhes dá atenção pessoal, individual, e trabalha em horários convenientes.

Nesta investigação a partir das 10 dimensões e das 22 questões originais da escala SERVQUAL, através de painéis de especialistas e grupos pilotos de profissionais, gestores e usuários, no âmbito de hospitais, policlínicas, unidades especializadas da rede de saúde, esses atores chaves estabeleceram constructos de qualidade e questões validadas classificadas em cinco macrodimensões similares as da escala SERVQUAL (*Tangibilidade, Confiabilidade, Segurança, Presteza e Empatia*), além de sinalizar a importância de uma nova macrodimensão denominada de Acessibilidade com aspetos de garantia de acesso oportuno, efetivo e eficaz ao atendimento em saúde.

Neste processo, há de se considerar algumas limitações, restrições e cautelas na aplicação do instrumento e análise de resultados obtidos. Um exemplo de restrição analítica é que a qualidade de serviços observável ou perceptível é conceituada como um julgamento global, enquanto a satisfação é relacionada a um fato ou transação específica (Parasuraman et al., 1985a).

Noutro prisma, ao comparar a escala SERVQUAL com outras escalas, por exemplo, a escala *SERVPERF*⁵⁵ (Cronin & Taylor, 1992), a escala *SERVPERVAL* (Chahal & Kumari, 2011, 2012) e com o Instrumento de Avaliação de Qualidade Hospitalar (IAQH) (P. L. Ferreira, 1993; P. L. Ferreira et al., 2001; P. L. Ferreira & Mendes, 1997; P. L. Ferreira & Raposo, 2006; P. L. Ferreira, Raposo, & Pisco, 2017; Pedro et al., 2010), pode-se constatar algumas debilidades da escala SERVQUAL, que exigem cautelas em sua aplicação e análises de resultados.

55 ServPerf – Escala Service Performance de avaliação de qualidade e satisfação em serviços (Cronin e Taylor, 1992)

Na verdade, qualquer que seja o método selecionado, enfrenta-se pelo menos três desafios na medição da expectativa dos clientes-consumidores. O primeiro deles reflete as dificuldades para investigar a fidedignidade e a validade de escalas usadas para medições diretas de constructos como a satisfação, que é um constructo complexo e multifacetado, e, reflete atributos de produtos ou de serviços, mas depende da relação preço/valor e imagens mentais do cliente (Dillon, 1997).

Outro desafio ocorre por usuários diferentes dar importâncias relativas diferentes para as diversas dimensões contidas na satisfação (produto, serviço, comunicação, etc), e assim, para se calcular o índice de satisfação geral dos clientes-consumidores, há de se considerar as respostas a todas as variáveis apresentadas no modelo, bem como suas diferentes importâncias relativas.

Há, ainda, o desafio da necessidade de definição e inclusão de variáveis de “fechamento” de cada bloco/dimensão e da satisfação geral que visam estabelecer uma situação de dependência das variáveis para o emprego da técnica de análise estatística. Sem estas variáveis seria impossível estimar-se a importância de cada variável na satisfação com a análise de uma dimensão ou com a satisfação geral.

Além de medir a satisfação dos clientes-consumidores com cada atributo, um desafio adicional pode ser definir a importância relativa entre os atributos (Fontnote, Henke, Carson, & Carson, 2007), que pode ser obtida de duas formas: *Declarada* ou *Derivada*. A *Importância Declarada* é aquela na qual se solicita ao próprio entrevistado que avalie a importância dos atributos, para tal, geralmente se recorre a determinadas escalas, como a de *diferencial semântico*, de *ranking* e de *soma constante*; enquanto a *importância Derivada* é obtida a partir da associação por métodos estatísticos entre a avaliação de cada atributo e a avaliação geral.

Quanto a seleção do método estatístico, Hanson (1992) sugere quatro formas a fim de analisar a *Importância Derivada*, ou seja, a mensuração de associação avaliação de cada atributo com a avaliação geral do usuário: pelo coeficiente de correlação de Pearson (r); pelo coeficiente da regressão linear (β); pela multiplicação do coeficiente da regressão linear (β) e o coeficiente de correlação de Pearson (r); e, pelo coeficiente de determinação parcial.

Dessa forma, nesta investigação mediu-se a *Importância Declarada* por uma escala de *Likert* de 5 níveis (*diferencial semântico*) além dos cálculos da *Importância Derivada*

através de técnicas de estatística descritiva e inferencial para avaliar os itens da escala de qualidade percebida concebida (tópicos 6.2 e 6.4).

3. EVOLUÇÃO RECENTE DA AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DE GOVERNAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA DO BRASIL

A fim de alinhar esta investigação com o contexto da saúde pública brasileira, a seguir, procedeu-se um breve relato da evolução recente de governação, mapeou-se o arcabouço legal para o campo de avaliação e monitoramento no SUS e caracterizou-se as fontes de dados e informações disponíveis e relevantes de saúde pública.

3.1 Breve históricos da governação e da avaliação no sistema de saúde brasileiro

Segundo a maioria dos historiadores, a saúde pública brasileira teve o início de sua história em 1808 (Brasil, 2011c), com a chegada da família real de Portugal. Desta época até os anos iniciais de 1900, a saúde pública limitava-se a vertente campanhista em busca de combater doenças e garantir o potencial exportador do País.

O modelo assistencial campanhista-sanitarista mostrou suas debilidades. Não havia sido estruturado um sistema de saúde. As péssimas condições de saúde da ampla maioria da população e a crescente insatisfação dos trabalhadores dos setores exportadores levaram a aprovação da Lei Elói Chaves, em 1923, que inaugurou o início da responsabilização do Estado pela saúde e a transição para o modelo assistencial médico sanitário. Nas décadas posteriores o estado brasileiro buscou estruturar diversos modelos de governança, com sucessivas crises e ajustes no sistema de saúde.

Em 1953, criou-se o Ministério da Saúde do Brasil (MS) para coordenar as ações campanhistas de combate às doenças, principalmente no interior do Brasil, mas a assistência hospitalar estava concentrada em Instituições Filantrópicas e sem fins lucrativos. O governo incentiva a expansão da rede de assistência à saúde liberação de recursos financeiros governamentais, para o setor privado construir e equipar hospitais, com foco na incorporação tecnológica e ampliação da rede assistencial.

No início da década de 1960, a cobertura assistencial é limitada e a sociedade exige a ampliação dos direitos sociais. Nesse ambiente de pressão social, no contexto do golpe militar de 1964, o governo avança no processo de unificação de todos os IAP's existentes, e

em 1966, todos são unificados pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁵⁶.

Outro marco da história da saúde brasileira, no âmbito ministerial, ocorreu em 1963, com a realização da 3ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁵⁷, que propôs a reordenação dos serviços de assistência médico-sanitária, através da Reforma Administrativa Federal. Assim, em 1967, ficou estabelecido que o MS assumiria a coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel, com as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

Logo após a redemocratização do Brasil, ocorrida em 1985, o movimento de reforma da saúde teve seu ápice na VIII CNS – Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (Brasil, 1986b), cujas diretrizes aprovadas serviram de esteio para os artigos 196-200 da atual Constituição Brasileira de 1988 (Brasil, 1988) e apontaram para a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e fomentaram a criação do SUS (Brasil, 2011c, 2011f).

Há de se reconhecer que a garantia da eficiência, da efetividade, da eficácia e da qualidade da atenção apresentam-se como os grandes desafios atuais do SUS, à luz dos princípios constitucionais (Brasil, 1988 Arts. 196-200) de integralidade, universalidade, equidade e participação social, além dos princípios organizativos do SUS (Brasil, 2011c, 2011f), conforme figura 7 , abaixo:

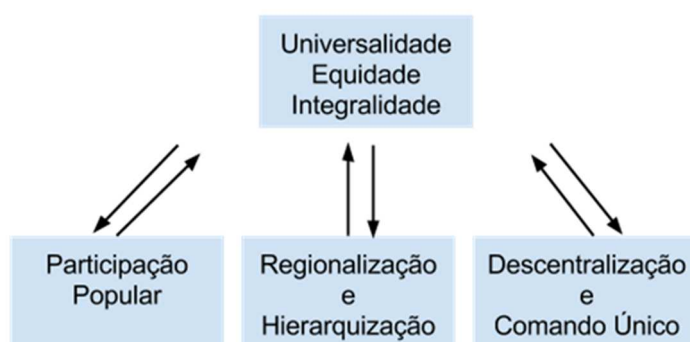


Figura 7 - Princípios doutrinários e organizativos do SUS.

56 INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

57 CNS - Conferência Nacional de Saúde, realizada a cada quadriênio com representação da sociedade, dos profissionais e dos governos de todo o Brasil.

Enquanto isso, o elevado volume de recursos aplicados na saúde, por si, exige avanços no monitoramento de resultados. Dados relativos a 2016 apontam que 35 países da OCDE⁵⁸ gastam em torno de 9,0% do PIB⁵⁹ (GDP) no sistema de saúde, nos Estados Unidos cerca de 17,2%, em Portugal 8,9%, e no Brasil 6,2% (OECD, 2017). Além disso, os gastos com a saúde têm crescido nos últimos anos (2003-2016) em média de 3,6% nestes países (OECD, 2017) (figura 8).

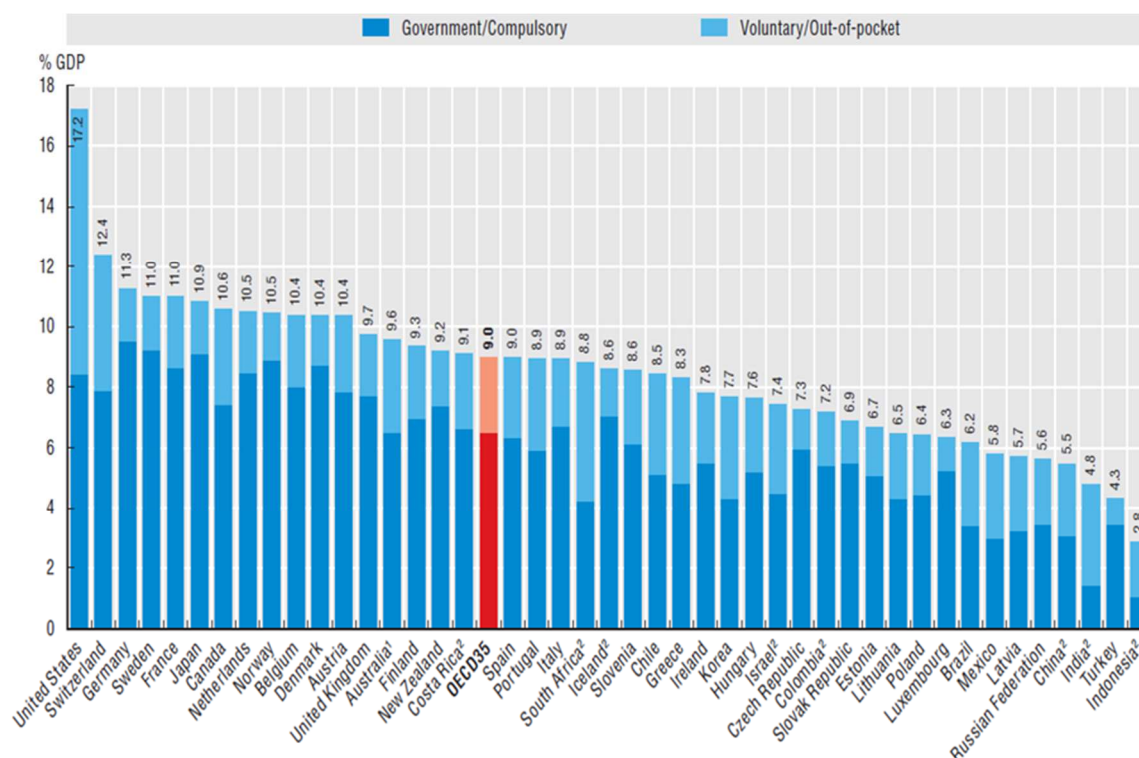


Figura 8 - Gastos em saúde: percentual do PIB (GDP), países OCDE e outros selecionados (2016 ou ano mais próximo). Fonte: OECD Health Statistics 2017. WHO Global Health Expenditure Database. StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604229>.

Outro fator a considerar é a tendência mundial de envelhecimento da população, que é mais forte em países da Europa e América do Norte, mas o instituto oficial de estatística do governo brasileiro (IBGE)⁶⁰ divulgou informações sobre a inversão na pirâmide etária quanto a evolução populacional por grupos etários no Brasil (2000-2060), por indicar uma forte tendência de maior participação de idosos na população do país, conforme a realidade de muitos países (figura 9).

58 OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OECD), países da Europa

59 PIB – Produto Interno Bruto (GDP) somatório de todas as riquezas geradas em um país

60 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

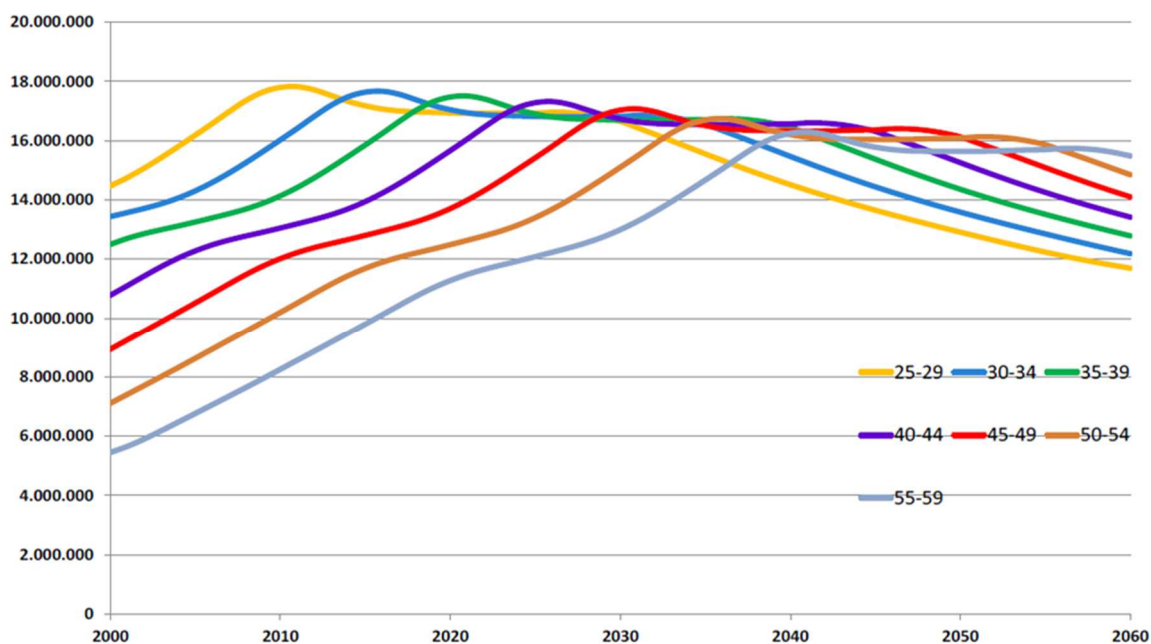


Figura 9 - Evolução populacional por grupos etários no Brasil (2000-2060). Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2013.

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000014425608112013563329137649.pdf>

É relativamente óbvio que os gastos com saúde se elevam ao longo da vida das pessoas, ou seja, quanto maior a idade média da população, maiores serão os gastos médios com a saúde das pessoas.

Noutra análise quanto a magnitude dos gastos por tipologia de despesas do sistema de saúde em 32 países da OCDE, EUA e outros países selecionados, percebe-se a média dos principais gastos distribuídos pelas categorias de provedores de serviços e produtos de saúde (OECD, 2017), ou seja, hospitais (agudos e psiquiátricos) (38%), cuidados residenciais de longa duração (LTC) (8%), cuidados ambulatoriais (consultórios, especialistas, centros de saúde, *home care*) (26%), varejistas (por exemplo, farmácias) (18%) e outros (por exemplo, serviços de laboratórios e institutos de saúde pública) (9%) (figura 10).

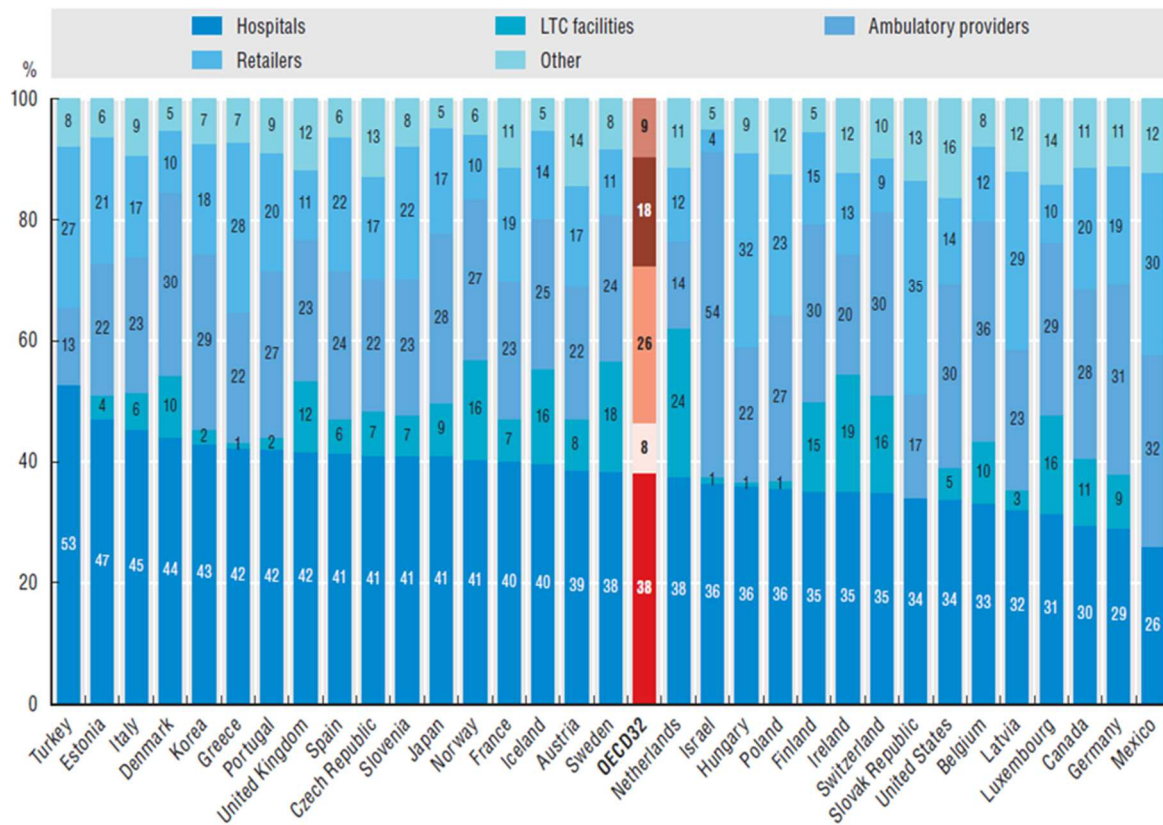


Figura 10 - Magnitude dos gastos por tipologia de despesas do sistema de saúde de países OCDE e outros selecionados (2015 ou ano mais próximo). Fonte: *OECD Health Statistics 2017*. WHO *Global Health Expenditure Database*. StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933604438>.

Enquanto isso, dados de La Forgia e Counttolenc (2009), informam que o gasto total com atenção hospitalar no Brasil foi estimado em R\$ 47,3 bilhões (US\$ 16,1 bilhões) e representou 67% dos gastos totais de saúde do SUS (R\$ 70, 4 bilhões), em 2002, e, quando adicionados os hospitais privados, tem-se 58,1% de recursos do SUS, 33,4% de planos privados e 8,5% de pagamentos diretos por pacientes. No entanto, estas estimativas globais são de difícil contabilização, visto que os sistemas informatizados são de alimentação descentralizada por cada nível governamental e pode haver imprecisões na classificação contábil.

Noutro prisma, dados de La Forgia e Couttolenc (2009), mostram que no Brasil, em 2002, cerca de 25,9% foram aplicados em atenção básica (saúde primária), 50,9% em média complexidade (atenção secundária) e 23,2% em alta complexidade (atenção terciária), sendo portanto foco deste estudo os hospitais e serviços de saúde que atuam em atuação secundária e terciária, e portanto consomem mais de 74% dos recursos da atenção à saúde, sendo um forte indicador da importância de investigação de resultados no subsetor da saúde.

Nos últimos tempos a população mundial tem experimentado o fenômeno denominado de transição demográfica, que se explica pelo envelhecimento da população, visto que as taxas de fecundidade têm caído vertiginosamente e os avanços da medicina têm ampliado a expectativas de vida das pessoas. Logicamente que o envelhecimento da população trás consigo um recrudescimento das doenças crônicas e amplia o desafio de se fornecer ações de saúde a esta população. Outro fator é que a transição epidemiológica, aponta para “as mudanças ocorridas, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que, em geral, acontecem, juntamente com outras transformações demográficas, sociais e econômicas” (Schramm et al., 2004).

Um dos maiores desafios de gestão em sistemas de saúde, em países em desenvolvimento como o Brasil, é a presença de uma tripla carga de doença (Schramm et al., 2004) pelo recrudescimento de doenças infectocontagiosas; epidemia de doenças oriundas da violência e condições de vidas urbanas; e avanço de doenças crônicas-degenerativas, em virtude da inversão da pirâmide etária, com tendência expressa pelos gráficos 3 e 4.

[...] doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição, 14,7%; causas externas, 10,2%; condições maternas e perinatais, 8,8%; e doenças crônicas, 66,3%.
[...] envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus factores de riscos, como tabagismo, sobrepeso ou obesidade, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada e outros; e o forte crescimento das causas externas”.

As doenças básicas foram praticamente erradicadas na maioria dos países, principalmente pelo avanço das vacinas, mas as doenças crônicas degenerativas, naturais das pessoas de mais idade, transformaram-se no maior desafio na gestão da saúde das populações mundiais e do Brasil. Segundo argumenta Mendes (2011) a aceleração da urbanização e de seus hábitos maléficis tem pressionados os sistemas de saúde.

No entanto, a realidade é que há uma crise dos sistemas de saúde que atualmente estão mais focados nas condições de doenças agudas (emergências). Assim, deixam a desejar no que tange a estruturação de redes de atenção dirigidas para doenças crônicas, em grande parte, oriundas do envelhecimento da população e da vida estressante das grandes cidades, principalmente pela pouca atenção as ações de promoção e prevenção e pela fragmentação do atendimento, que ameaça a garantia da integralidade de atenção a saúde, um dos preceitos do SUS (Brasil, 1990a). Neste contexto, os gestores são desafiados a construir e gerenciar

redes integradas de serviços de atendimento a saúde, evitando a fragmentação da assistência atualmente existente.

Diante da situação epidemiológica mundial, cada vez mais se exige dos sistemas de saúde e dos serviços hospitalares respostas adequadas no sentido de promover a saúde, tomar medidas preventivas e implantar sistemas eficientes, eficazes e efetivos na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população. Assim, pode-se sugerir que há uma necessidade de sistemas robustos de avaliação em saúde que sejam capazes de monitorar a qualidade das redes de saúde e que possam orientar os gestores para tomar decisões custo-efetivas quanto aos resultados almejados pelos cidadãos-usuários das redes de saúde.

De acordo com a visão da NGP ou Gerencialismo, pode-se citar exemplos de projetos de avaliação e monitoramento de resultados da administração pública como PRODEV⁶¹ e P4R (*PforR*)⁶², que têm sido implantados na gestão pública de países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, através de agências internacionais de fomento em busca de otimizar os recursos e garantir a qualidade às ações de órgãos públicos.

Desde a criação do SUS, muitos são os avanços do ponto de vista de garantias de atendimento, da organização sistêmica e da descentralização da gestão única, e organização sistêmica, através de normas organizativas infralegais de Ministério da Saúde a exemplo do atual “Pacto de Saúde 2006”, a fim de organizar a assistência à saúde nas bases de descentralização da atenção, garantia de resolutividade, redes regionalizadas de saúde e hierarquização do atendimento à população, além de garantir a governabilidade do sistema de saúde, porém, com tímidos avanços na governação do sistema de saúde.

Na área de saúde do Brasil, os esforços de governação têm sido majoritariamente focados nas políticas de saúde e sistemas coletivos de saúde, como os programas de atenção primária, de vacinação, de controle de mortalidade infantil e materna, dentre outras iniciativas sistêmicas. Por outro lado, a governação dos sistemas curativos e reabilitadores, no âmbito do SUS, prioriza a implantação de novas estruturas de atendimentos e quase nunca em gestão da performance destas organizações e serviços de saúde ou monitoramento de resultados das políticas, programas e ações de saúde.

Para fazer face ao desafio de se avaliar e monitorar desempenho e resultados nos sistemas e serviços de saúde vale lembrar, inicialmente, os argumentos de Santos-Filho

61 PRODEV - Programa de Estratégia e Plano de Ação para a Efetividade do Desenvolvimento do BID para os países da América Latina e Caribe

62 PforR ou P4R - Programa para Resultados do Banco Mundial para o apoio ao desenvolvimento da “accountability” de países em desenvolvimento

(2007) que diz que, observa-se um alargamento da concepção de avaliação de intervenções em saúde, mesmo reconhecendo os diversos limites conceituais e de sua operacionalização no âmbito dos serviços.

Uma estratégia recente de governação tem a ver como os modelos gerenciais em uso nos hospitais e serviços de saúde. Atualmente no Brasil, há pelo menos sete modelos diferentes de gestão de unidades de saúde e hospitais: administração pública direta, administração pública indireta (autarquias, etc), consórcios públicos de saúde, fundações públicas e privadas, contratualização com organizações sem fins lucrativos (entidades filantrópicas e organizações sociais), e com empresas privadas especializadas no ramo de saúde (Brasil, 2015c), e ainda, a tendência atual de parceria público e privada (PPP).⁶³

Sintetizou-se o contexto atual de governação da saúde brasileira, na figura 11 , que apresenta o arranjo organizacional de governação dos sistemas subsistema público (SUS) correlacionando o subsistema suplementar e privado (operadoras de saúde) do Brasil e suas inter-relações interorganizações e unidades de saúde no âmbito do SUS.

Nessa conformação sistêmica, o subsistema público é composto pelo SUS, que será o contexto desta investigação, tem os níveis de governança organizacional federal, estadual e municipal, que se inter-relacionam de forma a compor um sistema único, mas com gestão descentralizada no nível da federação, dos estados (províncias) e dos municípios brasileiros. Por sua vez, qualquer intervenção externa entre as esferas de articulação interfederativa (Federal, Estadual, Regional e Municipal) dependente de pactuação voluntária entre estes entes, através de espaços de negociações permanentes nos níveis nacional, estadual e por regionais de saúde, sendo múltiplos os interessados chaves envolvidos nas decisões, que trabalham em mútua cooperação (Brasil, 2015b).

63 PPP - Parceria Público e Privada

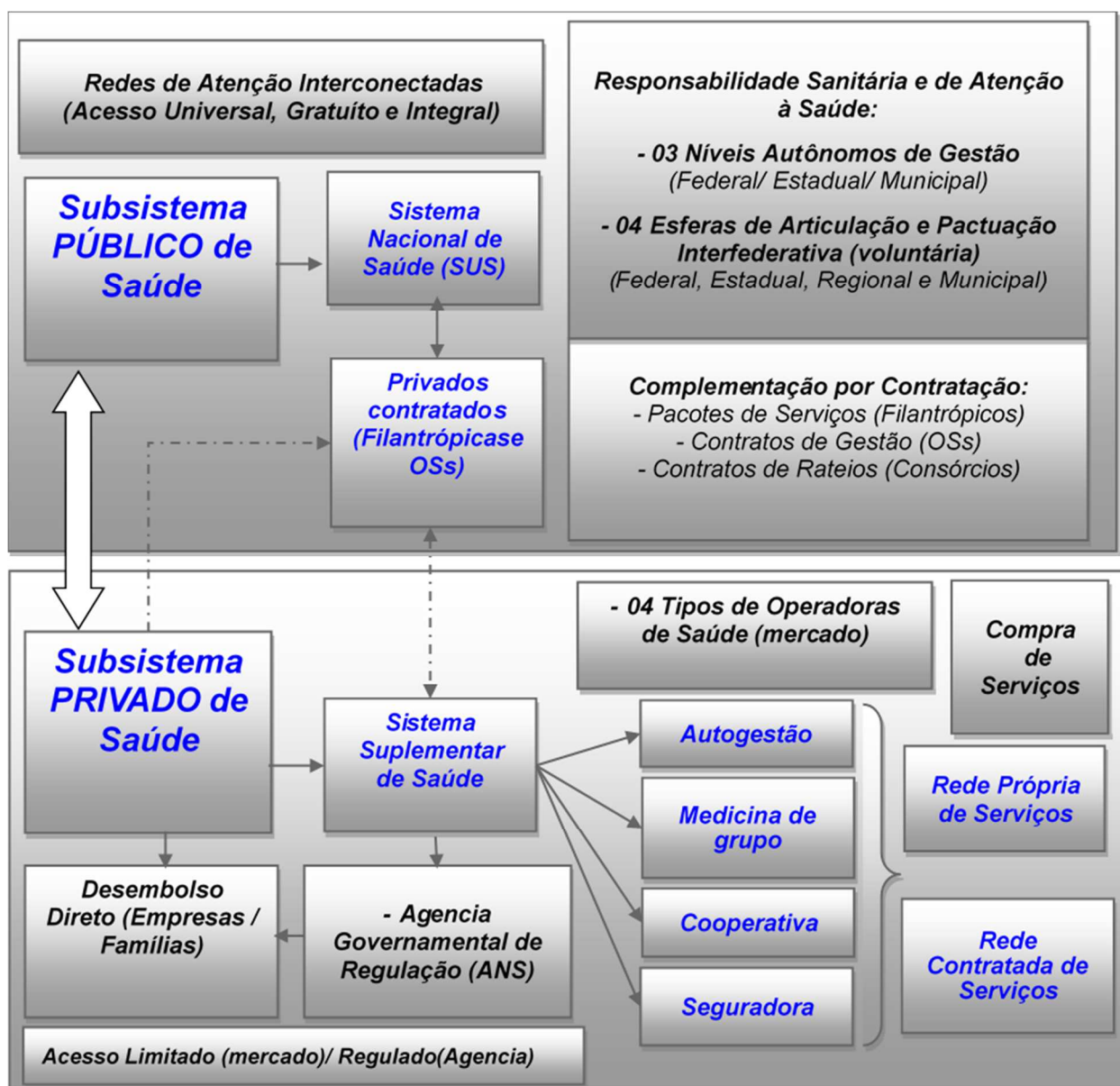


Figura 11 - O arranjo organizacional e as inter-relações do sistema público e privado de saúde do Brasil.

As leis orgânicas da saúde (nº. 8.080/1990 e nº. 8.142/1990) garantem a unidade da política de saúde, o repasse automático mensal de recursos, através de orçamentos globais provenientes do orçamento da previdência estatal, complementados pelos recursos obrigatórios de arrecadação de impostos estaduais (12% da receita própria) e municipais (15% da receita própria) e exigem a garantia de universalidade de acesso, equidade de assistência, integralidade de assistência, descentralização de ações, comando único em cada nível de gestão e rede hierarquizada de saúde, além de participação efetiva da sociedade na governação da saúde através de conselhos comunitários permanentes em todos os níveis de gestão (Brasil, 2011c, 2011f).

De seguida, identifica-se o arcabouço legal e da avaliação e monitoramento da saúde do Brasil e, posteriormente, caracteriza-se os parâmetros dos principais sistemas de dados publicizados, no âmbito do SUS.

3.2 O arcabouço legal da avaliação e monitoramento no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SUS) do Brasil

Pode-se supor que os factores económicos, de necessidade de acesso e de exigência de qualidade de atenção à saúde reafirmam a importância da avaliação e monitoramento, em busca de eficiência, efetividade e satisfação de usuários-utilizadores das organizações de saúde.

Apesar das iniciativas de avaliação e monitoramento do sistema de saúde brasileiro serem incipientes, este campo é preceituado em diversas legislações brasileiras. Para início, os atuais pilares constitucionais do SUS assentam-se nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal do Brasil (Brasil, 1988). Quanto aos aspectos genéricos de fiscalização e controle do sistema de saúde, a ordenação jurídica encontra base legal no artigo 197 da CF/1988 (Brasil, 1988) que, além disso, reafirma a relevância pública destas iniciativas. Estes dispositivos constitucionais foram regulamentados pela Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080/1990 (Brasil, 1990a), complementada pela Lei nº. 8.142/1990 (Brasil, 1990b).

No propósito deste trabalho, destacam-se os aspectos de fiscalização e controle que desaguaram em mecanismos de planeamento e avaliação oriundos da Lei nº. 8.080/1990 (Brasil, 1990a), em especial em seus artigos 15, 16 e 18:

[...] Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:
[...] Inciso VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde (PS);
[...] Art. 16. Caberá à União:
[...] Inciso XVIII - elaboração do planeamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação com os estados, os municípios e o Distrito Federal;
[...] Art.18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
[...] Inciso I – Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde (Grifo nosso).

No contexto das questões de governança do SUS destacam-se a implantação da política conhecida como PlaneaSUS através das Portarias nº. 3.085/2006 (Brasil, 2006a) e nº. 3.332/2006 (Brasil, 2006b), - com incentivos financeiros para implementação do Ministério da Saúde - Portarias nº. 376/2007 (Brasil, 2007) e nº. 1.885/2008 (Brasil, 2008b) - segundo Rocha et al. (2012), que iniciaram um movimento de normas orientadoras de

planeamento, controle e avaliação do SUS, infelizmente revogadas e substituídas em um escopo reducionista, posteriormente, através de outra norma infralegal, a Portaria nº. 2.135/2013 (Brasil, 2013c), tendo consolidado apenas as linhas gerais para dois instrumentos estruturantes do PlaneaSUS, a exigência de Plano de Saúde (PS), e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), com três sessões ou dimensões: análise situacional; definição das diretrizes, objectivos, metas e indicadores; e o processo de monitoramento e avaliação, além do desdobramento anual do PS em Programações Anuais de Saúde (PAS).

Art. 3º § 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: I - análise situacional, II - definição das diretrizes, objectivos, metas e indicadores; e III - o processo de monitoramento e avaliação.

Esta mesma portaria (Brasil, 2013c), apesar de não assegurar mecanismos de garantias operacionais, orienta sobre as dimensões mínimas que devem ser contempladas no Relatório Anual de Gestão (RAG):

Art. 6º O Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão contemplará os seguintes itens: I - as diretrizes, objectivos e indicadores do Plano de Saúde; II - as metas da PAS previstas e executadas; III - a análise da execução orçamentária; e IV- as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

Mais recentemente, também registra-se evidência de avanços em aspetos pontuais de Gerencialismo e *accountability* em espaços de pactuação cooperativa, por exemplo, pela portaria nº. 4.279/2010 (Brasil, 2010a) que instituiu diretrizes indutoras para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, além de duas recentes resoluções nº. 23/2017 (Brasil, 2017e) e nº. 37/2018 (Brasil, 2018) induzidas pelo Ministério da Saúde (MS) e emanadas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com indícios de Gerencialismo e *accountability* (Hood, 1990, 1991; Simonet, 2011) ao definir alvos para redimensionamento da regionalização de saúde, inclusive apontando uma tendência de exigências quanto ao escopo, cobertura e governança das RAS do SUS, em todos os territórios de saúde.

A despeito deste arcabouço legal o planeamento, o monitoramento e a avaliação do SUS sempre dependeram fortemente da ação da participação social, por meio dos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, que detêm o poder legal de avaliar o PS e o RAG de cada município, estado e da união. Via de regra estes conselheiros têm qualificação insuficiente para exigir metodologias adequadas de avaliação e monitoramento de resultados do SUS, sendo uma importante limitação do sistema de *accountability*.

Neste propósito, destaca-se ainda o decreto presidencial nº. 7.508/2011 (Brasil, 2011a), ainda em vigor – apesar da reduzida implementação, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, tendo estabelecido diretrizes nacionais para a fiscalização, o controle, a avaliação e o monitoramento de resultados na rede de saúde regionalizada, através de dispositivos expressos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), conforme recorte abaixo explicitado:

Art. 35. [...] § 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde...
[...] Art. 36. [...] Inciso IV - indicadores e metas de saúde;
[...] Inciso VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente...

Por sua vez, o MS lançou o programa PMAQ (Brasil, 2012a), que avalia aspectos estruturais e de processo de atendimentos das unidades básicas de saúde, já foi aplicado em dois ciclos (2011/2012 e 2013/2014). O 3º. ciclo do PMAQ (2015/2017), ainda em fase de tabulação, pela primeira vez contará com um quadro de indicadores de resultados das unidades básicas de saúde (Brasil, 2017a, 2017d), mas de forma incipiente.

Mais recentemente, no âmbito da avaliação de performance de serviços públicos de saúde, o MS resolveu reinstitucionalizar o programa novo PNASS, através de portaria ministerial, onde se destacam alguns aspectos legais (Brasil, 2015e, artigos 2º., 3º. e 4º.). Nesta recente implantação do novo PNASS, estabeleceu-se um alvo de aplicação em 2.589 hospitais e organizações especializadas de saúde, que engloba as unidades que receberam aportes significativos de recursos de média e alta complexidade (MAC) do SUS, nos últimos anos (Brasil, 2015e). Os resultados do novo PNASS estão em fase de tabulação para posterior divulgação pelo MS.

Para além dessa legislação federal, registra-se ainda um arcabouço de legislações subnacionais que regulam o processo de avaliação e monitoramento, que fogem ao escopo deste trabalho. No entanto, neste escopo de legislação e programa subnacional, deve-se destacar a implementação do programa governamental “Choque de Gestão” na Secretaria de Saúde do Estado (província) de Minas Gerais (SES/MG), enquanto desdobramento de um planejamento estratégico governamental centrado em resultados (Guimarães & Tavares-De-Almeida, 2006).

Enquanto avanço do programa, segundo afirma Junior (2009), a partir de 2007, o governo de Minas Gerais definiu como uma de suas macrodiretrizes a implantação do

programa “Choque de Gestão de 2ª geração”. A equipe de implantação detalhou todas as ações de implementação desse programa governamental no bojo da SES/MG, que englobou as diversas áreas da governação do sistema de saúde de Minas Gerais (Minas, 2010b).

Ainda ao nível subnacional, a título de ilustração, pode-se citar a Lei nº 15.356/2013, na qual o Governo do Estado (província) do Ceará estabeleceu regulamentação específica de governação dos Contratos de Gestão de Organizações Sociais do terceiro setor, dentre elas as que operacionalizam hospitais e serviços de saúde, na qual pode-se exemplificar o disposto no item I, do artigo 6º. que diz “*O Contrato de Gestão [...] deve conter cláusulas estabelecendo [...] metas, prazo de execução e critérios objectivos de avaliação de desempenho, mediante indicadores de eficiência e eficácia*”.

No entanto, são incipientes os registros de contratualização e monitoramento por resultados da rede de serviços de saúde na ampla maioria dos estados (províncias) e dos municípios brasileiros – nem mesmo ao nível federal -, apesar da tendência crescente de parcerias público-privados para operacionalização de hospitais e unidades de saúde, sendo excepcionais os relatos de experiências de avaliação e monitoramento de metas e resultados das organizações públicas e da rede de saúde (anexos 5 e 6).

Diante de tais legislações pode-se articular que há um arcabouço de normais legais sobre avaliação e monitoramento de serviços de saúde que estão na agenda nacional, com avanços e desafios relevantes, além de se perceber a incipiência da gestão por resultados.

3.3 As principais fontes de dados e informações do sistema de saúde do Brasil

Na perspectiva de Dudziak (2001), alguns dos objectivos da competência informacional consistem em formar indivíduos que:

[...] saibam determinar a natureza e a extensão de sua necessidade de informação como suporte ao processo inteligente de decisão;
[...] sejam capazes de identificar fontes de informações de forma efetiva e eficaz;
[...] avaliem criticamente a informação segundo critérios de relevância, objetividade, pertinência, lógica, ética, incorporando as informações selecionados ao seu próprio sistema de valores e conhecimento...

Pode-se articular que, no contexto de avaliação e monitoramento em saúde, a competência informacional e a capacidade de obter dados e informações relevantes além de pertinentes, quanto ao objeto de estudo, torna-se base para a inteligência decisória.

Neste contexto, os Sistemas de Informações em Saúde (SIS)⁶⁴ são desenvolvidos e implantados com o objectivo de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos, programas, além da governação de unidades e serviços de saúde, subsidiando a tomada de decisões e contribui para melhoria da situação de saúde individual e coletiva. Na perspectiva de Marin (2010 apud Brasil, 2015b):

Sistemas de informação em saúde (SIS) podem ser definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde.

[...] congregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados na área de saúde para sustentar o planeamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde

Os SIS suportam as funções de manipulação e tratamento de dados: coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados, além da geração de informações. Sendo assim, subsidiam algumas funções governacionais: planeamento, coordenação, supervisão dos resultados dos processos de trabalhos, além da análise situacional da saúde e tomada de decisão em sistemas e unidades de saúde.

Tradicionalmente os SIS do Brasil, no âmbito do SUS, são fragmentados (Brasil, 1994), visto que, historicamente, foram conformados de acordo com necessidades específicas e iniciativas isoladas de diferentes áreas, e não por meio de uma estratégia mais ampla que considerasse o setor saúde como um todo (Brasil, 2009a, 2015f), estando em contínua evolução.

A institucionalização dos SIS, no âmbito do SUS, iniciou-se em 1971, quando foi criado o Núcleo de Informática do Ministério da Saúde, transformado, em 1991, no Departamento de Informática do SUS (Datusus), vigente até os dias atuais. Um marco da iniciativa organizativa foi a 1ª. reunião nacional de sistemas de informações em saúde, durante a Conferência Nacional de Saúde, em 1975, sendo que as bases dos principais SIS do SUS foram formatadas entre as décadas de 70 e 80 (Brasil, 2009a), estando em contínua evolução.

Esses sistemas de informações do SUS foram consolidados ao longo das três últimas décadas, tendo os primeiros módulos hospitalares (SIH – Sistema de Informações Hospitalar e SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais) instituídos através da resolução n.º 258/1991 do antigo Inamps, com posterior integração com os outros sistemas do Datusus

64 SIS- Sistemas de Informações em Saúde

até a conformação atual estabelecida na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) aprovada na Conferência Nacional de Saúde em 2004 (Brasil, 2009a), a fim de consolidar dados e informações para a gestão da saúde no Brasil.

Enquanto isso, o Datasus do Ministério da Saúde universalizou a coleta de dados e informações de saúde (portaria nº 221/1999), a partir de 2000, ancorado na lei de regulação de saúde suplementar nº 9.656 de 1998 (Brasil, 1998), quanto a exigência a todos os estabelecimentos de saúde para o fornecimento de informações dos pacientes cuja atenção é custeada por planos e seguros privados de assistência à saúde. Neste objectivo, estruturou-se o sistema CIH, que por uma década, recolhia dados apenas das internações de hospitais privados. Assim, recentemente (portaria nº 1.171/2011) (Brasil, 2011d), ampliou-se a recolha de dados, pela estruturação do o sistema CIHA, a fim de controlar os registros de ações e serviços de hospitalares e ambulatoriais executados por quaisquer pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, financiadas com recursos de fontes externas ao SUS.

Apenas nos anos 2000, o MS iniciou a unificação do processo de cadastramento de estabelecimentos de saúde, através da criação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que teve a 1ª. fase concluída em 2003 (Brasil, 2015f). Após 2006, o cadastro no SCNES torna-se obrigatório para qualquer estabelecimento de saúde do Brasil, tendo fechado o ano de 2015 com mais de 300 mil unidades cadastradas (Brasil, 2015f).

Em 2002, o MS implantou o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) para apoiar a organização e gestão dos processos de regulação, concretizar os fluxos assistenciais e apoiar a gestão de acesso a unidades de saúde, por estados e municípios, sendo integrado, após 2008, ao SCNES e ao SIGTAP.

As tabelas (SIA/SUS e SIH/AIH) de reembolso por procedimentos do SUS, historicamente, foram formatadas de forma pulverizadas. A fim de consolidar os códigos de procedimentos do SUS, a tabela SIGTAP (Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM) oficializada pela portaria nº 2.848/2007 (Brasil, 2015f), implementada a partir de janeiro de 2008, operacionalizou uma profunda reforma nos códigos dos mas dificultou a equalização de informações de produção antes e depois da SIGTAP. Houve um período de adequação da coleta de dados, sendo os dados mais confiáveis após o ano de 2010.

Ao longo deste período estruturou-se uma rede de coleta de informações em saúde, descentralizada para estados e municípios, com processamento de dados centralizado através dos sistemas gerenciados pelo Datasus, sendo os mais relevantes descritos, sinteticamente, no quadro 29 (anexo 5) (Brasil, 2004, 2009a, 2015f). Para obter uma visão global dos principais sistemas de informática do SUS pode-se consultar o relatório da Experiência Brasileira em Sistema e Informações em Saúde (Brasil, 2009a), que retrata marcos legais, desenvolvimento e uma análise crítica dos principais SIS institucionais do SUS. Além disto, apresenta a estruturação das ferramentas TabNet e TabWin, após a década de 90, a fim de facilitar o acesso às informações geradas nos diversos SIS do SUS, em especial, para os níveis descentralizados, e permitir aos cidadãos consultas públicas, via WEB, de dados validados e consolidados da saúde pública e privada do Brasil.

Historicamente, o Brasil teve dificuldade de coletar dados e produzir informações validadas para o sistema de saúde. A fragmentação dos SIS, viés de coleta com enfoque no faturamento e dificuldades de registros automatizados, subnotificações, além de outros problemas são recorrentes na literatura (Brasil, 2009a, 2015f; De Moraes, 2014; J. C. Noronha, 2001). Possivelmente para fazer face a esses desafios, em 2003, a 12^a-Conferência Nacional de Saúde (CNS) lançou as bases para a elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Entre as ações de estruturação e organização destaca-se (De Moraes, 2014) a criação de um Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS), em pleno funcionamento dentro do Ministério da Saúde, que enfrenta muitos desafios na missão de integração e interoperabilidade dos SIS do SUS.

Pode-se ter uma ideia do alcance e dos desafios da disponibilidade de informações válidas e relevantes para a construção de indicadores nos SIS no âmbito do SUS no estudo de Noronha (2001) que avalia alguns aspectos de produção e disponibilização de informações sobre internações. Destacam-se ao menos as seguintes limitações sintetizadas por Escrivão (2004):

A lista de procedimentos é incompleta, não diferenciando alguns procedimentos cirúrgicos segundo os portes das cirurgias; a classificação também não considera outras variáveis que diferenciem os pacientes quanto a sua gravidade clínica e quanto ao perfil de consumo de recursos como, por exemplo, a idade. Essa falha na classificação faz com que pacientes heterogêneos clinicamente sejam classificados num mesmo grupo, inviabilizando a realização de comparações. Por outro lado, o SIH pode ser útil para subsidiar a gestão do sistema de saúde, nos planejamentos financeiro, de insumos humanos e materiais, na avaliação dos cuidados prestados e para estudos epidemiológicos (Escrivão, 2004: 35-36).

Por sua vez, Felix et al. (2012) e Macente & Zandonade (2010), em estudos de óbitos e da completude dos dados pela declaração de óbito (DO) registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Datasus, destacam assimetrias entre os preenchimentos de variáveis do sistema:

No que se refere a qualidade dos dados do SIM, várias pesquisas vêm mostrando que, para todos os tipos de óbitos, o preenchimento dos atestados de óbito não é satisfatório

[...] no que diz respeito a melhora na DO no quesito causa base da mortalidade, pois houve uma redução significativa das “causas mal definidas” e por “diagnósticos incompletos”, mas ainda há um longo caminho a percorrer, pois existem questões epidemiológicas que necessitam ser melhoradas...

Um estudo de Pinto (2010a) de análise comparativa dos SIS do Brasil, Espanha e Portugal, que foram consolidados até os anos de 1990, reconhece a relevância da informação para subsidiar os gestores de saúde no processo decisório e na avaliação dos serviços e ações de saúde. Entre as muitas comparações dos SIS, inclusive quanto às possíveis limitações, os autores concluem sobre o SIH-SUS do Brasil:

A desvinculação do pagamento de serviços hospitalares da remuneração de produção, com o estabelecimento de orçamentação, incentiva a não apresentação da produção pelas unidades hospitalares. A subnotificação oriunda dos hospitais públicos federais orçados é notória.

[...] Não foram encontrados em Portugal e Espanha informações sobre subnotificação, devido, talvez, ao fato desses países estabelecerem os orçamentos hospitalares com base na produção apresentada pelos hospitais e no cumprimento de objectivos acordados.

A qualidade da informação clínica é outro grande problema no SIH-SUS, e as principais questões dizem respeito ao subregistro, ao número reduzido de variáveis e a codificação efetuada por profissional pouco qualificado na utilização da CID. (Pinto, 2010a: 134)

Ao analisar diversos estudos publicados sobre os SIS do SUS, Bittencourt, Camacho e Leal (2006) destacam algumas potencialidades e desafios dos sistemas SIM; Sinan, Sinasc, por exemplo:

Predominaram os estudos que tiveram como objectivo validar as informações geradas pelo SIM, Sinan e Sinasc. Nessa linha, em relação ao Sinasc e ao SIM, alguns estudos apontaram que o SIH pode ser uma boa estratégia para a captação de nascidos vivos e fornecer indícios para a investigação de morte materna em áreas de baixa cobertura. Em relação ao Sinan, foram identificados problemas no SIH-SUS para monitorar febre amarela, sarampo em adultos, meningite tuberculosa, hepatites A e B, para fornecer dados para preenchimento do formulário de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares. Todavia, os resultados apontaram grande potencialidade do SIH-SUS para monitorar tuberculose pulmonar, hanseníase, meningite meningocócica, dengue, leishmanioses visceral e cutânea, doenças imunopreveníveis, cólera, febre tifoide e leptospirose. (Brasil, 2009a: 59).

[...] Outro uso frequente feito a partir das informações aportadas pelo SIH é o que se refere à avaliação de desempenho de serviços, nas dimensões efetividade, adequação, acesso e eficiência.

[...] “por ser bem definido e de diagnóstico sem equívoco”, o óbito hospitalar tem sido a variável mais empregada em indicadores para medir efetividade. (Brasil, 2009a: 61)

Reconhece-se (Brasil, 2009a: 62), ainda, que “a ausência de importantes variáveis clínicas e de detalhamentos de procedimentos médicos no SIH limita sua utilização para ajuizamento de adequação do tratamento dispensados aos pacientes

Por fim, destaca-se outro trabalho recente de Rocha et al. (2017) que em colaboração com o Ministério da Saúde comparou os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) com observações *in loco* em 2.777 hospitais da amostra selecionada. Os autores articulam sobre uma razoável confiabilidade dos dados registrados no CNES, mas apontam algumas preocupações, notadamente, por se tratar de atributos físicos e estruturais que por questões lógicas deveriam ter muito mais precisão:

O status de funcionamento estava atualizado em 89% dos casos, o número de leitos em 44%, 82% mantinham o quantitativo de equipamentos correto, e 63% apresentavam coordenadas geográficas precisas.

Esta investigação não pretende explorar em profundidade os aspectos dos SIS do SUS, mas certamente deve-se considerar as limitações citadas acima, pois impactam em possíveis limitações e dificuldades para validar indicadores do SUS.

Em uma visão mais operacional, no contexto de tomada de decisão, a coleta de dados deve ser racional e objetiva, visando a construção de indicadores epidemiológicos ou operacionais que atendam aos objetivos de cada programa ou instituição, evitando-se descrédito do sistema e desperdício de tempo e recursos.

A precisão das informações disponíveis e confiáveis, por sua vez, depende, em grande parte, da qualidade dos dados gerados nos sistemas de informação de saúde, o que pode estar influenciado por múltiplos factores técnicos e operacionais. O uso regular desses dados, por serviços e instituições acadêmicas da área de saúde, contribui decisivamente para o progressivo aprimoramento dos sistemas e bases de dados e, conseqüentemente, para a consistência das análises realizadas.

No entanto, do ponto de vista do processo de tomada de decisão, outro fator preponderante está na exigência de validação destas informações através de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, da produção de informação, do estabelecimento de propostas de soluções, da escolha da decisão, da viabilização e implementação da decisão e da análise dos resultados obtidos.

Os principais SIS em funcionamento no Datasus foram amplamente caracterizados pela literatura (Brasil, 2009a, 2015b; De Moraes, 2014). Mais recentemente, o Ministério da Saúde iniciou um esforço para garantir novos avanços (Brasil, 2015f) como o Registro Eletrônico em Saúde para o SUS (RES-SUS), um ambiente que integre todas as informações assistenciais, o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e o estudo de um sistema de DRG, no âmbito de uma estratégia inovadora de informação em saúde (e-Saúde), que se encontra em fase de estruturação de sistemas e de novos instrumentos de coletas de dados, validação e construção de plataformas para disseminação de informações do SUS.

No contexto do presente estudo, destaca-se alguns dos principais SIS em funcionamento no Datasus enquanto fontes de informações para a composição de indicadores em saúde (quadro 29, anexo 5). Quanto às matrizes de indicadores, as iniciativas existentes no Brasil ainda são extremamente tímidas, sendo caracterizado neste estudo o rol de indicadores de saúde pública do Brasil mais relevante (PROADESS) (quadro 28, anexo 5), além dos mais relevantes da saúde privada brasileira (quadro 30 a 34, anexo 6).

4. FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS DE ENVOLVIMENTO DOS DECISORES DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Diante disto, percebe-se a complexidade do fenômeno em estudo e a subjetividade do processo avaliativo em organizações de saúde, no âmbito do SUS. Ciente deste desafio resolveu-se considerar as ações e os propósitos dos gestores dos níveis setoriais, organizacionais e governacionais, firmados no enquadramento conceitual do campo da avaliação participativa e construtivista de 4^a. geração proposta por Guba e Lincoln (2011).

Quanto aos aspetos *metodológicos*, no prisma do *paradigma construtivista*, propôs-se um processo integrativo e participativo da avaliação, em busca de construir consensos quanto a visão global, metodologias, macrodimensões e indicadores de medição de performance organizacional, no âmbito de unidades de saúde pública e/ou vinculadas ao SUS.

Diante dessa escolha, no presente tópico, parte-se da exploração da necessidade dos decisores de utilização da avaliação no contexto da tomada de decisão, para consolidar os fundamentos quanto a ação, os propósitos e o envolvimento dos principais decisores (stakeholders) em organizações de saúde e, caracterizar estratégias por método misto (qualitativo e quantitativo) de avaliação de construção de consensos a fim de estruturar o modelo teórico-lógico, validar as dimensões e indicadores e, por fim, operacionalizar a validação do artefacto construído para a mensuração de performance em saúde.

Uma das primeiras etapas operacionais e de aproximação ao objeto sob avaliação consta do mapeamento das partes interessadas (stakeholders) na avaliação, em especial, os agentes de decisão, que contribuem ativamente na construção e no desenho do modelo de avaliação.

De seguida, deve-se construir um entendimento sobre a avaliação da performance organizacional e seus conceitos mais prevalentes na literatura vigente, a fim de propor parâmetros balizadores na condução do processo interativo que se pretende junto aos *key stakeholders* (decisores-chaves).

Para tal apropria-se de estratégias e instrumentos de abordagem mista (qualitativa e quantitativa) para captar as percepções e relevâncias atribuídas pelos agentes de decisão dos três níveis considerados nesta investigação.

A última etapa do envolvimento dos agentes de decisão é a validação de preferências de decisores quanto ao artefacto construído, e as provas de conceito, valor e usabilidade do *proxy* de indicadores para avaliação de resultados em organização de saúde.

4.1. A utilização da avaliação no contexto da tomada de decisão em sistemas e organizações de saúde

Nos dias atuais, os sistemas de saúde experimentam uma constante ampliação das disponibilidades de terapias, tecnologias e recursos aplicados à melhoria da atenção à saúde. Em paralelo a isto os gestores têm sido pressionados para a otimização e responsabilização de recursos, principalmente pela linha gerencial denominada *accountability* no bojo da Nova Gestão Pública aplicada aos sistemas públicos de saúde.

No contexto de exigências de garantias de provisão de serviços adequados e suficientes pelos usuários e de responsabilização de gastos pelo gerencialismo dominante na gestão pública, a avaliação para a tomada de decisão parece encontrar um campo fértil de crescimento e aplicação. No entanto, Contandriopoulos (2006: 709) lembra da complexidade desse processo de avaliação.

Ainda que todos estejam de acordo quanto à necessidade de aumentar a eficiência do sistema de saúde, existem grandes divergências sobre a maneira de fazê-lo e, em particular, sobre a pertinência da avaliação. Esta falta de consenso decorre da complexidade do sistema de saúde, que envolve grandes grupos de atores (os profissionais de saúde, os gestores, os planeadores, o mercado e a política), que intervêm segundo diferentes lógicas, níveis de atuação, cronogramas e valores.

As dificuldades de avaliação de programas e serviços em saúde coletiva foram descritas para o contexto Anglo-Saxão (Green & Kreuter, 1999; Rootman et al., 2004 apud Campos e Furtado, 2011). Estas dificuldades podem ser prazos relativamente restritos para a constatação de mudanças e a consideração de variáveis que se interpenetram, dentre outros.

Contandriopoulos (2006) cita que há necessidades de informação distintas dos atores da saúde que dificulta o consenso quanto ao método de avaliação a ser implantado. Cita ainda que os conceitos avaliativos são diferentes entre os atores envolvidos (governos, gestores, profissionais, etc).

Os diferentes atores atribuem ainda sentidos diversos à noção de eficiência. [...] O que interessa ao governo é eficiência na alocação de recursos, ou seja, uma distribuição que permita atender da melhor forma possível ao bem-estar coletivo. [...] Para gestores e planeadores, distribuição de recursos eficiente é a que permite maximizar os benefícios para a saúde em relação a um determinado gasto.

[...] Na lógica econômica, somente é considerada eficiente uma distribuição de recursos que resulte no livre funcionamento do mercado.

[...] Para os profissionais de saúde, atuar de maneira eficiente significa fornecer a todos os serviços considerados necessários do ponto de vista clínico (Contandriopoulos, 2006: 709).

Assim, Contandriopoulos (2006: 710) afirma que um grande desafio para a avaliação é “incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível”.

A despeito da capacidade de avaliação contribuir para o aperfeiçoamento do processo de decisão na saúde, isto se confronta com a complexidade relacional entre as diversas variáveis envolvidas no ambiente de serviços em saúde e os diferentes pontos de vistas dos atores interessados, além dos múltiplos factores que condicionam a saúde e a doença. Talvez por isso, há evidências de que a utilização de avaliação é incipiente na gestão de serviços de saúde, a despeito da avaliação se constituir em um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão (Tanaka & Tamaki, 2012a).

Em outro prisma, ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada *avaliação focada para a utilização*, Patton (1997) inclui na sua definição a maneira ou o método de fazer a avaliação que corresponderia à coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas, além do objectivo ou propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações (Vieira-Da-Silva, 2005).

Assim, pode-se articular que os processos avaliativos se configuram como uma importante ferramenta de análise dos tomadores de decisão em busca de embasamento de suas decisões. Neste propósito, quanto a complexidade do processo decisórios, segundo Tanaka e Tamaki (2012a) o gestor utiliza sua competência formal (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras), além das informações obtidas no processo avaliativo e da percepção que tem do problema para embasar suas decisões, haja visto que a tomada de decisão na gestão em saúde é complexa e permeada de subjetividade e incertezas (Paim & Teixeira, 2006).

Em outro prisma, Tanaka e Tamaki (2012a) esclarecem, no contexto de avaliação de serviços de saúde, que a avaliação para a tomada de decisão deve basear-se na utilização de métodos e técnicas de pesquisa na sua concepção, formulação e implementação, devendo

ser estruturada sob seis atributos fundamentais: *utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade*.

A avaliação para a gestão de serviços de saúde é um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano, o que significa produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna, e baseada na utilização de métodos e técnicas de pesquisa na sua concepção, formulação e implementação (Tanaka & Melo, 2008).

Quanto aos aspetos de aplicação de resultados da avaliação, uma das fases operacionais trata-se da seleção dos indicadores, que devem ser escolhidos pelo avaliador, envolvendo os principais atores interessados, de tal forma que possam modelar o objeto em avaliação o mais próximo possível da realidade. Neste propósito a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1981) propõe que a escolha de indicadores deve considerar alguns atributos: *validade, fiabilidade, sensibilidade, e a especificidade*. Mas, há outros atributos desejáveis, por exemplo, *mensurabilidade, relevância e, custo-efetividade* (Brasil, 2002a).

A validade (medir efetivamente o que pretende medir), a *fiabilidade* (apresentar o mesmo resultado mesmo que seja utilizado por pessoas ou em circunstâncias diferentes), a *sensibilidade* (capacidade de captar mudanças na situação ou no objeto estudado), e a *especificidade* (refletir mudanças apenas no objeto que está sendo estudado) (WHO, 1981) (Grifos nossos).

[...] A depender da aplicação dos indicadores outros atributos devem ser incorporados aos indicadores: *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir); *relevância* (responder a prioridades de saúde); e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (Brasil, 2002a) (Grifos nossos).

A etapa operacional seguinte do processo avaliativo constitui-se no julgamento de valor para subsídio à tomada da decisão. No entanto, a avaliação dos resultados obtidos dos indicadores para a emissão de juízo de valor e a precisão na tomada de decisão dependem dos parâmetros e dos padrões escolhidos. Tanaka e Tamaki (2012a) afirmam que a utilização de padrões como parâmetros trazem vieses na avaliação dos serviços de saúde, visto que as condições ideais em serviços de saúde são raras de acontecer e explicitam as diferenças entre estes conceitos:

Os parâmetros são índices quantitativos ou qualitativos estabelecidos como referência para serem alcançados com os esforços empreendidos para esse fim. Eles devem ser estabelecidos nas condições reais em que as ações são desenvolvidas. Um parâmetro se diferencia, portanto, de um padrão pelo fato de que este se refere a um índice estabelecido em condições ideais (Tanaka & Tamaki, 2012a: 826).

Diante disso, o estabelecimento dos parâmetros é uma atividade crítica na avaliação para a tomada de decisão, pois podem interferir diretamente nos resultados almejados, e

sendo assim, Tanaka e Tamaki (2012a) propõem alguns atributos para estabelecimento adequado dos parâmetros:

Entende-se por adequado aquele parâmetro que: tenha correspondência com o indicador escolhido; considere os recursos disponíveis e/ou passíveis de serem mobilizados; seja aceito pelos gestores, técnicos e por outros interessados na avaliação; e seja factível de ser atingido com os esforços empreendidos para esse fim no contexto real em que a ação é desenvolvida (Tanaka & Tamaki, 2012a: 826).

O processo de tomada de decisão, propriamente dito, se inicia na fase de julgamento de valor ou mérito, que perpassa pela análise dos resultados obtidos pelos indicadores e do estabelecimento de parâmetros, e desagua na implementação de ações de mudanças da realidade, e por fim, pode institucionalizar métodos de monitoramento para garantir os resultados esperados (Contandriopoulos et al., 1997; Tamaki et al., 2012).

Sendo assim, faz parte do arsenal de atividades do avaliador/investigador conceber um processo avaliativo para a tomada de decisão, através da escolha de metodologias, indicadores e de parâmetros que contemple essa diversidade de pontos de vistas, através da formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões (Vieira-Da-Silva, 2005 apud Tanaka e Tamaki, 2012), tendo em conta a validade, a credibilidade e aplicabilidade dos resultados.

Os resultados da avaliação têm que responder à questão que o gestor se coloca. Eles não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões, para isso ela tem que ser pertinente, ter fundamentação teórica e credibilidade (Tanaka e Tamaki, 2012; Contandriopoulos, 2006).

Os resultados da avaliação devem sedimentar conhecimentos quanto ao julgamento de valor ou mérito e servir para descortinar caminhos para a ação e para a transformação da realidade avaliada. Por isso, é preciso “que os seus resultados permitam aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de se traduzir em ação”(Contandriopoulos, 2006).

No âmbito do sistema de saúde brasileiro, pode-se articular que o campo da avaliação ainda representa um grande desafio para a gestão da saúde, visto que há escassez de publicações nesta área. Percebe-se que a investigação avaliativa ainda é incipiente, em especial, quanto a avaliação e aos processos de monitoramento de resultados através de instrumentos que possam subsidiar a tomada de decisão, campo no qual parece haver um

fosso entre a necessidade e o volume de estudos de aplicação da avaliação, conforme pesquisa sistemática (quadro 27, anexo 4).

4.2. A teoria organizacional subjacente ao envolvimento dos agentes de decisão (*stakeholders*) na avaliação participativa

No enquadramento dos estudos de governação organizacional, deve-se seleccionar uma teoria de embasamento. Entre as diversas teorias de governação pode-se destacar: a *teoria neoclássica*; a *teoria da agência*; a *teoria dos custos de transações*, a *teoria do direito a propriedade*, dentre outras.

Há diversas teorias no contexto de governação organizacional descritas por Alves (2012), mas que fogem do escopo deste trabalho, no entanto, há outras teorias que se destacam no âmbito da gestão pública, que não se distanciam desta investigação, por exemplo: a *teoria da escolha pública* (*public choice*) e a *teoria da provedoria* (*stewardship*) (Alves, 2012).

Todas estas teorias apresentam vantagens e desvantagens sintetizadas por Alves (2012) que destaca a *teoria dos stakeholders* com diversas vantagens para a gestão dos sistemas produtivos de bens e serviços públicos. Nesta teoria a visão é ampliada e prioriza a integração dos objectivos de todos os *stakeholders* (partes interessadas) da organização que possuem algum interesse, ou direito (moral ou legal), ou propriedade, ou seja, todos aqueles que têm direitos legítimos de ser beneficiários da performance e dos resultados da organização.

Ressalte-se que pesquisadores da *teoria dos stakeholders* sustentam que o conhecimento acerca da natureza dos *stakeholders* organizacionais constitui informação relevante para a previsão do comportamento organizacional (Mellahi & Wood, 2003; Déniz-Déniz e Zárraga-Oberty, 2004).

Segundo Freeman (1984 apud Carvalho, 2007: 60), um *stakeholder* é qualquer indivíduo ou grupo de agentes que pode afetar ou ser afetado pelo alcance dos objectivos de uma organização.

Do ponto de vista teórico há pelo menos quatro principais perspectivas com diferentes abordagens da ação dos *stakeholders* nas organizações: a visão *instrumental*, *descritiva*, *normativa* e a de *responsabilidade social*, conforme Carvalho (2007).

A perspectiva *instrumental* postula que os resultados previsíveis são contingentes a um determinado tipo de comportamento (Caldeira & Faia-Correia, 2002).

[...] A perspectiva *descritiva* focaliza-se na caracterização das interações que as organizações estabelecem com os diferentes grupos de interesse (Mellahi & Wood, 2003).

[...] A perspectiva *normativa* envolve a especificação do que as organizações devem ou não fazer, de um ponto de vista ético e moral, relativamente ao tratamento dos interesses das várias partes envolvidas (dos *shareholders* e dos *stakeholders*) (Kujala, 2001).

[...] Na perspectiva de *responsabilidade social* a prioridade é proteger os diversos interesses presentes daqueles (*stakeholders*) que têm de fazer com que a organização funcione (Caldeira & Faia-Correia, 2002).

Carvalho (2007), por sua vez, destaca o papel dos gestores para a gestão da performance organizacional ao afirmar que

Os gestores emergem, eles próprios, como um *stakeholder* com responsabilidades ao nível da tomada de decisão e da negociação, cuja importância e contributo para uma gestão eficaz do comportamento e dos resultados das organizações são incontestáveis.

Assim, parece lógico, diante dos objectivos desta investigação, embasar-se na *teoria dos stakeholders*, em especial, nas suas perspectivas *instrumental* e *descritiva* destacadas pela literatura (Bryson, 2004; S. Hart & Sharma, 2004 apud Carvalho, 2007: 54) nomeadamente quanto aos grupos de *stakeholders* exercerem um impacto considerável sobre os resultados organizacionais e sobre o seu desempenho e competitividade. Assim, mantém-se alinhado no foco desta investigação que objetiva mapear a visão das partes interessadas (*stakeholders*) quanto aos desempenhos e resultados das organizações e serviços de saúde.

Dessa forma, para o escopo deste trabalho, adotou-se a perspectiva da *teoria dos stakeholders* com duas diferentes aplicações. Envolveu-se como decisores chaves (*key stakeholders*) gestores de três níveis setoriais, organizacionais e governacionais, no processo de estruturação e validação das dimensões e indicadores para mensuração da performance organizacional, além de se abordar especialistas, profissionais e usuários-utilizadores enquanto principais partes interessadas (*key stakeholders*) na análise e validação de constructos, dimensões e questões do instrumento de avaliação de qualidade percebida.

Estabelecidos os intervenientes (partes interessadas) e o enquadramento conceptual de avaliação de performance, então a identificação específica de decisores chaves (*key stakeholders*) e dos usuários-utilizadores, além dos propósitos dos decisores, pode deixar mais claro aspetos como situações de decisão, aspetos de coordenação dos intervenientes, resolução de divergências entre eles, indicação de objectivos e captação de preferências.

4.3. Estratégias mistas (qualitativa e quantitativa) de coleta de informações e construção de consensos entre decisores (stakeholders) em organizações de saúde

Este trabalho pretende, inicialmente, mapear as preferências dos decisores quanto aos diversos aspetos da avaliação e monitoramento de performance em organização de saúde, para de seguida, se apropriar destas preferências e estruturar um modelo teórico-lógico de avaliação da performance das organizações de saúde. Neste propósito inicial, deve-se fazer um trabalho de campo para o envolvimento e captação das preferências dos decisores, que passa por uma metodologia de matiz qualitativa.

A investigação qualitativa, segundo Boggan e Biklen (1994), surgiu no final do século XIX e início do século XX, atingindo o seu apogeu nas décadas de 1960 e 1970 por via de novos estudos e sua divulgação.

Utiliza-se uma metodologia qualitativa quando se procura compreender e descrever fenómenos na sua totalidade e a partir do contexto em que ocorrem, através da recolha e análise em profundidade dados de difícil mensuração (sentimentos, sensações, percepções, pensamentos, intenções, comportamentos passados, entendimento de razões, significados e motivações) de um determinado grupo de indivíduos em relação ao fenómeno em estudo. Entre eles estão sentimentos, sensações e motivações que podem explicar determinados comportamentos, apreendidos com o foco no significado que adquirem para os indivíduos. É um método indutivo que procura entender por que o indivíduo age como age ou pensa como pensa. (Denzin & Lincoln, 2006:105).

Segundo Denzin e Lincoln (2006) a investigação qualitativa pode ser conduzida em diferentes estratégias ou planos de investigação, como por exemplo: estudo de projecto; estudo de caso; etnografia; observação participante; fenomenologia; etnometodologia; teoria ancorada (*grounded theory*); método biográfico; método histórico; investigação aplicada e ação (pesquisa-ação); investigação clínica; análise assistida por computador; e análise textual.

Por sua vez, Savin-Baden & Major (2013) identificam e descrevem oito tipos de planos de investigação ou estratégias de natureza qualitativa (*Estudo de caso; Teoria ancorada ou fundamentada - grounded theory-; Etnografia ; Fenomenologia; Investigação narrativa; Investigação-ação; Avaliação de programa ou objeto; e Investigação artística*), pelo que se destaca a *Teoria ancorada ou fundamentada (grounded theory)*, que visa desenvolver teoria a partir da análise sistemática dos dados recolhidos em entrevistas

conforme as percepções dos fatos, eventos, atos e experiências dos participantes, sendo adequada para o envolvimento e captação das preferências dos decisores desta investigação

De acordo com Pardal e Lopes (2011) o método de investigação social ajusta-se ao objeto de estudo e possibilita a progressão do conhecimento sobre esse objeto.

Strauss & Corbin (1990) desenvolveram a estratégia ou plano de investigação de pesquisa qualitativa, a *Grounded Theory* (Teoria Ancorada ou Teoria Fundamentada em Dados) que pode ser considerada como uma forma de analisar dados etnográficos de matiz qualitativa. Trata-se de uma estratégia ou plano de investigação de pesquisa qualitativa sistematizada que se apoia no construtivismo social que privilegia o local (estudo a realizar) em detrimento do geral (o universal) (Strauss & Corbin, 1990). Consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir de informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente em entrevistas que buscam conhecer as percepções de indivíduos sobre suas experiências (fatos, atos, pessoas, etc)

A metodologia da *Grounded Theory* (Teoria Ancorada), selecionada para esta investigação, consiste na construção da teoria a partir de dados baseados na realidade obtidos pela captação das percepções dos participantes de entrevistas. O pesquisador forma uma versão teórica da realidade e esta formulação teórica ou teoria substantiva não é apenas usada para explicar a realidade, mas também permite obter um esquema de referência para a ação.

As questões de projetos de pesquisas que demandam uma abordagem *Grounded Theory* (Teoria Ancorada) são geralmente dos seguintes tipos: Como é o processo, conceitos e vivências experienciadas por gestores no processo de decisão em organizações de saúde? Como têm sido as experiências, na perspectiva dos gestores de topo, vivenciando o processo de governação em organização de saúde?

Definidos os critérios de inclusão e exclusão de indivíduos no estudo, seleciona-se a população a ser considerada no estudo. A inclusão das pessoas nas amostras deve considerar as similaridades das experiências na primeira fase de entrevistas, e de seguida para entrevistas de segunda fase deve-se selecionar indivíduos conforme os conceitos surgidos na primeira fase que estejam relacionados aos aspetos do objeto de pesquisa, sendo isto parte do método *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1990). O tamanho da amostra é determinado pela saturação teórica, ou seja, nos grupos selecionados encerra-se o processo de amostragem quando não mais surgir novos conceitos e temas nas entrevistas.

A *Grounded Theory* (Teoria Ancorada) é um método no qual primeiramente os dados coletados são recortados de acordo com temas, expressões ou partes do discurso. De seguida, faz-se uma categorização dos conteúdos e, por fim, procede-se uma análise de acordo com a percepção, sensibilidade e conhecimento do assunto do pesquisador.

Enquanto isso, Denzin e Lincoln (2006) descrevem os seguintes métodos de recolha de informação: entrevista, observação, artefactos, documentos e gravações, métodos visuais, métodos de experiências pessoais, métodos de gestão de dados, dentre outros, por sua vez, Pardal e Lopes (2011) identificam sete (7) técnicas de recolha de dados para investigação: observação, questionário, entrevista (estruturada, não-estruturada, semi-estruturada), escalas de atitudes e opiniões, análise de conteúdo, análise documental e, semântica diferencial.

Para o propósito desta investigação e conforme o objeto (estruturação do modelo teórico-lógico de avaliação de performance em saúde) a investigar na etapa de captação da percepção dos *stakeholders* quanto as dimensões e indicadores relevantes de performance em organizações de saúde, preferiu-se aplicar uma análise qualitativa pautada na entrevista semiestruturada com fases sucessivas de adequação incremental por grupos pilotos, conforme as percepções dos fatos, eventos, atos e experiências dos participantes, que é a base da Teoria Ancorada. Neste caso, através de uma análise descritiva qualitativa comparativa, a análise de conteúdo - especificamente em seu aspeto instrumental de categorização dos conteúdos relevantes para a posterior sistematização das relevâncias atribuídas às categorias de análises que surgiram das entrevistas qualitativas.

Assim, a fim de efetivar a captação das percepções dos agentes de decisão quanto as bases da estruturação do modelo teórico-lógico de avaliação de performance em saúde deste estudo, analisou-se um rol de possibilidades da literatura e aplicou-se cinco estratégias: a entrevista aberta para a captação qualitativa dos conhecimentos prévios em painéis de especialistas; a entrevista semiestruturada ou estruturada; os grupos focais ou grupos de especialistas; a técnica de grupo nominal (TGN) e a técnica *Delphi*, caracterizadas a seguir:

4.3.1. A entrevista semiestruturada ou estruturada

Com intuito de caracterizar as entrevistas realizadas como semiestruturadas, as mesmas podem se basear em questionamentos, perguntas norteadoras, e reflexões em teorias formuladas antes e durante o processo de investigação. Afirma Minayo et al. (2010) que é importante a elaboração de um roteiro na entrevista semiestruturada, o qual deve desdobrar

os indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas.

Na fase final de aplicação as entrevistas estruturadas foram elaboradas mediante questionário totalmente estruturado, sendo as perguntas previamente formuladas, com cautela de não fugir a elas. O principal motivo deste cuidado é a possibilidade de se comparar o mesmo conjunto de perguntas e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferença nas perguntas (Lakatos & Marconi, 2007).

A utilização de questionário possibilita algumas vantagens, como: nem sempre é necessária a presença do pesquisador para que o informante responda as questões. Além disso, o instrumento a ser aplicado consegue atingir várias pessoas ao mesmo tempo obtendo um grande número de dados, podendo abranger uma área geográfica mais ampla se for o objectivo da pesquisa. Garantindo ainda uma maior liberdade das respostas em razão do anonimato, evitando vieses do entrevistador. Geralmente, através do questionário, obtêm-se respostas rápidas e precisas.

Na presente investigação inicialmente construiu-se modelos semiestruturados desenvolvidos a partir da análise da literatura e ponderação de ideias, conceitos e constructos norteadores formulados antes e durante o processo de investigação, devidamente registrados nos apêndices 4 a 8, em fases sucessivas de adequação por grupos de especialistas e informantes selecionados. Cada entrevistado tinha a possibilidade de ponderar os itens propostos no questionário semiestruturado consolidado pelo grupo na fase anterior, além da condição de propor a agregação de novos itens. No caso de agregação de itens relevantes por algum dos entrevistados outra versão do instrumento semiestruturado foi proposto e aplicado nas fases posteriores.

4.3.2. Os grupos focais ou grupos de especialistas

Os grupos focais são grupos de discussão que dialogam acerca de um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate, permitindo, pois, que o processo de interação grupal se desenvolva, o que favorece trocas, descobertas, e a formação de ideias novas e originais (Ressel et al., 2008).

Para a realização dos grupos focais, foram previstos os seguintes momentos, conforme estabelece Dall'Agnol e Trench (1999) abertura da sessão; 2) apresentação dos

participantes entre si; 3) esclarecimento sobre a dinâmica de discussões; 4) estabelecimento do setting (contrato ético da pesquisa); 5) debate; 6) síntese; 7) encerramento da sessão.

Cabe ainda destacar que cada grupo possuía uma equipe composta por um coordenador e/ou observador. Consoante Dall’Agnol e Trench (1999), aqueles desempenham papéis específicos na condução de uma dinâmica grupal, devendo pensar juntos e intercambiar impressões sobre o desenvolvimento grupal e os fatos mais relevantes de cada encontro grupal, realizam, assim, momentos distintos de trabalho como o pré-grupo, o grupo propriamente dito e o pós-grupo.

4.3.3. A técnica de grupo nominal (TGN)

A TGN trata-se de um instrumento de pesquisa qualitativa grupal, também chamada de Painel de Especialistas (Furtado e Onocko-Campos, 2005; Onocko-Campos e Furtado, 2011), que reúne grupos de indivíduos, sem priorizar o debate entre eles. Visa aumentar a produtividade do grupo, facilitar a decisão grupal, estimular a geração de ideias críticas e servir como instrumento de agrupamento dessas ideias (Cassiani & Rodrigues, 1996). A TGN permite reunir especialistas em um assunto para selecionar ideias, fazer julgamentos de opções e fomentar a criatividade de sugestões para a resolução de problemas e/ou priorizar alternativas. Além disto permite a geração de ideias coletivas pelo incentivo à participação, interação entre os diversos saberes do grupo de especialistas, em busca da geração de consensos.

Na 1ª. etapa de aplicação do método TGN pode-se reunir um grupo de 9 a 12 especialistas em determinado assunto, explicando de forma global o assunto que se pretende pesquisar e obter a opinião do grupo de especialistas. Após uma análise genérica do assunto, o grupo deve contribuir de forma individualizada com uma ideia (que julgue ser mais importante ou relevante). O facilitador que está à frente do grupo registra todas as sugestões que parecem ser semelhantes, de forma agrupada, em lugar de fácil visualização para o grupo (por exemplo, lousa ou *datashow*). Se necessário, ele conduz um debate grupal, somente para esclarecer o significado de cada ideia e os agrupamentos sugeridos pelo grupo, sem nenhum juízo de valor inicial.

Na etapa seguinte, executa-se a 1ª. rodada de análise em grupo. Solicita-se a todos os indivíduos do grupo que emitam pesos (importância ou relevância) para cada uma das ideias apresentadas e registrada de forma agrupada, que são ponderadas isoladamente por

cada participante do grupo, para posterior tabulação e apresentação ao grupo na forma de uma classificação (*ranking*) destas ideias.

Na etapa final, executa-se a 2ª. rodada de análise em grupo, apresenta-se a classificação geral (*ranking global*) das ideias que deve ser discutida pelo grupo genericamente, e em seguida, geradas novas ponderações individuais. Uma nova classificação geral (*ranking global*) definitiva é formada pela tabulação das ideias que é apresentado ao grupo como consenso grupal (Jones & Hunter, 1995).

4.3.4. A técnica *Delphi*

Utiliza-se a técnica *Delphi* para a construção de consenso, no âmbito da pesquisa qualitativa grupal. A técnica *Delphi* tem como objectivo a busca de opiniões coletivas qualificadas (R. T. O. Campos & Furtado, 2011), consensos de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de eventos futuros, sendo os consensos entendidos como a consolidação do julgamento intuitivo do grupo de especialistas (Wright & Giovinazzo, 2000).

A operação da Técnica Delphi inicia-se pela construção de um questionário (para cada uma das questões deve existir uma síntese bem elaborada das principais informações sobre o assunto) que circula repetidas vezes por um grupo de especialistas no assunto em análise, escolhidos previamente e, sem que haja encontros pessoais entre os mesmos. Neste primeiro questionário as respostas requeridas são quantitativas (notas, conceitos, ponderações), com espaços para possíveis justificativas (1ª. rodada).

Após a coleta dos dados estrutura-se um segundo questionário tabulando as respostas com os resultados obtidos (estatística simples e intuitiva), associando todas as argumentações de cada questão da primeira rodada, mas mantendo o anonimato dos respondentes. Na 2ª. rodada os participantes são motivados a analisar os dados tabulados e justificativas, construindo novas respostas quantitativas e justificativas conforme os resultados da rodada anterior. Este processo é repetido até que as respostas obtidas em uma rodada possam ser consideradas como o consenso do grupo (Wright & Giovinazzo, 2000).

Há relatos de uso da técnica *Delphi* pela internet, em todas as etapas, mantendo o mesmo percurso metodológico, com resultados positivos (Giovinazzo & Fischmann, 2001). Atualmente o método tem sido ampliado, inclusive para estratégias e métodos para a tomada e decisão. As bases do método são: o anonimato dos respondentes, a apresentação dos dados

tabelas e de estatísticas simples, e o *feedback* das respostas para o grupo executar a reavaliação em rodadas subsequentes e, assim rever suas ponderações às questões e emitir novo posicionamento (notas, conceitos, ponderações).

Na presente pesquisa, será aplicada a técnica *Delphi* para a construção de consenso de opiniões coletivas qualificadas, na fase de validação de questionários de itens de avaliação de performance e dos itens da escala de qualidade percebida, junto à gestores, profissionais e decisores do SUS através de grupos focais sucessivos.

Após a aplicação destas técnicas, na fase final de valiação dos painéis de indicadores, usou-se da ferramenta pública e gratuita utilizada no âmbito do SUS (FormSUS), enquanto plataforma de internet para a coleta das opiniões (percepções) dos decisores da amostra selecionada.

4.4. Síntese teórico-conceitual da investigação

Antes de avançar para descrever a metodologia utilizada nesta investigação, sintetizou-se a teoria, no quadro 5, onde se identificam três grandes dimensões do arcabouço teórico-conceitual (*framework*) do estudo: Macro e Inter-Organizacional, Intra-organizacional e Individual, subdivididas em dimensões de análise, sendo a base teórico-conceitual desta investigação, apresentada nos tópicos 2, 3 e 4 (teoria da avaliação, bases da medição de performance e fundamentos e estratégias de envolvimento dos decisores).

Nível	Dimensões de Análise	Autores
MACRO E INTER-ORGANIZACIONAIS	Ambientes geral e setorial: marco regulatório; lei orgânica do SUS; ambiente político; princípios doutrinários e organizativos do SUS; arranjo organizacional do SNS-SUS; elevação de gastos da saúde.	(Brasil, 1986b) (Brasil, 1986a, 1988); (Brasil, 1988); (Brasil, 1990a); Mendes (2011); Santos-Filho (2007); (Brasil, 1990b); (Brasil, 2011c); (Brasil, 2015a); (OECD, 2013); (OECD, 2015a); (Schramm et al., 2004); (Frasão, 2017).
	Ambiente institucional: três níveis de governança organizacional federal, estadual e municipal; comando único em cada nível de gestão; participação efetiva da sociedade na governação da saúde; financiamento tripartite (união, estados e municípios) definido em leis federais; arranjo organizacional com inter-relações do subsistema	(Brasil, 2011c); (Brasil, 2011c, 2011f); (Brasil, 2015c); (Brasil, 2015a).

Nível	Dimensões de Análise	Autores
	público (SUS) e do subsistema suplementar e privado (operadoras de saúde) do Brasil.	
INTRA-ORGANIZACIONAIS	Factores contingenciais: PlaneaSUS, Plano de Saúde (PS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG); instrumentos de controle e avaliação; sistema nacional de informação (SIS) do SUS; sete modelos de gestão de unidades de saúde e hospitais distribuídos em administração pública direta e indireta (autarquias).	(Brasil, 2006c); (Brasil, 2006d); (Brasil, 2006e, 2013c); (Brasil, 2013c); (Brasil, 2015d); (Brasil, 2011a); (Brasil, 2012a); (Brasil, 2015e); (Brasil, 2015f);
	Orientação estratégica para inovação: Modelo seminiais de avaliação em saúde: relatório Flexner (1910), relatório Codman (1916) e Donabedian: estrutura, processo e resultados; origens do campo da avaliação: a prestação de contas (accountability) e o controle dos programas; estratégia de gestão baseada em resultados - results-based management (RBM); gestão de resultados focada nos usuários-utilizadores; mudança do foco das atividades ou “produtos” (outputs) para os resultados (outcomes).	(Barreto, 2016); Alkin (2004 apud Samico et al., 2010); (UNDP, 2009) Avendis Donabedian (1980a); Flexner (1910); Dos Reis et al. (1990); (Alves, 2012: 2, 3); (Porterfield, 1976); Perez Arias (1983, apud Dos Reis et al., 1990: 51); Donabedian (1980a); Silva formigli (1994 apud Matus, 1997); Fletcher et al. (1993); (Minayo et al., 2010); (Lakatos & Marconi, 2007); (Ressel et al., 2008); Dall’Agnol e Trench (1999); (Furtado e Onocko-Campos, 2005; Onocko-Campos e Furtado, 2011); (Cassiani & Rodrigues, 1996); (Jones & Hunter, 1995); (R. T. O. Campos & Furtado, 2011); (Wright & Giovinazzo, 2000); (Giovinazzo & Fischmann, 2001); Gil (2010); (Austen, 2012); Samico et al. (2010); (Worthen et al., 2004); Hartz e Vieira-da-Silva (2005); Patton (1997); Morra-Imas e Rist (2009); (Kettl, 1996; Almeida, 1999 apud F Viacava et al., 2004: 712).
	Configuração estrutural: modelo teórico-lógico de avaliação; multidimensões e modelos de avaliação; crescente interesse no campo de avaliação de sistemas de saúde; predomínio de estudos teórico-conceituais; delimitação do campo da avaliação de performance; definição do constructo eficácia organizacional; eficácia enquanto capacidade de gerar o efeito esperado ou atingir o objectivo; eficiência enquanto optimização meios e recursos da organização em termos de produção de resultados; efetividade enquanto qualidade-satisfação percebida; abordagens unidimensionais da eficácia; racional dos objectivos ou modelos de objectivos, sistêmica e de aquisição de	Hartz e Vieira-da-Silva (2005); Bunge (1974); (Medina et al., 2005); (McLaughlin & Jordan, 1999; Rowan, 2000). Chen (1990); Samico et al. (2010); Gattinara et al. (1995); Vuori (1991; também citado por Acurcio et al., 1991; Akerman & Nadanovsky, 1992; Santos, 1995); Brook & Lohr (1985 apud Dos Reis et al., 1990: 54-55); (Barzelay, 1997; Boland & Fowler, 2000; Stevens et al., 2006); Chianca e Youker (2004); Bosi e Mercado (2006); (Fals Borda & Mora-Osejo, 2004) Carvalho (2007); Uchimura e Bosi (2002); (Brasil, 2003a); (Alkin & Christie, 2004 apud R. T. O. Campos & Furtado, 2011); (OECD, 2002; World Bank, 2009); (WHO, 2000b); (Braveman et al., 2001; V. Navarro, 2000; Williams, 2001); (Almeida et al, 2001); Carvalho e Gomes (2000); Carvalho (2007); (Rerimann, 1982; Brunet et al., 1991 Morin et al., 1994; Rogers e Wright, 1998; Savoie e Morin, 2001); Navarro e Quijano (2006); Etzioni (1975); Brunet (1991 apud Carvalho, 2007: 151); Katz e Khan (1977 apud Carvalho, 2007: 149); (Morin et al., 1994); Santos (1995); (Navarro & Quijano, 2006 apud Carvalho, 2007: 166); (K. Cameron, 1981 apud Carvalho 2007: 169); (Cameron 1981 apud Carvalho, 2007: 170); Glunk e Wilderom (1999 apud Carvalho, 2007: 153); (Buono, 2005; Conlon et al., 2004; Driscoll & Starik, 2004; Lawton et al., 2000; Trieschemann et al., 2000); Hirsch e Lewin (1999); Glunk e Wilderom (1999); Ramalho (2005); Glunk e Wilderom (1999 apud Carvalho, 2007: 152-153); Glunk e Wilderom (1999 apud Carvalho, 2007: 153); (Brunet et al., 1991 apud Carvalho, 2007: 164); Cameron (1980 apud Carvalho, 2007: 165); (J. Navarro & Quijano, 2006 apud

Nível	Dimensões de Análise	Autores
	recursos e a de processos internos; constructo multidimensional organizational performance ou desempenho organizacional;	Carvalho, 2007: 166); (K. Cameron, 1981 apud Carvalho, 2007: 169); (K. Cameron, 1981 apud Carvalho, 2007: 170); (Carvalho, 2007); (Suchman, 1995 apud Carvalho, 2007: 172); (Mitchell et al., 1997 apud Carvalho, 2007: 172); Navarro e Quijano (2006); (J. Navarro & Quijano, 2006 apud Carvalho, 2007); (K. Cameron, 1981 apud Carvalho, 2007); Kaplan e Norton (1992); Savoie e Beaudin (1994); Morin et al. (1994 apud Carvalho, 2007: 180).
	Enquadramento teórico-conceitual (framework) (avaliação de performance): o escopo do campo de avaliação em saúde; avaliação da eficiência em organizações de saúde; ajustamento pelo risco e índices de casemix ou Diagnosis Related Groups (DRG); modelos estruturados de avaliação de performance dos serviços de saúde; World Health Report 2000; projetos mundiais QIP e AHRQ (EUA), EFQM (Europa) e PATH (OMS).	(Hutubessy, 2003: 24); Farrel (1957); Banker, Charnes e Cooper (1984); Coelli, Rao e Battese (1999 apud La Forgia & Couttolenc, 2009: 128); (Cooper, Seiford, & Tone, 2002 apud La Forgia & Couttolenc, 2009: 128); Amado e Dyson (2008); Amado e Santos (2009: 44); Podinovski (2004); La Forgia e Couttolenc (2009); (Brasil, 2013a); Shaughnessy e Hittle (2002); Iezzoni (2003); Bonilla e Rubio (2000); (IHPS, 2005); Iezzoni (1997 apud Costa & Lopes, 2011: 9); (Fetter et al., 1980); (Lichtig, 1986); Sheldon (1998 apud Da Silva et al., 2008: 50); (Campbell et al., 2000); (Campbell et al., 2000: 1621-22); (McGlynn, 1997; Stott et al., 1997); (Arah et al., 2006); (Donabedian, 1980c; H. V. Vuori, 1982); (Donabedian, 1980c) Silva & Formigli (1994); (Freeborn & Greenlick, 1973); (F. E. Campos, 1988); OMS (1970); (Ferrara et al., 1976); (Lane & Kelman, 1975); (Rodrigues & Torres, 1982; Rundall, 1992); (Doll, 1974); (OTA, 1978; Vuori, 1982; Cavallo et al., 1988; Donabedian 1990); (OTA, 1978; Chavez, 1981; Vuori 1982; Brook & Lohp 1985; Donabedian, 1990); (De Geyndt, 1970); (Rundall, 1992; Silva & Formigli, 1994: 82); Kazandjian (2003); (Donabedian, 1980b, 1988); (Kettl, 1996; Almeida, 1999 apud F Viacava et al., 2004: 712); (FIOCRUZ, 2012; Veillard et al., 2005; F Viacava et al., 2004); (WHO, 2000a); (McKee & Healy, 2002); (Veillard et al., 2005); (Veillard, 2012); Escorel et al. (2007); (Barzelay, 1997; Boland & Fowler, 2000); (Stevens et al., 2006); Boland e Fowler (2000); Sheldon (1998 apud Da Silva et al., 2008: 50); (Brook & McGlynn, 1991); (OTA, 1988); Murray & Frenk (2000b); (Aday, 1993; AHCP, 1999; Hoffmeyer & Kluwer, 1994; C. W. Hsiao, 1995; Knowles et al.; OECD; OECD; Organization, 1999); (Frenk; Kutzin; Londono & Frenk, 1997; Murray & Frenk, 2000b: 12); (Monteiro, 2008; La Forgia e Couttolenc, 2009) Kazandjian (1999; 2003); (EFQM, 1999); (Donabedian, 1980d), (Walburg et al., 2000: 192-93); (W. L. Hart & Bogan, 1992; "Malcolm Balridge National Quality Award, 1999 Criteria for Performance Excellence," 1999); (Gennip, 1998); (J. Commission, 1998); (Moeller, 2001: 45-46), Valejo et al. (2006: 327-28); (WHO, 2000b); (Arcelay et al., 1999; Holland & Fennell, 2000; Jackson, 1999; Klazinga, 2000; Mira et al., 1998; Moeller, 2001; Simón et al., 2001); (WHO, 2003); (Braveman et al., 2001; V. Navarro, 2000; Williams, 2001); (Almeida et al, 2001); Hurst e Hughes (2001 apud F Viacava et al., 2004: 715-716); (Cozzens, 1995; Hurst & Hughes, 2001; AIHW, 2000; NHPC, 2002; CIHI, 2001; Hurst, 2002; OR, 2002; Smee, 2002; Wolfson e Alvarez, 2002); (Chang et al., 2002); (NHS, 2002); (Fund, 1998); (McLoughlin et al., 2001); (Campbell et al., 2000); (A. Commission,

Nível	Dimensões de Análise	Autores
		<p>2000); (Health, 2001, 2002); (CIHI, 1999, 2000); (Committee, 2001); (Medicine, 2001); (Services, 2000); (Medicine, 2001); (Reilly et al., 2002); (Murray & Frenk, 2000a); (OECD, 2001); Arah et al. (2003); (Hurst, 2000, 2002; OECD, 2001); (Arah et al., 2006; Mattke, 2004; Mattke et al., 2006; Mattke et al., 2004); (Greenfield, Nicolucci, & Mattke; Greenfield et al., 2004; Hermann & Mattke, 2004b; Lambie & Mattke, 2004; Marshall, Leatherman, & Mattke; Marshall et al., 2004; Millar & Mattke, 2004); (Development, 2001; Unit, 2001); Vallejo et al. (2006); (Arcelay et al., 1999; Holland & Fennell, 2000; Jackson, 1999; Klazinga, 2000; Mira et al., 1998; Moeller, 2001; Simón et al., 2001); (Nabitz & Walburg, 2000); (Jackson & Bircher, 2002); (Nabitz & Klazinga, 1999); (Moeller et al., 2000; Simón et al., 2001; Stewart, 2003); (Arcelay et al., 1999; Moeller et al., 2000; Moeller & Sonntag, 1998); (Moeller, 2001; Walburg et al., 2000); (Geraedts et al., 2001; Jackson, 1999; Pitt, 1999; Stewart, 2003); (Mira et al., 1998); (Mira et al., 1998; Stewart, 2003); (Rodríguez & Ferrándiz-Santos, 2004); (Holland & Fennell, 2000; Lorenzo et al., 2001; Nabitz & Walburg, 2000; Vitoria-Gasteiz, 2000); (Brandt et al., 2005); ("Identification of a Set of Key Quality Indicators in the Hospital Setting Using the European Excellence Model ", 2001); (Veillard et al., 2005); (K. S. Cameron & Whetten, 1983; Sicotte et al., 1998); (V. Kazandjian, 2003; Roski & Gregory). (Ibrahim, 2001); Groene et al. (2008a); Groene et al. (2008b); Papanicolas & Smith (2010); Hsiao & Sidat (2008).</p>
	<p>Enquadramento teórico-conceitual (framework) (avaliação de qualidade): modelos estruturados de avaliação de qualidade e serviços de saúde; satisfação do usuário multifacetada, de aferição complexa por aspetos da intangibilidade; principais teorias da satisfação ou insatisfação de clientes; diagrama de preditores e antecedentes da satisfação; Modelo "gap model" de mensuração de satisfação; escala Service Quality – SERVQUAL; escala SERVPERF; escala SERVPERVAL; Instrumento de Avaliação de Qualidade Hospitalar (IAQH).</p>	<p>(M. Esperidião & Trad, 2005; M. A. Esperidião, 2009); (Aharony & Strasser, 1993 apud Esperidião e Trad, 2005: 304); Vinagre (2008); (Parasuraman et al., 1991b) (Grönroos, 1990); Grönroos (1978, 1982, 1988); Grönroos (2003); Oliver e DeSarbo (1988); (Szymanski & Henard, 2001); Oliver (1980); (Berry et al., 1994; Cronin & Taylor, 1992; Parasuraman et al., 1991a) (Chahal & Kumari, 2011, 2012; Cronin & Taylor, 1992; J. J. Ferreira et al., 2012; P. L. Ferreira, 1993; Pedro et al., 2010). Oliver (1980); Gummesson (1977); Surprenant e Solomon (1987); Bitner (1992 apud Vinagre 2008); Giese e Cote (2000 apud Vinagre, 2008); (Bitner et al., 1994); (p.ex. Churchill & Surprenant, 1982; Oliver, 1980; Oliver & Desarbo, 1988); Oliver (1997); (Oliver & Desarbo, 1988). (Bearden & Teel, 1983; Oliver & Linda, 1981; Swan & Trawick, 1981); (Oliver, 1981b; Oliver & Desarbo, 1988); (Oliver, 1980, 1981a, 1981b; Tse & Wilton, 1988; Yi, 1990); Szymanski e Henard (2001); Szymanski e Henard (2001, apud Vinagre, 2008: 26); (p.ex. Tse & Wilton, 1988; Zeithaml et al., 1993); (Kopalle & Lehmann, 2001; Mittal et al., 1998); Cronin e Taylor (1992); (Parasuraman et al., 1985a, 1991a); Parasuraman et al. (1985a); (Parasuraman et al., 1988, 1991b); (Parasuraman et al., 1988, 1991a); Lemke (2005); Atkinson (1988); Bentler e Chou (1987); Green et al. (1997); (Marôco, 2014); (E. Babakus & G. Mangold, 1992); (Chahal & Kumari, 2011, 2012); (P. L. Ferreira, 1993; P. L. Ferreira et al., 2001; P. L. Ferreira & Mendes, 1997; P. L. Ferreira & Raposo, 2006; P. L. Ferreira et al., 2017; Pedro et al., 2010); (Berry et al., 1994; Parasuraman et al., 1991a); (Dillon, 1997); (Fontnote et al., 2007); Hanson (1992).</p>
	<p>Interações internas e externas: envolvimento de decisores-chaves (key stakeholders); avaliação participativa e construtivista – ontologia idealista; priorização dos objectivos e instrumentos</p>	<p>Guba e Lincoln (2011); (Yin, 2009 apud Minayo et al., 2010); Deslandes e Gomes (2004); (Becker, 1993; Minayo, 2006; Triviños, 1987; Yin, 2001); (Strauss & Corbin, 1990); Sampieri et al. (2006); Alves (2012); (Scriven, 1991; Rossi; Freeman, 2004; Patton, 1997); Patton (1997); (Paim & Teixeira, 2006); (Worthen et al., 2004 apud Campos e Furtado, 2011); (Tanaka & Melo, 2008); (WHO, 1981); (Ovretveit, 1998); Conrandriopoulos et al.(1997); (Champagne et</p>

Nível	Dimensões de Análise	Autores
	desenvolvidos pelos seus futuros usuários-utilizadores; julgamento e atribuição de valor; utilização e aplicação dos resultados da avaliação para decisão; seleção de critérios, indicadores e padrões; avaliar os serviços de saúde para garantir a qualidade do atendimento à população; teoria dos stakeholders e a previsão do comportamento organizacional; perspectivas descritiva e instrumental da teoria dos stakeholders.	al., 2009 apud Samico et al., 2010); Tanaka e Tamaki (2012a); Carvalho e Gomes (2000, 2002); Carvalho (2007); Carvalho (2007) (Lourença et al., 2004); Tanaka e Tamaki (2012b); (Contandriopoulos et al., 1997 apud Tanaka e Tamaki, 2012) Contandriopoulos (2006); (Green & Kreuter, 1999; Rootman et al., 2004 apud Campos e Furtado, 2011); Fernandes, et al.(2011); Campos e Furtado (2011); (Vieira-Da-Silva, 2005; Tanaka & Tamaki, 2012); Escorel et al.(2007); (1984 apud Carvalho, 2007: 60); Novaes (2000); (Mellahi & Wood, 2003; Déniz-Déniz & Zárraga-Oberty, 2004); Freeman (1984 apud Carvalho, 2007: 60); (Caldeira & Faia-Correia, 2002); (Kujala, 2001); Carvalho (2007); (Bryson, 2004; S. Hart & Sharma, 2004 apud Carvalho, 2007); Boggan e Biklen (1994); (Denzin & Lincoln, 2006); Savin-Baden & Major (2013); Pardal e Lopes (2011); (2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)(2012: 13-14)
	Agentes e abordagens de mudança internas: modelos operacionais multidimensionais de eficácia organizacional: Balanced Scorecard (BSC); modelo multidimensional, subjetivo pelo juízo de valor e validação dos stakeholders; modelo Interativo de Eficácia Organizacional etc;	Kaplan e Norton (1992), Morin et al.(1994 apud Carvalho, 2007: 180); Carvalho (2007); Morin, Savoie e Beaudin (1994).
INDIVIDUAIS	Iniciativas e aplicações no âmbito do SNS-Brasil: projetos brasileiros de avaliação de desempenho em saúde (PROADESS, PNASH, PNASS, PMAQ e as matrizes de indicadores IDB-Ripsa e IDSUS); projeto DRG-Brasil; pesquisa de satisfação de pacientes no Brasil; estudo da escala SERVQUAL em hospitais e unidades de saúde do Brasil; programa choque de gestão em MG-Brasil; evolução dos sistemas de informações em saúde do DATASUS; Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS); programa QUALISS; Programa PM-QUALISS (ANS).	(F Viacava et al., 2004; Francisco Viacava et al., 2012); (AIHW, 2008; CIHI, 2000, 2001; Health, 2001; NHS, 1999; US/DHHS, 2000 apud Viacava et al., 2004: 116-153); (Brasil, 2003b); (Brasil, 2004; La Forgia & Couttolenc, 2009: 8; Monteiro, 2008); (Brasil, 2015e); (FIOCRUZ, 2011, 2012), (Brasil, 2011b); (Brasil, 2003a); Veras e Martins (1994 apud La Forgia & Couttolenc, 2009: 135); (Brasil, 2013a); (Brasil, 2017a, 2017d); (R. C Couto, 2014; Serufo-Filho, 2014); (CFM, 2014, 2015, 2018) (CNI, 2012, 2018); (Brasil, 2003a); (Brasil, 2009b); (Albuquerque, 2012; Rosalem, 2013); (Borges et al., 2006; Cruz & Melleiro, 2007; Hercos & Berezovsky, 2004); (Guimarães & Tavares-De-Almeida, 2006); Dudziak (2001); (Brasil, 2015f); (Pinto, 2010b); Veras e Martins (1994 apud La Forgia e Couttolenc, 2009: 135); Travassos et al (1999); Da Silva et al. (2008); (Brasil, 2015e); (Brasil, 2004; Monteiro, 2008); (FIOCRUZ, 2003); (Brasil, 2002a); (Brasil, 2010b); (F Viacava et al., 2004; Francisco Viacava et al., 2012); (Gouveia et al., 2009); (Brasil, 2005); Batista e Paiva (2014); (Brasil, 2010c); (Brasil, 2014); (Brasil, 2017c); Gastal et al. (2005 apud La Forgia e Couttolenc, 2009, p. 339); Boccolini et. al. (2016); Volpato (2014); (Albuquerque, 2012; Da Silva, 2014; Rosalem, 2013); Albuquerque (2012); (Barbosa & Neto, 2017; Clavier et al., 2011; Hartz & John, 2008); (Barbosa & Neto, 2017; CIHR, 2004; WHO, 2006); (Vinagre, 2008); (M. Esperidião & Trad, 2005; M. A. Esperidião, 2009); (Brasil, 1994), (Brasil, 2004; 2009a); Marin (2010 apud Brasil, 2015f); (Brasil, 2009a, 2015f); (Brasil, 2009a); (Brasil, 1998); (Brasil, 2011d); (Brasil, 2015f); (Brasil, 2004, 2009a, 2015f); (Brasil, 2009a, 2015f; De Moraes, 2014; J. C. Noronha, 2001); (De Moraes, 2014); Noronha (2001); Escrivão (2004); Felix et al. (2012); Macente & Zandonade (2010); Pinto (2010a); Camacho e Leal (2006); (Brasil, 2009a: 59); (Brasil, 2009a: 61); Rocha (2017);

Nível	Dimensões de Análise	Autores
		(Brasil, 2009a, 2015b; De Moraes, 2014); (Monteiro, 2008; La Forgia e Couttolenc, 2009); (Brasil, 1996, 1997, 2000); (Brasil, 2002b: 13-14); (Brasil, 2002a: 22-45; 2008a:23-53); (RIPSA, 2007); Lima (2016: 64-71); (J. G. Lima, 2016: 227-244); (Brasil, 2011e); (Brasil, 2013b); (Brasil, 2010b); (Brasil, 2016d, 2016e); (Brasil, 2016b, 2016c); Gonçalo (2010); (APM/CREMESP, 1998); (Malik & Schiesari, 1998); Rotta (2004:31-32); (Associação & Medicina, 1998); (FHEMIG, 2009; Ramos & De Oliveira, 2010); (Minas, 2010a); (Marques et al., 2010); (H. d. O. Lima et al., 2010);(Minas, 2012); (Minas, 2010a); (Junior, 2013).

Quadro 5 - Síntese integrativa das teorias da avaliação em saúde e bases conceituais do estudo

PARTE II – EMPÍRICA

5. METODOLOGIA DO ESTUDO

Em linhas gerais, esta investigação estruturou um enquadramento conceptual (*framework*) alinhado com a perceção dos principais agentes de decisão (*key stakeholders*) voltado à gestão de hospitais e unidades de saúde do SUS. Estruturou questionários semiestruturados para capturar os pontos de vistas dos principais interessados e intervenientes na avaliação da performance do sistema de saúde. Procedeu a adequação e validação de um instrumento para a mensuração da qualidade percebida. Propôs métodos e instrumentos de análise e apoio à decisão disponíveis com adequação à realidade e utilidade percebida pelos decisores chaves e usuários, potenciais utilizadores e/ou clientes, do painel de indicadores e do instrumento de avaliação da qualidade percebida. Por fim, aplicou o processo de validação dos indicadores, provas de valor e usabilidade do *proxy* de painel de indicadores, a fim de envolver assegurar a usabilidade do instrumento final, pelos decisores chaves (*decision making*), além de ter aplicado a escala de qualidade/satisfação em uma amostra de usuários do SUS.

A natureza global da metodologia do presente estudo situou-se no campo da *Design Research* visto que se estudou um artefacto existente (a perceção sobre a gestão de organizações e serviços de saúde, estruturados e em funcionamento) e propôs-se uma solução de melhoria para o sistema através da concepção de uma metodologia de intervenção, enquanto instrumento gerencial da performance da organização ou serviço de saúde.

Os processos metodológicos deste estudo, por sua complexidade e multidimensionalidade, envolveram diferentes prismas. O estudo tratou-se de uma *pesquisa avaliativa*. Esse tipo de estudo corresponde ao julgamento das práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planeada, tais como políticas, programas e serviços de saúde (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005).

A natureza da pesquisa caracterizou-se por uma metodologia avaliativa do tipo *observacional* (controle de possíveis influências intencionais no objeto pesquisado), *transversal*, com abordagem por método misto (qualitativo e quantitativo) de avaliação durante a etapa de validação metodológica e instrumental por decisores chaves da amostra (gestores, profissionais e usuários da saúde).

A parte *qualitativa e descritiva*, do tipo *exploratória e retrospectiva*, aplicou-se na revisão da literatura para caracterizar o problema com riquezas de detalhes, pelo estudo do estado da arte e do enquadramento metodológico da avaliação aplicada à tomada de decisão em saúde.

A investigação apoiou-se em *estudo de casos múltiplos* (Yin, 2009 apud Minayo et al., 2010). Saliente-se que para Deslandes e Gomes (2004), o estudo de caso é um dos desenhos mais utilizados na pesquisa desenvolvida na avaliação dos serviços de saúde, traduzindo de forma emblemática a lógica científica desta abordagem. Assim, em espaços e tempos determinados, os estudos de casos investigam um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real (Becker, 1993; Minayo, 2006; Triviños, 1987; Yin, 2001).

A metodologia aplicada ao propósito inicial foi uma *revisão integrativa bibliográfica* (anexos 1 e 2), através de uma pesquisa descritiva e exploratória em artigos e obras publicadas quanto ao percurso da estruturação da rede hospitalar do Brasil e, ainda ao quanto aos modelos de avaliação de destaque em sistema de saúde que tivesse similaridades de enquadramento teórico-conceitual com o SUS, além de ter investigado as metodologias e os sistemas de medição e monitoramento de resultados em hospitais como forma de subsidio às proposições iniciais para os painéis de especialistas quanto às metodologias de aferição de performance de organizações de saúde incorporadas neste trabalho, na medida do possível.

No segundo propósito, ainda por revisão sistemática integrativa da bibliografia, *descritiva e exploratória*, caracterizou-se de forma pragmática os sistemas de informações da saúde públicos e/ou publicizados disponíveis no Brasil, bem como, as experiências de construção de indicadores de organizações de saúde no contexto brasileiro, públicos e privados (anexos 5 e 6), além de quadros teórico-conceitual (*framework*) de outros países, em especial, quanto às suas possíveis limitações e potencialidades.

Na parte empírica, para a validação das metodologias e instrumentos propostos, utilizou-se uma metodologia avaliativa de painel de especialista (*técnica Delphi*), através da participação dos principais decisores da saúde, em especial, dos agentes das instâncias decisórias superiores de gestão estratégica e de departamentos de organizações e de serviços de saúde e, procedeu-se as provas do instrumento construído para a aferição de adequação do modelo proposto pela consultas sucessivas aos diferentes grupos de decisores chaves selecionados.

O tipo de amostragem adotado foi o de *acessibilidade*, que de acordo com Gil (2010), o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Dadas as dificuldades operacionais do processo de amostragem probabilística para escolha indivíduos desta investigação, optou-se pelo levantamento (inquérito ou *survey*) de uma amostra não probabilística, por conveniência ou intencional, obtida pelo critério de acessibilidade. No caso da amostragem de usuários para aplicação de campo de instrumentos de mensuração da qualidade percebida, buscou-se uma amostra equilibrada ao selecionar em torno de 25 a 30 usuários-utilizadores em cada unidade avaliada, porém, sem controle de outras variáveis como gênero, faixa etária, escolaridade etc.

Por fim, utilizou-se a metodologia quantitativa através de recursos da estatística descritiva, correlação quantílica e análise factorial para mensurar os resultados obtidos e validar (ou refutar) as hipóteses iniciais propostas do estudo.

5.1. O processo de recolha de dados

A investigação apoiou-se em estudo de casos múltiplos selecionados por conveniência e disponibilidade de participação durante a aplicação dos instrumentos para a sua validação (ciclo 1 – agregação de todas as fases de uma das etapas do estudo voltadas para a estruturação e validação dos instrumentos) e para a pesquisa de dados de campo (ciclo 2 – agregação de todas as fases de uma das etapas do estudo voltadas para estudos de dados de campo), porém, com amostragem de usuários do tipo estratificado proporcional, na aplicação de campo da escala de qualidade percebida (ciclo 2) na mensuração da satisfação da rede de saúde.

Na etapa inicial da fase empírica da investigação, aplicou-se entrevistas qualitativas para a prospeção de informações quanto aos conhecimentos tácitos procedentes dos agentes chaves envolvidos nos painéis de especialistas e nos grupos pilotos iniciais para sistematizar estas informações em uma visão global por categorias analíticas de conhecimentos prévios (no estudo 1, macrodomínios e domínios de avaliação - apêndice 4 e, no estudo 4, constructos de qualidade – apêndice 7-A), através de instrumentos de entrevistas pré-estruturados.

Na exploração inicial de conhecimentos prévios dos agentes chaves, seguiu-se os princípios de Sampieri et al. (2006) que sugerem a amostragem por conveniência quando a investigação está centrada em indivíduos ou grupos portadores de um ou vários atributos que

possam contribuir para o desenvolvimento de uma teoria. Citam a limitação de generalização de resultados, mas a boa captação e compreensão dos significados em contextos específicos. Para tal, propôs-se duas metodologias: uma descritiva qualitativa comparativa, a análise de conteúdo - especificamente em seu aspecto instrumental de categorização dos conteúdos relevantes pautada na teoria *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1990), complementada pela análise de pesos atribuídos (apêndice 5 e 7-B, respectivamente) para a sistematização das importâncias/relevâncias atribuídas às categorias de análises que surgiram das entrevistas. Neste caso, o tamanho da amostra é determinado pela saturação teórica, ou seja, até que não haja surgimento de novos conceitos e temas nas entrevistas, sendo este o critério usado para limitar os grupos pilotos em fases sucessivas de aprimoramento dos instrumentos de coletas de dados.

Os três estudos iniciais (1 a 3) aplicados foram do tipo *quantitativo, analítico, prospetivo e transversal*, nos quais aplicou-se instrumentos semiestruturados quanto a percepção dos agentes de decisão, sobre dimensões e indicadores de performance em saúde, através de ajustes e validações incrementais, com grupos pilotos de especialistas e profissionais (apêndices 5, 6-A e 6-B) e, por fim, com grupo decisores de saúde (apêndice 6-C) e, de seguida, desenvolveu-se uma análise de estatística descritiva e/ou inferencial em buscar de confirmar (ou refutar) as hipóteses de diferentes painéis de dimensões e indicadores de performance.

Os dois estudos finais (4 e 5) aplicados foram do tipo *quantitativo, analítico, prospetivo e transversal*, nos quais aplicou-se instrumentos semiestruturados para a adaptação da escala de mensuração de qualidade percebida, através de ajustes e validações incrementais, com grupos pilotos de especialistas e de usuários (apêndices 7-B.1 e 7-B.2), além de grupos de consolidação de gestores e profissionais (apêndices 8-A e 8-B) e, por fim, aplicação de campo em usuários das unidades participantes (apêndices 8-C) e, de seguida, desenvolveu-se uma análise de estatística descritiva e/ou inferencial, e caracterizar os níveis de satisfação dos usuários-utilizadores e/ou estabelecer possíveis correlações com a performance entre unidades.

O universo da pesquisa envolveu especialistas, profissionais, gestores e decisores da rede de saúde pública do Brasil e na aplicação da escala validada de qualidade percebida englobou adicionalmente usuários-utilizadores do SUS. A população da pesquisa contemplou um grupo de especialistas, profissionais, gestores e decisores da rede de serviços de atenção básica, secundária e terciária do SUS, que de forma voluntária aceitaram

participar da pesquisa. Na aplicação de campo da escala de qualidade a população limitou-se à rede de saúde do Ceará.

Através de visita às organizações ou via correio eletrônico, a cada um dos hospitais e/ou serviços de saúde pesquisados foram entregues cartas de apresentação da pesquisa e solicitado um Termo de Anuência institucional. De seguida, foi entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE-decisores), a cada um dos gestores das instituições participantes, conforme as normas da resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁶⁵ n.º 466/12, sobre os princípios éticos apresentados, e cumpridos os requisitos de inscrição e controle ético da Plataforma_Brasil⁶⁶, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (Conep)⁶⁷, inclusive quanto aos riscos potenciais⁶⁸ (constrangimentos, transtornos, danos, etc) e benefícios⁶⁹ esperados para os participantes, tendo sido facultado a desistência de participantes em qualquer fase da investigação, sem qualquer prejuízo ou dano. O projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP)⁷⁰, tendo sido aprovado pelo n.º CAAE: 54972816.9.0000.5051.

Foram critérios de seleção prévia para os gestores participantes: a assinatura do termo de anuência de participação na pesquisa pelo gestor municipal e/ou de um dos diretores da organização, a concordância com o TCLE-decisores, ter experiência na função de governação sistêmica, direção organizacional e/ou gerência departamental de hospitais e/ou serviços de saúde, ou ainda, ser profissional de saúde de nível médio ou superior de escolaridade.

Quanto aos gestores e profissionais informantes, dos grupos pilotos e de campo, foram incluídos aqueles que trabalham em unidades de saúde pública, tendo sido factores de exclusão a não vinculação às unidades do SUS ou a recusa ao termo de participação (TLCE-decisores)⁷¹.

65 CNS - Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado de decisão de governação(nança) sistêmica do SUS

66 Plataforma_Brasil – Sistema Nacional on-Line de Controle de Investigação e Comitês de Ética do Brasil

67 CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil

68 Vide TCLE's (apêndices 2 e 3)

69 Como benefício direto para os participantes, nos comprometemos a fazer a devolutiva dos dados aos serviços participantes, quando assim solicitado, e a disponibilização de um *proxy* de um Painel de Indicadores de eficiência, efetividade e qualidade (satisfação) a fim de monitorar os resultados de hospitais e serviços especializados do SUS, para subsidiar a gestão estratégica e o fomento de políticas de melhorias de qualidade e resolutividade destas organizações de saúde do Brasil.

70 CEP- Comissão de Ética em Pesquisa

71 TLCE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão decisores (apêndice 2-A)

No caso da avaliação da percepção da qualidade e satisfação, foram critérios de seleção prévia para os usuários participantes: a assinatura do termo de anuência de participação na pesquisa pelo gestor municipal e/ou um dos diretores da organização, a concordância com o TCLE-usuários, e ter cursado, no mínimo, metade das séries do nível fundamental de escolaridade, para garantir a compreensão e respostas adequadas das questões do instrumento escala de qualidade percebida pelo cliente-utilizador entrevistado.

Na seleção de usuários-utilizadores foram incluídos aqueles abordados em atendimentos recentes nas unidades do SUS, sendo excluídos os menores de 18 anos e os que se recusaram o termo de participação (TCLE-usuários)⁷². Essas organizações e unidades de saúde foram caracterizados e selecionados conforme os dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁷³.

Dessa forma, a visão global do fluxo do processo de estruturação e aplicação dos instrumentos e validação das matrizes avaliativas foi sintetizada na figura 12 abaixo.

72 TLCE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – versão usuários (apêndice 2-B

73 CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; Módulo do Sistema de Informação do Datasus

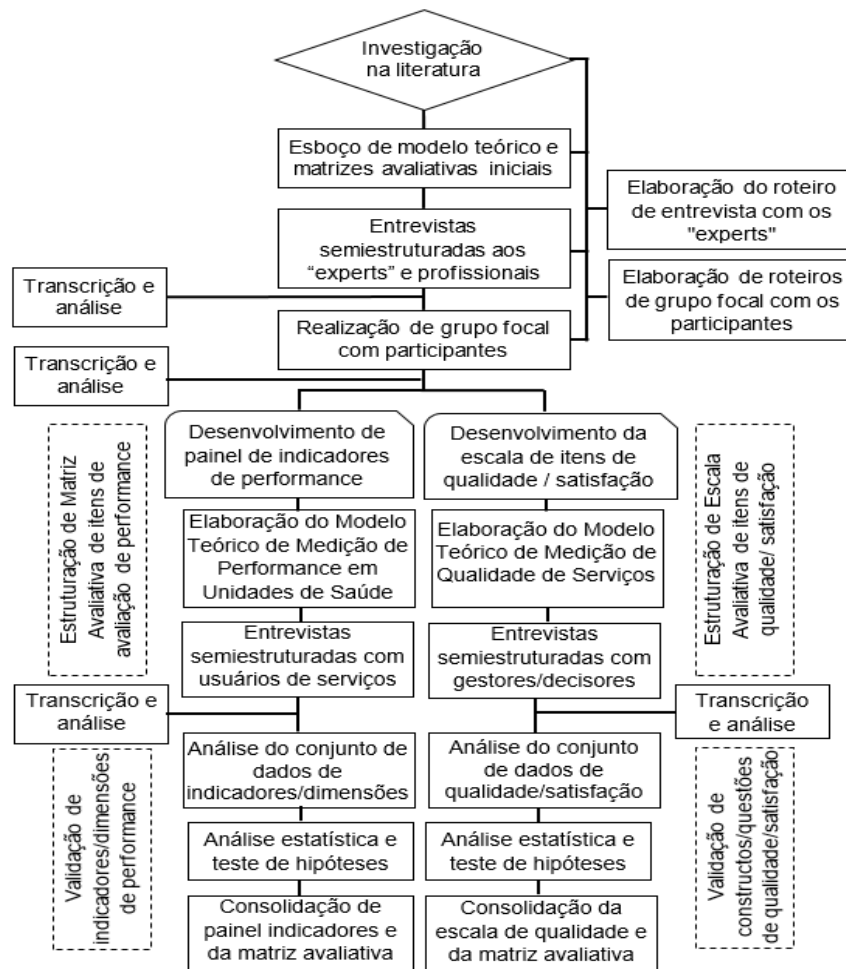


Figura 12 - Fluxo lógico do processo de estruturação, aplicação e validação dos instrumentos de itens de avaliação de performance e escala de qualidade/satisfação

No propósito de efetivar a coleta de dados em sistemas de informações disponíveis das organizações pesquisadas, foi usada uma técnica exploratória, de dados secundários, em especial, para o acesso no sistema nacional de informação do TabWin-Datusus e no TabNet-ANS. Para tal, foi firmado um Termo de Fiel Depositário através de um gestor do MS (apêndice 2).

Os dados coletados foram sistematizados e analisados para a validação dos itens de análises propostos em cada instrumento, através de uma triangulação de métodos (qualitativo e quantitativo), em um fluxo de validação, que envolveu métodos e técnicas de estatística descritiva e inferencial, conforme detalhado no tópico 6.

5.2. Os modelos e as variáveis utilizadas no estudo

As etapas e fases operacionais de pesquisa, todas de matiz *prospectivas* e *transversais*, envolveram grupos focais (painéis de especialistas), grupos pilotos (gestores e profissionais) e, após a adequação dos instrumentos semiestruturados em fases sucessivas e incrementais, a aplicação de pesquisa de campo, inclusive com uma fase de pesquisa à distância (*online*) de captação das preferências dos decisores chaves e, ainda, das dos usuários (no caso da avaliação da qualidade percebida).

A teoria dos *stakeholders*, parece aplicar-se bem na organização pública, e em especial na área de saúde, pois considera a satisfação dos objectivos dos múltiplos actores, mesmo com interesses contraditórios (empregados, gestores, fornecedores, clientes, consumidores, população, contribuintes, e apesar de ampliar algumas das limitações da *teoria da agência* (Alves, 2012). Além disso, as diferentes categorias de actores chaves (*key stakeholders*) têm diferentes pontos de vistas sobre como e onde devem ser aplicados os recursos humanos, financeiros e organizacionais, além de que factores baseados em recursos e factores cognitivos influenciam como a organização acomoda as pressões dos diferentes grupos (Austen, 2012). Diante das diversas perspectivas possíveis dos diferentes grupos de *stakeholders*, uma questão central no desenvolvimento de instrumentos de medição de desempenho é a validação da metodologia pelas principais partes interessadas (*key stakeholders*) e, em especial, pelos tomadores de decisão. Primeiro, para se saber se os itens de avaliação propostos respondem as questões práticas dos processos de decisão, depois para testar a facilidade de aplicabilidade do instrumento no contexto de todos os envolvidos no processo de avaliação e decisão.

Diante disso, na presente investigação, fez-se um esforço especial para estabelecer um método adequado de validação do instrumento de recolha de dados, do *proxy* do painel de indicadores e dimensões de performance e da escala de qualidade/satisfação percebida, através da metodologia colaborativa aplicada neste trabalho como descrito a seguir.

Para validar os diferentes itens de avaliação de cada um dos instrumentos, usou-se de uma triangulação de métodos (qualitativo e quantitativo), através da participação dos decisores, planeadores e gestores da saúde, notadamente nas instâncias decisórias superiores de governação das organizações de saúde, através de um fluxo de validação detalhado a seguir.

A parte empírica desta investigação foi desenvolvida em diversas fases subsequentes e incrementais de estruturação e aprimoramento dos instrumentos e questionários (ciclo 1 – agregação de todas as fases para a estruturação e validação dos instrumentos) e, por fim, aplicada em uma pesquisa de campo em fases únicas (ciclo 2), conforme as atividades e metodologias distribuídas em cada um dos estudos/etapas da investigação, sintetizadas nas duas figuras 13 e 14 , a seguir.

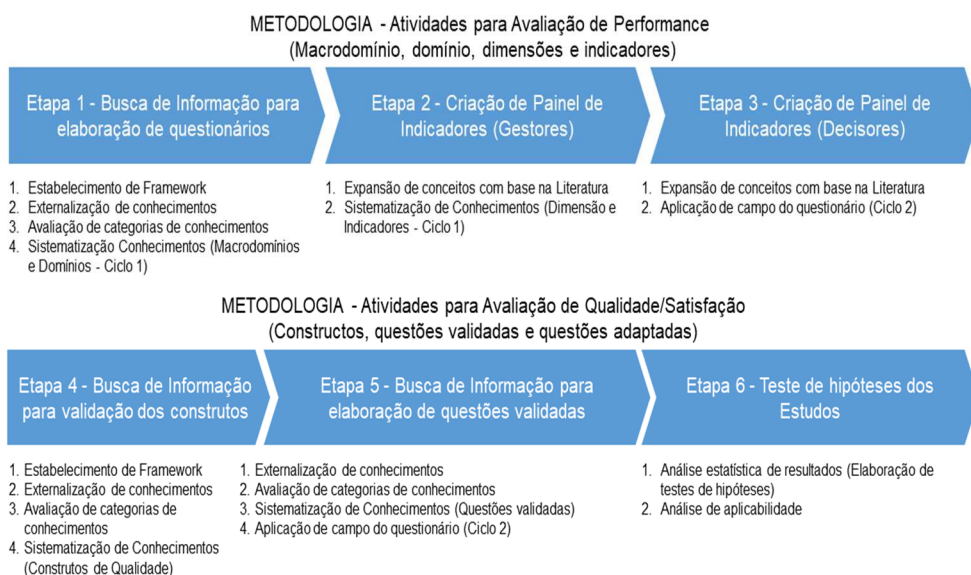


Figura 13 - Fluxo lógico de atividades para avaliação de performance e avaliação de qualidade/satisfação.

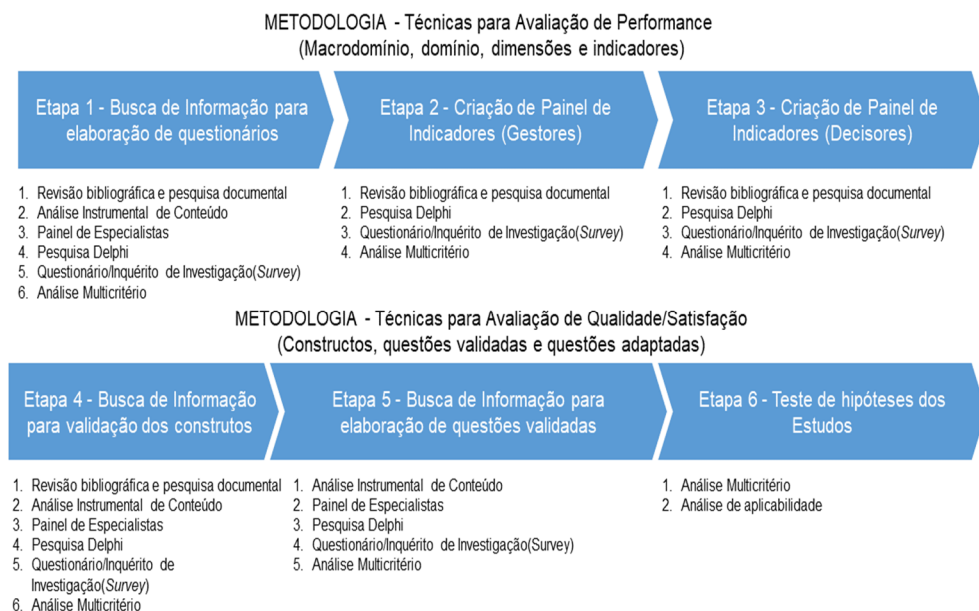


Figura 14 - Fluxo lógico de metodologias para avaliação de performance e avaliação de qualidade/satisfação.

Após a definição inicial de categorias e subcategorias analíticas pelos painéis de especialistas, definiu-se as variáveis de cada um dos estudos a fim de estruturar o processo analítico das respostas. No estudo/etapa 1 estabeleceu-se como variáveis dependentes os domínios e macrodomínios de avaliação. Nos estudos/etapas 2 e 3 as variáveis dependentes foram os indicadores e dimensões de performance. No estudo/etapa 4 definiu-se como variáveis dependentes os constructos, as subdimensões e macrodimensões de constructos. No estudo/etapa 5 as variáveis dependentes foram as questões, as subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida. Por sua vez, nos estudos 1 a 3, a variável latente construída foi a Performance Global Percebida e, nos estudos 4 e 5, foi a Qualidade Global Percebida. Por fim, as possíveis variáveis moderadoras testadas, em todos os estudos, foram o nível de assistência à saúde, o nível de complexidade assistencial e o nível de cargo/função dos decisores, sendo que, no caso dos usuários, a terceira variável moderadora foi o nível de escolaridade.

Nas primeiras fases empíricas dos estudos 1 e 2, em consulta aos especialistas e profissionais, indagou-se sobre as preferências e conhecimentos prévios dos decisores-chaves em busca de externalizar e sistematizar conhecimentos prévios dos mesmos. Para a estruturação do problema e ordenação das categorias e subcategorias de avaliação (domínios e macrodomínios de avaliação e indicadores e dimensões de performance do painel de indicadores de performance), utilizou-se a técnica *Delphi* de entrevistas, que consiste em buscar o consenso por sucessivas consultas ao grupo de decisores de forma escrita e estruturada (Minayo et al., 2010). Este mesmo procedimento ocorreu nas primeiras fases empíricas dos estudos 4 e 5, em consulta aos especialistas e profissionais, em busca de uma tradução transcultural da escala SERVQUAL quanto aos constructos (ideias-forças) de cada uma das 22 questões para estabelecimento de categorias, subcategorias e macrocategorias de qualidade (constructos, questões, subdimensões e macrodimensões de qualidade).

Nas fases subsequentes os participantes foram indagados de forma simplificada sobre o nível ou grau de relevância/importância quanto aos itens de avaliação de performance (estudos 1 a 3) e aos itens de mensuração de qualidade (estudos 4 e 5). Em todas as etapas e fases de ponderações (valorações) dos itens de categorias e subcategorias analíticas propostos, através de questionários semiestruturados, utilizou-se uma escala de *Likert* de cinco níveis (1 = Nada importante/ relevante até 5 = Extremamente importante/ relevante).

Na primeira rodada de validação, a partir dos conhecimentos prévios e das preferências dos decisores chaves, sistematizados na fase anterior, coletou-se as valorações atribuídas pelos informantes, em fases sucessivas e incrementais, que resultou em instrumentos validados com um grupo de macrodomínios e domínios de avaliação (apêndice 5). Na próxima etapa (estudo 2) estes itens de avaliação validados foram devidamente alinhados com os quadros conceituais (*framework*) e resultaram em um grupo de indicadores e dimensões de performance – o primeiro *proxy* de painel de indicadores e dimensões de performance (apêndice 6), que foram as bases para uma segunda rodada de validação (estudo 3). Após a análise destes itens de avaliação por outro grupo de gestores, com realinhamento com os quadros conceituais (*framework*) agregou-se uma importante expansão de novos indicadores, sem alterações das dimensões de performance, que resultou no *proxy* de painel de indicadores e dimensões de performance definitivo (apêndice 6), sendo concluído o ciclo 1. Por fim, no ciclo 2 de aplicação de campo, conduziu-se uma aplicação pragmática dos instrumentos consolidados no ciclo 1 para executar uma avaliação de resultados de forma analítica dos indicadores e dimensões de performance, em busca de aferir a adequação do modelo proposto na visão de uma amostra de decisores.

Da mesma forma, na primeira rodada de validação, partiu-se das 22 questões da escala SERVQUAL original e dos constructos (ideias-forças) propostos pelos painéis de especialistas iniciais, sistematizados na fase anterior, e coletou-se as valorações atribuídas pelos informantes, em fases sucessivas e incrementais, que resultou em instrumentos validados com um grupo de constructos, distribuídos em subdimensões e macrodimensões de constructos (apêndice 7). Na próxima etapa de validação (estudo 5) estes itens de mensuração de qualidade validados foram devidamente analisados por um novo painel de especialistas e profissionais do SUS que compuseram questões de qualidade, distribuídos em novas subdimensões e macrodimensões de qualidade em uma inovadora escala de qualidade/ satisfação (apêndice 8), sendo concluído o ciclo 1 pela validação, em uma amostra de usuários, dos constructos, subdimensões e macrodimensões de constructos. Por fim, no ciclo 2 de aplicação de campo, conduziu-se uma aplicação pragmática dos instrumentos consolidados no ciclo 1, para executar uma avaliação de resultados de forma analítica das questões, subdimensões e macrodimensões da escala de qualidade/ satisfação, em busca de aferir a adequação do modelo proposto na visão de uma amostra ampliada de usuários do SUS.

Na figura 15 , estruturou-se uma visão global do fluxo lógico da fase empírica da investigação e suas respectivas lógicas de agregação de resultados, em seus ciclos de análises (ciclos 1 e 2) e suas etapas de investigação (estudos 1 a 5).

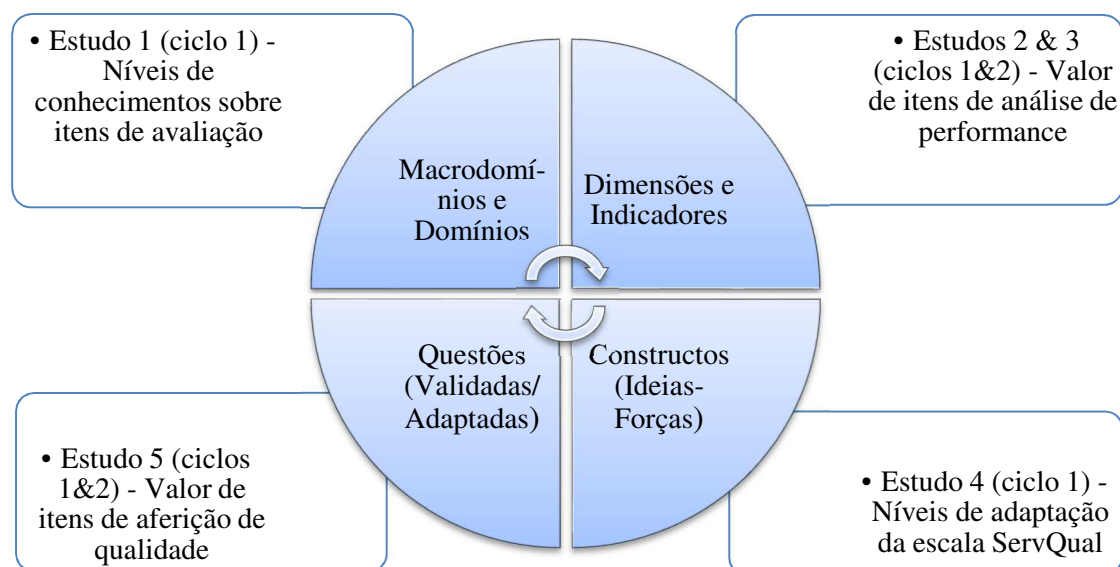


Figura 15 - Fluxo lógico integrativo de aplicação da investigação (avaliação de performance – estudos 1 a 3 e avaliação de qualidade – estudos 4 e 5).

A aplicação empírica de instrumentos e questionários envolveu diferentes amostras e grupos de respondentes nas diversas fases sucessivas e incrementais.

Nas fases de validação incremental (ciclo 1) dos instrumentos de indicadores e dimensões de performance, a amostra foi não-aleatória por conveniência conforme aceite de 220 participantes convidados (especialistas, profissionais e gestores). Assim, por facilidade de autorização de acesso, resolveu-se aplicar os questionários em visitas pré-agendadas ou por mensagem eletrônica (e-mail institucional) junto aos gestores de hospitais e serviços de saúde da amostra. Por sua vez, nas fases de validação incremental (ciclo 1) dos instrumentos da escala de qualidade/satisfação percebida, a amostra foi não-aleatória por conveniência conforme aceite de 195 participantes convidados (especialistas, profissionais de ouvidoria e gestores de qualidade) distribuídos em 10 estados/províncias do Brasil (quadro 6).

Na fase de aplicação de campo do instrumento validado (ciclo 2) de painéis de indicadores e dimensões de performance, após a consolidação inicial com alguns dos participantes do ciclo anterior convidou-se 5.165 dos 5.595 secretários de saúde do Brasil que tinham cadastros na base oficial do Conass e Conasems, por mensagem eletrônica *online* (e-mail institucional), com devolução imediata de 1.045 por problemas no cadastro ou pela

alta rotatividade de gestores do SUS e, de seguida, com uma amostra não-aleatória por conveniência, tendo recebido o aceite e respostas de 233 participantes convidados (decisores), cerca de 5,6 % dos convidados, após três rodadas de envios de mensagens, em meses diferentes.

Na fase de aplicação de campo da escala de qualidade/satisfação percebida (ciclo 2), foram incluídas na amostra 2.547 usuários em atendimento nas unidades de saúde, que aceitaram participar do inquérito, desde que os gestores de topo tivessem firmado o termo autorização da investigação, sendo excluídas as unidades que não cumpriram estes requisitos, sendo 25 a 40 respondentes por cada extrato (por estabelecimento ou por setor da unidade de saúde), em busca da aproximação da amostra para a distribuição normal, com cautelas quanto a alocação não-intencional (aleatória) de indivíduos, a fim de permitir a aplicação da teoria de limite central.

Durante as diversas fases do ciclo de validação de instrumentos, os decisores chaves poderiam propor novos itens de avaliação de performance e/ou adequar suas descrições, não indicadas em fases anteriores da validação, desde que indicassem também uma matriz avaliativa (grau de preferência, o grau de usabilidade por nível decisório e o grau de conhecimento pessoal, etc), além dos dados de identificação do gestor participante. Em cada uma das fases posteriores incrementais os instrumentos foram ajustados para incorporar os novos itens de avaliação sugeridos, conforme as preferências indicadas pelos gestores desde que o nível mínimo de valoração do item incluído fosse acima da média (superior ou cerca de 3,0). Esta mesma lógica foi usada em todas as fases do ciclo de validação dos itens de análise da escala de qualidade/satisfação percebida, distribuídos por subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida.

A partir da avaliação multicritério e do grau de relevância atribuído aos itens de avaliação da performance, foi proposto um *proxy* de painel de indicadores e dimensões de performance em saúde, devidamente validado (tópicos 6.1.1 e 6.1.2). Da mesma forma, a partir da avaliação multicritério e do grau de relevância atribuído aos itens de avaliação da qualidade/satisfação, propôs-se um *proxy* de questionário de escala de qualidade/satisfação percebida pelo usuário do SUS, devidamente validada (tópicos 6.2.1 e 6.2.2).

No quadro 6 abaixo, sintetizou-se o fluxo e o percurso da investigação empírica, com os métodos e técnicas utilizadas, além da identificação de cada etapa, fases e grupos de respondentes abordados.

Procedimentos metodológicos	Dimensões de Avaliação	Indicadores de Desempenho	Constructos de Qualidade	Avaliação de Qualidade e Satisfação
Abordagem de pesquisa	Quantitativa, analítica, prospectiva e transversal			
Método	Estudos de multicasos (Minayo et al., 2010; Yin, 2009)			
Coleta de dados – Levantamento documental	Bases teóricas e evolução da avaliação; quadro teórico-conceitual (<i>framework</i>) de avaliação em saúde; modelo teórico-lógico das dimensões de avaliação em serviços de saúde.	Modelo teórico-lógico das dimensões <i>versus</i> Indicadores de avaliação em serviços de saúde; modelos de painéis de indicadores de saúde (mundial e Brasil).	Bases teóricas de avaliação de qualidade e satisfação no campo de “serviços”; teorias e modelos de mensuração da satisfação; escala SERVQUAL.	Bases teóricas de avaliação de qualidade e satisfação no campo de “serviços”; teorias e modelos de mensuração da satisfação; escala SERVQUAL.
Definição de amostra	Amostragem por conveniência e saturação teórica (painel de especialista e grupo piloto)	Amostragem por conveniência (painel de especialista e grupo piloto e de campo)	Amostragem por conveniência (grupo piloto) e estratificada proporcional (campo)	Amostragem por conveniência (grupo piloto) e estratificada proporcional (campo)
Técnicas de pesquisa	Entrevista semiestruturada (painéis de especialistas e grupos focais)	Entrevista semiestruturada (painéis de especialistas, grupos focais e Delphi); (Pesq. de campo)	Entrevista semiestruturada (grupos focais e Delphi); Entrevista estruturada (grupo pilotos)	Entrevista semiestruturada (grupos focais e Delphi); Entrevista estruturada (Pesq. de campo)

<p>- Casos de estudos (natureza e categorias)</p> <p>- Sujeitos de pesquisa (quantidade de grupos / número de Informantes)</p> <p>- Abrangência de casos abordados (Siglas UF – estados / províncias)</p>	<p>- Rede pública e privada (Gestor e Profissional)</p> <p>- Fases 1&2: 05 painéis, 53 informantes (CE - RN - PI - MA – BA - PA – DF-RO)</p> <p>- Fase 3: 03 grupos pilotos, 55 informantes (CE - MA)</p> <p>- Fase 4: 03 grupos pilotos, 112 informantes (BA - PA - DF - GO - MT - PR)</p>	<p>- Rede pública e privada (Gestor e Profissional)</p> <p>- Fase 1: 02 painéis, 15 informantes (CE - MA - PA - AM)</p> <p>- Fase 2: 01 painéis, 31 informantes (BA - PA - DF - GO)</p> <p>- Fase 3: 03 grupos pilotos, 81 informantes (MT - PR)</p> <p>- Fase 4: 233 Pesq. Campo (CE, MA, PI, BA, SE, PE, PB, RN, DF, GO, MT, MS, PR, RS, SC, RJ, MG, SP, RO, PA, AP, TO)</p>	<p>- Rede pública (Gestor-Profiss./usuário)</p> <p>- Fase 1&2: 02 painéis, 25 informantes (CE - RN - PI - MA - PA - RO)</p> <p>- Fase 3: 07 grupos pilotos, 170 informantes (CE - MA - BA - DF - GO - MT)</p> <p>- Fase 4: 15 grupos de campo, 506 informantes - usuários (CE)</p>	<p>- Rede pública (Gestor-Profiss./usuário)</p> <p>- Fase 1&2: 04 painéis, 78 informantes (CE - RN - PI - MA - PA - DF - RO)</p> <p>- Fase 3: 03 grupos pilotos, 62 informantes (CE-MA - BA - PA - DF - GO - MT)</p> <p>- Fase 4: 15 grupos de campo, 506 informantes - usuários (CE)</p>
<p>Coleta de dados – (Roteiro de entrevista/ Questionário, com ponderação - Likert de 5 níveis)</p>	<p>- Fases 1&2: Versão 5A&5B (Apend.)</p> <p>- Fase 3: Versão 5C&5D (Apend.)</p> <p>- Fase 4: Versão 5E (Apend.)</p>	<p>- Fase 1&2: Versão 6A (Apend.)</p> <p>- Fase 3: Versão 6B (Apend.)</p> <p>- Fase 4: Versão 6C (Apend.)</p>	<p>- Fase 1&2: Versão 7A&7B (Apend.)</p> <p>- Fase 3: Versão 7C&7D (Apend.)</p> <p>- Fase 4: Versão 7E (Apend.)</p>	<p>- Fase 1&2: Versão 8A&8B (Apend.)</p> <p>- Fase 3: Versão 8C&8D (Apend.)</p> <p>- Fase 4: Versão 8D&8E (Apend.)</p>
<p>Período da coleta de dados</p>	<p>Março a maio de 2017(Fases 1 a 4)</p>	<p>- Março a maio de 2017(Fases 1 a 3)</p> <p>- Abril a junho de 2018 (Fase 4)</p>	<p>Maio a agosto de 2017 (Fases 1 a 4)</p>	<p>Julho a setembro de 2017 (Fases 1 a 4)</p>
<p>Tratamento dos dados</p>	<p>Itens de performance analisados - Cinco macrodomínios com 24 domínios; Sete dimensões com 20 indicadores de gestores e com 56 indicadores de decisores.</p>		<p>Itens de qualidade analisados -: 40 constructos e 20 questões validadas, distribuídas por 13 subdimensões (e pelas cinco macrodimensões originais da SERVQUAL, tendo macrodimensão adicional (Acesso/Acessibilidade).</p>	
<p>Análise dos dados</p>	<p>Análise descritiva qualitativa comparativa; Análise estatística quantílica e factorial; teste de hipóteses.</p>		<p>Análise descritiva qualitativa comparativa.</p>	<p>Análise estatística quantílica e factorial; teste de hipóteses.</p>

Destacou-se a amplitude de representatividade das amostras. Na fase de validação dos instrumentos (ciclo 1) dos itens de avaliação de performance e dos itens da escala de qualidade/satisfação percebida, alcançou-se mais de 1/3 dos estados/províncias do Brasil (Ceará - CE, Rio Grande do Norte - RN, Piauí - PI, Maranhão - MA, Bahia - BA, Pará - PA, Distrito Federal - DF, Rondônia - RO, Mato Grosso - MT e Paraná PR). Na fase de coleta de campo (ciclo 2) dos painéis de indicadores e dimensões de performance, por facilidade de aplicação *online* (uso do FormSUS), envolveu decisores de quase todas as unidades federadas do Brasil, de todas as regiões geográficas: Norte (Rondônia - RO, Pará - PA, Amapá - AP e Tocantins - TO), Nordeste (Ceará - CE, Maranhão - MA, Piauí - PI, Bahia - BA, Sergipe - SE, Pernambuco - PE, Paraíba - PB e Rio Grande do Norte - RN), Centro-Oeste (Distrito Federal - DF, Goiás - GO, Mato Grosso - MT e Mato Grosso do Sul - MS), Sudeste (Rio de Janeiro - RJ, Minas Gerais - MG e São Paulo - SP) e Sul (Paraná - PR, Rio Grande do Sul - RS e Santa Catarina - SC). Na fase de coleta de campo (ciclo 2), da aplicação da escala de qualidade/satisfação percebida de usuários, dada a dificuldade de aplicação manual dos questionários, a amostra limitou-se à quatro municípios do Ceará, mas alcançou sete grupos pilotos de usuários em 74 unidades assistenciais do SUS das diversas tipologias e níveis de atenção/cuidados de saúde.

5.2.1. O fluxo de aplicação dos instrumentos do painel de indicadores e dimensões de performance.

No estudo/etapa 1 voltou-se para a perspectiva de domínios e macrodomínios de avaliação e nos estudos/etapas 2 e 3 abordou-se a perspectiva de indicadores e dimensões de performance, com seus fluxos e etapas descritos a seguir.

A etapa 1 da investigação foi dividida em quatro fases sucessivas e incrementais de adaptação, sintetizada nas figuras 16 e 17, a seguir.

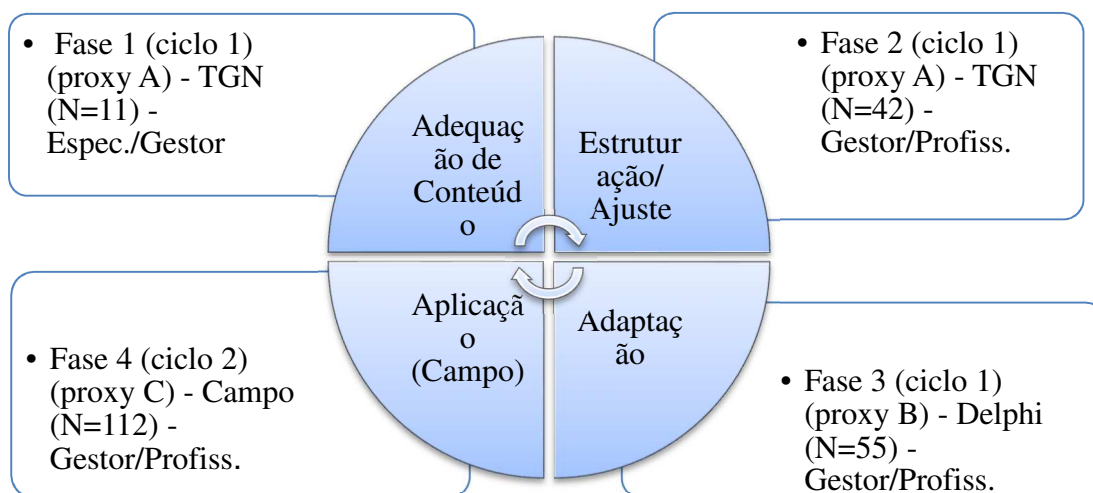


Figura 16 - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (etapa 1 - macrodomínios e domínios de avaliação).

Na primeira fase – *qualitativa e descritiva* -, através de grupos focais e técnica de grupo nominal (TGN) aplicou-se dois questionários semiestruturados (prospecção em duas fases -1 e 2 - e análise conjunta na *proxy A*) quanto as metodologias e indicadores chaves para a tomada de decisão em saúde, através de questões norteadoras com respostas abertas além da ponderação de alguns itens propostos, provenientes do ML proposto por Hartz e Vieira-Da-Silva (2005) (figura 37). Estruturou-se uma visão global das preferências e relevâncias, atribuídas pelas partes interessadas, quanto aos níveis de conhecimentos globais de *macrodomínios* e *domínios* de avaliação de mensuração de performance (desempenho) em organizações ou serviços de saúde.

Na terceira fase, da etapa 1 – *quantitativa e analítica* -, através de grupos *Delphi*, partiu-se dos resultados construídos pelos dois grupos focais da fase inicial e aplicou-se um novo instrumento semiestruturado (prospecção da fase 3 e análise na *proxy B*). Estruturou-se uma visão adaptada das preferências e valorações quanto as importâncias (relevâncias) atribuídas pelos agentes de decisão, quanto aos níveis de conhecimentos globais de *macrodomínios* e *domínios* de avaliação, que resultou em uma versão ampliada para a fase posterior.

Por fim, a fase final da etapa 1, seguiu as mesmas técnicas da fase 3 e aplicou-se um instrumento semiestruturado ampliado (prospecção da fase 5 e análise na *proxy C*). Estruturou-se uma visão adaptada das preferências e valorações quanto as importâncias (relevâncias) atribuídas pelos agentes de decisão, quanto aos níveis de conhecimentos

globais de macrodomínios e domínios de avaliação, que resultou nas bases de dimensões e indicadores de performance em saúde a ser validados na etapa 2 da investigação operacional.

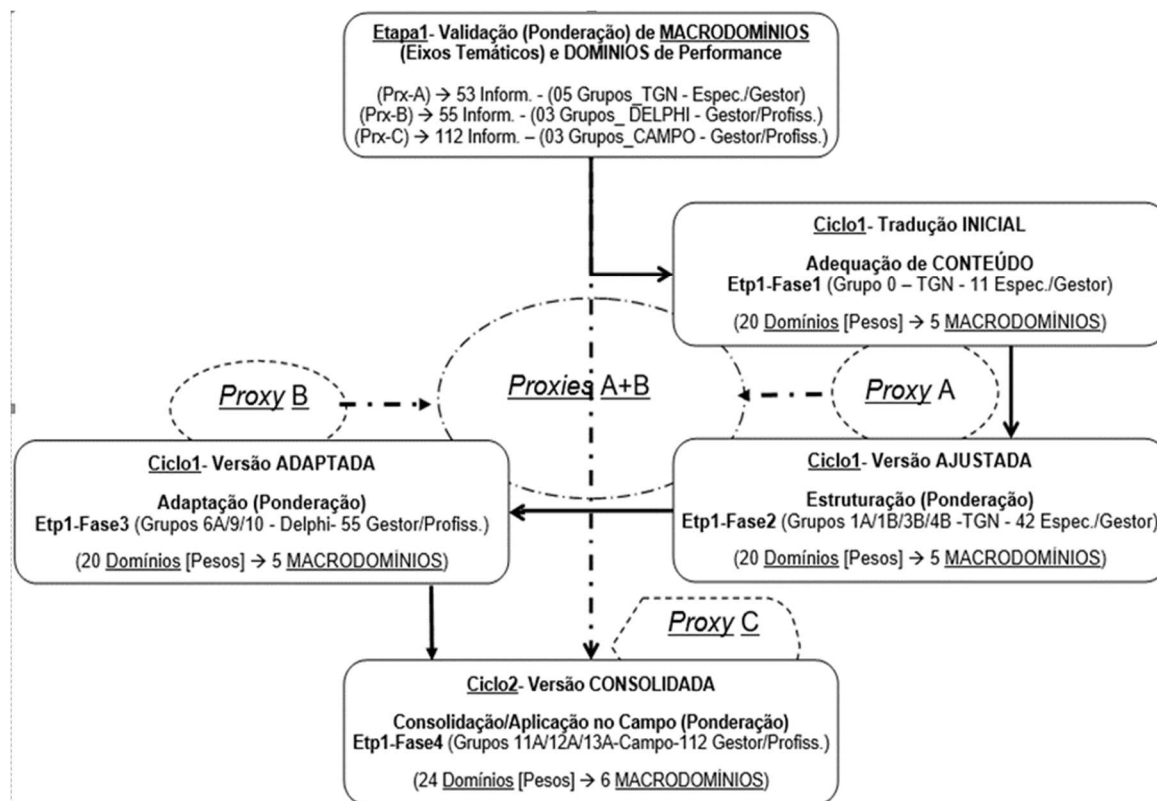


Figura 17 - Fluxo do processo de validação de macrodomínios e domínios de avaliação (etapa 1).

Estes fluxos têm suas análises complementadas pelo esquema lógico de análise de macrodomínios e domínios de avaliação. Na primeira etapa, no âmbito do estudo 1, procedeu-se a análise estatística de dados das *proxies* da valoração dos domínios de avaliação, além de seus reflexos nos macrodomínios avaliação, descritos a seguir:

Análise Cód.	Etapas/Estudo	Fases	Proxy	Informantes (N) / Categorias
A1) Análises de respostas atribuídas através de 4 <i>proxies</i> (pesos atribuídos para os <u>domínios</u>)				
A1.a)-Inicial	Etp1 – Ciclo1	1+2	A	53 (11+42) Espec./Gestor
A1.b)-Ajuste	Etp1 – Ciclo1	3+4	B	55 (11+42) Gestor/Profiss.
A1.c)-Síntese	Etp1 – Ciclo1	1+2+3+4	A+B	108 (53+55) Gestor/Profiss.
A1.d)-Campo	Etp1 – Ciclo2	5	C	112 Gestor/Profiss.
A.2) Análises de respostas calculadas através de 4 <i>proxies</i> (pesos refletidos para os <u>macrodomínios</u>):				
A2.a)-Inicial	Etp1 – Ciclo1	1+2	A	53 (11+42) Espec./Gestor

A2.b)-Ajuste	Etp1 – Ciclo1	3+4	B	55 (11+42) Gestor/Profiss.
A2.c)-Síntese	Etp1 – Ciclo1	1+2+3+4	A+B	108 (53+55) Gestor/Profiss.
A2.d)-Campo	Etp1 – Ciclo2	5	C	112 Gestor/Profiss.
A3) Análises de respostas calculadas através de um <i>proxy</i> (pesos refletidos para os <u>macrodomínios</u> e para a <u>Performance Global Percebida</u>)				
A3.a)-Campo	Etp1 – Ciclo2	5	C	112 Gestor/Profiss.

Quadro 7 - Síntese das análises descritivas dos níveis de conhecimento (atribuídos) dos principais domínios de avaliação (e refletidos nos macrodomínios de avaliação).

Por sua vez, a etapa 2 da investigação foi dividida em três fases sucessivas e incrementais de adaptação, sintetizada nas figuras 18 e 19 , a seguir. Por fim, a quarta fase foi constituída pela aplicação de campo (*online* – investigação a distância) que conformou a etapa 3 deste estudo.

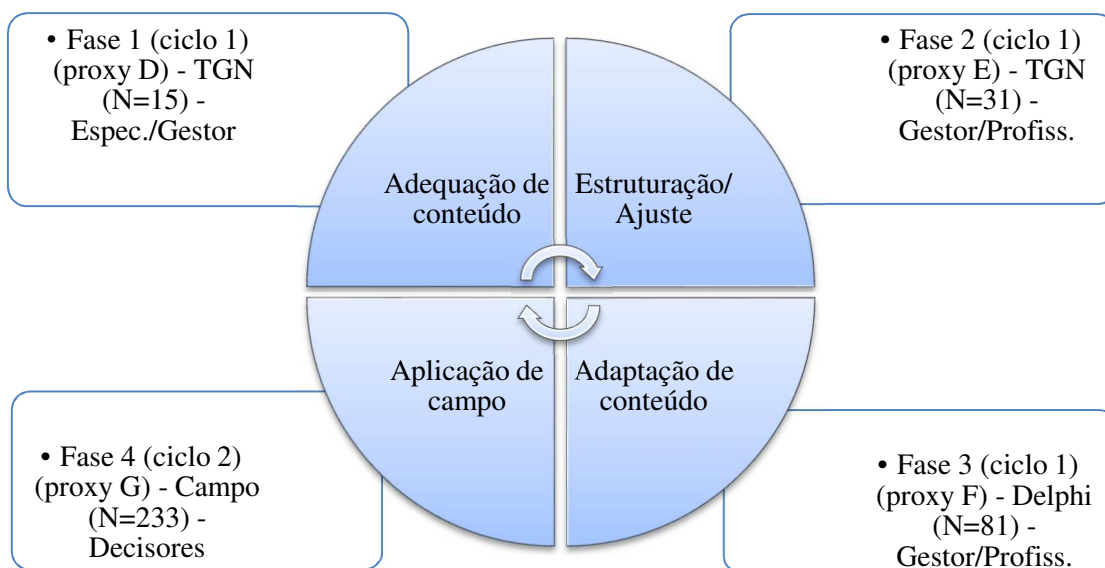


Figura 18 - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (estudos/etapas 1 & 2 - dimensões e indicadores de performance).

Na primeira fase – *quantitativa e analítica* -, através de grupo focal e técnica de grupo nominal (TGN) aplicou-se um instrumento semiestruturado (prospecção da fase 1 e análise na *proxy* D) quanto as principais dimensões e indicadores de performance em organizações e unidades de saúde, desta vez, voltado para ponderações de cada item proposto, mas com possibilidade de acréscimos de novos itens, construído a partir das bases consolidadas na etapa 1 da pesquisa e do ML (figura 37). Estruturou-se uma visão inicial

(adaptada) das percepções, preferências e relevâncias atribuídas pelos agentes de decisão às dimensões e indicadores de performance (desempenho) em organizações ou serviços de saúde.

Ainda na etapa 2, nas fases 2 e 3 – *quantitativa* e *analítica* -, através de grupos *Delphi*, partiu-se dos resultados construídos pelos grupo focal da fase inicial e aplicou-se dois questionários semiestruturados através da análise e ponderação de itens propostos em uma listagem de dimensões e indicadores chaves de performance (desempenho) para a tomada de decisão em saúde (prospecção em duas fases - 2 e 3 - e análise conjunta na *proxy* E), a partir das bases da versão construída na fase anterior da pesquisa. Estruturou-se uma versão ajustada (fase 2), e outra validada (fase 3) das percepções, preferências e relevâncias atribuídas pelos agentes de decisão às dimensões e indicadores de performance (desempenho) em organizações ou serviços de saúde.

Na etapa 3, surgiram as fases 6 e 7 – *quantitativa* e *analítica* -, através de grupos *Delphi*, partiu-se dos resultados construídos pelos dois grupos pilotos anteriores e adicionou-se novos indicadores apontados pela literatura mundial sobre indicadores de performance, mas que os gestores e profissionais não haviam apontados. Assim, aplicou-se este novo instrumento semiestruturado ampliado. (Na fase 6 consolidou-se com 10 decisores respondentes das fases anteriores e na fase 7 a adição da aplicação de campo *online* com 223 decisores do SUS, tendo a análise conjunta na *proxy* G). Estruturou-se uma visão validada e aplicada no campo das percepções, preferências e relevâncias atribuídas pelos agentes de decisão às dimensões e indicadores de performance (desempenho) em organizações ou serviços de saúde, numa amostra selecionada de gestores da rede de atenção do SUS.

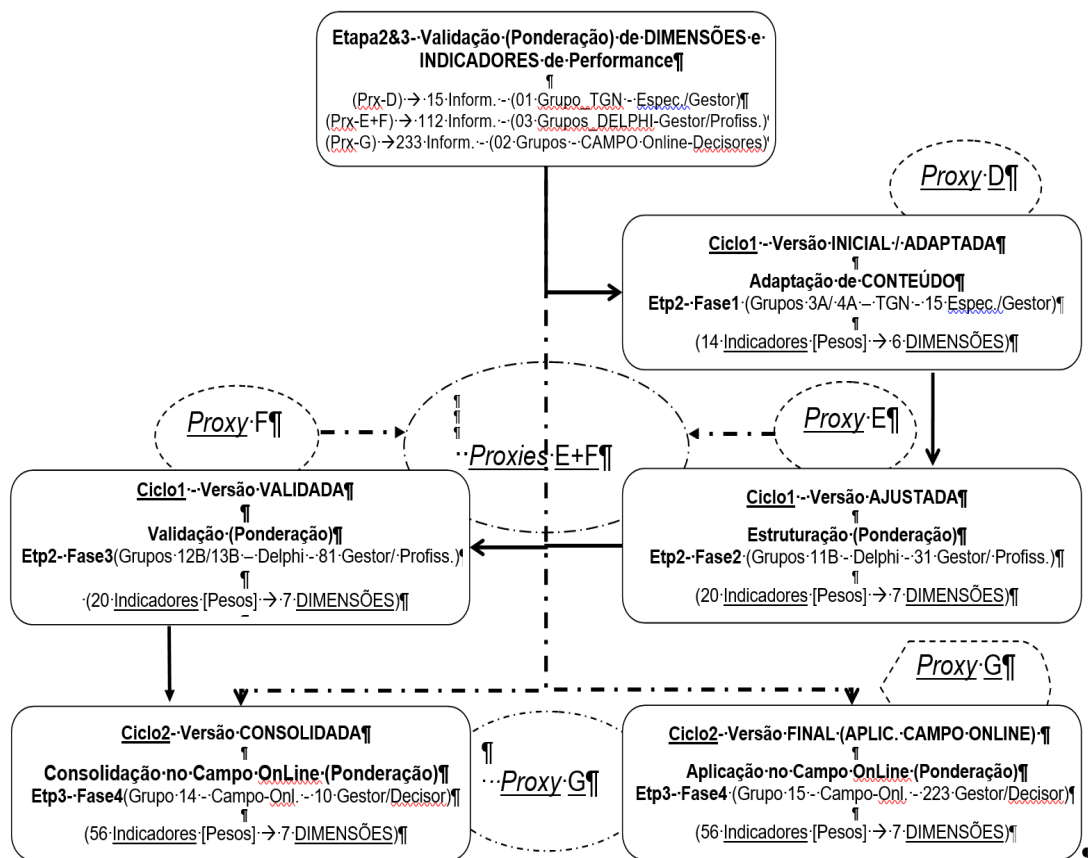


Figura 19 - Fluxo do processo de validação de dimensões e indicadores de performance (etapas 2 & 3)

Estes fluxos têm suas análises complementadas pelo esquema lógico de análise de dimensões e indicadores de performance. Na primeira etapa, no âmbito dos estudos 2 e 3, procedeu-se a análise estatística de dados das *proxies* da valoração dos indicadores de performance, além de seus reflexos nas dimensões de performance, descritos a seguir:

Análise Cód.	Etapas/Estudo	Fases	Proxy	Informantes (N) / Categorias
A1) Análises de respostas atribuídas através de 4 <i>proxies</i> (pesos atribuídos para os indicadores)				
A1.a)-Inicial	Etp2 – Ciclo1	2	E	31 Espec./Gestor
A1.b)-Ajuste	Etp2 – Ciclo1	3	F	81 Espec./Gestor
A1.c)-Síntese	Etp2 – Ciclo1	2+3	E+F	112 Espec./Gestor
A1.d)-Campo	Etp3– Ciclo2	6+7	G	233 Decisores/Gestores
A2 e A3) Análises de respostas calculadas através de 4 <i>proxies</i> (pesos refletidos para as dimensões):				
A2.a)-Inicial	Etp2 – Ciclo1	2	E	31 Espec./Gestor
A2.b)-Ajuste	Etp2 – Ciclo1	3	F	81 Espec./Gestor
A2.c)-Síntese	Etp2 – Ciclo1	2+3	E+F	112 Espec./Gestor
A3.a)-Campo	Etp3– Ciclo2	6+7	G	233 Decisores/Gestores
A4) Análises de respostas calculadas através de um <i>proxy</i> (pesos refletidos nas dimensões e para a Performance Global Percebida)				
A4.a)-Campo	Etp2 – Ciclo2	5	C	112 Gestores/Profissionais
A4.b)-Campo	Etp2 – Ciclo2	6+7	C	233 Gestores/Profissionais
A5.a) Análises de respostas calculadas através de um <i>proxy</i> (pesos simultâneos refletidos dos indicadores nas dimensões de Performance)				

Quadro 8 - Síntese das análises descritivas dos níveis de conhecimento (atribuídos) dos principais indicadores (e refletidos nas dimensões de performance).

Dessa forma, descreveu-se os fluxos de etapas e fases da pesquisa empírica quanto aos instrumentos dos painéis de itens de avaliação de performance além das atividades, métodos e técnicas de análises aplicadas aos resultados obtidos.

5.2.2. O fluxo de aplicação dos instrumentos da escala/satisfação de qualidade percebida.

No estudo/etapa 4 voltou-se para a perspectiva de constructos de qualidade percebida e no estudo/etapa 5 abordou-se a perspectiva de questões validadas de qualidade percebida, com seus fluxos e etapas descritos a seguir.

Para iniciar os estudos para a estruturação da escala de qualidade percebida, a etapa 4 da pesquisa foi dividida em quatro fases sucessivas e incrementais de adaptação, sintetizada nas figuras 20 e 21 , a seguir.

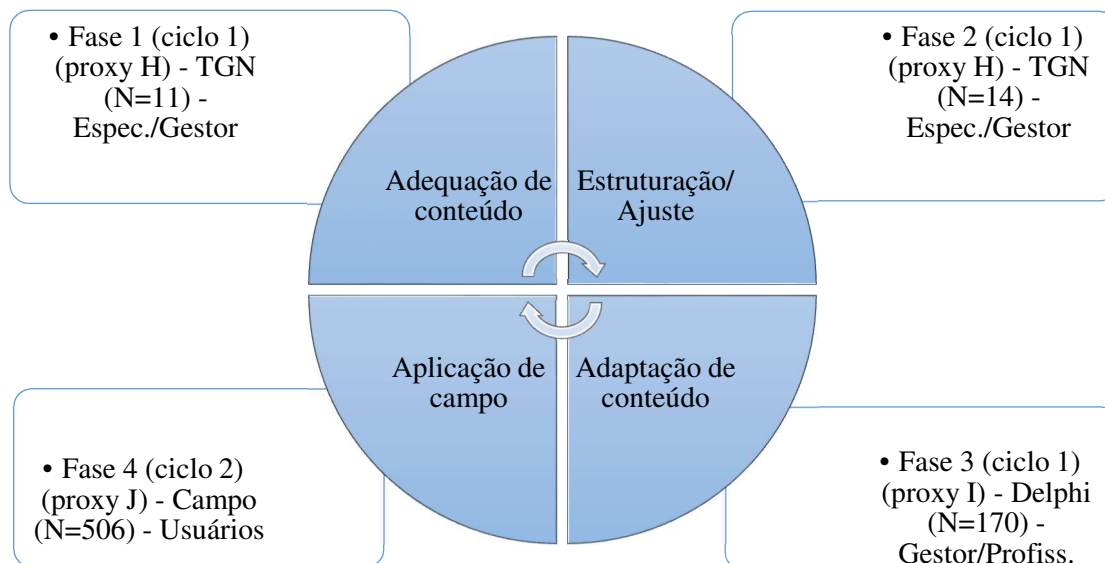


Figura 20 - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (estudo/etapa 4 - macrodimensões, subdimensões e constructos de qualidade percebida).

Na primeira fase – *qualitativa e descritiva* -, através de grupos focais e técnica de grupo nominal (TGN) aplicou-se dois questionários semiestruturados (prospecção em duas fases -1 e 2 - e análise conjunta na *proxy H*) quanto aos constructos (ideias-força ou conceitos que relacionam a observação e o enquadramento teórico) relevantes para a mensuração de

qualidade percebida, com respostas abertas além da ponderação de alguns itens propostos, provenientes da tradução transcultural e a análise da adaptabilidade do instrumento original escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988, 1991a) no contexto do SUS. Estruturou-se uma visão adaptada das preferências e relevâncias atribuídas pelos grupos de especialistas e de partes interessadas (profissionais e usuários-utilizadores), aos constructos relevantes (importantes) para a mensuração de qualidade percebida (satisfação e adequação ao uso) em organizações ou serviços de saúde.

Na terceira fase, da etapa 4 – *quantitativa e analítica* -, através de grupos *Delphi*, partiu-se dos resultados construídos pelos dois grupos focais da fase inicial e aplicou-se um novo instrumento semiestruturado (prospecção da fase 3 e análise na *proxy* I). Estruturou-se uma visão validada das preferências e valorações quanto as importâncias (relevâncias) atribuídas pelos grupos pilotos (visão direta de profissionais *versus* visão indireta dos usuários) aos constructos relevantes (importantes) para a mensuração de qualidade percebida (satisfação e adequação ao uso) em organizações ou serviços de saúde, que resultou em uma versão ampliada para a fase posterior.

Por fim, a fase final da etapa 4, seguiu as mesmas técnicas da fase 3 e aplicou-se um instrumento semiestruturado ampliado (prospecção da fase 4 e análise na *proxy* J). Estruturou-se uma visão consolidada e aplicada no campo das percepções, preferências e relevâncias atribuídas pelos grupos de usuários aos constructos relevantes (importantes) para a mensuração de qualidade percebida (satisfação e adequação ao uso) em uma amostra de usuários-utilizadores selecionados em uma rede assistencial do SUS. Estes constructos validados e consolidados, quanto aos níveis de relevância (importância) atribuídos pelos grupos de especialistas e de partes interessadas (profissionais e usuários-utilizadores) resultou numa base adicional de conhecimento para a posterior adequação de conteúdo das questões relevantes para a mensuração de qualidade percebida e, portanto, subsidiou a estruturação de dois instrumentos inovadores a serem validados nas etapas 5 e 6 da investigação operacional.

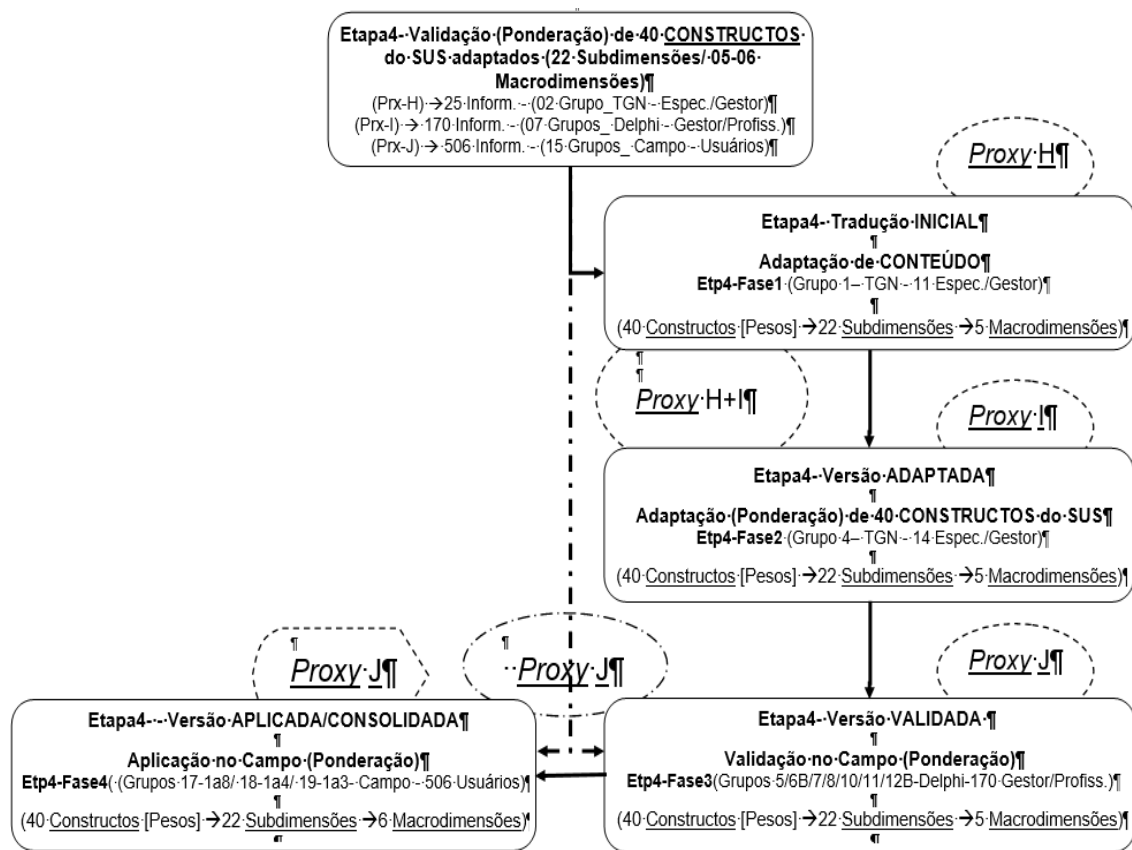


Figura 21 - Fluxo do processo de validação de constructos adaptados ao SUS (qualidade percebida) (etapa 4).

Estes fluxos têm suas análises complementadas pelo esquema lógico de análise de constructos de qualidade e das macrodimensões e subdimensões de qualidade. Na primeira etapa, no âmbito do estudo 4, procedeu-se a análise estatística de dados das *proxies* da avaliação das subdimensões de qualidade, além de seus reflexos nas macrodimensões de qualidade, descritos a seguir:

Análise Cód.	Etapas/Estudo	Fases	Proxy	Informantes (N) / Categorias
A1) Análises de respostas atribuídas através de 4 <i>proxies</i> (pesos atribuídos para os constructos)				
A1.a)-Inicial	Etp4 – Ciclo1	1+2	H	25 Espec./Gestor
A1.b)-Ajuste	Etp4 – Ciclo1	3	I	170 Espec./Gestor
A1.c)-Síntese	Etp4 – Ciclo1	1+2+3	H + I	195 Espec./Gestor
A1.d)-Campo	Etp4 – Ciclo2	4	J	506 Usuários
A2) Análises de respostas calculadas através de 4 <i>proxies</i> (pesos refletidos para as subdimensões):				
A2.a)-Inicial	Etp4 – Ciclo1	1+2	H	25 Espec./Gestor
A2.b)-Ajuste	Etp4 – Ciclo1	3	I	170 Espec./Gestor
A2.c)-Síntese	Etp4 – Ciclo1	1+2+3	H + I	195 Espec./Gestor
A2.d)-Campo	Etp4 – Ciclo2	4	J	506 Usuários
A3) Análises de respostas calculadas através de um <i>proxy</i> (pesos refletidos para os macrodomínios e para a Performance Global Percebida)				
A3.a)-Campo	Etp4 – Ciclo2	4	J	506 Usuários

Quadro 9 - Síntese das análises descritivas dos níveis de valoração (atribuídos) aos principais constructos propostos (e refletidos nas subdimensões e macrodimensões da escala de qualidade percebida).

De seguida, a etapas 5 da pesquisa, foi sintetizada nas figuras 22 e 23 , sendo dividida em quatro fases sucessivas e incrementais de adaptação.

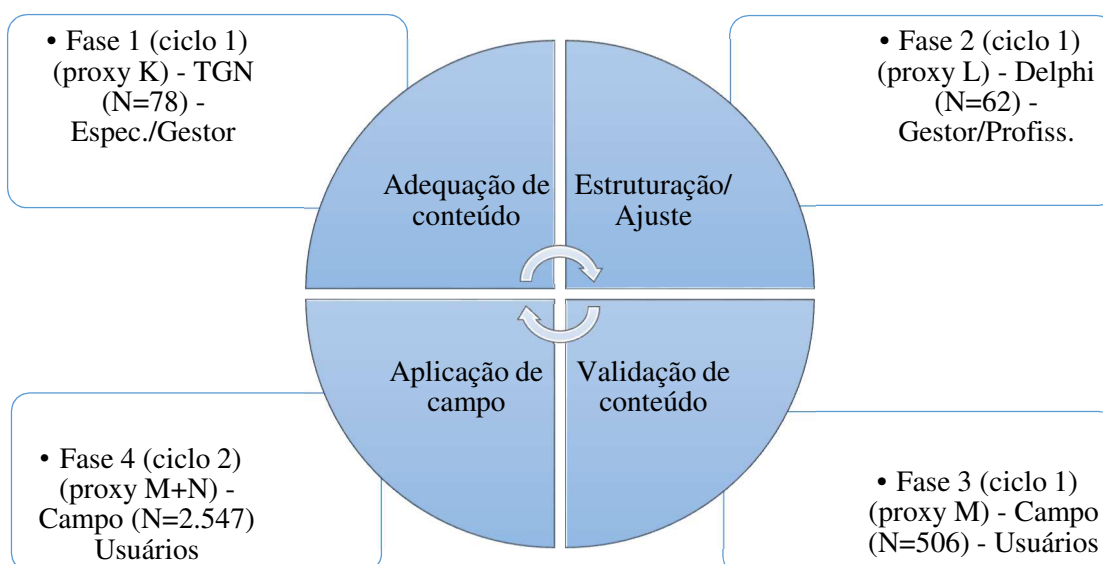


Figura 22 - Fluxo lógico da aplicação da investigação e agregação de resultados (estudo/etapa 5 - macrodimensões, subdimensões e questões validadas).

Na primeira fase – *qualitativa e descritiva* -, através de grupos focais e técnica de grupo nominal (TGN) aplicou-se um questionário semiestruturado (prospecção etapa 5 – questões validadas) e análise na *proxy K*, quanto aos conteúdo das *questões* relevantes para a mensuração de qualidade percebida (um questionário com 20 questões voltadas para a satisfação), provenientes da tradução transcultural e a análise da adaptabilidade do instrumento original escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988, 1991a) no contexto do SUS e adicionalmente dos *constructos* consolidados na etapa 4 deste estudo. Estruturou-se uma visão adaptada das preferências e relevâncias atribuídas pelos grupos de especialistas e partes interessadas, aos *constructos* relevantes (importantes) para a mensuração de qualidade percebida (satisfação e adequação ao uso) em organizações ou serviços de saúde.

Na segunda fase, da etapa 5 – *quantitativa e analítica* -, através de grupos *Delphi*, partiu-se dos resultados construídos pelos grupos focais de especialistas da fase inicial e aplicou-se um novo instrumento semiestruturado e análise na *proxy L*. Estruturou-se uma visão validada das preferências e valorações quanto as importâncias (relevâncias) atribuídas pelos grupos pilotos (visão direta de profissionais *versus* visão indireta dos usuários) quanto

aos conteúdos das *questões* relevantes para a mensuração de qualidade percebida (um questionário com 20 questões voltadas para a satisfação), que resultou em versão validada do questionário para a fase posterior.

A terceira fase, da etapa 5 – *quantitativa e analítica* -, através de grupos *Delphi*, partiu-se dos resultados construídos pelos grupos pilotos da fase anterior e aplicou-se um novo instrumento semiestruturado e análise na *proxy* M. Estruturou-se uma visão consolidada das preferências e valorações quanto as importâncias (relevâncias) atribuídas pelos grupos pilotos (visão direta de profissionais *versus* visão indireta dos usuários) quanto aos conteúdos das *questões* relevantes para a mensuração de qualidade percebida (um questionário com 20 questões voltadas para a satisfação), que resultou em versão consolidada do questionário para a fase posterior.

Por fim, a fase final da etapa 5, seguiu as mesmas técnicas e aplicou-se um instrumento semiestruturado consolidado e análise na *proxy* M+N. Estruturou-se uma visão consolidada e aplicada no campo das percepções, preferências e relevâncias atribuídas pelos grupos de usuários aos conteúdos das *questões* relevantes (importantes) para a mensuração de qualidade/satisfação percebida em uma amostra de usuários selecionados em sete grupos pilotos e 74 unidades assistenciais do SUS.

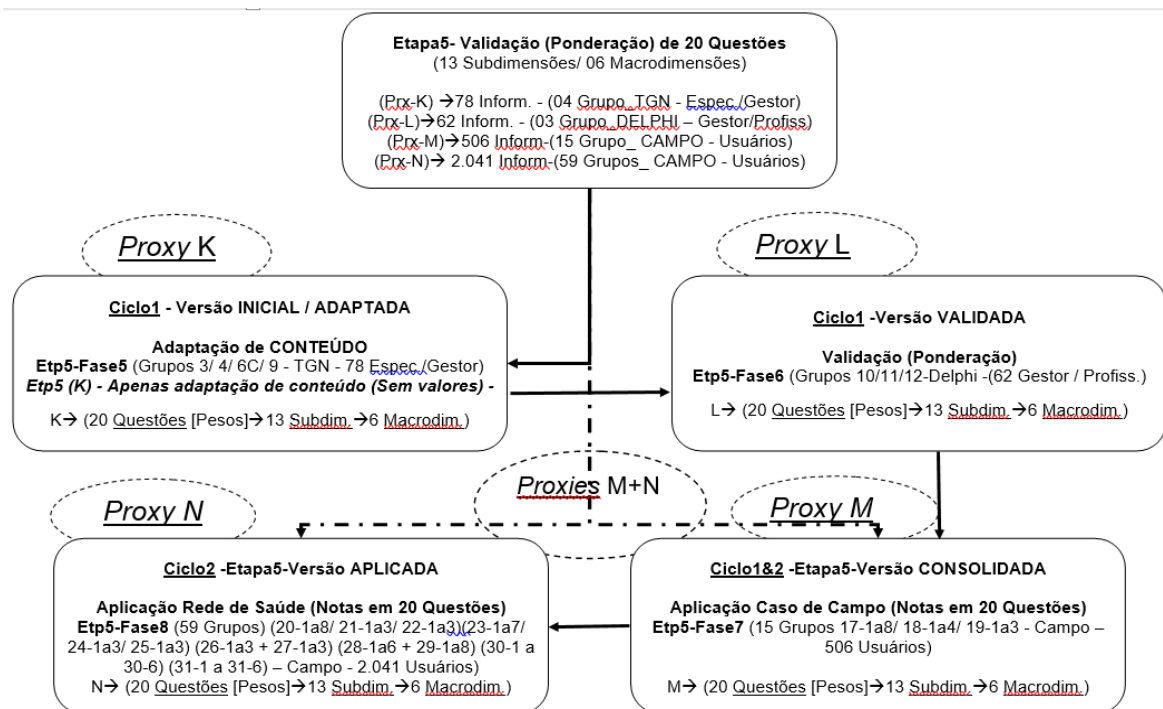


Figura 23 - Fluxo do processo de validação de questões de qualidade percebida (etapa 5 – questões validadas).

Estes fluxos têm suas análises complementadas pelo esquema lógico de análise de macrodimensões, subdimensões e questões validadas de qualidade percebida. Nas duas últimas fases, no âmbito do estudo 5, procedeu-se a análise estatística de dados das *proxies* da valoração das questões validadas além de seus reflexos nas macrodimensões e nas subdimensões da escala qualidade percebida, descritos a seguir:

Análise Cód.	Etapas/Estudo	Fases	Proxy	Informantes (N) / Categorias
A1) Análises de respostas atribuídas através de 4 proxies (pesos atribuídos para as questões validadas e para as questões adaptadas)				
A1.a)-Inicial	Etp5 – Ciclo1		K	78 Espec./Gestor (sem notas)
A1.b)-Ajuste	Etp5 – Ciclo1		L	62 Espec./Gestor
A1.c)-Campo/ Síntese	Etp5 – Ciclo1/2		M	506 Usuários
A1.d) –Campo/ Integração	Etp5 – Ciclo2		M+N	2.547 Usuários
A2) Análises de respostas calculadas através de 4 proxies (pesos refletidos para as subdimensões):				
A2.a)-Inicial	Etp5 – Ciclo1		K	78 Espec./Gestor (sem notas)
A2.b)-Ajuste	Etp5 – Ciclo1		L	62 Espec./Gestor
A1.c)-Campo/ Síntese	Etp5 – Ciclo1/2		M	506 Usuários
A1.d) –Campo/ Integração	Etp5 – Ciclo2		M+N	2.547 Usuários
A3) Análises de respostas calculadas através de um proxy (pesos refletidos para os macrodomínios e para a Performance Global Percebida)				
A3.a)-Campo/ Síntese	Etp5 – Ciclo2		M	506 Usuários
A3.b) – Campo/ Integração	Etp5 – Ciclo2		M+N	2.547 Usuários

Quadro 10 - Síntese das análises descritivas dos níveis de valoração (atribuídos) das questões validadas (e refletidos nas subdimensões e macrodimensões da escala de qualidade percebida).

Dessa forma, descreveu-se os fluxos de etapas e fases da pesquisa empírica quanto aos instrumentos da escala de qualidade/satisfação percebida além das atividades, métodos e técnicas de análises aplicadas aos resultados obtidos.

5.3. As hipóteses do estudo (itens de avaliação de performance e de avaliação de qualidade/satisfação percebida)

Inicialmente, propôs-se um diagrama gráfico (*path diagram*), pressupondo algumas relações entre as variáveis latentes (preditas), os itens de avaliação de performance, por exemplo, macrodomínios de avaliação ou dimensões de performance selecionadas e as

variáveis observadas (preditoras), as categorias de avaliação, por exemplo, domínios de avaliação ou indicadores de performance (figura 24).

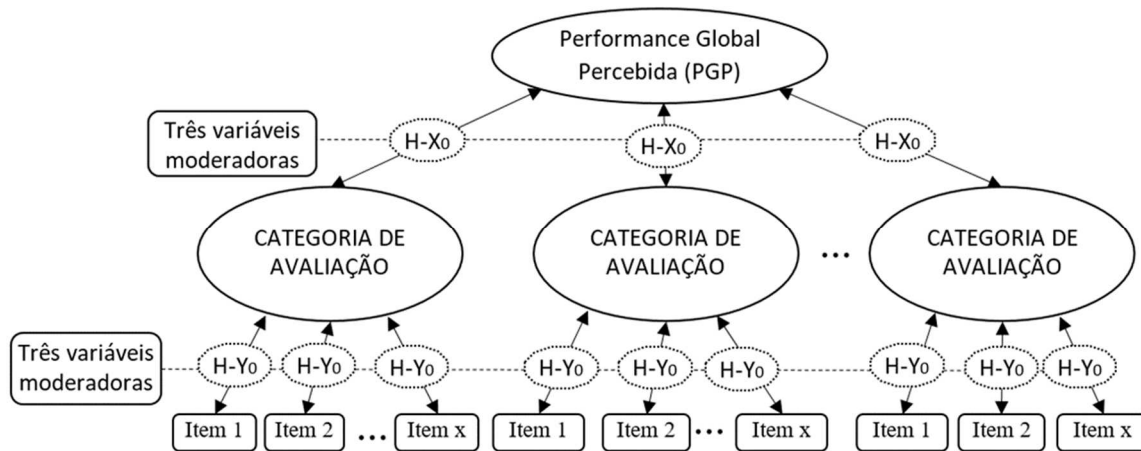


Figura 24 - Modelo gráfico das variáveis latentes e observadas de performance.

Através de recursos da estatística descritiva, correlação quantílica e análise factorial, foram analisadas as ponderações dos domínios e macrodomínios de avaliação e as mensurações das relevâncias/importâncias das dimensões e indicadores de performance, na perspetiva dos gestores e decisores.

De forma complementar, propôs-se algumas hipóteses sobre variáveis latentes e observadas de performance (figura 24) que foram objeto de análise estatística nesta investigação. Assim, testou-se as hipóteses nulas listadas a seguir, comparativamente às três possíveis variáveis moderadoras selecionadas (nível de atenção/cuidado de saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função dos decisores).

- $H1_0$: Os níveis de conhecimentos atribuídos aos domínios de avaliação e seus reflexos sobre os macrodomínios são maioritariamente superiores às notas médias;
- $H2_0$: Os níveis de conhecimentos atribuídos aos macrodomínios de avaliação são discriminados pelas três variáveis moderadoras;
- $H3_0$: Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos aos indicadores de performance e seus reflexos sobre as dimensões são maioritariamente superiores às notas médias;
- $H4_0$: Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídas às dimensões são discriminados pelas três variáveis moderadoras;

- H5₀ : Os indicadores de performance apresentam maioritariamente carga fatorial relevante sobre suas respectivas dimensões de performance;
- H6₀ : As dimensões de performance apresentam maioritariamente qualidade e validação comprovadas;
- H7₀ : As dimensões de performance apresentam carga fatorial relevante sobre a Performance Global Percebida;
- H8₀ : Os indicadores de performance analisados apresentam maioritariamente maiores correlações com suas respectivas dimensões de performance;
- H9₀ : A validação e adequação do modelo da Performance Global Percebida foram comprovadas.

Para validar estas hipóteses nulas (H1₀ a H9₀), ou refutá-las em contraposição às suas respectivas hipóteses alternativas, apoiou-se na teoria dominante que emergiu da análise bibliográfica sobre domínios e macrodomínios de avaliação em saúde, sobre indicadores e dimensões de performance em saúde, através das análises de resultados obtidos nesta investigação (tópico 6.1) e, ainda, das análises destas hipóteses propostas, sintetizadas em um quadro de validações e conclusões a partir dos testes de hipóteses aplicados (tópico 6.3).

De seguida, propôs-se a tradução transcultural e validação da escala de qualidade percebida selecionada (SERVQUAL) efetivadas em dois estudos/etapas consecutivas e incrementais pelos grupos de especialistas: tradução da escala original em constructos, subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida, estruturação de um instrumento com questões validadas, com revisões das subdimensões e macrodimensões propostas.

Dessa forma, na mesma lógica, propôs-se um diagrama gráfico (*path diagram*), pressupondo algumas relações entre as variáveis latentes (preditas), as categorias de análise de qualidade, por exemplo, as macrodimensões de qualidade com outras variáveis latentes (preditas), as subcategorias de análise de qualidade, por exemplo, as subdimensões de qualidade e as suas respectivas variáveis observadas (preditoras), os itens de análise de qualidade percebida, por exemplo, os constructos e as questões validadas (figura 25).

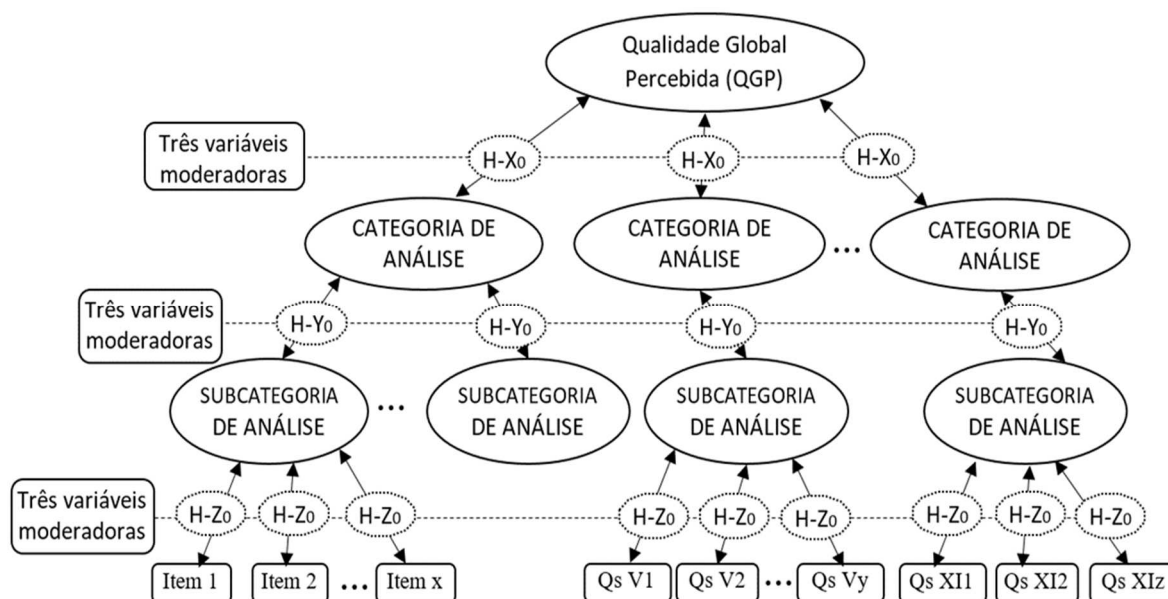


Figura 25 - Modelo gráfico das variáveis latentes e observadas de qualidade percebida.

Através de recursos da estatística descritiva, correlação quantílica e análise factorial, foram analisadas as ponderações dos constructos e suas subdimensões e macrodimensões de constructos e as mensurações das relevâncias/importâncias das questões validadas e suas subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida, na perspectiva dos gestores e decisores e complementarmente de usuários do SUS.

De forma complementar, propôs-se algumas hipóteses sobre variáveis latentes e observadas de qualidade percebida (figura 25) que foram objeto de análise estatística nesta investigação. Assim, testou-se as hipóteses nulas listadas a seguir, comparativamente às três possíveis variáveis moderadoras selecionadas (nível de atenção/cuidado de saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função dos decisores ou nível de escolaridade do usuário).

- H10₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos às questões validadas de qualidade percebida e seus reflexos sobre as subdimensões de questões validadas e suas respectivas macrodimensões são maioritariamente superiores às notas médias;
- H11₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos às subdimensões de questões validadas e suas respectivas macrodimensões são discriminados pelas três variáveis moderadoras;
- H12₀ : Há associação negativa entre as subdimensões de questões validadas e suas respectivas macrodimensões, nas perspectivas Expectativa e Percepção;

- H13₀ : As questões validadas apresentam carga fatorial relevante sobre suas respectivas subdimensões;
- H14₀ : As subdimensões de questões validadas apresentam qualidade e validação comprovadas;
- H15₀ : As subdimensões de questões validadas apresentam carga fatorial relevante sobre suas respectivas macrodimensões;
- H16₀ : As macrodimensões de questões validadas apresentam qualidade e validação comprovadas;
- H17₀ : As questões validadas apresentam maiores correlações com suas respectivas subdimensões;
- H18₀ : As subdimensões de questões validadas apresentam maiores correlações com suas respectivas macrodimensões;
- H19₀ : A validação e adequação do modelo da Qualidade Global Percebida, de questões validadas, foram comprovadas;

Para validar estas hipóteses nulas (H10₀ a H19₀), ou refutá-las em contraposição às suas respectivas hipóteses alternativas, apoiou-se nomeadamente na teoria dominante que emerge da análise bibliográfica sobre escalas de mensuração de qualidade em saúde, a fim de selecionar uma escala de qualidade/satisfação de usuários aplicável ao contexto de saúde brasileira, através das análises de resultados obtidos nesta investigação (tópico 6.2) e, ainda, das análises destas hipóteses propostas, sintetizadas em quadro de validações e conclusões a partir dos testes de hipóteses aplicados (tópico 6.4).

5.4. Os modelos de análise e as técnicas de validação dos itens de avaliação da investigação

A discussão de resultados foi composta principalmente pela etapa de análise dos artefactos projetados (instrumento com itens de avaliação de performance das unidades de saúde e escala com itens de medição de qualidade/satisfação do usuário), através das provas de conceito, de valor e de utilidade próprias do método da abordagem *Design Research*, bem como avaliar a validade interna dos resultados obtidos além de analisar a amplitude de

possível generalização do instrumento de indicadores e escala de qualidade/satisfação validados.

Neste sentido considerou-se a análise da validação e aceitação pelo decisores envolvidos e, ainda, a disponibilidade de acesso aos dados, bem como aspetos sobre a facilidade de aplicação dos instrumentos propostos, e também sobre outros factores relevantes que surgiram ao longo da pesquisa da literatura e da estruturação da metodologia proposta.

Após a aplicação dos questionários de recolha de dados nas diversas etapas e fases dos ciclos de validação dos instrumentos (ciclo 1) e nas várias etapas e fases das pesquisas de campo (ciclo 2) estruturou-se uma proposta de modelos e técnicas de análise, como rigor metodológico apropriado, devidamente alinhada com os objectivos e hipóteses traçados no início da investigação, nomeadamente quanto aos resultados de validação dos artefactos produzidos pelos agentes de decisão, conforme explicitado a seguir. Assim, a análise estatística aplicada aos dados coletados dividiu-se em dois campos: análise descritiva (para todas as etapas e fases, nos ciclos 1 e 2) e análise inferencial (apenas para as fases finais constantes do ciclo 2 de cada estudo).

Neste propósito, apropriou-se de uma técnica de Modelagem de Equação Estrutural (SEM-*Structural Equation Model*), pelo uso das funcionalidades do *Software R*, em busca de explicar estatisticamente as relações entre as variáveis do modelo proposto, através de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), a fim de validar as magnitudes e significâncias estatísticas da associação entre as variáveis observadas (itens) e latentes (factores ou constructos), através das estimativas dos parâmetros, a partir dos dados amostrais coletados e da análise de suas variâncias. Também foram usados índices de ajustamento para otimizar o modelo resultante da análise.

Ressalta-se que a análise tipo SEM, geralmente, é aplicada com variáveis dos tipos *intervalar* e de *razão*, porém Lemke (2005) cita os estudos de Atkinson (1988), Bentler e Chou (1987) e Green et al. (1997) para defender que a análise SEM pode ser aplicada também para *variáveis ordinais* (que violam os pressupostos de continuidade e normalidade da variável, exigidos na análise SEM original), além de que, e muitos estudos, tem sido aplicada em variável do tipo *Escala de Likert*, desde que tenha pelo menos 5 níveis/classes e que a distribuição de frequência da variável analisada se aproxime da normalidade. Ressalte-se que Green et al. (1997) demonstraram que o aumento do número de classes ou

categorias de respostas ao item ampliaram as possibilidades de usar escalas intervalares neste tipo de estudo. No caso de não validação do pressuposto de normalidade multivariada das amostras estudadas, sugere-se utilizar o teste de Satorra-Bentler para correção dos testes de qui-quadrado (Marôco, 2014), por exemplo, através do uso do pacote Lavaan do software R.

Após a aplicação da investigação e coleta de dados os resultados obtidos, foram sistematizados e propostos os métodos e técnicas de análises dos dados das amostras. Os resultados obtidos na parte empírica foram sistematizados através de planilhas Excel (2016) sendo a base de análise para a construção de versões evolutivas dos instrumentos de coletas de dados ao longo de cada etapa do estudo e, por fim, sistematizou-se um banco de dados para as análises estatísticas nas quais se utilizou os pacotes do software R versão 3.2.2, de acesso livre.

Quanto aos modelos de análises aplicados sobre os itens de avaliação de performance e suas vinculações aos resultados obtidos desenhou-se os fluxos lógicos de técnicas e atividades usadas, de agregação de resultados e técnicas analíticas aplicadas, conforme seus ciclos de análise (ciclos 1 e 2), etapas de investigação (estudos 1 a 3), além de suas fases sucessivas e incrementais, que envolveram vários grupos e painéis de informantes (quadro 11).

Etapas do Estudo	Técnicas		Análise Instrumental de Conteúdo (Bardin)	Painel de Especialistas	Pesquisa Delphi	Questionários / inquérito (Surveys)	Análise Multicritério (Análise Fatorial Confirmatória de qualidade e validade do modelo)
	Revisão bibliográfica e pesquisa documental	Atividades					
Etapa 1 - Busca de Informação para elaboração de questionários	Estabelecimento de Framework	Relevância e Quadro conceitual de Itens de Avaliação de Performance					
	Externalização de conhecimentos		Categorias de Conhecimento Tácitos sobre avaliação de performance				
	Avaliação de categorias de conhecimentos			Estruturação de Macrodominios e Domínios de Avaliação			
	Sistematização de Conhecimentos (Macrodominios e Domínios - Ciclo 1)				Validação de Macrodominios e Domínios de Avaliação (Proxy A, B e C - Questionário)	Respostas obtidas sobre Macrodominios e Domínios (Tópicos 6.1.1.1)	Sem Análise de Modelo Inferencial
Etapa 2 - Criação de Painel de Indicadores (Gestores)	Expansão de conceitos com base na Literatura	Alinhamento e expansão de conceitos com base no Quadro Conceitual					
	Sistematização de Conhecimentos (Dimensões e Indicadores - Ciclo 1)				Validação de Dimensões e Indicadores de Performance - (proxy D, E e F - Questionário)	Respostas obtidas sobre indicadores de performance (Tópicos 6.1.1.2 e 6.1.1.3)	Modelo Inferencial de Dimensões e Indicadores de Performance (Tópicos 6.1.2.1 e 6.1.2.2)
Etapa 3 - Criação de Painel de Indicadores (Decisores)	Expansão de conceitos com base na Literatura	Alinhamento e expansão de conceitos com base no Quadro Conceitual					
	Aplicação de campo do questionário (Ciclo 2)				Validação de Dimensões e Indicadores de Performance - (proxy G - Questionário)	Respostas obtidas sobre indicadores de performance (Tópico 6.1.1.3)	Modelo Inferencial de Dimensões e Indicadores de Performance (Tópico 6.1.2.3)
Etapa 6 - Teste de hipóteses dos Estudos	Análise estatística de resultados (Elaboração de testes de hipóteses)						Hipóteses (Performance) refutadas ou validadas e Correlações/ Associações (Tópico 6.3)
	Análise de aplicabilidade	Relatório de Conclusões sobre os Painéis de Indicadores de Performance e Escala de Qualidade/ Satisfação					

Quadro 11 - Visão global da fase empírica dos estudos/etapas de 1 a 3: atividades, técnicas de investigação e métodos de análises de resultados (macrodómios/domínios de avaliação e dimensões/indicadores de performance).

Quanto aos modelos de análises aplicados sobre os itens da escala de mensuração de qualidade/ satisfação percebida e suas vinculações aos resultados obtidos desenhou-se os fluxos lógicos de técnicas e atividades usadas, de agregação de resultados e técnicas analíticas aplicadas, conforme seus ciclos de análise (ciclos 1 e 2), etapas de investigação (estudos 1 a 5), além de suas fases sucessivas e incrementais, que envolveram vários grupos e painéis de informantes (quadro 12).

Etapas do Estudo	Técnicas	Revisão bibliográfica e pesquisa documental	Análise Instrumental de Conteúdo (Bardin)	Painel de Especialistas	Pesquisa Delphi	Questionários / inquérito (Surveys)	Análise Multicritério (Análise Fatorial Confirmatória de qualidade e validade do modelo)
	Atividades						
Etapa 4 - Busca de Informação para validação dos construtos	Estabelecimento de Framework	Relevância e Quadro conceitual de Itens de qualidade / satisfação					
	Externalização de conhecimentos		Categorias de Conhecimento Tácitos sobre percepção de qualidade / satisfação				
	Avaliação de categorias de conhecimentos			Estruturação de Construtos de qualidade / satisfação			
	Sistematização de Conhecimentos (Construtos de Qualidade)				Validação de Construtos, Macro & Subdimensões de Qualidade - (proxy H, I e J - 40 construtos)	Respostas obtidas sobre Construtos, Macro & Subdimensões de Qualidade (Tópicos 6.2.1.1 e 6.2.1.2)	Modelo Inferencial de Construtos, Macro & Subdimensões de Qualidade (Tópico 6.2.2.1)
Etapa 5 - Busca de Informação para elaboração de questões validadas	Externalização de conhecimentos		Expansão de conceitos com base no Quadro Conceitual e Construtos validados				
	Avaliação de categorias de conhecimentos			Estruturação de Questões validadas a partir dos 40 construtos validados			
	Sistematização de Conhecimentos (Construtos de Qualidade)				Validação de Questões, Macro & Subdimensões de Qualidade - (proxy K e L - 20 Questões Validadas)	Respostas obtidas sobre Construtos, Macro & Subdimensões de Qualidade (Tópicos 6.2.1.3)	Sem Análise de Modelo Inferencial
	Aplicação de campo do questionário (Ciclo 2)				Validação de Questões, Macro & Subdimensões de Qualidade - (proxy M e N - 20 Questões Validadas)	Respostas obtidas sobre Questões, Macro & Subdimensões de Qualidade (Tópicos 6.2.1.4)	Modelo Inferencial de Questões, Macro & Subdimensões de Qualidade (Tópico 6.2.2.2)
Etapa 6 - Teste de hipóteses dos Estudos	Análise estatística de resultados (Elaboração de testes de hipóteses)						Hipóteses (Qualidade) refutadas ou validadas e Correlações / Associações (Tópico 6.4)
	Análise de aplicabilidade	Relatório de Conclusões sobre os Painéis de Indicadores de Performance e Escala de Qualidade / Satisfação					

Quadro 12 - Visão global da fase empírica dos estudos/etapas de 4 e 5: atividades, técnicas de investigação e métodos de análises de resultados (macrodimensões/subdimensões de constructos e de questões validadas da qualidade percebida).

A parte empírica desta investigação foi desenvolvida em diversas fases subsequentes de estruturação e aprimoramento incremental dos instrumentos de coleta de dados (ciclo 1) e, por fim, aplicada em uma pesquisa de campo em uma única fase (ciclo 2). A fase empírica foi iniciada pelo mapeamento dos conhecimentos tácitos dos agentes chaves da amostra nas categorias de macrodomínios e domínios de avaliação, seguidos pela etapa de análise e consolidação de painéis de indicadores e dimensões de performance em organizações de saúde.

Para a primeira categoria de análise, em busca de um índice sintético proveniente dos itens de análise de performance, analisou-se os reflexos sobre uma *variável latente* Performance Global Percebida pelo que se mensurou os efeitos refletidos das valorações dos indicadores e dimensões de performance, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em um modelo estrutural a ser analisado, especificado e validado. Assim, aplicou-se os métodos de análise estatística descritiva e inferencial para a geração de escores de cada indicador e de cada dimensão de performance a fim de validar a composição de painéis de controlo (*dashboard* ou *tableau de bordo*) de indicadores chaves (*Key Performance Indicators – KPI*). Dessa forma, construiu-se alguns *proxies* do modelo de painéis de indicadores e performance, a partir dos indicadores e dimensões de performance selecionados e dados obtidos da pesquisa de campo com gestores e decisores (figura 26).

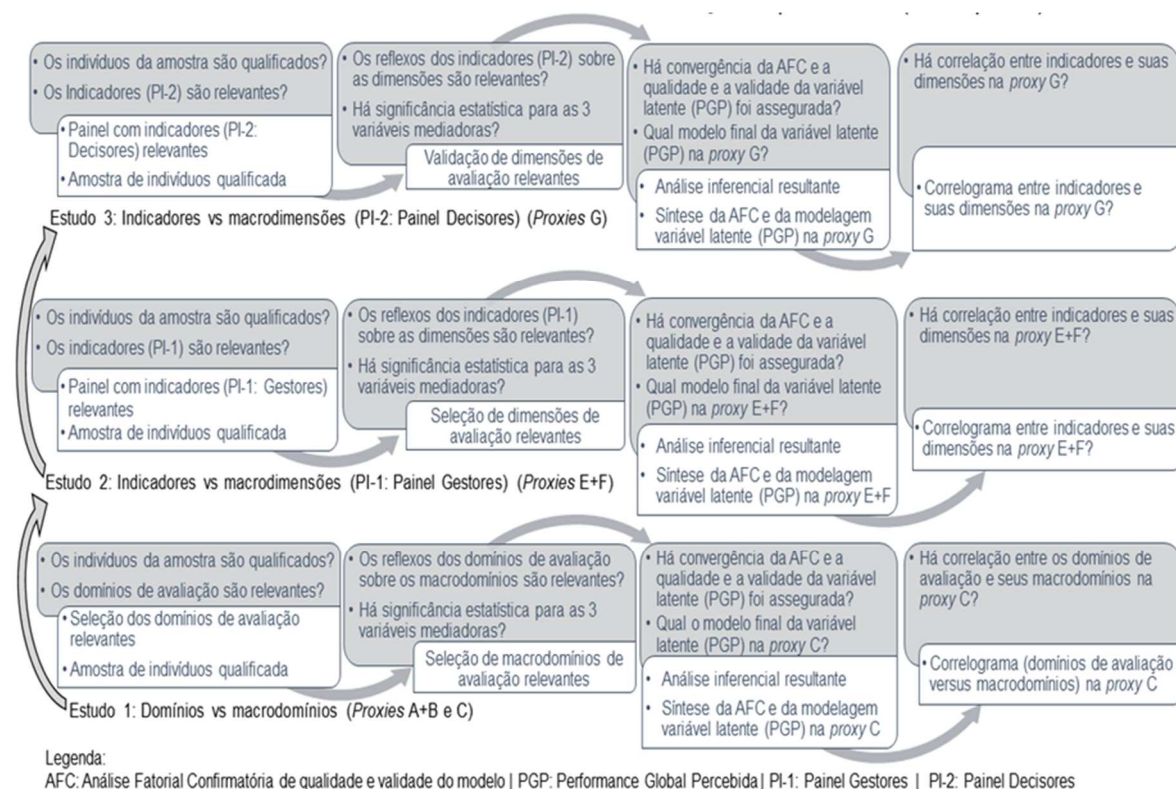


Figura 26 - Síntese de fluxo de análises de itens de análise dos painéis de indicadores e dimensões de performance.

Quanto ao painel de domínios e macrodomínios de avaliação, para o conjunto de análises descritivas aplicou-se os seguintes métodos: medidas descritivas e gráficos (barplot e boxplot) para as médias (e intervalos de confiança) dos pesos atribuídos para os domínios

e, de forma complementar, para os pesos refletidos dos domínios sobre os macrodomínios de avaliação. Aplicou-se ainda as comparações das médias (e intervalos de confiança) entre os domínios sobre os macrodomínios de avaliação, inclusive quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função).

Para o conjunto de análises inferenciais aplicou-se os seguintes métodos: análise das cargas fatoriais e contribuições percentuais de cada um dos domínios sobre os macrodomínios de avaliação e, de forma complementar, dos macrodomínios de avaliação sobre a Performance Global Percebida; verificação dos níveis de correlações de cada um dos domínios sobre os macrodomínios de avaliação; verificação da dimensionalidade, validade convergente e a confiabilidade de cada macrodomínio de avaliação e análise dos critérios de qualidade e validade, além dos índices de qualidade (ajustamento) do Modelo Final.

Por fim, aplicou-se uma análise descritiva quanto a variável latente construída e validada (Performance Global Percebida) a fim de efetivar as análises dos reflexos dos macrodomínios de avaliação sobre a Performance Global Percebida, inclusive as comparações quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função). De forma esquemática estas análises foram sintetizadas abaixo (figura 27):

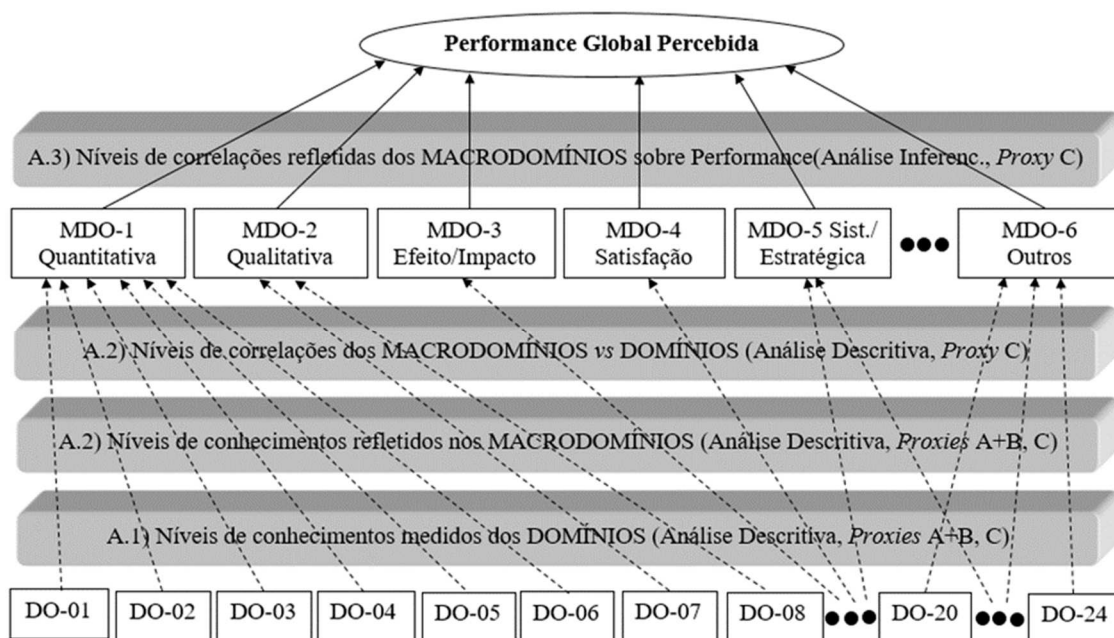


Figura 27 - Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapa 1 - macrodomínios e domínios de avaliação).

Quanto ao painel de indicadores e dimensões de performance, para o conjunto de análises descritivas aplicou-se os seguintes métodos: medidas descritivas e gráficos (barplot e boxplot) para as médias (e intervalos de confiança) dos pesos atribuídos para os indicadores e, de forma complementar, para os pesos refletidos dos indicadores sobre as dimensões de performance. Aplicou-se ainda as comparações das médias (e intervalos de confiança) entre os indicadores sobre as dimensões de performance, inclusive quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função).

Para o conjunto de análises inferenciais aplicou-se os seguintes métodos: análise das cargas fatoriais e contribuições percentuais de cada um dos indicadores sobre as dimensões de performance e, de forma complementar, das dimensões de performance sobre a Performance Global Percebida; verificação dos níveis de correlações de cada um dos indicadores sobre as dimensões de performance; verificação da dimensionalidade, validade convergente e a confiabilidade de cada dimensão de performance e análise dos critérios de qualidade e validade, além dos índices de qualidade (ajustamento) do Modelo Final.

Por fim, aplicou-se uma análise descritiva quanto a variável latente construída e validada (Performance Global Percebida) a fim de efetivar as análises dos reflexos das dimensões de performance sobre a Performance Global Percebida, inclusive as comparações quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função). De forma esquemática estas análises foram sintetizadas abaixo (figura 28):

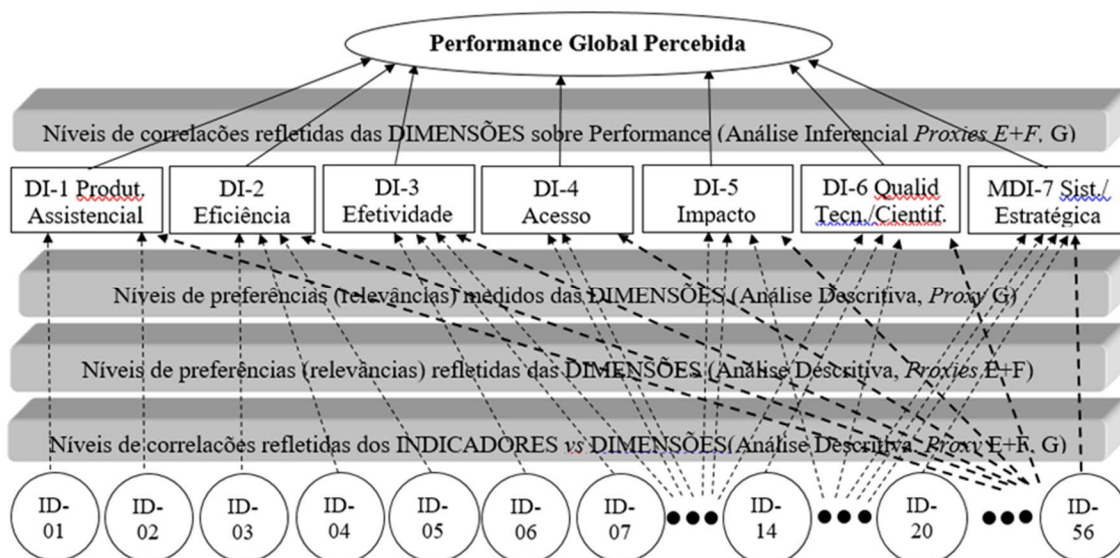
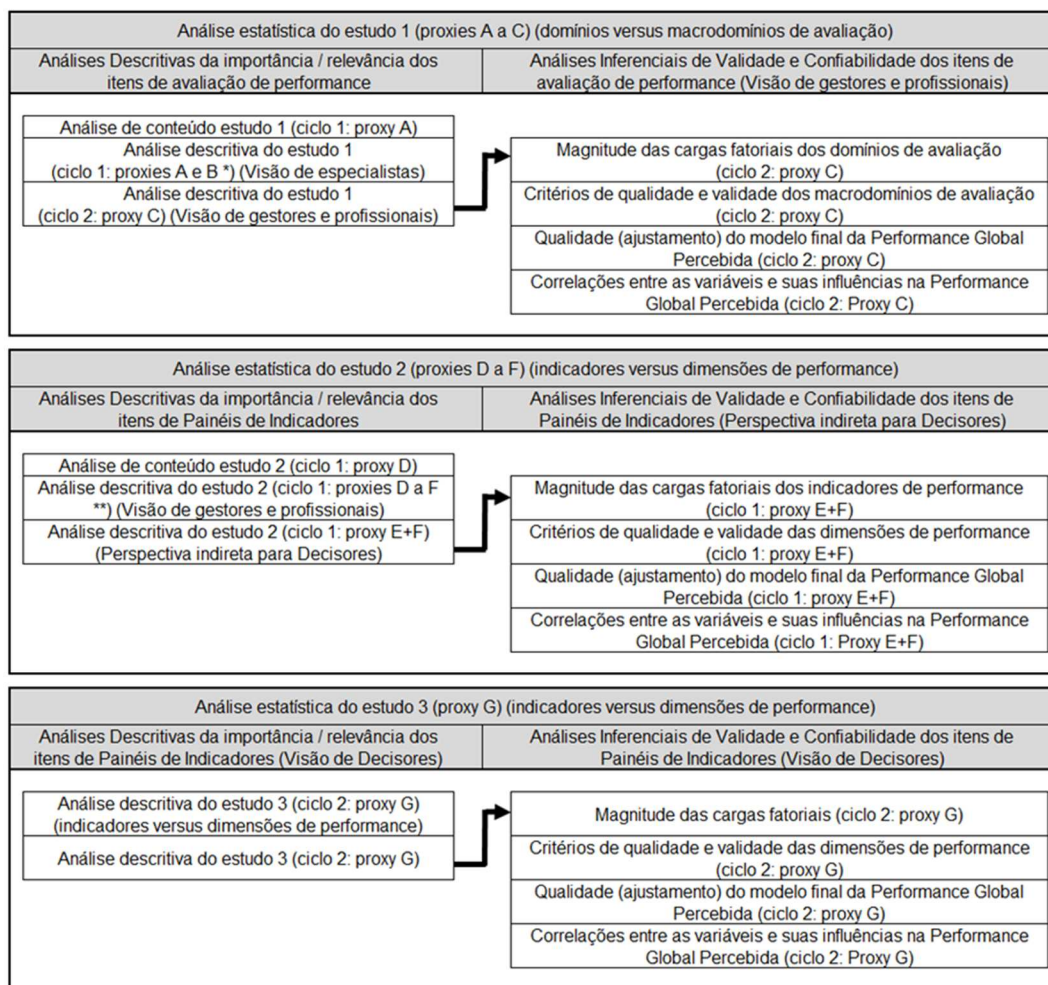


Figura 28 - Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapas 2 & 3 - dimensões e indicadores de performance).

As técnicas analíticas para a validação dos itens de avaliação dos painéis de domínios e macrodomínios de avaliação e de indicadores e dimensões de performance obtiveram resultados das análises estatísticas descritivas (tópico 6.1.1) e das análises estatísticas inferenciais (tópico 6.1.2).

A figura 29 sintetizou as etapas, os métodos e as técnicas de análise usados para a validação dos painéis de indicadores e de dimensões de performance.



* Apêndice 9.1.1 | ** Apêndice 9.1.2

Figura 29 - Síntese dos fluxos, métodos e técnicas de análises de resultados (etapas 1 a 3 - ciclo 1 e 2 - proxies A a G).

Noutro escopo da fase empírica inicial, abordou-se a adequação e validação de itens da escala internacional SERVQUAL de qualidade e satisfação em busca de mapear os constructos de qualidade (ideias-força) relevantes, na visão de agentes chaves para avaliação de qualidade/satisfação em serviços de saúde, posteriormente, consolidados por adaptações

em etapas e fases incrementais de validação de questões validadas, além de subdimensões e macrodimensões de qualidade e satisfação para usuários do SUS.

Para a segunda categoria de análise, em busca de um índice sintético proveniente dos itens de avaliação da qualidade percebida, analisou-se os reflexos sobre uma *variável latente* Qualidade Global Percebida pelo que se mensurou os efeitos refletidos das valorações dos itens de análise da escala de qualidade adaptada (constructos e questões validadas) bem como suas subdimensões e macrodimensões de qualidade, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em um modelo estrutural a ser analisado, especificado e validado. Assim, aplicou-se os métodos de análise estatística descritiva e inferencial para a geração de escores de cada item de análise (questões validadas e suas respectivas subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida) a fim de validar a composição de uma escala de qualidade e satisfação de usuários consolidada em um questionário aplicado ao contexto de unidades e serviços de saúde do SUS. Dessa forma, construiu-se alguns *proxies* do modelo de escala de questões validadas e suas respectivas subdimensões e macrodimensões de qualidade mais relevantes para compor a proposição de um modelo inovador de escala de medição de qualidade e satisfação de usuários do SUS, a partir dos itens de análises propostos e dados obtidos da pesquisa de campo com gestores, decisores e usuários (figura 30).

Fluxos da análise de dados – Síntese de itens de avaliação da Qualidade / Satisfação

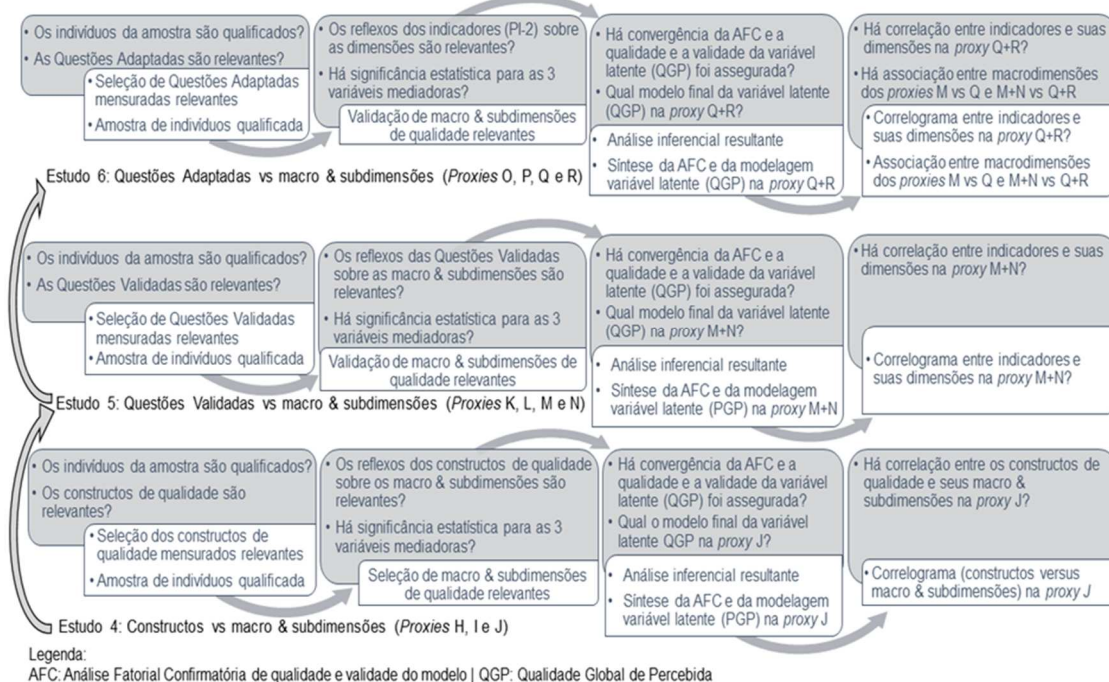


Figura 30 - Síntese de fluxo de análises de itens de avaliação de qualidade/satisfação.

Quanto a escala de constructos de qualidade de constructos, subdimensões e macrodimensões de qualidade, para o conjunto de análises descritivas aplicou-se os seguintes métodos: medidas descritivas e gráficos (barplot e boxplot) para as médias (e intervalos de confiança) dos pesos atribuídos para os constructos de qualidade e, de forma complementar, para os pesos refletidos nas subdimensões e macrodimensões de qualidade. Aplicou-se ainda as comparações das médias (e intervalos de confiança) entre as macrodimensões e subdimensões de qualidade, inclusive quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função, para gestores ou nível de escolaridade, para usuários).

Para o conjunto de análises inferenciais aplicou-se os seguintes métodos: análise das cargas fatoriais e contribuições percentuais de cada uma das macrodimensões sobre as subdimensões de qualidade e, de forma complementar, das macrodimensões de qualidade; verificação dos níveis de correlações de cada um das macrodimensões de qualidade; verificação da dimensionalidade, validade convergente e a confiabilidade de cada macrodimensão de qualidade e análise dos critérios de qualidade e validade, além dos índices de qualidade (ajustamento) do Modelo Final.

Por fim, aplicou-se uma análise descritiva quanto a variável latente construída e validada (Qualidade Global Percebida) a fim de efetivar as análises dos reflexos das macrodimensões de qualidade sobre a Qualidade Global Percebida, inclusive as comparações quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função, para gestores ou nível de escolaridade, para usuários). De forma esquemática estas análises foram sintetizadas abaixo (figura 31):

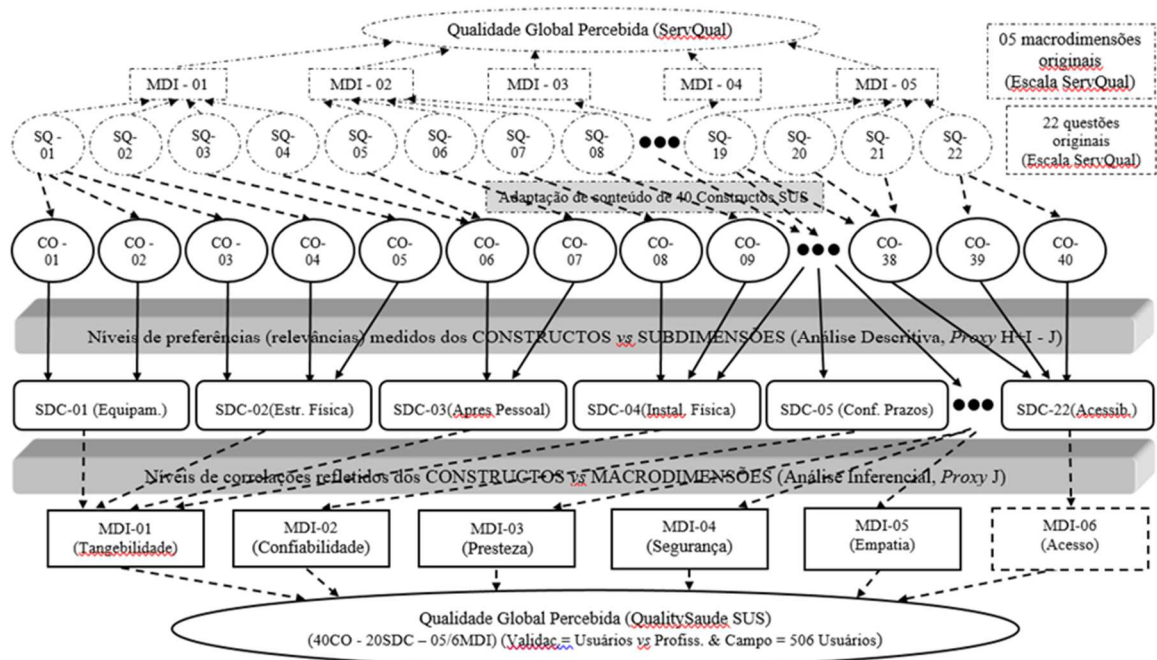


Figura 31 - Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapa 4 - macrodimensões, subdimensões e constructos de qualidade percebida).

Quanto a escala de questões de qualidade de questões, subdimensões e macrodimensões de qualidade, para o conjunto de análises descritivas aplicou-se os seguintes métodos: medidas descritivas e gráficos (barplot e boxplot) para as médias (e intervalos de confiança) dos pesos atribuídos para as questões de qualidade e, de forma complementar, para os pesos refletidos nas subdimensões e macrodimensões de qualidade. Aplicou-se ainda as comparações das médias (e intervalos de confiança) entre as macrodimensões e subdimensões de qualidade, inclusive quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função, para gestores ou nível de escolaridade, para usuários).

Para o conjunto de análises inferenciais aplicou-se os seguintes métodos: análise das cargas fatoriais e contribuições percentuais de cada uma das macrodimensões sobre as subdimensões de qualidade e, de forma complementar, das macrodimensões de qualidade; verificação dos níveis de correlações de cada um das macrodimensões de qualidade; verificação da dimensionalidade, validade convergente e a confiabilidade de cada macrodimensão de qualidade e análise dos critérios de qualidade e validade, além dos índices de qualidade (ajustamento) do Modelo Final.

Por fim, aplicou-se uma análise descritiva quanto a variável latente construída e validada (Qualidade Global Percebida) a fim de efetivar as análises dos reflexos das

macrodimensões de qualidade sobre a Qualidade Global Percebida, inclusive as comparações quanto às possíveis variáveis moderadoras (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função, para gestores ou nível de escolaridade, para usuários). De forma esquemática estas análises foram sintetizadas abaixo (figura 32):

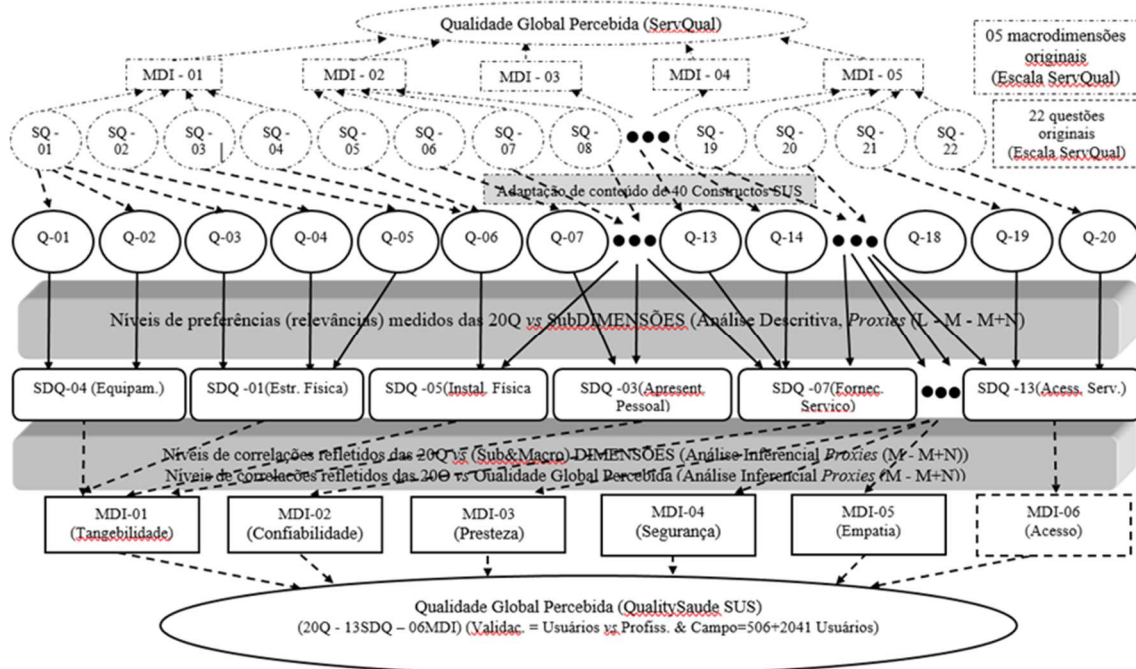
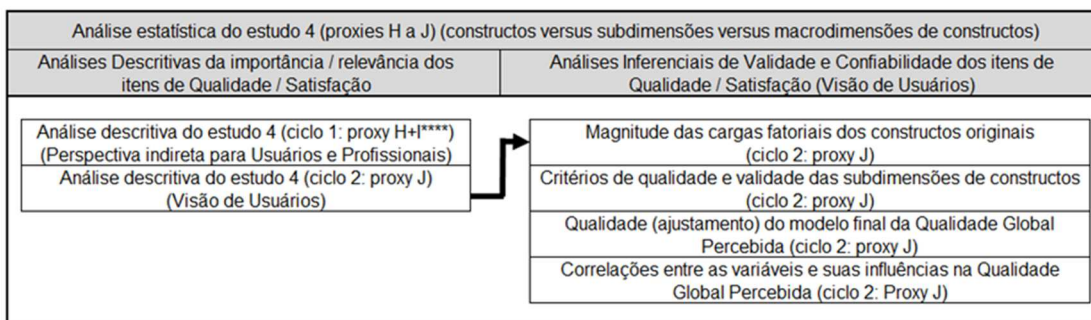


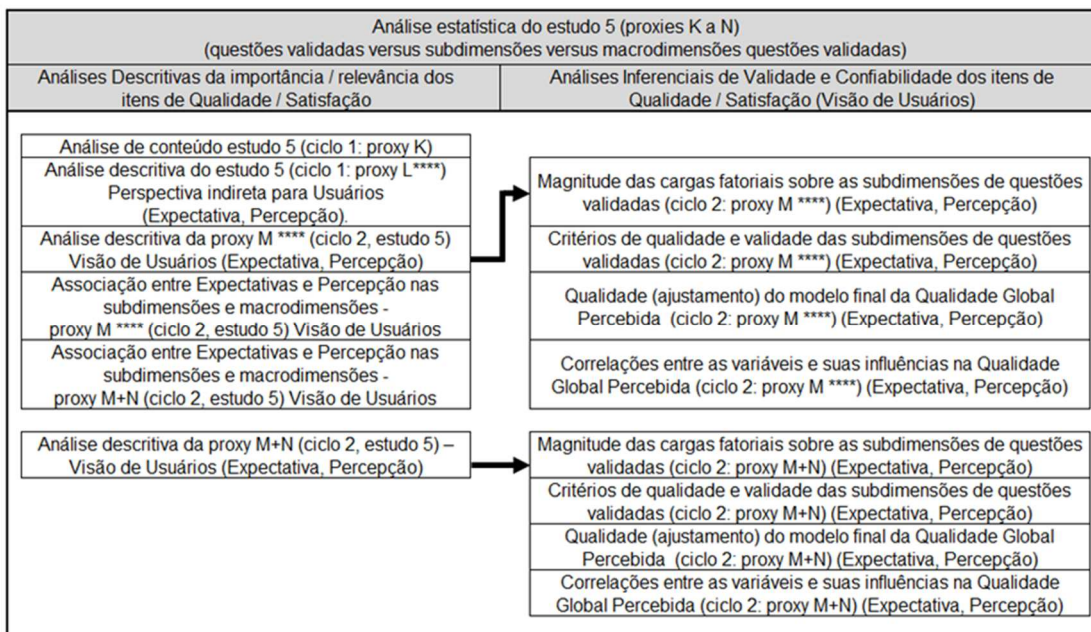
Figura 32 -Esquema lógico de variáveis da investigação e análises de resultados (etapas 5 - macrodimensões, subdimensões e questões validadas de qualidade percebida).

As técnicas analíticas para a validação dos itens de avaliação dos painéis de domínios e macrodomínios de avaliação e de indicadores e dimensões de performance obtiveram resultados das análises estatísticas descritivas (tópico 6.1.1) e das análises estatísticas inferenciais (tópico 6.1.2).

A figura 33 sintetizou as etapas, os métodos e as técnicas de análise usados para a validação dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida).



*** Apêndice 9.2.1



**** Apêndice 9.2.2

Figura 33 - Síntese dos fluxos, métodos e técnicas de análises de resultados (etapas 4 e 5 - ciclo 1 e 2 - proxies H a N).

Este processo empírico e de análise dos dados obtidos foi dividido em 6 estudos. Na primeira categoria de artefacto quanto aos resultados da validação dos itens de análise dos painéis de mensuração de performance (no estudo 1, *domínios* e *macrodomínios* de avaliação e nos estudos 2 e 3 *indicadores* e *dimensões* de performance). Na segunda categoria de artefacto quanto aos resultados da validação dos itens de análise da escala de qualidade percebida (no estudo 4, *constructos*, *subdimensões* e *macrodimensões* de qualidade percebida, no estudo 5, *questões validadas*, *subdimensões* e *macrodimensões* de qualidade percebida).

Por sua vez, cada estudo realizado (estudos/etapas 1 a 3 e estudos/etapas 4 e 5) constou de fases subsequentes e incrementais de ajuste dos instrumentos gerados e validados por diferentes grupos de informantes, que gerou diversos *proxies* com itens de análise de performance (A a G) e *proxies* com itens de avaliação de qualidade (H a N) enquanto

modelos de aprimoramento incrementais dos instrumentos estruturados e validados pelos agentes de decisão. Por facilidade de análise, agregou-se alguns destes *proxies* para o escopo de itens de análise de performance (A+B, E+F) e também para o escopo de itens de avaliação de qualidade (H+I, M+N), agrupados por similaridades de categorias analíticas, visto que os itens analisados tinham ampla semelhança entre nestes instrumentos agregados em cada fase da pesquisa e seus respectivos *proxies* originais.

As análises estatísticas foram estruturadas a partir dos dados coletados em seis estudos específicos (três diferentes etapas (1 a 3) para a validação do painel de dimensões e indicadores de performance e dois diferentes etapas (4 e 5) para a adaptação e validação transcultural da escala SERVQUAL, através de fases sequenciais de análises (*proxies*), nas quais os modelos de instrumentos foram estruturados, adaptados (aprimoramentos incrementais) e/ou validados pelos entrevistados da amostra.

Nos estudos 1 a 3 abordou-se diferentes perspectivas de análises das respostas obtidas. No estudo 1 diferenciou-se as respostas pela perspectiva indireta das respostas obtidas dos especialistas informantes, através de notas atribuídas para a visão de gestores e na fase de campo apenas para a visão direta de gestores. Enquanto isso, no estudo 2 diferenciou-se as respostas pela perspectiva indireta das respostas obtidas dos gestores e profissionais informantes, através de notas atribuídas para a visão de gestores e na fase de campo apenas para a visão direta de gestores. No estudo 3, analisou-se a resposta de campo apenas para a visão direta de gestores quanto à perspectiva de Decisores da saúde.

Nos estudos 4 e 5 abordou-se diferentes perspectivas de análises das respostas obtidas. No estudo 4 diferenciou-se as respostas pela perspectiva indireta das respostas obtidas dos especialistas e gestores informantes, através de notas atribuídas para a visão de Usuários e para a visão dos Profissionais. Enquanto isso, no estudo 5 diferenciou-se as respostas pela perspectiva direta dos Usuários informantes quanto a observação da Expectativa (relativo ao atendimento recebido nos últimos 12 meses) e da Percepção (relativo ao atendimento recebido naquele momento), sobre a qualidade/ satisfação percebida pelo Usuário do SUS.

Todas as análises descritivas (estudos 1 a 5, ciclo 1 - validação de instrumentos e ciclo 2 - aplicação de campo) foram iniciadas pela caracterização da amostra dos respondentes e os posteriores cálculos das valorações médias atribuída por grupos de entrevistados a cada uma das variáveis investigadas em cada estudo. De forma

complementar, através de métodos de análises descritivas, foram estudadas as influências de três possíveis fatores mediadores nas respostas obtidas de especialistas, profissionais e gestores (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função) e para respostas obtidas de Usuários (nível de atenção, nível de complexidade e nível de escolaridade).

Na análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. Três destas variáveis relevantes (nível de atenção, nível de complexidade e nível de cargo/função, para gestores ou nível de escolaridade, para usuários) foram analisadas quanto às possíveis variáveis moderadoras das respostas obtidas para os itens em análise, nos estudos 1 a 5. Já na descrição dos itens em análise (macrodomínios e domínios de avaliação do estudo 1; dimensões e indicadores de performance dos estudos 2 e 3; constructos, subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida do estudo 4; questões validadas, subdimensões e macrodimensões de questões validadas do estudo 5) foram utilizadas medidas de posição, tendência central e dispersão, sendo uma das medidas utilizadas o intervalo percentílico bootstrap com 95% de confiança. O método *bootstrap* (Efron & Tibshirani, 1993) é muito utilizado na realização de inferências quando não se conhece a distribuição de probabilidade da variável de interesse. Cabe ressaltar que todos os itens analisados estavam dispostos numa de escala ordinal, discreta e finita de *Likert* de importância (relevância) com níveis de 1 (Nada importante) a 5 (Extremamente importante).

Para análise da valoração média tomou-se a média por indivíduo, das valorações atribuídas. Por definição, o conjunto de dados não apresenta distribuição normal, uma vez que todas as variáveis analisadas são limitadas em uma escala ordinal, discreta e finita (*Likert* de 1 a 5). Dessa forma, para comparar os itens de análise em relação as variáveis de caracterização foram utilizados o Teste de *Kruskal-Wallis* e o Teste de *Mann-Whitney* (Hollander & Wolfe, 1999). Além disso, quando o teste de *Kruskal-Wallis* evidenciou diferença significativa entre os níveis das variáveis de caracterização, foi utilizado o teste de *Nemenyi* (Hollander & Wolfe, 1999) para as comparações múltiplas.

Quanto a seleção destes testes para utilização na análise de todas variáveis dos estudos, foi por serem robustos a *outliers* e desvios de normalidade, tendo as seguintes características de uso:

- *Teste U de Mann-Whitney*: teste não paramétrico para comparação das médias dos postos de duas amostras independentes. Correspondente ao teste da razão “t” para

verificação de igualdade entre as médias de duas populações independentes. Utiliza “distribuição livre”.

- *ANOVA de Kruskal-Wallis*: teste não paramétrico para comparação das médias dos postos de três ou mais amostras independentes. Correspondente à ANOVA (*one-way*) paramétrica para verificação de igualdade entre as médias de três ou mais populações independentes. Utiliza “distribuição livre”.

De seguida, aplicou-se métodos de análise inferencial (estudos 2 a 5, ciclo 2 - aplicação de campo) a fim de verificar a validade das hipóteses propostas e consolidar os modelos propostos desenhados nesta investigação, em quatro categorias de análises inferenciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis; validação por critérios de qualidade e validade; análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante e análise das correlações entre as variáveis e suas influências na variável latente (Performance Global, estudos 1 a 3 e Qualidade Global, estudos 4 e 5).

Para a análise inferencial das respostas obtidas em cada estudo desta investigação foram feitas algumas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) (Hair, William, Babin, & Anderson, 2009). A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) pressupõe que as variáveis latentes apresentaram distribuição normal. Por definição, as variáveis em estudo não apresentaram distribuição normal, uma vez que estavam dispostas em uma escala ordinal, discreta e finita (*Likert* de 1 a 5). Logo, foram utilizados estimadores robustos à desvios de normalidade para estrutura de covariância na Análise Fatorial Confirmatória (AFC) com a estatística de teste reescalada pelo método de Satorra e Bentler (1994).

Na análise do modelo de mensuração, são verificadas a validade convergente, a validade discriminante e a confiabilidade dos construtos analisados em cada estudo. A validade convergente garante que os indicadores de um construto estão correlacionados o suficiente para medir o conceito latente. A validade discriminante verifica se os construtos medem efetivamente diferentes aspetos do fenômeno de interesse. A confiabilidade revela a consistência das medidas usadas para mensurar o conceito pretendido. A fim de testar a validade convergente dos construtos, foi utilizado o critério proposto por Fornell e Larcker (1981) que propuseram que pelo menos 50% da variabilidade em cada item em análise deveria ser explicada pelo fator subjacente, Ele garante tal validade, caso a Variância Média Extraída (AVE), que indica o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus indicadores e varia de 0% a 100% (Hair et al., 2009), seja superior a 50%

(Henseler, Ringle, & Sinkovics, 2009) ou a 40%, no caso de pesquisas exploratórias (AVE > 0,40) (Nunnally & Bernstein, 1994). Para validade discriminante, foi utilizado novamente o critério de Fornell e Larcker (1981), que garantem a validade discriminante quando a variância média extraída (AVE) de um constructo não for menor que a variância compartilhada desse constructo com os demais. Para mensurar a confiabilidade dos constructos, foi utilizado o Alfa de Cronbach (A.C.) e a Confiabilidade Composta (C.C.). De acordo com Tenenhaus et al. (2005), os índices A.C. e C.C. devem ser maiores que 0,70 para uma indicação de confiabilidade do constructo ou maiores que 0,60 no caso de pesquisas exploratórias. Para verificar a dimensionalidade foi utilizado o critério de autovalor (também chamado de *eigenvalue*) maior do que 1,0 ou critério de Guttman-Kaiser (Guttman, 1954; Kaiser, 1960 apud Yeomans & Golder, 1982). O autovalor corresponde à quantidade da variância explicada por um componente, sendo que um autovalor igual a 1,0 representa a totalidade de porcentagem da variância explicada por uma única variável. A soma da quantidade de autovalores corresponde ao número de variáveis analisadas. O critério Guttman-Kaiser é baseado na consideração de que um fator precisa explicar pelo menos a quantidade de variância que é explicada por uma única variável. Para um bom modelo de mensuração, esperam-se cargas fatoriais acima de 0,70 ou comunalidades acima de 0,40, porém itens com cargas fatoriais menores que 0,50 devem ser eliminados (Hair et al., 2009), pois, ao não contribuir de forma relevante para a formação da variável latente, prejudicam o alcance das suposições básicas para validade e qualidade dos indicadores criados para representar o conceito de interesse.

Há uma diversidade de parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais (Bollen & Long, 1993). Decidiu-se por usar um grupo de índices amplamente aplicados na literatura relevante ($X^2/G.L.$ – teste de qui-quadrado por grau de liberdade, CFI – índice de ajustamento comparativo, TLI – índice de ajustamento não normalizado ou índice Tucker-Lewis e o índice RMSEA – erro quadrático médio de aproximação). Estes parâmetros selecionados de qualidade (ajustamento) do modelo preceituam adequação quando o valor-p e o RMSEA forem estatisticamente menor que 0,050. Além disso, espera-se que $X^2/G.L.$ seja menor que 3 (Arbuckle, 2008; Wheaton, 1987), CFI seja maior que 0,80 (Bentler, 1990), TLI seja maior que 0,80 (Bentler & Bonnet, 1980) e que o RMSEA (Steiger, Shapiro, & Browne, 1985) seja menor que 0,10, sendo o ideal abaixo de 0,05.

Para avaliar as correlações entre os componentes de cada estudo foi utilizada a matriz de Correlação de *Pearson* e o correlograma.

No estudo 3, que teve as sete dimensões da Performance Global Percebida mensuradas, utilizou-se modelos de Regressão Linear Univariados (MRL) para avaliar os fatores de influência (itens mensurados) na valoração média atribuída a cada uma das dimensões e posteriormente à Performance Global Percebida, pois todas as variáveis explicativas (itens mensurados, possíveis fatores de influência) foram muito correlacionados entre si, que não permitiu as inclusões conjuntas destas variáveis em um modelo de regressão multivariado, tendo-se decidido manter o modelo de regressão univariado (MRL) e apresentar apenas o percentual (%) de explicação individual de cada item mensurado sobre a variável latente estudada. Da mesma forma, no estudo 5 em que a Qualidade Global Percebida foi medida, utilizou-se modelos de Regressão Linear Univariados (MRL) para avaliar os fatores de influência (itens mensurados) na valoração média atribuída a cada uma das dimensões da Qualidade Global Percebida. Em estudos com modelos univariados (MRL) não há possibilidade de retiradas de variáveis explicativas visto que as análises envolvem apenas uma variável por vez.

Para o propósito de validação de resultados obtidos e de análise das hipóteses propostas, a estatística de teste encontra-se associada a uma probabilidade de significância (*sig.* ou *p-value*), que se compara diretamente com um nível de significância (alfa - α) estipulado. A probabilidade de significância (*sig.* ou *p-value*) é a probabilidade de obter o valor específico de estatística teste, caso se verifique a hipótese nula, ou seja, caso não exista efeito no modelo (igualdade). Deste modo, se *sig.* (*p-value*) for inferior ao valor (alfa - α) estipulado, neste caso, estipulou-se a probabilidade de significância (*sig.* ou *p-value*) igual a 0,05, rejeita-se a hipótese nula e não rejeitamos a hipótese alternativa, caso contrário não existe evidência estatística para rejeitar a hipótese nula (Martinez & Ferreira, 2008). Ao nível de probabilidade dos resultados destes estudos, estipulou-se um intervalo de confiança (IC) de 95% para os testes aplicados, portanto, pode-se afirmar que se tem 95% de probabilidade de que os resultados ou valores obtidos retratem a realidade, dentro da margem de erro estipulada, neste caso 2%.

O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.3.2) por ser livre de licença e contemplar todas as análises aplicadas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir apresenta-se detalhes dos processos e resultados obtidos nas análises dos dados coletados nos diversos *proxies* (A a G, para estudos 1 a 3 e H a R, para estudos 4 e 5) enquanto modelos de aprimoramento incrementais dos instrumentos estruturados e validados pelos agentes de decisão para a produção de um relatório com os resultados comentados das análises alinhadas com os objetivos e hipóteses da investigação, tendo como prioridades a descrição analíticas dos resultados obtidos e dos métodos de análise aplicados. Assim, apresenta-se o detalhamento de cada etapa de aplicação da investigação com os fluxos, métodos e técnicas utilizadas nas análises de resultados de cada etapa, fase e grupos de respondentes abordados conforme as características dos dados coletados e sistematizados.

Diante do exposto, aplicou-se as análises de regressão quantílica e análise factorial nos dados obtidos para identificar os indicadores e dimensões de performance mais relevantes para compor a proposição de modelos de painéis de indicadores de performance multidimensional e multicritério (tópico 6.1). Da mesma forma, aplicou-se as análises de regressão quantílica e análise factorial nos dados obtidos para identificar os constructos (ideais-forças) de qualidade, questões validadas e questões adaptadas qualidade, além de suas subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida mais relevantes para compor a proposição de um modelo inovador de escala de medição de qualidade e satisfação de usuários do SUS (tópico 6.2). De seguida, efetivou-se os respectivos testes das hipóteses iniciais propostas (tópico 3), com desdobramentos de hipóteses desagregadas conforme as prioridades identificadas no processo de validação dos gestores, decisores e usuários, além de articular sobre a possibilidade de generalização de resultados desta investigação (tópico 6.3).

6.1. Os resultados dos painéis de indicadores e de dimensões de performance

Os resultados foram agregados em subcategorias (domínios de avaliação e indicadores de Performance) e categoriais (*macrodomínios* de avaliação e dimensões de performance) a fim de construir diferentes painéis de análise da performance, através de um processo empírico colaborativo de painéis de especialistas e grupos pilotos de gestores e de

campo de decisores que livremente expressaram seus conhecimentos prévios e atribuíram importância/relevância para a tomada de decisão de cada um dos itens apresentados a partir de conceitos globais e genéricos apresentados, não sendo objeto desta investigação discutir conceitos teóricos, mas a título de suporte de análise quando necessário foram usados conceitos propostos anteriormente caracterizados (tópicos 2.3 e 2.4.3), tendo sido estruturados modelos inovadores de mensuração de performance com 24 domínios e seis macrodomínios de avaliação (*proxy* C), outro com 20 indicadores e sete dimensões de performance (*proxy* E+F) além de outro com 56 indicadores e sete dimensões de performance (*proxy* G), sintetizados no quadro 13 abaixo:

<u>Macrodomínios</u>	<u>Definições conceituais</u>
I. Quantitativos	Seis <u>domínios</u> referentes a aspetos de produtividade, estrutura assistencial, cobertura e de finanças/economia (D1A_Produtiv, D1B_EstrutAssist; D1C_CobertAssit, D1D_OtimizCusto, D1E_EficienEcon e D1F_SustEconFin).
II. Qualitativos	Sete <u>domínios</u> referentes a aspetos de qualidade, humanização e integralidade assistencial, acessibilidade e entrega de serviços e equidade (D2H_QualidAssist, D2I_RiscoAssist, D2J_AtendHumaniz, D2K_AcessibilServ, D2L_AcessoServ, D2M_IntegralAtenc e D2N_Equidade).
III. Efeitos	Cinco <u>domínios</u> referentes a aspetos de eficácia, efetividade, eficiência, resolutividade e impacto (D3P_EficaciaProj, D3Q_EfetivClinica, D3R_EficienAssist, D3S_ResolubAssist e D3T_Impacto).
IV. Satisfação	Dois <u>domínios</u> referentes a aspetos de qualidade e satisfação (D4U_SatisfUsuario e D4V_SatisfProfiss).
V. Sistêmico/ Estratégico	Cinco <u>domínios</u> referentes a aspetos de gestão estratégica do sistema de saúde (D5W_IndICSAP, D5X_AtendVincReg, D5Y_AtendDesVincReg e D5V_ExtrapTetoOrç).
<u>Dimensões</u>	<u>Definições conceituais</u>
1. Produtividade Assistencial	Dois <u>indicadores</u> na <i>proxy</i> E+F (ID01 a ID02) e 14 indicadores na <i>proxy</i> G (IDD01 a IDD14).
2. Eficiência	Três <u>indicadores</u> na <i>proxy</i> E+F (ID03 a ID05) e seis indicadores na <i>proxy</i> G (IDD15 a IDD20).
3. Efetividade	Três <u>indicadores</u> na <i>proxy</i> E+F (ID06 a ID08) e sete indicadores na <i>proxy</i> G (IDD21 a IDD27).
4. Acesso	Dois <u>indicadores</u> na <i>proxy</i> E+F (ID09 a ID10) e sete indicadores na <i>proxy</i> G (IDD28 a IDD34).
5. Impacto	Dois <u>indicadores</u> na <i>proxy</i> E+F (ID11 a ID12) e 13 indicadores na <i>proxy</i> G (IDD35 a IDD47).
6. Qualidade Técnica/ Científica	Dois <u>indicadores</u> na <i>proxy</i> E+F (ID13 a ID14) e dois indicadores na <i>proxy</i> G (IDD48 a IDD49).
7. Sistêmico/ Estratégico	Seis <u>indicadores</u> na <i>proxy</i> E+F (ID15 a ID21) e sete indicadores na <i>proxy</i> G (IDD50 a IDD56).

Quadro 13 - Definições conceituais das macrodomínios e dimensões de performance.

6.1.1. Análises descritivas dos estudos 1 a 3 (*proxies* A a G)

Os resultados das análises descritivas dos domínios de avaliação integrada das *proxies* A e B (108 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, além da *proxy* C (112 informantes) de aplicação de campo (ciclo 2), conforme métodos de estatística descritiva detalhados no início do tópico 6, constam do subtópico 6.1.1.1 e de validação dos indicadores e dimensões de performance das *proxies* D a F, com especificidades para a *proxy* E+F (220 informantes) constam do subtópico 6.1.1.2., e para a *proxy* G (233 informantes) constam do subtópico 6.1.1.3.

6.1.1.1. Análise descritiva do estudo 1 (ciclos 1 e 2: *proxies* A a C) (domínios *versus* macrodomínios de avaliação) (Visão de especialistas, gestores e profissionais)

Inicialmente, abordou-se uma análise integrada de fases incrementais (fase 1 a 3, *proxies* A e B) que se iniciou pela validação de face (fase 1) e aplicou dois instrumentos diferentes (fases 2 e 3), através de uma amostra de 108 informantes especialistas, gestores e profissionais de saúde, assim distribuídos: *proxy* A - 53 informantes, dividido em duas fases, *proxy* B - 55 informantes. Efetivou-se uma análise integrada das respostas obtidas nestes dois instrumentos (*proxy* A+B) pois apresentaram muitas similaridades (cinco macrodomínios e 20 domínios de avaliação). Em fase posterior (fase 4, *proxy* C), abordou-se a análise da *proxy* C - 112 informantes (seis macrodomínios e 24 domínios de avaliação).

A figura 34 abaixo apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas na amostra, na análise integrada das *proxies* A e B (108 informantes) que aplicou dois instrumentos com muitas similaridades, no ciclo 1 de validação do instrumento, comparativamente com a *proxy* C (112 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de gestores e decisores.

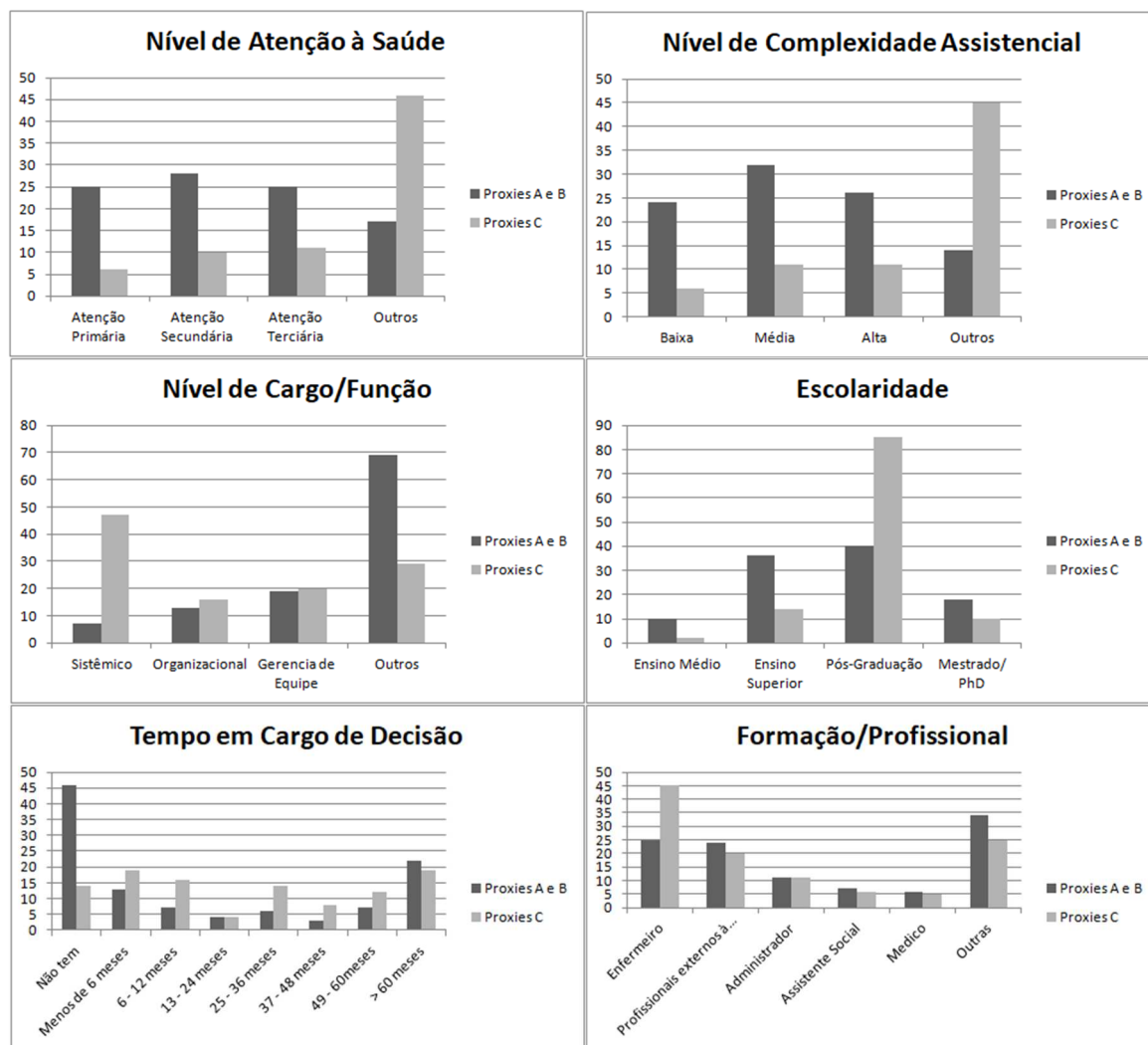


Figura 34 - Gráfico de barras das variáveis de caracterização selecionadas para estudo de fatores mediadores – Proxy A+B (ciclo 1) e proxy C (ciclo 2) (estudo 1) (Visão de especialistas).

Nas fases 1 a 3 (*proxy A+B*), destaca-se que a amostra se mostrou balanceada (figura 34) no nível de atenção à saúde que os indivíduos trabalhavam: níveis Secundário (29,47%), Primário (26,32%) e Terciário (26,32%) de atenção à saúde. Grande parte dos indivíduos (63,89%) exercia o nível de cargo/função Outros (por exemplo, assessores de gestão, profissionais em geral etc). Considerou-se a amostra (n=108) razoavelmente qualificada visto que a maior parte dos indivíduos (38,46%) possuía pós-graduação e ainda 34,62% possuía nível superior, a maioria dos indivíduos (49,07%) possuía mais de 60 meses de experiência e que uma boa parte dos indivíduos (20,37%) trabalhava a mais de 60 meses em cargo/função de decisão enquanto apenas 42,59% não possuía experiência em cargo/função de decisão. Na fase 4 (*proxy C*), destaca-se que a maior parte dos indivíduos da amostra (63,01%) trabalhava no nível de atenção à saúde Outros (estruturas não

assistenciais, por exemplo, apenas de gestão ou governança) e que a maior parte dos indivíduos na amostra (61,64%) trabalhava no nível de complexidade Outros (estruturas não assistenciais, por exemplo, apenas de gestão ou governança). Considerou-se esta amostra (n = 112) mais qualificada pois a ampla maioria dos indivíduos (76,58%) possuía pós-graduação e ainda 12,61% possuía nível superior; a ampla maioria dos indivíduos (70,27%) possuía experiência maior que 60 meses enquanto a parte que trabalhava em cargo/função de decisão acima de 6 meses somou 69,87% dos indivíduos da amostra.

A Tabela 1 apresenta uma análise descritiva relativa à valoração média atribuída aos domínios de avaliação, na análise integrada das *proxies* A e B (108 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, comparativamente com a *proxy* C (112 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de especialistas, profissionais e gestores.

Ressalte-se que os respondentes acrescentaram quatro novos domínios de avaliação (*D5W_IndICSAP*, *D5X_AtendVincReg*, *D5Y_AtendDesVincReg*, *D5V_ExtrapTetoOrç*), adicionados em um novo macrodomínio de avaliação (Sistêmico/Estratégico), que não tiveram respostas individualizadas nas análises iniciais (fases 1 a 3), mas foram incorporados nos instrumentos (*proxy* C) da nova fase de investigação (fase 4).

Tabela 1 - Análise descritiva dos domínios de avaliação - *Proxy* A+B (ciclo 1) e *proxy* C (ciclo 2) (estudo 1) (Visão de especialistas).

Macrodó- mínios	Domínios	<i>Proxy</i> A+B (fases 1 a 3)				<i>Proxy</i> C (fase 4)			
		N	Média	D.P.	I.C-95%	N	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Quantitati- vos	D1A_Produtivo	108	3,85	0,90	[3,69; 4,03]	111	4,28	0,86	[4,12; 4,42]
	D1B_EstrutAssist	107	4,00	0,90	[3,84; 4,16]	111	4,40	0,79	[4,25; 4,54]
	D1C_CobertAssit	95	4,23	0,80	[4,06; 4,38]	102	4,36	0,81	[4,20; 4,51]
	D1D_OtimizCusto	108	4,23	0,80	[4,07; 4,36]	111	4,14	0,82	[3,99; 4,28]
	D1E_EficienEcon	108	4,30	0,90	[4,15; 4,45]	111	4,27	0,82	[4,13; 4,42]
	D1F_SustEconFin	81	4,24	0,80	[4,06; 4,40]	111	4,15	0,88	[4,00; 4,31]
	D1G_Outros	11	4,18	0,87	[3,64; 4,64]	6	4,50	0,84	[3,83; 5,00]
Qualitativos	D2H_QualidAssist	108	4,46	0,79	[4,30; 4,61]	111	4,38	0,78	[4,23; 4,51]
	D2I_RiscoAssist	107	4,38	0,75	[4,24; 4,52]	110	4,40	0,68	[4,27; 4,53]
	D2J_AtendHumaniz	108	4,58	0,60	[4,46; 4,70]	109	4,35	0,77	[4,20; 4,49]
	D2K_AcessibilServ	88	4,25	0,73	[4,10; 4,41]	112	4,12	0,81	[3,97; 4,27]
	D2L_AcessoServ	106	4,36	0,72	[4,21; 4,50]	112	4,26	0,83	[4,10; 4,42]
	D2M_IntegralAtenc	107	4,24	0,80	[4,09; 4,39]	110	4,04	0,92	[3,85; 4,20]
	D2N_Equidade	96	4,20	0,85	[4,02; 4,35]	55	3,84	1,05	[3,56; 4,11]
D2O_Outros	6	3,83	0,98	[3,17; 4,50]	3	4,33	0,58	[4,00; 5,00]	
Efeitos	D3P_EficaciaProj	106	3,90	0,85	[3,73; 4,08]	112	3,89	1,00	[3,71; 4,08]
	D3Q_EfetivClinica	107	4,33	0,70	[4,20; 4,45]	112	4,48	0,74	[4,35; 4,61]
	D3R_EficienAssist	105	4,36	0,70	[4,24; 4,50]	112	4,29	0,81	[4,13; 4,44]

	D3S_ResolubAssist	94	4,48	0,60	[4,35; 4,61]	110	4,50	0,75	[4,35; 4,64]
	D3T_Impacto	94	4,30	0,80	[4,14; 4,45]	111	4,38	0,74	[4,24; 4,52]
Satisfação	D4U_SatisfUsuario	95	4,54	0,70	[4,40; 4,67]	111	4,26	0,84	[4,11; 4,41]
	D4V_SatisfProfiss	37	3,78	1,60	[3,24; 4,24]	112	4,19	0,89	[4,02; 4,35]
	D5W_IndICSAP					111	3,87	1,14	[3,67; 4,07]
Sistêmico/ Estratégico	D5X_AtendVincReg					112	3,76	0,87	[3,59; 3,92]
	D5Y_AtendDesVincReg					111	3,26	1,01	[3,08; 3,45]
	D5V_ExtrapTetoOrç					111	3,92	1,00	[3,73; 4,11]
Outros	D6X_Outros	5	4,40	0,90	[3,60; 5,00]	1	4,00	-	[1,50; 3,75]
	D6Z_Outros	1	4,00	-	-	1	5,00	-	[1,80; 4,20]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que a ampla maioria dos 20 domínios de avaliação nas fases 1 a 3, e dos 24 domínios de avaliação na fase 4, obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante), sendo considerados relevantes/importantes para a estruturação de novos instrumentos com domínios e macrodomínios de avaliação devidamente alinhados pela literatura relevante de dimensões e indicadores de performance em fases posteriores desta investigação.

Por sua vez, a análise dos macrodomínios de avaliação, estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos domínios de avaliação pelos indivíduos e, em seguida, calculadas para os macrodomínios de avaliação.

A Tabela 2 apresenta uma análise descritiva relativa à valoração média obtida para os macrodomínios de avaliação, na análise integrada das *proxies* A e B (108 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, comparativamente com a *proxy* C (112 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de especialistas, profissionais e gestores.

Tabela 2 - Análise descritiva dos macrodomínios de avaliação - *Proxy* A+B (ciclo 1) e *proxy* C (ciclo 2) (estudo 1) (Visão de especialistas).

Macrodomínios	<i>Proxy</i> A+B (fases 1 a 3)				<i>Proxy</i> C (fase 4)			
	N	Média	D.P.	I.C-95% ¹	N	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Quantitativos	108	4,12	0,54	[4,01; 4,22]	111	4,27	0,53	[4,17; 4,37]
Qualitativos	108	4,36	0,47	[4,27; 4,44]	112	4,23	0,55	[4,13; 4,33]
Efeitos	107	4,27	0,50	[4,18; 4,36]	112	4,31	0,58	[4,20; 4,41]
Satisfação	96	4,40	0,83	[4,23; 4,56]	112	4,22	0,77	[4,09; 4,37]
Outros	5	4,40	0,89	[3,60; 5,00]	112	3,70	0,74	[3,56; 3,83]
					1	4,50	-	[4,50; 4,50]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que todos os quatro macrodomínios de avaliação apresentaram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante),

nas *proxies* A e B (n=108) e na *proxy* C (n = 112), além do quinto macrodomínio (Sistêmico/Estratégico) adicional, composto por agregações de quatro novos domínios de avaliação (D5W_IndICSAP, D5X_AtendVincReg, D5Y_AtendDesVincReg, D5V_ExtrapTetoOrç).

As análises de significância estatística quanto as possíveis influências de fatores mediadores das notas obtidas pelos macrodomínios constam do apêndice 9 (tópico 9.1.1.1). Em síntese, a variável nível de atenção à saúde, pode ser considerada como fator mediador apenas dos macrodomínios de avaliação Quantitativos e Efeitos e que as variáveis nível de cargo/função e nível de complexidade da assistência não puderam ser consideradas como fator moderador de nenhum dos cinco macrodomínios de avaliação (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico), na *proxy* C (fase 4).

A figura 35 , a seguir, mostra o grau de importância comparada entre os domínios e os macrodomínios atribuídos nas fases 1 a 3 (*proxy* A+B) e fase 4 (*proxy* C).

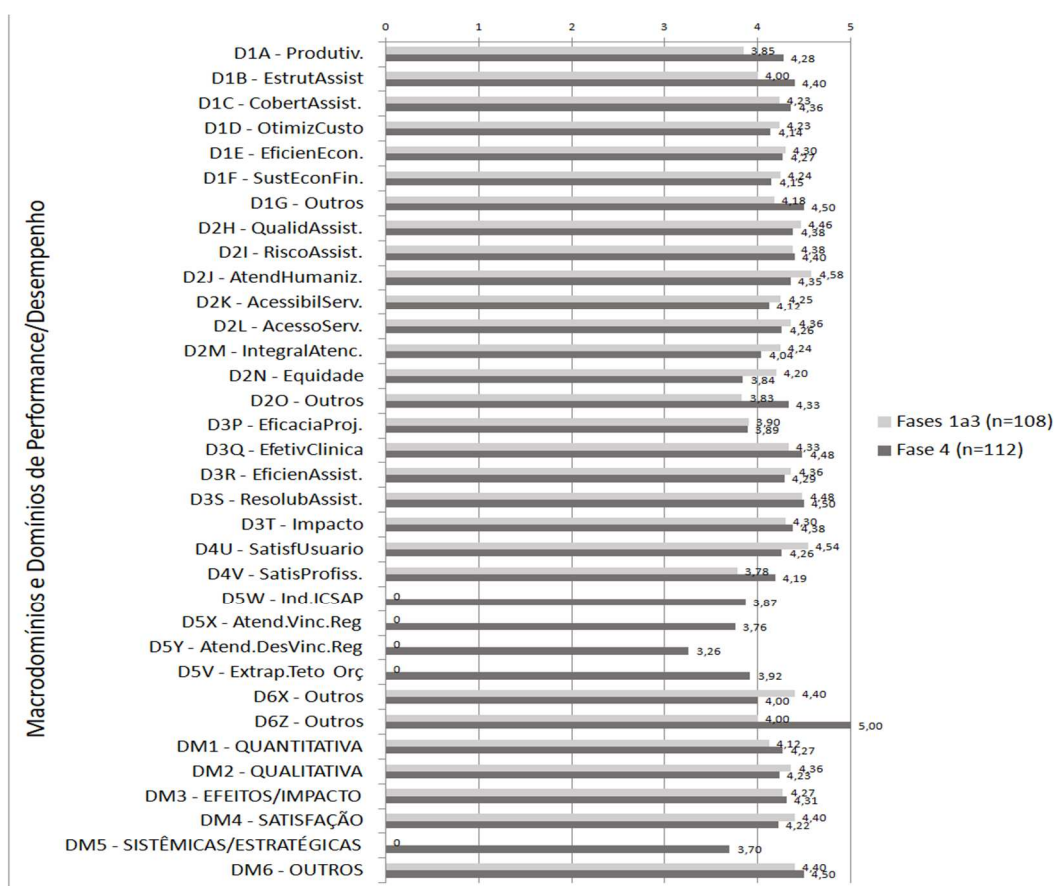


Figura 35 - Grau de importância/relevância de domínios e macrodomínios de avaliação (*proxy* A+B versus *proxy* C) (Visão de especialistas).

Desta análise descritiva sintetizou-se que os especialistas e profissionais atribuíram elevados graus de importâncias/relevâncias das subcategorias (20 e 24 domínios de

avaliação) e das categorias (cinco macrodomínios de avaliação) dos itens de análise, sendo considerados relevantes/importantes para a estruturação de um instrumento de avaliação de performance. Além disso, em média, as valorações da ampla maioria destes itens de análise foram razoavelmente dentro das mesmas margens de valores, uma vez que a maioria dos intervalos de confiança se sobrepuseram.

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, das análises das tabelas 55 e 56 (apêndice 9, tópico 9.1.1.1), sintetizou-se que, respectivamente, na *proxy* A+B e *proxy* C, não houve tendência de mediação de valorações médias obtidas na ampla maioria dos macrodomínios de avaliação quanto ao níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos especialistas e profissionais, com raras exceções.

Estes resultados subsidiaram a construção de um novo instrumento, devidamente alinhado pela literatura relevante de indicadores e dimensões de performance, aplicado na fase posterior da investigação (*proxy* D, estudo 2).

6.1.1.2. Análise descritiva do estudo 2 (ciclo 1: *proxies* D a F) (indicadores *versus* dimensões de performance) (Visão de profissionais e gestores)

O segundo estudo (etapa 2) da investigação foi desenvolvido a partir dos conhecimentos e modelos previamente validados no estudo 1, através de uma reorganização das respostas obtidas e validadas no estudo inicial (domínios e macrodomínios de avaliação), devidamente reagrupados e alinhados com a literatura relevante das dimensões e indicadores de performance.

Inicialmente, na *proxy* D (fase 1), aplicou-se uma análise dos conhecimentos genéricos de 15 especialistas, enquanto validação de face dos conteúdos propostos e consolidados nesta fase. Os respondentes, além de atribuir valoração nos itens de avaliação instrumento da *proxy* D (6 dimensões, 14 indicadores), propuseram uma importante ampliação incremental de seis novos indicadores e a adição de uma macrodimensão de performance (Sistêmico/Estratégico) para estruturar as *proxies* E e F (7 dimensões, 20 indicadores).

Na transição do instrumento inicial da *proxy* D para o instrumento aprimorado da *proxy* E+F, observou-se que não houve eliminações de dimensões e de indicadores de performance e que grande parte dos seis novos indicadores tinham sido classificados na

dimensão Outros ou tinham nomenclaturas similares em diferentes respostas de informantes, nas respostas da *proxy* D. Assim, efetivou-se um reagrupamento e realinhamento inicial com a literatura relevante das dimensões e indicadores de performance e preferiu-se fazer uma análise integrada das respostas obtidas em uma amostra de 112 profissionais e gestores de saúde, a fim de consolidar os níveis de conhecimentos específicos iniciais sobre as dimensões e indicadores de performance, visto que estas respostas têm maior nível de comparabilidade pelas similaridades dos dois instrumentos (*proxy* E+F).

De seguida, no ciclo 1 de validação do instrumento, abordou-se uma análise integrada de duas fases incrementais (fases 2 e 3, *proxies* E e F) que aplicou dois instrumentos com ajustes, mas com muitas similaridades (7 dimensões, 20 indicadores), na visão de profissionais e gestores, através de uma amostra de 112 informantes, assim distribuídos: *proxy* E - 31 informantes e *proxy* F - 81 informantes.

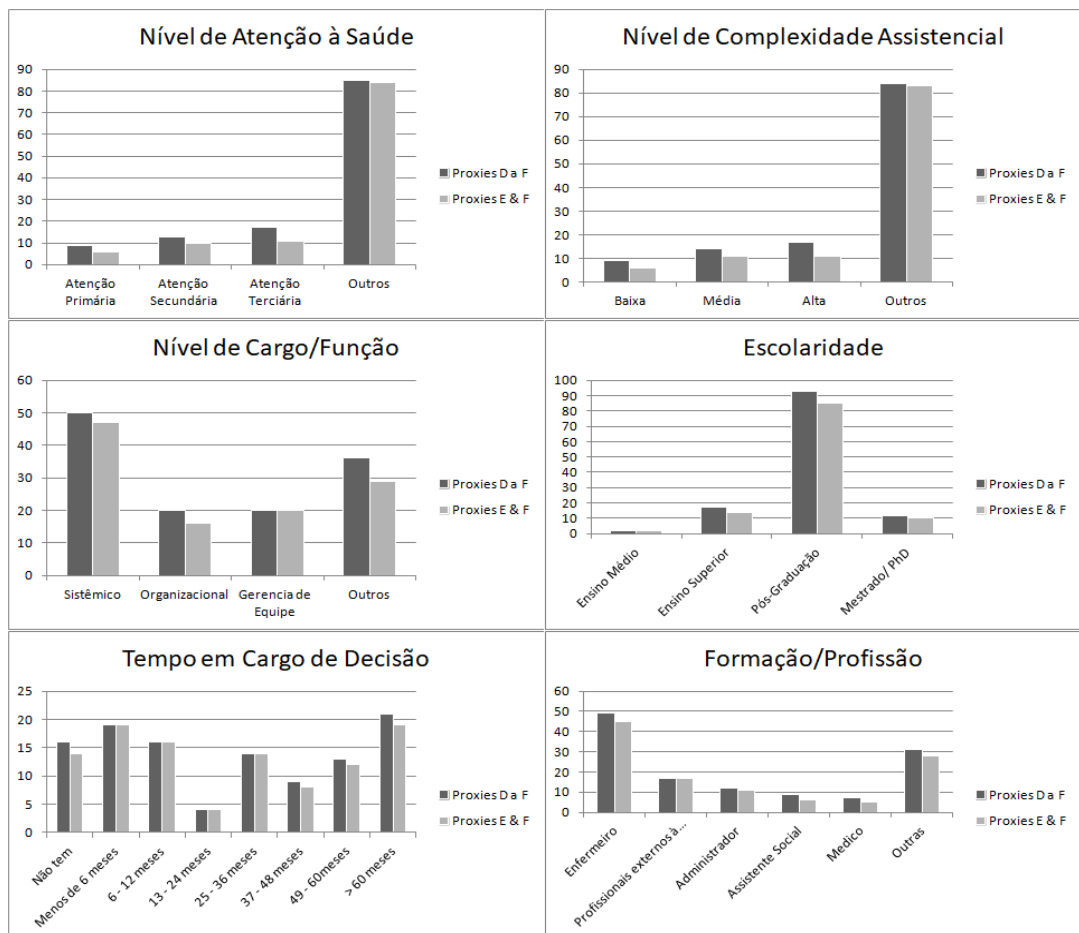


Figura 36 - Gráfico de barras das variáveis de caracterização selecionadas para estudo de fatores mediadores – *Proxy* D a F e *proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Visão de especialistas, profissionais e gestores).

A figura 36 acima apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas na amostra, na análise integrada das *proxies* D a F (127 informantes), comparativamente com a *proxy* E+F (112 informantes), na visão de especialistas, profissionais e gestores.

A partir deste ponto, preferiu-se apresentar apenas a análise integrada das respostas obtidas na *proxy* E+F, em virtude do painel inicial de 15 especialistas ter validado o conteúdo de indicadores e dimensões de performance (*proxy* D), mas ampliado o escopo de conteúdos dos instrumentos, com muitas similaridades nas *proxies* E e F.

Nas fases 2 e 3 (*proxy* E+F) a amostra mostrou-se bastante relevante (Gráfico 7). A maior parte dos indivíduos trabalhava no nível de atenção à saúde (75,68%) e nível de complexidade (74,77%) da categoria Outros (estruturas não assistenciais, por exemplo, apenas de gestão ou governança). A maioria dos indivíduos (41,96%) exercia nível de cargo/função Sistêmico/Estratégico, seguidos de boa parte (25,89%) que exercia nível de cargo/função Outros (por exemplo, assessores de gestão, profissionais em geral etc). A ampla maioria dos indivíduos (76,58%) possuía pós-graduação e ainda 12,61% possuía nível superior. A ampla maioria dos indivíduos (70,27%) possuía experiência maior que 60 meses. Somente 13,21% não possuía experiência em cargo/função de decisão.

A Tabela 3 apresenta uma análise descritiva relativa à valoração média atribuída aos indicadores de performance, na *proxy* E+F (112 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, na visão de profissionais e gestores de saúde.

Tabela 3 - Análise descritiva dos indicadores de performance – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões	Indicadores	N	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Produtividade Assistencial	ID01_TaxaMedPerm	110	3,36	0,70	[3,24; 3,47]
	ID02_TaxaMedProced	111	4,77	0,57	[4,65; 4,87]
Eficiência	ID03_TaxaRotatLeitos	111	4,07	0,42	[3,99; 4,14]
	ID04_CustoSetAtend	78	3,92	0,83	[3,73; 4,10]
	ID05_NoEnfer.leitos	74	3,88	0,99	[3,65; 4,11]
Efetividade	ID06_PropCirurgRescind	80	4,16	0,91	[3,95; 4,35]
	ID07_TaxaReintern	80	4,11	0,83	[3,94; 4,30]
	ID08_TaxaInfecCirurg	80	4,51	0,89	[4,31; 4,68]
Acesso	ID09_TaxaPacienEspec	80	4,33	0,82	[4,14; 4,50]
	ID10_PropPacienEmerg	79	4,49	0,71	[4,33; 4,65]
Impacto	ID11_TaxaMortInst	80	4,73	0,60	[4,59; 4,84]
	ID12_PropNascVivos	78	4,28	0,82	[4,10; 4,46]
Qualidade Técnica/Científica	ID13_PropMedMest	82	3,37	0,98	[3,15; 3,59]
	ID14_PropProfMest	81	3,26	0,91	[3,06; 3,46]

Sistêmico/Estratégico	ID15_IndiceSatisfUsua	83	4,43	0,75	[4,28; 4,58]
	ID16_IndiceSatisfProf	81	4,03	0,87	[3,84; 4,21]
	ID17_IndiceInternICSAP	80	4,14	0,78	[3,95; 4,30]
	ID18_IndiceAtendUsuaComVinc	80	3,80	0,83	[3,63; 4,00]
	ID20_IndiceAtendUsuaSemVinc	78	3,44	0,85	[3,26; 3,63]
	ID21_IndiceExtrapTetosOrçProj	79	4,01	0,84	[3,82; 4,19]
Outros	ID22_Outros	21	4,63	0,57	[4,35; 4,85]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap. ² O Indicador ID19 não teve resultados apurados, pois foi desagregado em ID18 e ID20, ao longo da coleta de dados.

A análise global permite afirmar que todos os 20 indicadores de performance obtiveram valoração média superior ao nível 3 (importante/relevante), na análise da *proxy* E+F, sendo considerados para a estruturação de um instrumento final de investigação com dimensões e indicadores de performance, devidamente reagrupados e ampliados (realinhados) pela literatura relevante, limitados pelas bases de dados nacionais do SUS (*proxy* G, ciclo 2 do estudo 3).

Por sua vez, a análise das dimensões de performance, estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos indicadores de performance pelos indivíduos e calculadas para as dimensões.

A Tabela 4 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas para as dimensões de performance na *proxy* E+F (112 informantes), na visão de profissionais e de saúde.

Tabela 4 - Análise descritiva das dimensões de performance – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões	N	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Produtividade Assistencial	111	4,06	0,42	[3,99; 4,14]
Eficiência	111	3,98	0,46	[3,89; 4,07]
Efetividade	82	4,26	0,75	[4,10; 4,43]
Acesso	83	4,42	0,70	[4,26; 4,57]
Impacto	81	4,52	0,59	[4,39; 4,64]
Qualidade Técnica/Científica	82	3,32	0,91	[3,13; 3,52]
Sistêmico/Estratégico	83	3,99	0,52	[3,88; 4,10]
Outros	21	4,63	0,57	[4,38; 4,84]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que todas as sete dimensões de performance obtiveram valoração média superior ao nível 3 (importante/relevante), sendo consideradas no instrumento aplicado na fase posterior da investigação (*proxy* G, estudo 3).

A figura 37, a seguir, mostra o grau de importância comparada entre os indicadores e as dimensões de performance atribuídos nas fases 2 e 3 (*proxy* E+F).

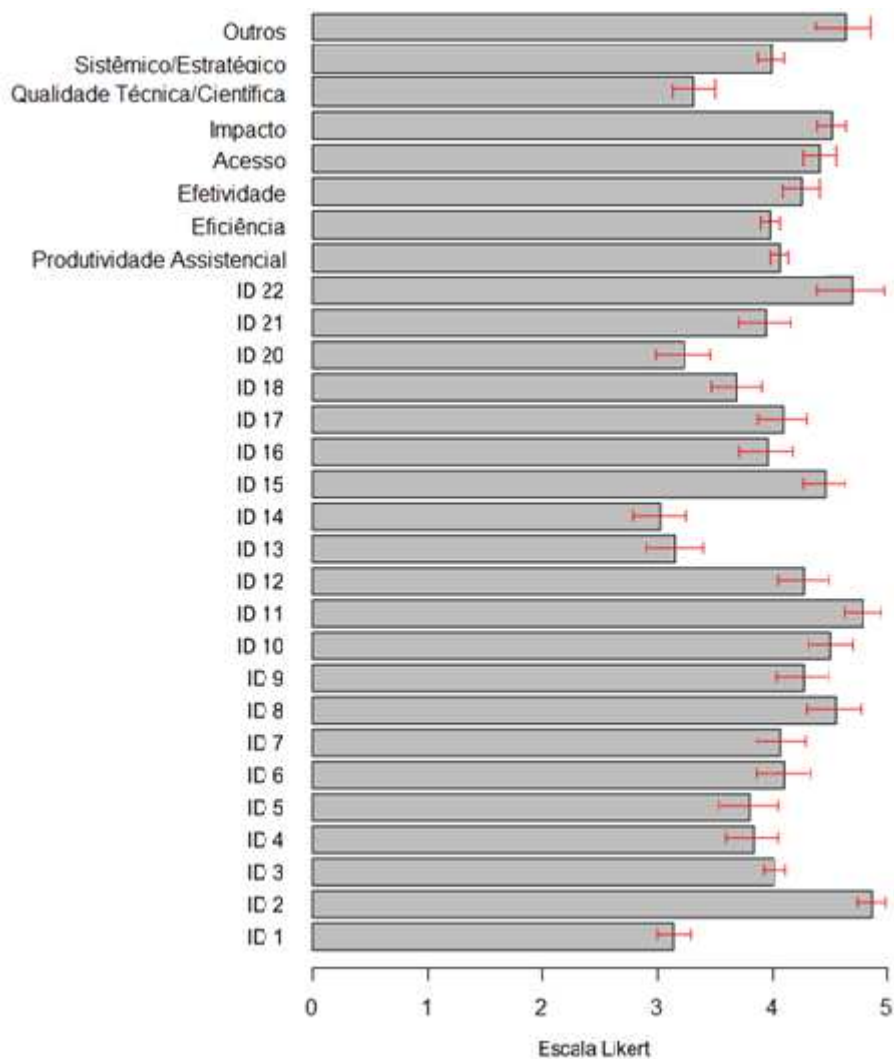


Figura 37 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os indicadores e as dimensões de performance - Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Na ampla maioria dos 20 indicadores e das setes dimensões de performance, não houve diferença significativa em relação aos demais, exceto em quatro indicadores (*ID01*, *ID13*, *ID14* e *ID20* - este apenas marginalmente) e na dimensão Qualidade Técnica/Científica, que formaram um grupo com valorações significativamente menor em relação aos demais, uma vez que todos os demais tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar menor importância/relevância para quatro indicadores de (*ID01_TaxaMedPerm*, *ID13_PropMedMest*, *ID14_PropProfMest* e *ID20_IndiceAtendUsuaSemVincReg*) e também na dimensão Qualidade Técnica/Científica, em relação aos demais indicadores e dimensões, mas tenderam a dar valorações (importância/relevância) dentro das mesmas

margens de valores para todos os demais indicadores e dimensões de performance, na *proxy* E+F.

Desta análise descritiva sintetizou-se que os profissionais e gestores atribuíram elevados graus de importâncias/relevâncias das subcategorias (20 indicadores de performance) e das categorias (sete dimensões de performance) dos itens de análise, sendo consideradas relevantes/importantes para a estruturação de um instrumento de avaliação de performance. Além disso, em média, as valorações da ampla maioria destes itens de análise foram razoavelmente dentro das mesmas margens de valores, uma vez que a maioria dos intervalos de confiança se sobrepuseram, com algumas exceções: *ID01_TaxaMedPerm*, *ID13_PropMedMest*, *ID14_PropProfMest* e *ID20_IndiceAtendUsuaSemVincReg* e, ainda, na dimensão Qualidade Técnica/Científica, que se propõem aprofundar investigações.

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, das análises das tabelas 57 e 58 (apêndice 9, tópico 9.1.1.2), sintetizou-se que, na *proxy* E+F, não houve tendência de mediação de valorações médias obtidas na ampla maioria das dimensões de performance quanto ao níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos especialistas e profissionais, com algumas exceções: quanto aos níveis de atenção à saúde (exceto nas dimensões Produtividade Assistencial e Efetividade) e de cargo/função (exceto na dimensão Efetividade).

Estes resultados subsidiaram a construção de um novo instrumento, devidamente alinhado pela literatura relevante de indicadores e dimensões de performance, aplicado na fase posterior da investigação (*proxy* G, estudo 3).

6.1.1.3. Análise descritiva do estudo 3 (ciclo 2: *proxy* G) (indicadores *versus* dimensões de performance) (Visão de decisores)

A parte empírica do estudo 3 foi desenvolvida a partir do instrumento consolidado nas diversas fases subsequentes procedentes no ciclo 1 (*proxy* E+F), inicialmente com estruturação e validação do novo instrumento ampliado (*proxy* G), com 7 dimensões e 56 indicadores, através de um grupo piloto de respondentes do ciclo 1 (*proxy* E+F) e, por fim, aplicado em uma pesquisa de campo em fase única (ciclo 2).

Inicialmente, na *proxy* G, ciclo 2 do estudo 3, aplicou-se uma análise da validação em um grupo piloto de 15 informantes chaves (perspetiva direta de gestores da saúde para a

visão de Decisores), que participaram da fase anterior (*proxy* E+F), tendo atribuído avaliações médias elevadas (superior a 4, muito relevante/importante) para todos os itens do novo instrumento proposto (*proxy* G). Observou-se que no grupo piloto não houve acréscimos e nem eliminações de dimensões e de indicadores de performance. Também não se efetivou novos reagrupamentos e/ou realinhamentos com a literatura relevante e preferiu-se fazer, uma análise integrada da *proxy* G (233 informantes no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de Decisores).

Em seguida, executou-se uma análise integrada das 233 respostas obtidas na *proxy* G (7 dimensões e 56 indicadores) a fim de consolidar os níveis de relevância/importância atribuídas para as dimensões e indicadores de performance em serviços de saúde, na visão de Decisores.

A figura 38 abaixo apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas na amostra, na análise da *proxy* G (233 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de Decisores.

Na fase 4 de consolidação dos indicadores e dimensões de performance, fase única do estudo 3 (*proxy* G) a amostra mostrou-se bastante relevante (Gráfico 9). A maior parte dos indivíduos trabalhava no nível de atenção à saúde (48,50%) trabalhava no nível de atenção à saúde Primária, seguido por parte (23,61%) que trabalhavam em Outros níveis (estruturas não assistenciais, por exemplo, apenas de gestão ou governança); a maior parte dos indivíduos na amostra (47,21%) trabalhava no nível de Baixa complexidade seguidos pelos indivíduos que trabalhavam nos níveis da Média complexidade (34,33%). A maior parte dos indivíduos na amostra (39,68%) exercia nível de cargo/função Outros (por exemplo, assessores de gestão, profissionais em geral etc), enquanto que boa parte (23,61%) exercia cargos Sistêmicos e de indivíduos (20,60%) de cargos de Gerência/Chefia Setorial. A maioria dos indivíduos na amostra (56,22%) possuía pós-graduação, 25,75% possuía nível superior de escolaridade e 10,73% mestrado ou PhD. A ampla maioria dos indivíduos (73,39%) possuía experiência maior que 60 meses. Menos de 1 % possuía experiência em cargo/função de decisão menor que 6 meses.

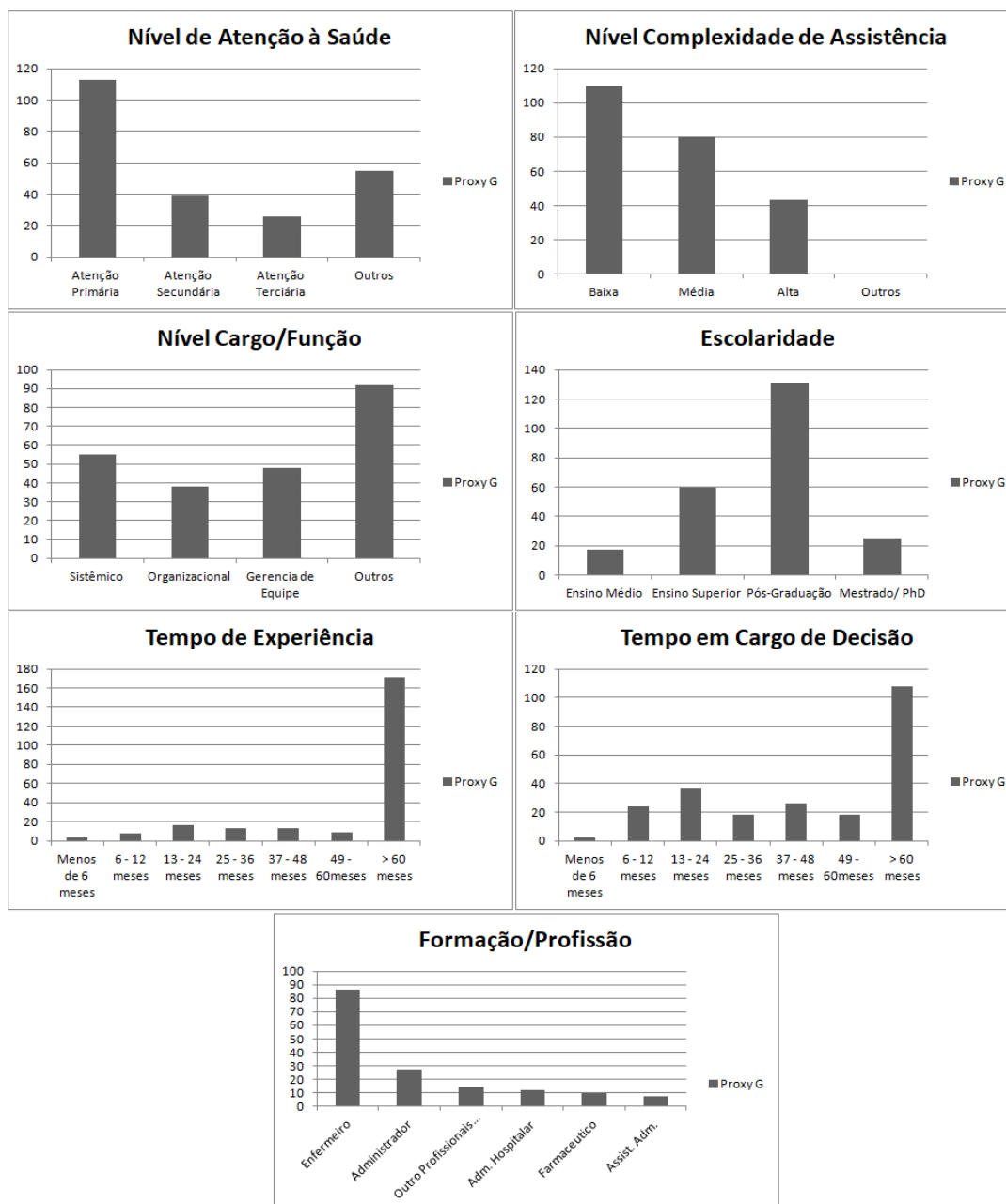


Figura 38 - Gráfico de barras das variáveis de caracterização selecionadas para estudo de fatores mediadores – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

A Tabela 5 apresenta uma análise descritiva relativa às valorações médias atribuídas aos 56 indicadores de performance, na análise da proxy G (233 informantes no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de Decisores).

Tabela 5 - Análise descritiva dos indicadores de performance (IDD01 a IDD56) – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensão	Indicador	N	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Produtividade	IDD01_TaxaConsulBas	169	4,40	0,92	[4,27; 4,53]
Assistencial	IDD02_TaxaConsultUrgenc	168	4,30	1,08	[4,14; 4,45]

	IDD03_TaxaConsulMedBasGOPed	167	4,35	1,02	[4,18; 4,49]
	IDD04_TaxaConsulMedAmbEspec	165	4,46	0,75	[4,34; 4,57]
	IDD05_TaxaPacienObsHospPronAtend	168	4,33	1,04	[4,16; 4,48]
	IDD06_TaxaProcCirurg	168	4,23	1,16	[4,06; 4,39]
	IDD07_TaxaInterHosp	165	4,42	0,88	[4,28; 4,55]
	IDD08_TaxaExamCitop	168	4,39	1,12	[4,22; 4,56]
	IDD09_TaxaExamMamogra	168	4,35	1,15	[4,17; 4,52]
	IDD10_TaxaExamRadiol	167	4,28	1,14	[4,11; 4,44]
	IDD11_IndicSessQuimioSist	167	4,22	1,22	[4,02; 4,39]
	IDD12_IndicSessRadiotSist	168	4,18	1,24	[3,99; 4,36]
	IDD13_TaxaSessHemodCron	167	4,18	1,24	[3,99; 4,36]
	IDD14_TaxaProcOdontEspec	167	4,25	1,13	[4,07; 4,41]
Eficiência	IDD15_TaxaPermanInter	154	4,50	0,80	[4,37; 4,62]
	IDD16_TaxaProcConsMed	155	4,49	0,80	[4,35; 4,62]
	IDD17_TaxaRotativLeitos	154	4,47	0,94	[4,33; 4,62]
	IDD18_PropEnfLeitos	154	4,44	0,94	[4,28; 4,57]
	IDD19_PercentPacienSaidosInternSIGTAP	152	4,36	1,05	[4,18; 4,51]
	IDD20_PercentExcesPermLimiarMaxSIGTAP	154	4,36	1,08	[4,17; 4,53]
Efetividade	IDD21_PropCirurgRescind	148	4,11	1,35	[3,89; 4,33]
	IDD22_TaxaReintern	148	4,26	1,12	[4,07; 4,44]
	IDD23_PropPastosNormSUS	148	4,32	1,13	[4,13; 4,49]
	IDD24_TaxaDensIncidInfecCirurg	146	4,42	1,08	[4,23; 4,60]
	IDD25_TaxaDensIncidInfecCorrentUTI	146	4,30	1,20	[4,08; 4,47]
	IDD26_TaxaSepticPosOper	147	4,39	1,14	[4,20; 4,57]
	IDD27_PercAltasHospUTI	146	4,23	1,32	[3,99; 4,43]
Acesso	IDD28_TaxaPacienListaEsperAmb	146	4,50	0,87	[4,33; 4,64]
	IDD29_TaxaPacienListaEspeEletiva	146	4,50	0,87	[4,35; 4,64]
	IDD30_TempMedListaEsperaAgendAmb	146	4,43	0,86	[4,29; 4,56]
	IDD31_TempMedListaEsperaAgendCirurgEletiva	145	4,42	0,86	[4,28; 4,56]
	IDD31_TempMedListaEsperaLeitosTransf	144	4,38	1,08	[4,19; 4,55]
	IDD33_TempMedAtendUsuaGravesCrit	145	4,57	0,87	[4,42; 4,70]
	IDD34_PropTransfOutrosEstab	144	4,48	0,82	[4,34; 4,60]
Impacto	IDD35_TaxaMortInst	146	4,39	0,87	[4,25; 4,52]
	IDD36_TaxaMortUTI	146	4,12	1,09	[3,95; 4,30]
	IDD37_TaxaMortIAM	146	4,13	1,10	[3,95; 4,30]
	IDD38_TaxaMortAVC	146	4,23	1,00	[4,06; 4,38]
	IDD39_TaxaMortPacienTransfPosCirurg	145	4,12	1,09	[3,95; 4,30]
	IDD40_TaxaMortPacienOncol	144	3,99	1,20	[3,79; 4,17]
	IDD41_TaxaMortPacienCronHemod	144	4,04	1,19	[3,83; 4,23]
	IDD42_PropEncamTranspCronicHemod	144	4,06	1,17	[3,85; 4,25]
	IDD43_TaxaMortMaterna	146	4,27	1,11	[4,10; 4,43]
	IDD44_TaxaMortPerinatalGest	146	4,31	1,10	[4,12; 4,48]
	IDD45_PropMortNeonatalBaixoPeso	146	4,32	1,10	[4,14; 4,49]
	IDD46_PropMortInfantil	146	4,32	1,14	[4,12; 4,49]
	IDD47_PropNascVivos	146	4,27	1,11	[4,08; 4,45]

Qualidade Tecnológica/Científica	IDD48_PropMedEspec	146	4,07	1,01	[3,90; 4,23]
	IDD49_PropProfEspec	146	4,08	1,02	[3,92; 4,23]
Sistêmico/Estratégico	IDD50_IndiceSatisfUsua	147	4,20	0,93	[4,04; 4,34]
	IDD51_IndiceSatisfProf	147	4,20	0,88	[4,06; 4,35]
	IDD52_IndiceInternICSAP	147	4,12	1,06	[3,94; 4,29]
	IDD53_IndiceAtendUsuaComVincReg	146	3,99	1,02	[3,82; 4,16]
	IDD54_IndiceAtendUsuaSemVincReg	147	3,92	1,04	[3,74; 4,08]
	IDD55_VariaPercentCustoTotal	146	4,14	0,90	[4,01; 4,30]
	IDD56_IndiceExtrapTetosOrçProj	144	4,13	1,00	[3,97; 4,27]
Outros indicadores		137	4,04	1,01	[3,86; 4,19]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que todos os 56 indicadores de performance avaliados obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante), sendo todos considerados importantes/relevantes para a estruturação do painel definitivo com indicadores e dimensões de performance desta investigação (*proxy* G, ciclo 2 do estudo 3).

Por sua vez, a análise das dimensões de performance, estruturou-se a partir da valoração média atribuída diretamente às dimensões de performance pelos indivíduos, não sendo necessários cálculos indiretos.

A Tabela 6 apresenta uma análise descritiva das valorações médias atribuídas diretamente às dimensões de performance na *proxy* G (233 informantes), na visão de Decisores da saúde.

Tabela 6 - Análise descritiva das dimensões de performance (DD1 a DD7) – *Proxy* G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensão	N	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Produtividade Assistencial	169	4,31	0,74	[4,20; 4,42]
Eficiência	155	4,44	0,70	[4,33; 4,54]
Efetividade	148	4,29	0,98	[4,12; 4,44]
Acesso	146	4,47	0,69	[4,36; 4,57]
Impacto	146	4,20	0,96	[4,04; 4,34]
Qualidade Tecnológica/Científica	146	4,07	1,01	[3,91; 4,23]
Sistêmico/Estratégico	147	4,10	0,84	[3,95; 4,23]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que todas as sete dimensões de performance obtiveram valoração média elevada (superior a 4, muito importante/relevante), sendo todas consideradas importantes/relevantes para a estruturação do painel definitivo com indicadores e dimensões de performance desta investigação (*proxy* G).

A figura 39 , a seguir, mostra o grau de importância comparada entre os indicadores e as dimensões de performance atribuídos na fase 4 (*proxy G*).

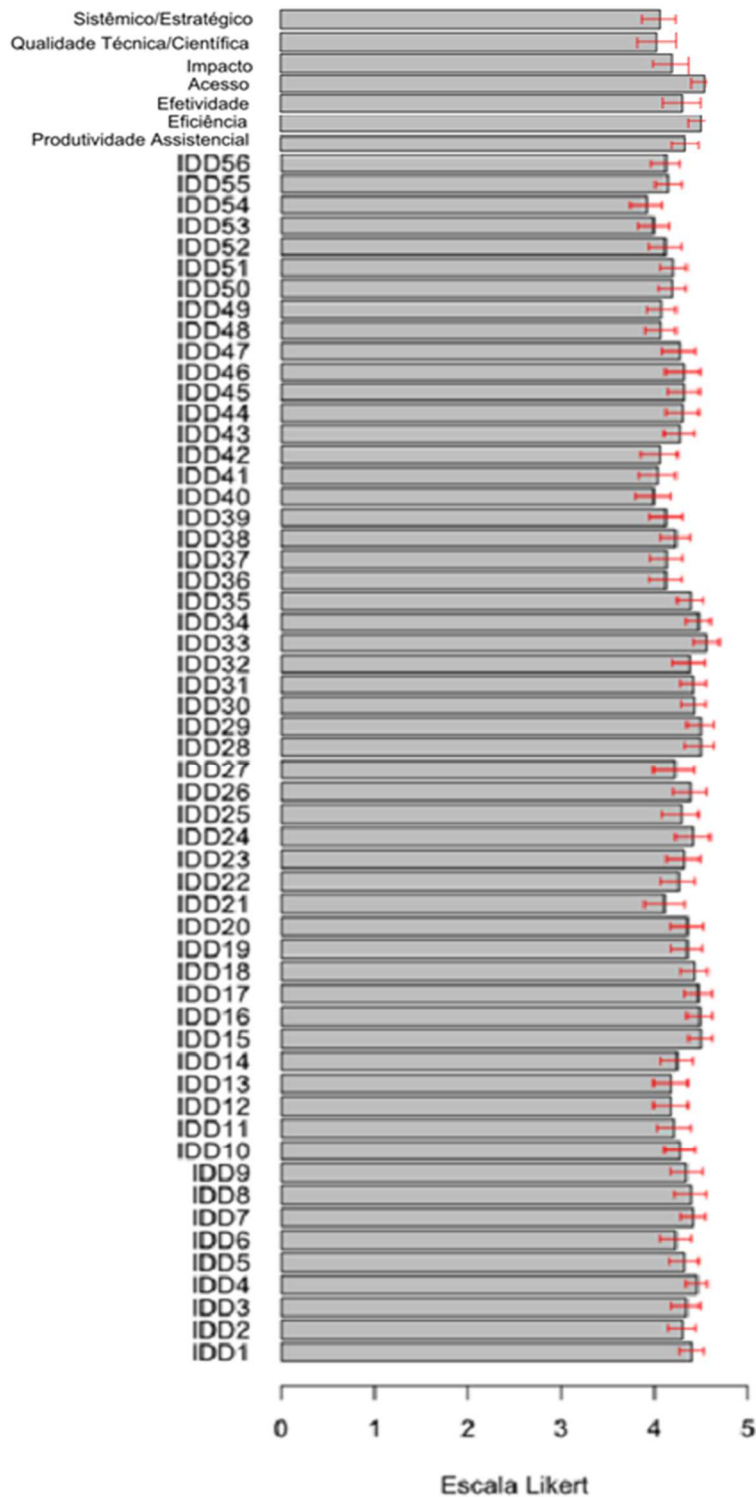


Figura 39 - Grau de importância/relevância de indicadores e dimensões de performance (*proxy G*).

Em todos os 56 indicadores e nas setes dimensões de performance, não houve diferença significativa em relação aos demais, uma vez que todos tiveram intervalos de 206

confiança que se sobrepueram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar valorações (importância/relevância) dentro das mesmas margens de valores para todos demais indicadores e dimensões de performance, na *proxy G*.

Desta análise descritiva sintetizou-se que os decisores atribuíram elevados graus de importâncias/relevâncias das subcategorias (56 indicadores de performance) e das categorias (sete dimensões de performance) dos itens de análise, sendo consideradas relevantes/importantes para a estruturação de um instrumento de avaliação de performance. Além disso, em média, as valorações de todos estes itens de análise foram razoavelmente dentro das mesmas margens de valores, uma vez que todos os intervalos de confiança dos 56 indicadores e das sete dimensões de performance se sobrepueram.

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, das análises das tabelas 59 a 61 (apêndice 9, tópico 9.1.1.3), sintetizou-se que, na *proxy G*, não houve tendência de mediação de valorações médias obtidas na ampla maioria das dimensões de performance quanto ao níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos especialistas e profissionais, exceto na dimensão Produtividade Assistencial.

Estes resultados subsidiaram as próximas fases de validação por estatística inferencial destes 56 indicadores de performance e sete dimensões de performance propostos nesta investigação (*proxy G*) a fim de propor um painel de indicadores e performance para unidades de saúde do SUS.

6.1.2. Análises inferenciais dos estudos 1 a 3 (*proxy C*, *proxy E+F* e *proxy G*)

Após a conclusão da análise estatística descritiva, aplicou-se métodos de análise inferencial, a fim de verificar a validade das hipóteses propostas e consolidar os modelos desenhados nesta investigação para os indicadores e dimensões de performance (estudos 1 a 3), conforme métodos de análise inferencial detalhados no início do tópico 6, que dividiram-se em quatro análises de resultados: estudo das cargas fatoriais dos domínios *versus* macrodomínios de avaliação estudados (*proxy C*) e indicadores *versus* dimensões de performance (*proxy E+F* e *proxy G*), validação por critérios de qualidade e validade dos macrodomínios de avaliação (*proxy C*) e de dimensões de performance (*proxy E+F* e *proxy G*), análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, e, análise das correlações

entre as variáveis e suas influências na Performance Global Percebida nas três *proxies* estudadas (*proxy C*, *proxy E+F* e *proxy G*).

6.1.2.1 Análise inferencial do estudo 1 (domínios *versus* macrodomínios de avaliação (ciclo 2: *proxy C*) (Visão de gestores e profissionais)

Em busca de validar os cinco macrodomínios de avaliação, além de estruturar e validar a variável latente Performance Global Percebida, procedentes da *proxy C* (112 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias iniciais de análises inferenciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, que se apresentam a seguir, sendo complementadas pela análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Performance Global Percebida (apêndice 9, tópico 9.1.2.1).

Para validar os macrodomínios de avaliação estudados (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico) foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) para os macrodomínios de avaliação, na *proxy C* (n = 112). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de sete domínios de avaliação (*D1A_Produtiv*, *D1B_EstrutAssist*, *D1C_CobertAssit*, *D2H_QualidAssist*, *D2M_IntegralAtenc*, *D2N_Equidade* e *D3P_EficaciaProj*), todos os demais 17 domínios de avaliação que permaneceram na análise, apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy C*, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 7.

Tabela 7 - Análise Fatorial Confirmatória dos domínios de avaliação – *Proxy C* (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Macrodomínios	Domínios	Modelo Inicial		Modelo Final	
		Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Quantitativos	D1A_Produtiv	15%	0,48		
	D1B_EstrutAssist	11%	0,39		
	D1C_CobertAssit	10%	0,37		
	D1D_OtimizCusto	21%	0,71	29%	0,63
	D1E_EficienEcon	20%	0,66	37%	0,82
	D1F_SustEconFin	21%	0,65	34%	0,71
Qualitativos	D2H_QualidAssist	12%	0,47		
	D2I_RiscoAssist	13%	0,60	23%	0,66
	D2J_AtendHumaniz	15%	0,61	29%	0,75
	D2K_AcessibilServ	14%	0,54	22%	0,54
	D2L_AcessoServ	16%	0,62	26%	0,60
	D2M_IntegralAtenc	19%	0,65		

	D2N_Equidade	12%	0,53		
Efeitos	D3P_EficaciaProj	20%	0,51		
	D3Q_EfetivClinica	17%	0,58	21%	0,58
	D3R_EficienAssist	26%	0,80	32%	0,79
	D3S_ResolubAssist	19%	0,63	23%	0,61
	D3T_Impacto	18%	0,61	24%	0,64
Satisfação	D4U_SatisfUsuario	45%	0,71	44%	0,70
	D4V_SatisfProfiss	55%	0,81	56%	0,83
Sistêmico/Estratégia	D5W_IndICSAP	22%	0,50	22%	0,50
	D5X_AtendVincReg	24%	0,72	24%	0,72
	D5Y_AtendDesVincReg	31%	0,81	31%	0,81
	D5V_ExtrapTetoOrç	23%	0,59	23%	0,59

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Na Tabela 8, pode-se observar que a qualidade e a validade dos cinco macrodomínios de avaliação (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico) foi assegurada, uma vez que todos apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy C* ($n = 112$).

Tabela 8 - Validação por critérios de qualidade e validade dos macrodomínios de avaliação - *Proxy C* (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Macrodomínios	Domínios	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Quantitativos	3	0,76	0,76	1	0,52	0,13
Qualitativos	4	0,71	0,73	1	0,41	0,24
Efeitos	5	0,75	0,75	1	0,44	0,24
Satisfação	2	0,73	0,74	1	0,59	0,24
Sistêmico/Estratégia	4	0,72	0,75	1	0,44	0,14

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Para validar a variável latente Performance Global Percebida foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) da valoração média obtida para os macrodomínios de avaliação, na *proxy C* ($n = 112$). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, todos os cinco macrodomínios (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico) permaneceram na análise e apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy C*, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 9.

Tabela 9 - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – *Proxy C* (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Macrodomínios	Modelo Inicial	Modelo Final
---------------	----------------	--------------

	Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Quantitativa	15%	0,63	15%	0,48
Qualitativa	19%	0,90	21%	0,82
Efeitos	24%	0,82	19%	0,76
Satisfacao	25%	0,74	27%	0,78
Sistêmico	17%	0,53	19%	0,56

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Na Tabela 10, pode-se observar que a qualidade e a validade da variável latente Performance Global Percebida foi assegurada, uma vez que apresentou validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada (A.C. $> 0,60$ ou C.C. $> 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy* C (n = 112).

Tabela 10 - Validação da Performance Global Percebida – *Proxy* C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Macrodomínios	A.C ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
5	0,73	0,82	1	0,48	-

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Também aplicou-se testes para medir a qualidade (ajustamento) do modelo construído para os macrodomínios e domínios de avaliação da *proxy* C (112 informantes), através de alguns índices selecionados na literatura relevante ($X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA). Para um bom ajuste espera-se que $X^2/G.L.$ seja menor que 3 (Arbuckle, 2008; Wheaton, 1987), CFI seja maior que 0,80 (Bentler, 1990), TLI seja maior que 0,80 (Bentler & Bonnet, 1980) e que o RMSEA (Steiger et al., 1985) seja menor que 0,10, sendo o ideal abaixo de 0,05.

Na Tabela 11, pode-se observar que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10.

Tabela 11 - Parâmetros de qualidade do modelo final da Performance Global Percebida – *Proxy* C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Medidas de Qualidade do Ajuste	Estatística de Teste	Estatística de Teste Reescalada (Satorra e Bentler 1994)
χ^2	166,61	150,32
G.L.	114	114
$\chi^2/G.L.$	1,46	1,32
TLI	0,888	0,888
CFI	0,906	0,906
RMSEA	0,064	0,053
	[0,042; 0,084]	[0,028; 0,074]

Diante destes resultados, a figura 40 sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Performance Global Percebida, na *proxy* C (112 informantes, visão direta de gestores e profissionais). Devido ao elevado número de domínios de avaliação optou-se por omitir suas nomenclaturas, que ficaram identificados como D1A a D5Y.

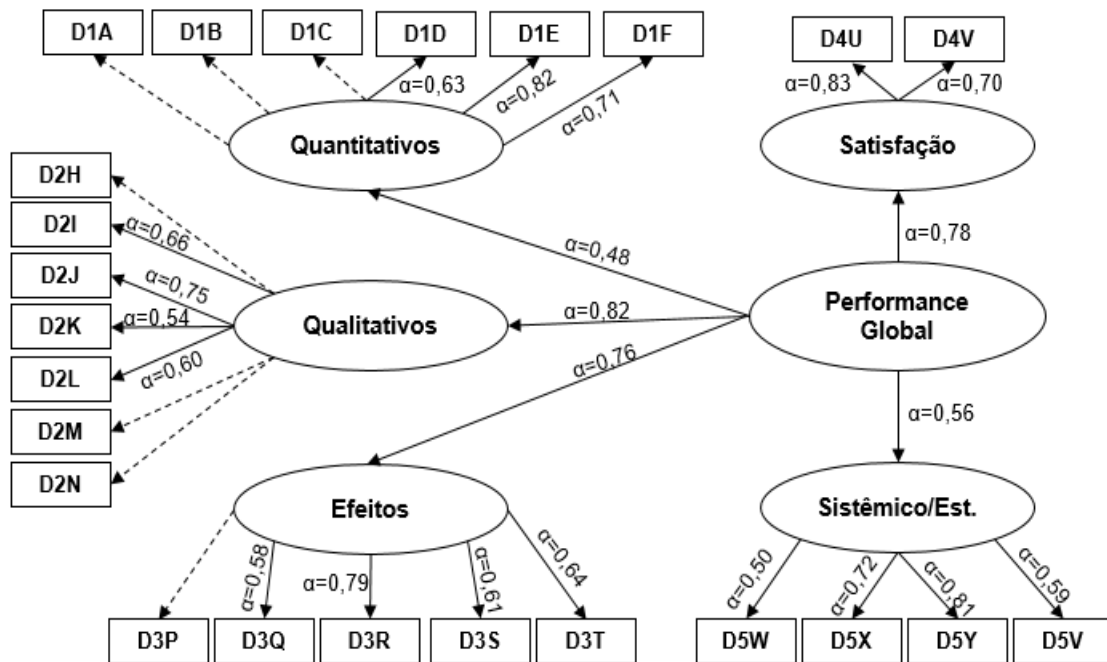


Figura 40 - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – *Proxy* C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Para concluir a análise inferencial, a figura 63 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 62 (apêndice 9, tópico 9.1.2.1), nos quais foi possível observar que os domínios de avaliação apresentaram maiores correlações com seus respectivos macrodomínios, na *proxy* C (n = 112).

Por sua vez, os resultados obtidos mostraram que a Performance Global Percebida média foi de 4,16 e a mediana de 4,18 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,88 (cerca de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Performance Global Percebida. Porém, não houve diferença significativa (valor-p $>$ 0,050) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência ou de cargo/função enquanto fator mediador

da Performance Global Percebida, na *proxy* C (n = 112) (Tabela 63, apêndice 9, tópico 9.1.2.1).

6.1.2.2 Análise inferencial do estudo 2 (indicadores *versus* dimensões de performance) (ciclo 1: *proxy* E+F) (Visão de gestores e profissionais)

Em busca de validar as sete dimensões de performance, além de estruturar e validar a variável latente Performance Global Percebida, procedentes da *proxy* E+F (112 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias iniciais de análises inferenciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, que se apresentam a seguir, sendo complementadas pela análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Performance Global Percebida (apêndice 9, tópico 9.1.2.2).

Para validar as sete dimensões de performance estudadas (Produtividade Assistencial, Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica, Sistêmico/Estratégico) foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) para as dimensões de performance, na *proxy* E+F (n = 112). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de seis indicadores de performance (*ID02_TaxaMedProced*, *ID03_TaxaRotatLeitos*, *ID04_CustoSetAtend*, *ID12_PropNascVivos*, *ID17_IndiceInternICSAP* e *ID21_IndiceExtrapTetosOrç*), todos os demais 14 indicadores que permaneceram na análise, apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* E+F, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 12.

Tabela 12 - Análise Fatorial Confirmatória dos indicadores de performance – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões	Indicadores	Modelo Inicial		Modelo Final	
		Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Produtividade Assistencial	ID01_TaxaMedPerm	100%	1,00	100%	1,00
	ID02_TaxaMedProced				
Eficiência	ID03_TaxaRotatLeitos	19%	0,42		
	ID04_CustoSetAtend	36%	0,49		
	ID05_NoEnfer.leitos	44%	0,51	100%	1,00
Efetividade	ID06_PropCirurgRescind	36%	0,82	37%	0,82
	ID07_TaxaReintern	33%	0,82	33%	0,81
	ID08_TaxaInfecCirurg	31%	0,71	29%	0,68
Acesso	ID09_TaxaPacienEspec	53%	0,82	54%	0,83
	ID10_PropPacienEmerg	47%	0,83	46%	0,82

Impacto	ID11_TaxaMortInst	55%	0,79	100%	1,00
	ID12_PropNascVivos	45%	0,47		
Qualidade	ID13_PropMedMest	54%	0,98	53%	0,95
Técnica/Científica	ID14_PropProfMest	46%	0,90	47%	0,92
Sistêmico/ Estratégico	ID15_IndiceSatisfUsua	20%	0,70	25%	0,68
	ID16_IndiceSatisfProf	20%	0,63	28%	0,68
	ID17_IndiceInternICSAP	10%	0,34		
	ID18_IndiceAtendUsuaCom	19%	0,61	24%	0,61
	ID20_IndiceAtendUsuaSem	19%	0,60	24%	0,61
	ID21_IndiceExtrapTetosOrç	12%	0,39		

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Na Tabela 13, pode-se observar que a qualidade e a validade das sete dimensões de performance estudadas (Produtividade Assistencial, Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica, Sistêmico/Estratégico) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy* E+F ($n = 112$). Três dimensões (Produtividade Assistencial, Eficiência e Impacto) eram formadas por um único indicador de performance e apresentaram validação por definição.

Tabela 13 - Validação por critérios de qualidade e validade das dimensões de performance – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões	Indicadores	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Produtividade Assistencial	1	-	-	1	-	-
Eficiência	1	-	-	1	-	-
Efetividade	3	0,82	0,63	1	0,60	0,23
Acesso	2	0,81	0,64	1	0,68	0,19
Impacto	1	-	-	1	-	-
Qualidade Técnica/Científica	2	0,93	0,87	1	0,88	0,15
Sistêmico/Estratégico	4	0,68	0,46	1	0,42	0,19

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Para validar a variável latente Performance Global Percebida foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) da valoração média obtida para as dimensões de performance, na *proxy* E+F ($n = 112$). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de uma dimensão de performance (Produtividade Assistencial) que apresentou carga fatorial inferior a 0,50, as seis dimensões de performance que permaneceram na análise (Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica e Sistêmico/Estratégico) apresentaram carga fatorial superior ou cerca de

0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* E+F, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 14.

Tabela 14 - Análise Fatorial Confirmatória das dimensões de performance – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões	Modelo Inicial		Modelo Final	
	Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Produtividade Assistencial	4%	0,12	-	-
Eficiência	8%	0,98	17%	0,48
Efetividade	17%	0,56	18%	0,63
Acesso	19%	0,70	17%	0,65
Impacto	13%	0,70	11%	0,49
Qualidade Técnica/Científica	20%	0,53	18%	0,51
Sistêmico/Estratégico	19%	0,90	19%	0,96

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Na Tabela 15, pode-se observar que a qualidade e a validade da variável latente Performance Global Percebida foi assegurada, uma vez que apresentou validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy* E+F ($n = 112$).

Tabela 15 - Validação da Performance Global Percebida – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
6	0,72	0,57	1	0,41	-

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Também aplicou-se testes para medir a qualidade (ajustamento) do modelo construído para as dimensões e indicadores de performance da *proxy* E+F (112 informantes), através de alguns índices selecionados na literatura relevante ($X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA). Para um bom ajuste espera-se que $X^2/G.L.$ seja menor que 3 (Arbuckle, 2008; Wheaton, 1987), CFI seja maior que 0,80 (Bentler, 1990), TLI seja maior que 0,80 (Bentler & Bonnet, 1980) e que o RMSEA (Steiger et al., 1985) seja menor que 0,10, sendo o ideal abaixo de 0,05.

Na Tabela 16, pode-se observar que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10.

Tabela 16 - Parâmetros de qualidade (ajustamento) do modelo final da Performance Global Percebida – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Medidas de Qualidade do Ajuste	Estatística de Teste	Estatística de Teste Reescalada (Satorra e Bentler 1994)
χ^2	142,18	101,97
G.L.	60,00	60,00
$\chi^2/G.L.$	2,37	1,70
TLI	0,840	0,749
CFI	0,877	0,807
RMSEA	0,111 [0,087; 0,134]	0,079 [0,056; 0,101]
valor-p (RMSEA \leq 0,05)	0,000	0,021

Diante destes resultados, a figura 41 sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Performance Global Percebida, na proxy E+F (112 informantes, perspetiva indireta para a visão dos Decisores). Devido ao elevado número de indicadores de performance optou-se por omitir suas nomenclaturas na figura 2, que ficaram identificados como ID01 a ID21.

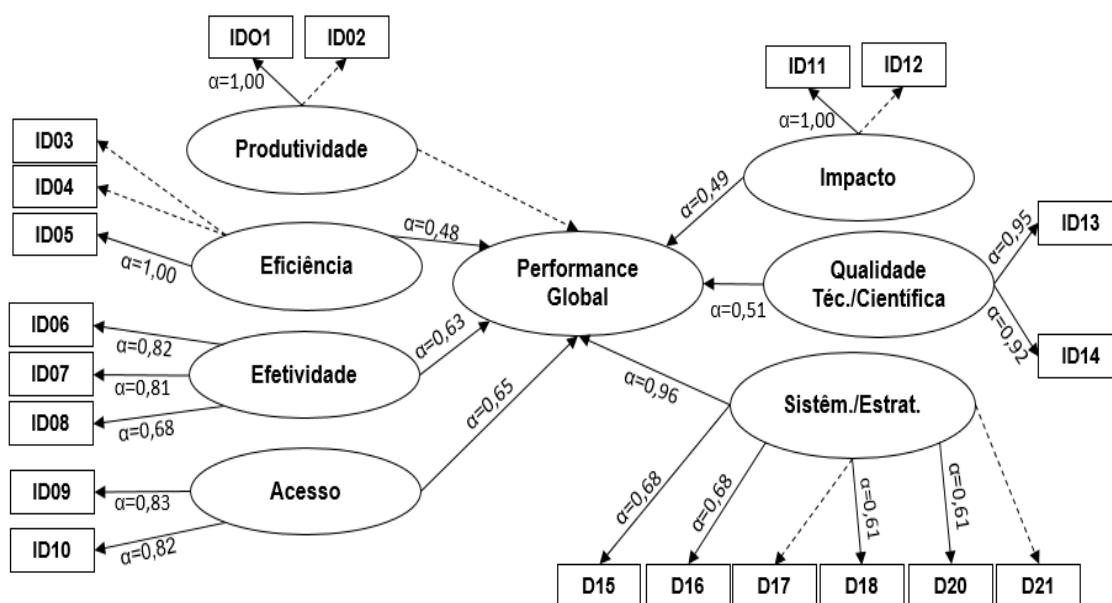


Figura 41 - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Para concluir a análise inferencial, a figura 64 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 64 (apêndice 9, tópico 9.1.2.2), nos quais foi possível observar que os indicadores de performance apresentaram maiores correlações com suas respectivas dimensões, na proxy E+F (n = 112).

Por sua vez, os resultados obtidos, mostraram que a Performance Global Percebida média foi de 4,04 e a mediana de 4,04 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,96 (cerca de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Performance Global Percebida. Porém, não houve diferença significativa (valor- $p > 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência enquanto fator mediador da Performance Global Percebida. No entanto, houve diferença significativa (valor- $p = 0,019$) quanto a influência do nível de cargo/função na valoração da Performance Global Percebida. Ao fazerem-se as comparações múltiplas, houve diferença significativa (valor- $p = 0,015$) entre os de cargo/função Sistêmicos e Organizacionais, sendo que os indivíduos de cargo/função Sistêmicos apresentaram Performance Global Percebida significativamente maior. na *proxy* E+F (n = 112) (Tabela 65, apêndice 9, tópico 9.1.2.2).

6.1.2.3 Análise inferencial do estudo 3 (indicadores *versus* dimensões de performance) (ciclo 2: *proxy* G) (Visão de decisores)

Em busca de validar as sete dimensões de performance, além de estruturar e validar a variável latente Performance Global Percebida, procedentes da *proxy* E+F (112 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias iniciais de análises inferenciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, que se apresentam a seguir, sendo complementadas pela análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Performance Global Percebida (apêndice 9, tópico 9.1.2.3).

Para validar as sete dimensões de performance estudadas (Produtividade Assistencial, Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica, Sistêmico/Estratégico) foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) para as dimensões de performance, na *proxy* G (n = 233). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de sete indicadores de performance (*IDD01_TaxaConsulBas*, *IDD02_TaxaConsultUrgenc*, *IDD03_TaxaConsulMedBasGOPed*, *DD04_TaxaConsulMedAmbEspec*, *IDD05_TaxaPacienObsHospPronAtend*, *IDD15_TaxaPermanInter* e *IDD16_TaxaProcConsMed*), todos os demais 49 indicadores que permaneceram na análise,

apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), com as cargas fatoriais mostradas na tabela 17.

Tabela 17 - Análise Fatorial Confirmatória dos indicadores de performance – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensões	Indicadores	Modelo Inicial		Modelo Final	
		Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Produtividade Assistencial	IDD01_TaxaConsulBas	4%	0,43		
	IDD02_TaxaConsultUrgenc	5%	0,46		
	IDD03_TaxaConsulMedBasGOPed	4%	0,38		
	IDD04_TaxaConsulMedAmbEspec	1%	0,17		
	IDD05_TaxaPacienObsHospPronAtend	4%	0,39		
	IDD06_TaxaProcCirurg	7%	0,56	9%	0,55
	IDD07_TaxaInterHosp	5%	0,50	6%	0,49
	IDD08_TaxaExamCitop	8%	0,69	10%	0,67
	IDD09_TaxaExamMamogra	9%	0,74	11%	0,72
	IDD10_TaxaExamRadiol	8%	0,64	10%	0,63
	IDD11_IndicSessQuimioSist	13%	0,98	16%	0,98
	IDD12_IndicSessRadiotSist	13%	0,97	17%	0,98
	IDD13_TaxaSessHemodCron	10%	0,73	12%	0,73
	IDD14_TaxaProcOdontEspec	7%	0,55	8%	0,54
Eficiência	IDD15_TaxaPermanInter	7%	0,32		
	IDD16_TaxaProcConsMed	6%	0,30		
	IDD17_TaxaRotativLeitos	13%	0,53	15%	0,52
	IDD18_PropEnfLeitos	18%	0,70	21%	0,70
	IDD19_PercentPacienSaidosInternSIGTAP	28%	0,98	32%	0,99
	IDD20_PercentExcesPermLimiarMaxSIGTAP	28%	0,94	32%	0,94
Efetividade	IDD21_PropCirurgRescind	16%	0,75	16%	0,75
	IDD22_TaxaReintern	10%	0,59	10%	0,59
	IDD23_PropPastosNormSUS	11%	0,62	11%	0,62
	IDD24_TaxaDensIncidInfecCirurg	14%	0,88	14%	0,88
	IDD25_TaxaDensIncidInfecCorrentUTI	16%	0,89	16%	0,89
	IDD26_TaxaSepticPosOper	16%	0,89	16%	0,90
	IDD27_PercAltasHospUTI	17%	0,85	17%	0,85
Acesso	IDD28_TaxaPacienListaEsperaAmb	10%	0,52	10%	0,48
	IDD29_TaxaPacienListaEspeEletiva	19%	0,96	14%	0,70
	IDD30_TempMedListaEsperaAgendAmb	12%	0,62	11%	0,52
	IDD31_TempMedListaEsperaAgendCirurgEletiva	19%	0,95	13%	0,68
	IDD32_TempMedListaEsperaLeitosTransf	14%	0,57	20%	0,83
	IDD33_TempMedAtendUsuaGravesCrit	12%	0,61	18%	0,84
	IDD34_PropTransfOutrosEstab	12%	0,61	15%	0,75
Impacto	IDD35_TaxaMortInst	4%	0,58	4%	0,58
	IDD36_TaxaMortUTI	5%	0,55	5%	0,54
	IDD37_TaxaMortIAM	7%	0,79	7%	0,77
	IDD38_TaxaMortAVC	5%	0,63	5%	0,66
	IDD39_TaxaMortPacienTransfPosCirurg	7%	0,72	7%	0,73
	IDD40_TaxaMortPacienOncol	9%	0,84	8%	0,82
	IDD41_TaxaMortPacienCronHemod	8%	0,84	8%	0,82
	IDD42_PropEncamTranspCronicHemod	8%	0,83	8%	0,81
	IDD43_TaxaMortMaterna	9%	0,97	9%	0,97

	IDD44_TaxaMortPerinatalGest	9%	0,98	9%	0,99
	IDD45_PropMortNeonatalBaixoPeso	9%	0,98	9%	0,99
	IDD46_PropMortInfantil	9%	0,93	9%	0,93
	IDD47_PropNascVivos	9%	0,95	9%	0,95
Qualidade Tecnológica/Científica	IDD48_PropMedEspec	50%	1,00	50%	1,00
	IDD49_PropProfEspec	50%	0,97	50%	0,97
Sistêmico/Estratégico	IDD50_IndiceSatisfUsua	14%	0,84	13%	0,77
	IDD51_IndiceSatisfProf	13%	0,83	12%	0,77
	IDD52_IndiceInternICSAP	16%	0,87	17%	0,88
	IDD53_IndiceAtendUsuaComVincReg	16%	0,87	16%	0,90
	IDD54_IndiceAtendUsuaSemVincReg	15%	0,84	16%	0,86
	IDD55_VariaPercentCustoTotal	12%	0,77	12%	0,74
	IDD56_IndiceExtrapTetosOrçProj	14%	0,82	15%	0,82

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial;

Na Tabela 18, pode-se observar que a qualidade e a validade das sete dimensões de performance estudadas (Produtividade Assistencial, Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica, Sistêmico/Estratégico) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy G* ($n = 233$).

Tabela 18 - Validação por critérios de qualidade e validade das dimensões de performance – *Proxy G* (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensões	Indicadores	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Produtividade Assistencial	9	0,91	0,90	1	0,52	0,23
Eficiência	4	0,88	0,88	1	0,65	0,24
Efetividade	7	0,92	0,92	1	0,63	0,30
Acesso	7	0,89	0,86	1	0,51	0,37
Impacto	13	0,97	0,96	1	0,69	0,37
Qualidade Tecnológica/Científica	2	0,98	0,98	1	0,97	0,34
Sistêmico/Estratégico	7	0,94	0,94	1	0,69	0,34

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Para validar a variável latente Performance Global Percebida foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) da valoração média obtida para as dimensões de performance, na *proxy G* ($n = 233$). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de uma dimensão de performance (Eficiência) que apresentou carga fatorial inferior a 0,50, as seis dimensões de performance que permaneceram na análise (Produtividade Assistencial, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica e Sistêmico/Estratégico) apresentaram carga fatorial superior ou cerca de 0,50 (ou suas

permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy G*, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 19.

Tabela 19 - Análise Fatorial Confirmatória das dimensões de performance – *Proxy G* (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensões	Modelo Inicial		Modelo Final	
	Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Produtividade Assistencial	9%	0,53	14%	0,54
Eficiência	3%	0,33		
Efetividade	21%	0,50	23%	0,57
Acesso	11%	0,62	13%	0,80
Impacto	16%	0,82	15%	0,75
Qualidade Tecnológica/Científica	20%	0,50	19%	0,49
Sistêmico/Estratégico	19%	0,61	16%	0,58

*Nota.*¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial;

Na Tabela 20, pode-se observar que a qualidade e a validade da variável latente Performance Global Percebida foi assegurada, uma vez que apresentou validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy G* ($n = 233$).

Tabela 20 - Validação da Performance Global Percebida – *Proxy G* (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensões	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
6	0,78	0,79	1	0,40	-

*Nota.*¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Também aplicou-se testes para medir a qualidade (ajustamento) do modelo construído para as dimensões e indicadores de performance da *proxy G* (233 informantes), através de alguns índices selecionados na literatura relevante ($X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA). Para um bom ajuste espera-se que $X^2/G.L.$ seja menor que 3 (Arbuckle, 2008; Wheaton, 1987), CFI seja maior que 0,80 (Bentler, 1990), TLI seja maior que 0,80 (Bentler & Bonnet, 1980) e que o RMSEA (Steiger et al., 1985) seja menor que 0,10, sendo o ideal abaixo de 0,05.

Na Tabela 21, pode-se observar que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10.

Tabela 21 - Parâmetros de qualidade (ajustamento) do modelo final da Performance Global Percebida – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Medidas de Qualidade do Ajuste	Estatística de Teste	Estatística de Teste Reescalada (Satorra e Bentler 1994)
χ^2	5335,16	1726,37
G.L.	1109,00	1109,00
$\chi^2/G.L.$	4,81	1,56
TLI	0,714	0,793
CFI	0,730	0,804
RMSEA	0,128 [0,124; 0,131]	0,049 [0,046; 0,051]
valor-p (RMSEA \leq 0,05)	0,000	0,765

Diante destes resultados, a figura 42 sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Performance Global Percebida, na proxy G (233 informantes, visão de Decisores). Devido ao elevado número de indicadores de performance optou-se por omitir suas nomenclaturas na figura 42, que ficaram identificados como IDD01 a IDD56.

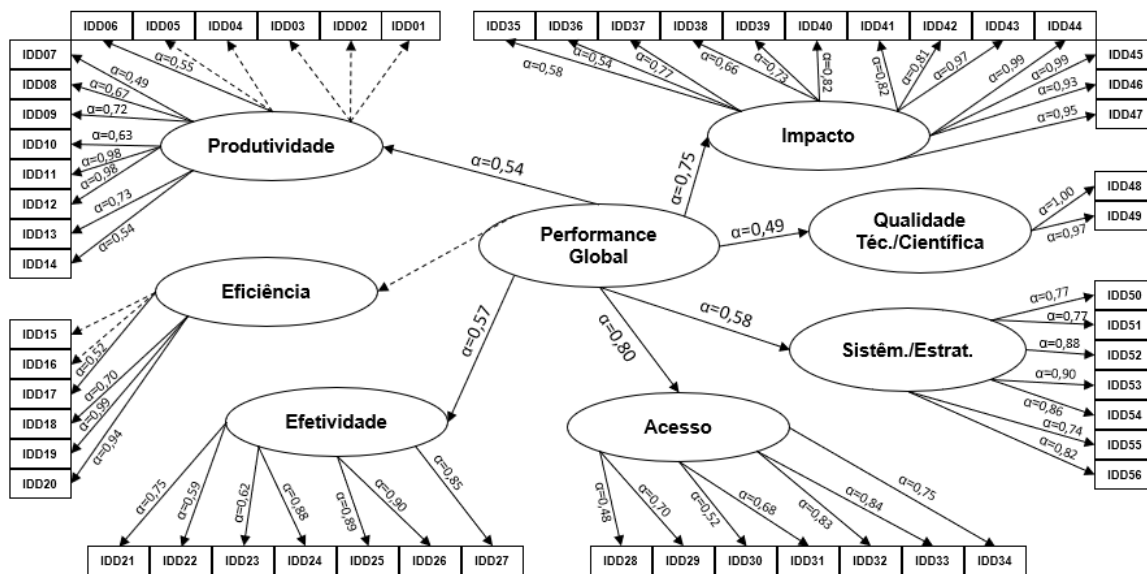


Figura 42 - Análise Fatorial Confirmatória da Performance Global Percebida – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Para concluir a análise inferencial, a figura 65 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 66 (apêndice 9, tópico 9.1.2.3), nos quais foi possível observar que os indicadores de performance apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões, na proxy G (n = 233).

Por sua vez, os resultados obtidos mostraram que a Performance Global Percebida média foi de 4,22 e a mediana de 4,22 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em

avaliação superior a 4,45 (acima de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na avaliação média da variável latente Performance Global Percebida. Porém, não houve diferença significativa (valor- $p > 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função ocupados enquanto fator mediador da Performance Global Percebida. na *proxy* G (n = 233) (Tabela 67, apêndice 9, tópico 9.1.2.3).

Dessa forma, concluiu-se o mapeamento dos conhecimentos tácitos dos agentes chaves da amostra nas categorias de macrodomínios e domínios de avaliação, seguidos pela etapa de análise e consolidação de painéis de indicadores e dimensões de performance, além dos reflexos sobre uma *variável latente* Performance Global Percebida, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em um modelo estrutural validado.

6.2. Os resultados dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)

Os resultados foram agregados em subcategorias (constructos e questões) e categoriais (subdimensões) e macrocategorias (macrodimensões) de análise da a fim de estruturar uma escala de medição de qualidade/satisfação percebida pelo usuário, a partir dos conceitos consolidados da escala SERVQUAL (Albuquerque, 2012; E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1985b, 1988, 1991a; Parasuraman et al., 1994; Rosalem, 2013) anteriormente caracterizados (tópico 2.4.4) através de um processo empírico colaborativo de painéis de especialistas e grupos de tradução transcultural das 22 questões e das cinco macrodimensões da escala SERVQUAL, tendo sido estruturado um modelo inovador de escala de medição de qualidade/satisfação no SUS (QualitySaude), com 20 questões validadas agregadas em 13 subdimensões de qualidade percebida distribuídas em seis macrodimensões qualidade percebida, sintetizadas no quadro 14 abaixo:

<u>Macrodimensões</u>	Definições conceituais
I. Tangibilidade	Está relacionado à atratividade das instalações, equipamentos e materiais usados por uma empresa de serviços, bem como à aparência dos funcionários do serviço.
II. Confiabilidade	A empresa de serviços oferece a seus clientes serviço correto da primeira vez, sem cometer nenhum erro, e entrega o que prometeu dentro do prazo estipulado.

III. Segurança	O comportamento dos funcionários transmitirá aos clientes confiança na empresa e que esta faz com que se sintam seguros. E também que os empregados são sempre corteses e têm o conhecimento necessário para responder às perguntas dos clientes.
IV. Presteza	Os funcionários estão dispostos a ajudar os clientes e atender aos seus requisitos, bem como informá-los, quando o serviço será prestado e então executá-lo com presteza.
V. Empatia	A empresa entende os problemas dos clientes e executa o serviço, tendo em vista seus melhores interesses, bem como lhes dá atenção pessoal, individual, e trabalha em horários convenientes.
VI. Acessibilidade	Garantia de acesso oportuno, efetivo e eficaz ao atendimento em saúde.
VII. Satisfação Global	Qualidade global percebida e satisfação relatada pelo cliente.
<u>Subdimensões</u>	<u>Definições conceituais</u>
1. Estrutura física	Aspetos físicos e estruturais da unidade de saúde
2. Apresentação Pessoal	Aspetos da aparência pessoal, asseio e higiene dos profissionais
3. Instalações físicas	Funcionamento das instalações físicas
4. Equipamentos	Funcionalidades dos equipamentos utilizados
5. Confiabilidade organizacional	Confiança nos compromissos de entrega dos serviços com qualidade prometida e tempo oportuno
6. Fornecimento de serviços	Entrega dos serviços com qualidade prometida e tempo oportuno
7. Confiança na Competência Profissional.	Confiança nas competências técnicas dos profissionais
8. Segurança na Resolução de Problemas	Confiança no comportamento dos empregados que transmitem segurança na solução de seus problemas, e também que os empregados têm o conhecimento necessário para responder às perguntas dos clientes.
9. Atenção e Disposição para Atendimento	Percepção que os funcionários estão dispostos a ajudar os clientes e atender aos seus requisitos, quando o serviço será prestado e então executá-lo com presteza.
10. Acesso à Informação	Garantia de acesso as informações e disposição de funcionários para informar aos clientes.
11. Humanização do Atendimento	Aspetos de acolhimentos, relações interpessoais adequadas e que os empregados são sempre corteses
12. Prioridade nos Interesses do cliente	Percepção que os funcionários estão dispostos a priorizar os interesses dos clientes e suas necessidades.
13. Acessibilidade aos serviços	Garantia de acesso oportuno e eficaz ao atendimento em saúde

Quadro 14 - Definições conceituais das subdimensões e macrodimensões de qualidade/satisfação percebida

6.2.1. Análises descritivas dos estudos 4 e 5 (*proxies* H+I e J, *proxies* M e M+N)

Os resultados das análises descritivas dos itens de avaliação de qualidade percebida integrada das *proxies* H e I (195 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, além da *proxy* J (506 informantes) de aplicação de campo (ciclo 2), conforme métodos de estatística descritiva detalhados no início do tópico 6, constam dos subtópicos 6.2.1.1 e 6.2.1.2, respectivamente. Os resultados das análises descritivas dos itens de avaliação de qualidade percebida pela análise integrada da *proxy* K+L (140 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, além da *proxy* M (506 informantes) e da análise integrada da *proxy* M+N (2.547 informantes) de aplicação de campo (ciclo 2), constam dos subtópicos 6.2.1.3 e 6.2.1.4, respectivamente.

6.2.1.1. Análise descritiva do estudo 4 (ciclo 1: *proxies* H e I) (constructos *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais *versus* usuários)

A partir dos conhecimentos prévios de especialistas e profissionais de saúde, estruturou-se o processo colaborativo de tradução transcultural e validação de uma escala inovadora de medição de qualidade/satisfação de usuários de saúde, que manteve as cinco macrodimensões originais da escala SERVQUAL e para cada uma de suas 22 questões originais estruturou uma subdimensão de constructos que foram desagregadas em 40 constructos de qualidade a fim de garantir proximidade à realidade do SUS e entendimento adequada dos itens de medição de qualidade/satisfação propostos nesta fase da investigação.

A parte empírica do estudo 4 foi desenvolvida a partir do instrumento consolidado nas diversas fases subsequentes procedentes no ciclo 1 (*proxy* H+I), através de um grupo piloto de respondentes (n = 195) e, posteriormente, com estruturação e validação de um novo instrumento ampliado (*proxy* J), aplicado em uma pesquisa de campo em única fase incremental, no ciclo 2 (n = 506).

Inicialmente, abordou-se uma análise integrada de fases incrementais (fases 1 a 3, *proxies* H e I) que se iniciou pela validação de face (fase 1) e aplicou dois instrumentos diferentes (fases 2 e 3), através de uma amostra de 195 informantes especialistas, gestores e profissionais de saúde, assim distribuídos: *proxy* H - 25 informantes e *proxy* I - 170 informantes. Efetivou-se uma análise integrada das respostas obtidas nestes dois instrumentos (*proxy* H+I) pois apresentaram muitas similaridades (40 constructos, 22

subdimensões de constructos e cinco macrodimensões de qualidade percebida). Em fase posterior (fase 4), abordou-se a análise da *proxy* J - 506 informantes. (40 constructos, 22 subdimensões de constructos e cinco macrodimensões de qualidade percebida).

A Tabela 22 abaixo apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas na amostra, na análise integrada das *proxies* H e I (195 informantes) que aplicou dois instrumentos com muitas similaridades, no ciclo 1 de validação do instrumento, na visão de especialistas e profissionais.

Tabela 22 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Variáveis		N	%
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	28	14,36%
	Atenção Secundária	68	34,87%
	Atenção Terciária	56	28,72%
	Outros	43	22,05%
Nível de complexidade da assistência	Baixa	34	17,44%
	Média	86	44,10%
	Alta	33	16,92%
	Outros	42	21,54%
Nível de cargo/função	Sistêmico	19	10,11%
	Organizacional	51	27,13%
	Gerencia de Equipe	36	19,15%
	Outros	82	43,62%
Escolaridade	Analfabeto	0	0,00%
	Ensino Básico	0	0,00%
	Ensino Fundamental	0	0,00%
	Ensino Médio	13	6,70%
	Ensino Superior	56	28,87%
	Pós-Graduação	98	50,52%
	Mestrado/ PhD	27	13,92%
Tempo de experiência	Não tem	1	0,52%
	Menos de 6 meses	23	11,92%
	6 - 12 meses	35	18,13%
	13 - 24 meses	14	7,25%
	25 - 36 meses	9	4,66%
	37 - 48 meses	8	4,15%
	49 - 60meses	10	5,18%
	> 60 meses	93	48,19%
Tempo em cargo de decisão	Não tem	8	4,40%
	Menos de 6 meses	72	39,56%
	6 - 12 meses	25	13,74%
	13 - 24 meses	10	5,49%
	25 - 36 meses	17	9,34%
	37 - 48 meses	6	3,30%
	49 - 60meses	13	7,14%
	> 60 meses	31	17,03%
Formação/Profissão	Enfermeiro	36	18,46%
	Engenheiro	12	6,15%

Administrador	12	6,15%
Medico	10	5,13%
Assistente Social	10	5,13%
Outras	115	58,97%

Nas fases 1 a 3 (*proxy* H+I), destaca-se que a amostra se mostrou balanceada (Tabela 22) no nível de atenção à saúde que os indivíduos trabalhavam: níveis Secundário (34,87%), Primário (14,36%) e Terciário (28,72%) de atenção à saúde, além de 22,05% da categoria Outros (estruturas não assistenciais, por exemplo, apenas de gestão ou governança). Grande parte dos indivíduos (43,62%) exercia o nível de cargo/função Outros (por exemplo, assessores de gestão, profissionais em geral etc) e boa parte (27,13%) exercia o nível de cargo/função Organizacional. Considerou-se a amostra (n = 195) bastante qualificada visto que a maior parte dos indivíduos (50,52%) possuía pós-graduação e ainda 93,30% possuía nível superior, a grande parte dos indivíduos (48,19%) possuía mais de 60 meses de experiência e que uma boa parte dos indivíduos (17,03%) trabalhava a mais de 60 meses em cargo/função de decisão enquanto apenas 4,40% não possuía experiência em cargo/função de decisão.

A Tabela 23 apresenta uma análise descritiva relativa à valoração média atribuída aos constructos de qualidade, na análise integrada das *proxies* H e I (195 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, perspectiva indireta com atribuição de valorações por especialistas e profissionais, com observações para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais.

Tabela 23 - Análise descritiva de constructos originais - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Subdimensões de constructos	Constructos originais	Usuário			Profissional		
		Média	D.P.	I.C-95% ¹	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Equipamentos	CO1_Disponib	4,55	0,74	[4,44; 4,65]	4,57	0,77	[4,47; 4,68]
	CO2_Acesso	4,52	0,76	[4,42; 4,62]	4,37	0,79	[4,27; 4,49]
	CO3_Resolut	4,36	0,82	[4,25; 4,47]	4,60	0,80	[4,48; 4,70]
	CO4_Conserv	4,02	0,92	[3,89; 4,15]	4,43	0,83	[4,32; 4,54]
	CO5_Usabilid	3,65	1,12	[3,50; 3,80]	4,40	0,81	[4,28; 4,50]
Estrutura Física	CO6_Conforto	4,24	0,97	[4,11; 4,37]	4,15	0,89	[4,04; 4,28]
	CO7_Limpeza	4,46	0,84	[4,35; 4,57]	4,63	0,74	[4,52; 4,73]
	CO8_Bem	4,32	0,89	[4,20; 4,44]	4,39	0,83	[4,28; 4,50]
Apresentação Pessoal	CO9_Vestim	3,89	1,01	[3,75; 4,03]	4,41	0,82	[4,29; 4,52]
	CO10_Visual	4,23	0,97	[4,08; 4,37]	4,51	0,82	[4,39; 4,63]
Instalações Físicas	CO11_Conserv	4,24	0,89	[4,11; 4,35]	4,39	0,80	[4,27; 4,50]
	CO12_Funcion	4,20	0,80	[4,09; 4,3]	4,55	0,76	[4,44; 4,64]
Confiança em Prazos	CO13_Cumprim.Prazos	4,42	0,91	[4,29; 4,54]	4,15	0,93	[4,02; 4,28]

Suporte ao usuário-cliente	CO14_Solidaried	4,20	0,78	[4,09; 4,31]	4,09	0,83	[3,97; 4,20]
	CO15_Apoio_U	4,46	0,73	[4,35; 4,55]	4,32	0,79	[4,21; 4,43]
	CO16_Acolhim	4,61	0,75	[4,50; 4,71]	4,15	0,86	[4,02; 4,28]
Confiabilidade Organizacional	CO17_Confianca.Percep	4,72	0,57	[4,63; 4,79]	4,60	0,70	[4,50; 4,70]
Fornecimento de Serviços	CO18_Prazo.Resolut	4,32	0,78	[4,21; 4,43]	4,33	0,77	[4,23; 4,43]
	CO19_Prazo.Atendim	4,49	0,85	[4,36; 4,60]	4,21	0,81	[4,09; 4,32]
Garantia dos Registros	CO20_Inform.Disp.Contr	3,55	1,08	[3,40; 3,71]	4,51	0,79	[4,41; 4,61]
Acesso Informação	CO21_Esclarecer	4,23	1,11	[4,08; 4,38]	3,66	1,15	[3,50; 3,81]
	CO22_Infor	4,31	1,07	[4,16; 4,45]	3,83	1,21	[3,64; 3,99]
Pronto Atendimento	CO23_Atendim	4,40	0,87	[4,29; 4,52]	3,95	0,89	[3,84; 4,07]
	CO24_Disponib	4,31	0,88	[4,19; 4,44]	3,71	0,93	[3,58; 3,84]
Disposição p/ atendimento	CO25_Dispos.Assistenc	4,29	1,08	[4,14; 4,44]	3,91	1,08	[3,76; 4,07]
Ocupação profissional	CO26_Profiss.Suficiente	4,19	1,22	[4,01; 4,34]	3,91	1,23	[3,74; 4,08]
Competência profissional	CO27_Conf.Compet.Profiss	4,72	0,56	[4,64; 4,79]	4,49	0,64	[4,41; 4,57]
Credibilidade Profissional	CO28_Confianca	4,61	0,64	[4,51; 4,69]	4,56	0,67	[4,47; 4,65]
	CO29_Credib	4,69	0,68	[4,58; 4,78]	4,64	0,76	[4,52; 4,75]
Cortesia nas Relações	CO30_Cortesia	4,57	0,70	[4,47; 4,67]	4,54	0,73	[4,43; 4,64]
	CO31_Respeito	4,54	0,72	[4,43; 4,63]	4,57	0,67	[4,47; 4,66]
	CO32_Atitude	4,54	0,67	[4,44; 4,63]	4,44	0,74	[4,34; 4,55]
Suprimento de Recursos	CO33_Garantia	3,88	1,31	[3,68; 4,05]	4,33	1,07	[4,18; 4,47]
	CO34_Suprim	3,89	1,27	[3,70; 4,07]	4,31	1,10	[4,15; 4,45]
Comunicação e Atenção	CO35_Atendim.Indiv	4,30	1,11	[4,14; 4,45]	4,26	1,10	[4,10; 4,41]
Humanização no Atendimento	CO36_Dedicação	3,78	1,18	[3,61; 3,95]	4,03	1,17	[3,84; 4,18]
	CO37_Tratam	4,26	1,17	[4,08; 4,42]	4,11	1,14	[3,95; 4,26]
Compreensão do Cliente	CO38_Conhec.Situac.Usuar io	4,31	1,08	[4,16; 4,47]	4,31	1,12	[4,15; 4,47]
Prioridade nos interesses	CO39_Objct.Centrado.Usua rio	4,28	1,08	[4,12; 4,43]	4,22	1,12	[4,06; 4,37]
Acessibilidade dos clientes	CO40_Facil.Acesso.Usuari o	4,21	1,20	[4,04; 4,38]	3,41	1,29	[3,23; 3,59]

Nota¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que a ampla maioria dos 40 constructos originais obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante), para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, na análise da *proxy* H+I, sendo os 40 constructos considerados relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de pesquisa de Usuários (*proxy* J, ciclo 2).

A figura 43 , que sintetizou os dados da Tabela 23, mostra que na ampla maioria dos 40 constructos de qualidade (CO1 a CO40) houve variabilidade na valoração atribuída pelos especialistas e profissionais de saúde, de forma indireta, para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, sendo que na maioria dos constructos analisados os intervalos de confiança não se sobrepuseram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar

valorações (importância/relevância) com diferenças significativas na ampla maioria dos 40 constructos para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, na *proxy* H+I.

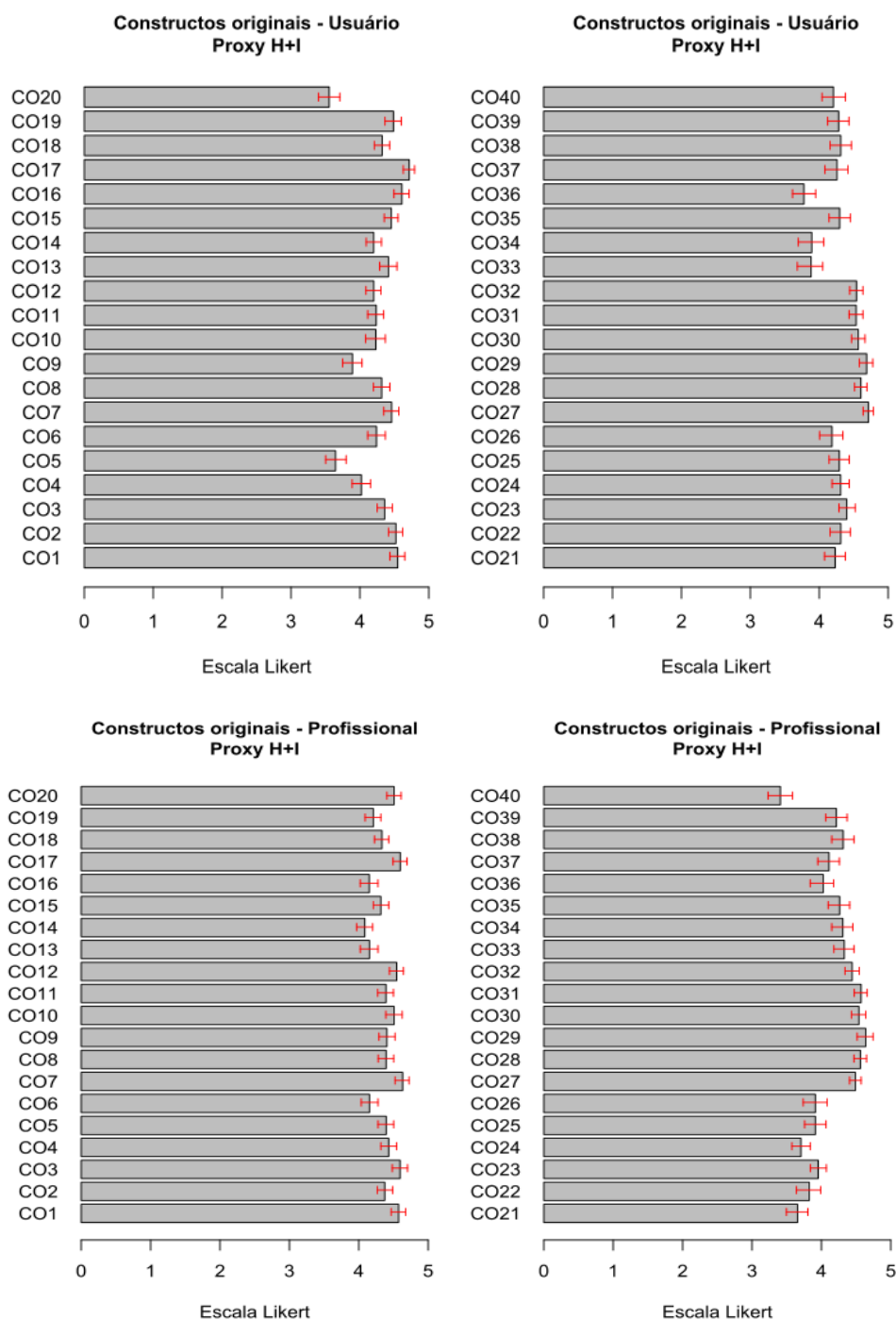


Figura 43 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os constructos originais - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Por sua vez, a análise das subdimensões de constructos de qualidade, estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as subdimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 24 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas subdimensões de constructos, na *proxy* H+I (195 informantes no ciclo 1 de validação do instrumento, perspectiva indireta com atribuição de valorações por especialistas e profissionais, com observações para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais).

Tabela 24 - Análise descritiva das subdimensões de constructos - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Subdimensões de constructos	Usuário			Profissional		
	Média	D.P.	I.C-95%	Média	D.P.	I.C-95%
Equipamentos	4,22	0,59	[4,13; 4,30]	4,47	0,60	[4,38; 4,56]
Estrutura Física	4,34	0,78	[4,22; 4,44]	4,39	0,70	[4,29; 4,48]
Apresentação Pessoal	4,06	0,90	[3,94; 4,19]	4,46	0,74	[4,35; 4,56]
Instalações Físicas	4,22	0,71	[4,13; 4,31]	4,47	0,71	[4,38; 4,57]
Confiança em Prazos	4,42	0,91	[4,28; 4,53]	4,15	0,93	[4,03; 4,28]
Suporte ao usuário-cliente	4,42	0,62	[4,34; 4,52]	4,19	0,69	[4,09; 4,27]
Confiabilidade Organizacional	4,72	0,57	[4,63; 4,79]	4,60	0,70	[4,50; 4,69]
Fornecimento de Serviços	4,41	0,74	[4,30; 4,51]	4,27	0,73	[4,17; 4,37]
Garantia dos Registros	3,55	1,08	[3,40; 3,71]	4,51	0,79	[4,40; 4,61]
Acesso Informação	4,27	1,02	[4,13; 4,41]	3,74	1,10	[3,57; 3,89]
Pronto Atendimento	4,35	0,81	[4,24; 4,46]	3,83	0,81	[3,72; 3,94]
Disposição p/ atendimento	4,29	1,08	[4,15; 4,44]	3,91	1,08	[3,75; 4,06]
Ocupação profissional	4,19	1,22	[4,02; 4,37]	3,91	1,23	[3,74; 4,09]
Competência profissional	4,72	0,56	[4,63; 4,80]	4,49	0,64	[4,40; 4,59]
Credibilidade Profissional	4,64	0,57	[4,56; 4,71]	4,59	0,60	[4,51; 4,67]
Cortesia nas Relações	4,55	0,58	[4,47; 4,62]	4,52	0,57	[4,43; 4,60]
Suprimento de Recursos	3,89	1,24	[3,70; 4,07]	4,32	1,04	[4,17; 4,47]
Comunicação e Atenção	4,30	1,11	[4,13; 4,45]	4,26	1,10	[4,10; 4,40]
Humanização no Atendimento	4,02	1,08	[3,86; 4,17]	4,07	1,07	[3,91; 4,22]
Compreensão do Cliente	4,31	1,08	[4,16; 4,46]	4,31	1,12	[4,15; 4,47]
Prioridade nos interesses	4,28	1,08	[4,12; 4,43]	4,22	1,12	[4,05; 4,38]
Acessibilidade dos clientes	4,21	1,20	[4,04; 4,36]	3,41	1,29	[3,22; 3,58]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que a ampla maioria das 22 subdimensões de constructos obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante), para as perspetivas de Usuários e a dos Profissionais, na análise do *proxy* H+I, sendo as 22 subdimensões consideradas relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de pesquisa de Usuários (*proxy* J, ciclo 2).

A figura 44 , que sintetizou os dados da Tabela 24, mostra que:

- Na perspetiva de Usuários, houve diferença significativa da valoração média obtida somente em três subdimensões (Confiabilidade Organizacional, Competência profissional e Credibilidade Profissional), que formaram um grupo com valorações significativamente maior em relação às demais e também na subdimensão Garantia

dos Registros com valoração significativamente menor em relação às demais, uma vez que todas as demais subdimensões tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar maiores valorações (importância/relevância) em três subdimensões (Confiabilidade Organizacional, Competência profissional e Credibilidade Profissional) e menor valoração (importância) para a subdimensão Garantia dos Registros, em relação às demais 18 subdimensões, nas quais os intervalos de confiança se sobrepuseram, indicando que não houve diferenças significativas nas valorações entre estas subdimensões para a perspectiva de Usuários.

- Na perspectiva dos Profissionais, não houve diferença significativa da valoração média obtida em todas as 22 subdimensões, uma vez que os seus intervalos de confiança se sobrepuseram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar valorações (importância/relevância) dentro das mesmas margens de valores na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos para a perspectiva dos Profissionais, na *proxy* H+I.

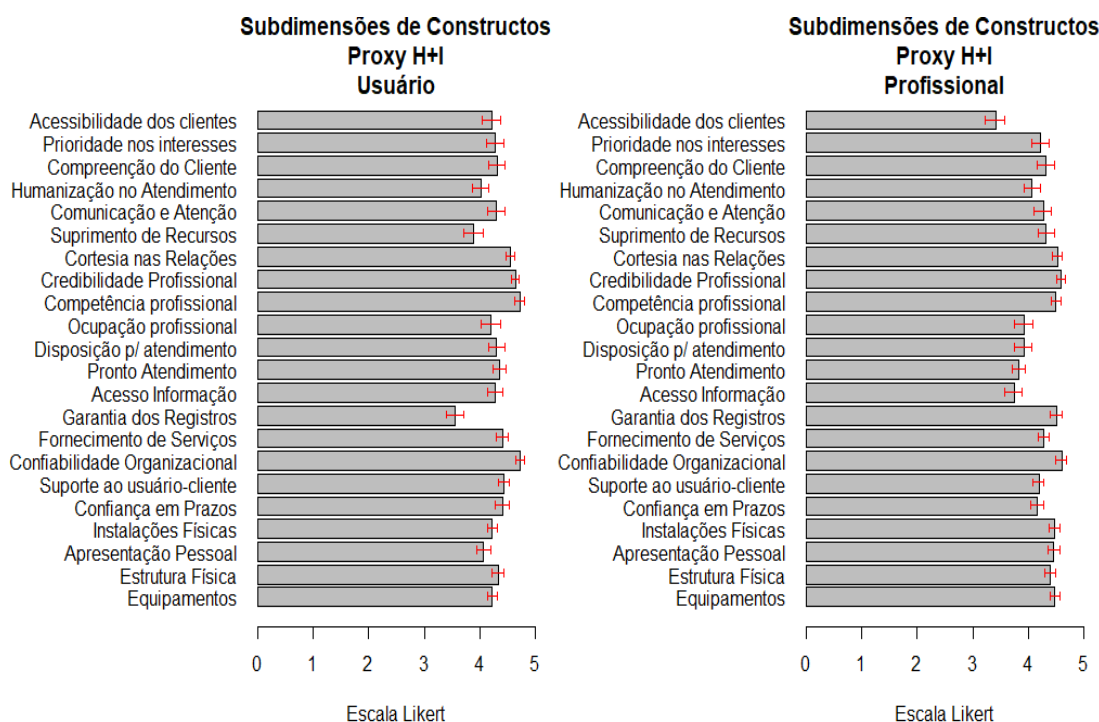


Figura 44 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de constructos - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Por sua vez, a análise das macrodimensões de qualidade, estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 25 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas macrodimensões de qualidade, na *proxy* H+I (195 informantes no ciclo 1 de validação do instrumento, perspectiva indireta com atribuição de valorações por especialistas e profissionais, com observações para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais).

Tabela 25 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Macrodimensões	Usuário			Profissional		
	Média	D.P.	I.C-95%	Média	D.P.	I.C-95%
Tangibilidade	4,22	0,55	[4,15; 4,30]	4,45	0,52	[4,38; 4,52]
Confiabilidade	4,35	0,54	[4,27; 4,42]	4,30	0,54	[4,22; 4,36]
Presteza	4,29	0,73	[4,20; 4,39]	3,83	0,71	[3,73; 3,93]
Segurança	4,43	0,48	[4,36; 4,50]	4,49	0,42	[4,43; 4,54]
Empatia	4,19	0,98	[4,06; 4,32]	4,06	0,95	[3,92; 4,19]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que a ampla maioria das cinco subdimensões de qualidade (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia) obtiveram valoração média elevada (superior a 4, muito importante/relevante), na análise do *proxy* H+I, sendo todas as cinco macrodimensões consideradas relevantes/importantes para análise nas próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de questões validadas de Usuários (*proxy* J, ciclo 2). Pode ainda se destacar que:

- Na perspetiva de Usuários, não houve diferenças significativas nas valorações médias obtidas em todas as cinco macrodimensões de qualidade, uma vez que todos os seus intervalos de confiança se sobrepuseram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar valoração (importância/relevância) dentro das mesmas margens de valores em todas as cinco macrodimensões de constructos para a perspetiva de Usuários, na *proxy* H+I.
- Na perspetiva dos Profissionais, houve diferença significativa da valoração média obtida somente na macrodimensão Presteza, com valoração significativamente menor em relação às demais, uma vez que todas as demais quatro macrodimensões de qualidade tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram. Dessa forma, em

média, os indivíduos tenderam a dar menor valoração (importância/relevância) para a macrodimensão Presteza, em relação às demais quatro macrodimensões (Tangibilidade, Confiabilidade, Segurança e Empatia), indicando que não houve diferenças significativas nas valorações entre estas quatro macrodimensões de constructos para a perspectiva de Profissionais, na *proxy* H+I.

Desta análise descritiva sintetizou-se que os especialistas e profissionais atribuíram valoração média elevada (superior a 4, muito importante/relevante) para as subcategorias (40 constructos), as categorias (22 subdimensões de qualidade) e as macrocategorias (cinco macrodimensões de qualidade) dos itens de análise, sendo considerados muito relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de pesquisa de Usuários (*proxy* J, ciclo 2).

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, das análises das tabelas 68 a 73 (apêndice 9, tópico 9.2.1.1), sintetizou-se que houve tendência de influência da variável mediadora nível de atenção à saúde na maioria (≥ 12) das 22 subdimensões de constructos, para as perspectivas de Usuários (12 subdimensões) e dos Profissionais (13 subdimensões), que não houve tendência de influência da variável mediadora nível de complexidade da assistência na ampla maioria (≥ 14) das 22 subdimensões de constructos, para as perspectivas de Usuários (17 subdimensões) e dos Profissionais (14 subdimensões), e, que não houve tendência de influência da variável mediadora nível de cargo/função na ampla maioria (≥ 17) das 22 subdimensões de constructos nas perspectivas de Usuários (17 subdimensões) e dos Profissionais (20 subdimensões), na *proxy* H+I, que se propõe aprofundar investigações.

Por sua vez, das análises das tabelas 74 a 76 (apêndice 9, tópico 9.2.1.1), sintetizou-se que houve uma tendência de influência da variável mediadora nível de atenção à saúde, em todas as cinco macrodimensões de constructos (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia) para as perspectivas de Usuários e dos Profissionais. Por sua vez, não houve tendência de influência da variável mediadora nível de complexidade da assistência, na ampla maioria das cinco macrodimensões de constructos para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, sendo exceções duas macrodimensões (Confiabilidade e Segurança), na perspectiva de Usuários. Também não houve tendência de influência da variável mediadora nível de cargo/função, na ampla maioria das cinco macrodimensões de constructos para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, sendo exceções duas macrodimensões

(Confiabilidade e Presteza), na perspectiva de Usuários, na *proxy* H+I, que se propõe aprofundar investigações.

Diante destes resultados, a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde, funcionar enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas, além de todas as cinco macrodimensões de qualidade originais da escala SERVQUAL, trata-se de um achado inovador desta investigação. Os indícios dos dois fatores mediadores nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade cargo/função funcionarem enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas foram estudados e validados nas etapas posteriores (tópico 6.2.1.2).

Ressalte-se, ainda, que a validação das cinco macrodimensões de qualidade (macrocategorias de análise), na perspectivas de especialistas e profissionais, na *proxy* H+I, estão alinhadas com a validação destas mesmas macrodimensões da escala SERVQUAL, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde, mas a validação da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas (categorias de análise) trata-se de um achado inovador desta investigação que serão objeto de aprofundamento da validação nas etapas posteriores.

Estes resultados subsidiaram a construção de um novo instrumento de questões validadas, para a validação de uma escala inovadora de medição de qualidade/satisfação de usuários de saúde, aplicado na fase posterior da investigação (*proxy* J, estudo 4).

6.2.1.2. Análise descritiva do estudo 4 (ciclo 2: *proxy* J) (constructos *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais *versus* usuários)

A partir do instrumento consolidado nas fases 1 a 3 procedentes no ciclo 1 (*proxy* H+I), na fase 4, ciclo 2 do estudo 4, através de um novo instrumento (*proxy* J), aplicou-se uma análise da validação em um grupo piloto de 506 informantes (perspetiva direta de usuários da saúde). Assim, na fase 4, abordou-se a análise da *proxy* J (n = 506), na qual o instrumento manteve similaridades com o instrumento da fase anterior (*proxy* H+I) (40 constructos, 22 subdimensões e cinco macrodimensões de qualidade percebida). Assim, procedeu-se a validação definitiva de um novo instrumento (*proxy* J), por um grupo de 506 usuários entrevistados em 14 unidades de saúde da atenção primária e secundária do SUS.

A Tabela 26 abaixo apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas na amostra, na análise integrada da *proxy J* (506 informantes), que aplicou um único instrumento, no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários de saúde.

Tabela 26 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Variáveis		N	%
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	241	47,63%
	Atenção Secundária	140	27,67%
	Atenção Terciária	125	24,70%
	Outros	0	0,00%
Nível Complexidade da assistência	Baixa	241	47,63%
	Média	265	52,37%
	Alta	0	0,00%
	Outros	0	0,00%
Escolaridade	Analfabeto	22	4,35%
	Ensino Básico	224	44,27%
	Ensino Fundamental	68	13,44%
	Ensino Médio	183	36,17%
	Ensino Superior	8	1,58%
	Pós-Graduação	1	0,20%
	Mestrado/ PhD	0	0,00%
Sexo	Masculino	134	26,53%
	Feminino	370	73,27%
	Outros	1	0,20%
Idade	Até 19 anos	4	0,79%
	20 a 29 anos	111	21,94%
	30 a 39 anos	121	23,91%
	40 a 49 anos	76	15,02%
	50 a 59 anos	72	14,23%
	60 a 69 anos	61	12,06%
	60 a 79 anos	36	7,11%
	80 anos ou mais	25	4,94%

Na fase 4 (*proxy J*), destaca-se que a amostra se mostrou diversificada (Tabela 26) no nível de atenção à saúde que os indivíduos estavam em atendimento: níveis Primário (47,63%), Secundário (27,67%) e Terciário (24,70%) de atenção à saúde. A maior parte dos indivíduos na amostra (52,37%) estava em atendimento em unidades de Média complexidade, enquanto 47,63% estava em atendimento em unidades de Baixa complexidade. Não houve entrevista em unidades de Alta complexidade da assistência, por exemplo, em hospitais de grande porte. Considerou-se a amostra (n = 506) razoavelmente representativa da realidade dos usuários do SUS, visto que a maior parte dos indivíduos (48,62%) possuía até o ensino basilar (analfabeto e ensino básico), seguidos por boa parte (39,01%) que possuía ensino médio e por 13,44% de indivíduos que possuíam ensino

fundamental, e, ainda, a maioria dos indivíduos (73,27%) era do sexo Feminino - desequilibrada por histórica demanda reduzidas de homens-, a faixa de idade mais frequente entre os indivíduos foi a de 30 a 39 anos (23,91%), seguida por 20 a 29 anos (21,94%) e 40 a 49 anos (15,02%).

A Tabela 27 apresenta uma análise descritiva relativa à valoração média atribuída aos constructos de qualidade, na análise da *proxy J* (506 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários de saúde.

Tabela 27 - Análise descritiva dos constructos de qualidade – *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Subdimensões de constructos	Constructos originais	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Equipamentos	CO1_Disponib	3,32	0,59	[3,27; 3,37]
	CO2_Acesso	3,33	0,59	[3,28; 3,38]
	CO3_Resolut	3,33	0,60	[3,27; 3,37]
	CO4_Conserv	3,23	0,66	[3,17; 3,28]
	CO5_Usabilid	3,30	0,59	[3,25; 3,35]
Estrutura Física	CO6_Conforto	3,34	0,66	[3,27; 3,39]
	CO7_Limpeza	3,52	0,55	[3,47; 3,56]
	CO8_Bem	3,33	0,67	[3,27; 3,39]
Apresentação Pessoal	CO9_Vestim	3,38	0,65	[3,32; 3,44]
	CO10_Visual	3,41	0,62	[3,36; 3,46]
Instalações Físicas	CO11_Conserv	3,35	0,61	[3,30; 3,40]
	CO12_Funcion	3,38	0,58	[3,33; 3,44]
Confiança em Prazos	CO13_Cumprim.Prazos	2,90	0,56	[2,85; 2,95]
Suporte ao usuário-cliente	CO14_Solidaried	3,16	0,37	[3,13; 3,19]
	CO15_Apoio_U	3,16	0,37	[3,13; 3,20]
	CO16_Acolhim	3,17	0,37	[3,14; 3,20]
Confiabilidade Organizacional	CO17_Confianca.Percep	3,52	0,55	[3,47; 3,56]
Fornecimento de Serviços	CO18_Prazo.Resolut	3,37	0,53	[3,32; 3,41]
	CO19_Prazo.Atendim	2,90	0,59	[2,85; 2,95]
Garantia dos Registros	CO20_Inform.Disp.Contr	3,11	0,38	[3,08; 3,15]
Acesso Informação	CO21_Esclarecer	3,14	0,35	[3,11; 3,17]
	CO22_Infor	3,15	0,36	[3,12; 3,18]
Pronto Atendimento	CO23_Atendim	3,00	0,46	[2,96; 3,04]
	CO24_Disponib	3,06	0,38	[3,03; 3,09]
Disposição p/ atendimento	CO25_Dispos.Assistenc	3,13	0,34	[3,10; 3,16]
Ocupação profissional	CO26_Profiss.Suficiente	2,95	0,29	[2,92; 2,97]
Competência profissional	CO27_Conf.Compet.Profiss	3,28	0,48	[3,24; 3,33]
Credibilidade Profissional	CO28_Confianca	3,37	0,51	[3,32; 3,41]
	CO29_Credib	3,34	0,51	[3,30; 3,39]
Cortesia nas Relações	CO30_Cortesia	3,23	0,43	[3,20; 3,27]
	CO31_Respeito	3,23	0,43	[3,20; 3,27]
	CO32_Atitude	3,25	0,44	[3,21; 3,29]
Suprimento de Recursos	CO33_Garantia	2,91	0,33	[2,88; 2,93]
	CO34_Suprim	2,91	0,34	[2,88; 2,93]
Comunicação e Atenção	CO35_Atendim.Indiv	3,11	0,32	[3,08; 3,14]
	CO36_Dedicção	3,16	0,36	[3,12; 3,19]

Humanização Atendimento	no CO37_Tratam	3,15	0,36	[3,12; 3,18]
Compreensão do Cliente	CO38_Conhec.Situac.Usuario	3,13	0,36	[3,10; 3,16]
Prioridade nos interesses	CO39_Objct.Centrado.Usuario	3,07	0,26	[3,05; 3,09]
Acessibilidade dos clientes	CO40_Facil.Acesso.Usuario	2,99	0,34	[2,96; 3,02]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que a ampla maioria dos 40 constructos de qualidade obtiveram valoração média elevada (superior ou cerca de 3, importante/relevante), na análise da *proxy J*, sendo os 40 constructos considerados relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de pesquisa de Usuários (*proxy K*, ciclo 1 do estudo 5).

A figura 45, que sintetizou os dados da Tabela 27, mostra que na ampla maioria dos 40 constructos de qualidade (CO1 a CO40) houve diferença significativa da valoração média obtida somente em seis constructos (*CO13_Cumprim.Prazos*, *CO19_Prazo.Atendim*, *CO26_Profiss.Suficiente*, *CO33_Garantia Condic.*, *CO34_Suprim Recursos* e *CO40_Facil.Acesso.Usuario*), que formaram um grupo com valorações significativamente menor em relação aos demais, como também em dois constructos (*CO7_Limpeza* e *CO17_Confianca.Percep*) que formaram um grupo com valorações significativamente maior em relação aos demais, uma vez que todos os demais 32 constructos tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram, na *proxy J* (506 informantes, visão de Usuários).

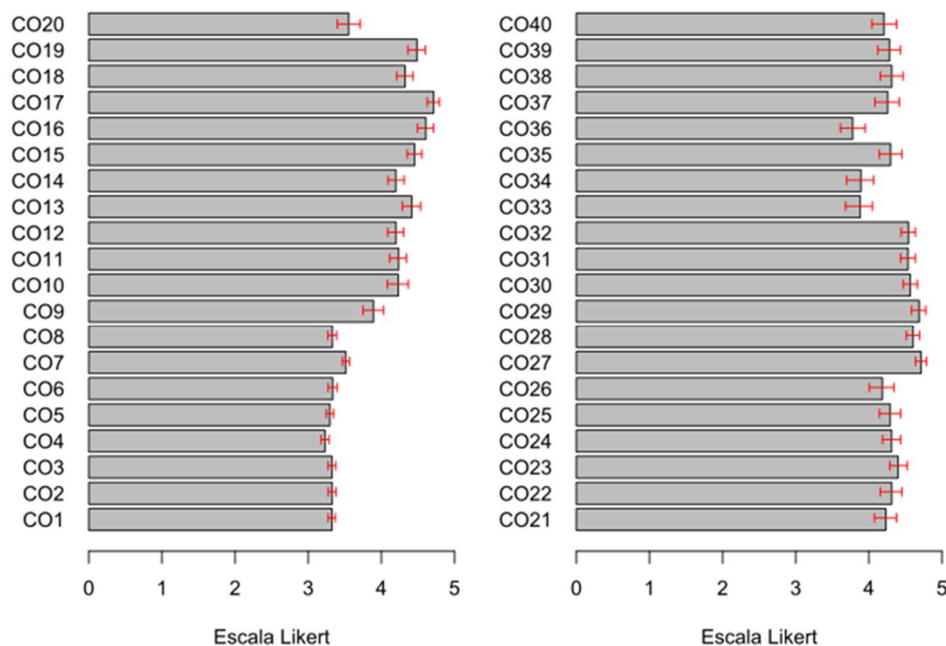


Figura 45 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os constructos de qualidade - *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Por sua vez, a análise das subdimensões de constructos de qualidade, estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as subdimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 28 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas subdimensões de constructos, na análise da *proxy* J (506 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários de saúde.

Tabela 28 - Análise descritiva das subdimensões de constructos – *Proxy* J (ciclo 2, estudo 4)
(Visão de Usuários).

Subdimensões de constructos	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Equipamentos	3,30	0,58	[3,25; 3,35]
Estrutura Física	3,39	0,58	[3,34; 3,44]
Apresentação Pessoal	3,40	0,63	[3,34; 3,45]
Instalações Físicas	3,37	0,59	[3,32; 3,42]
Confiança em Prazos	2,90	0,56	[2,85; 2,95]
Suporte ao usuário-cliente	3,16	0,37	[3,13; 3,20]
Confiabilidade Organizacional	3,52	0,55	[3,47; 3,56]
Fornecimento de Serviços	3,14	0,42	[3,10; 3,18]
Garantia dos Registros	3,11	0,38	[3,08; 3,15]
Acesso Informação	3,15	0,35	[3,12; 3,18]
Pronto Atendimento	3,03	0,40	[3,00; 3,06]
Disposição p/ atendimento	3,13	0,34	[3,10; 3,16]
Ocupação profissional	2,95	0,29	[2,92; 2,97]
Competência profissional	3,28	0,48	[3,24; 3,33]
Credibilidade Profissional	3,34	0,51	[3,30; 3,39]
Cortesia nas Relações	3,24	0,43	[3,20; 3,28]
Suprimento de Recursos	2,91	0,33	[2,88; 2,93]
Comunicação e Atenção	3,11	0,32	[3,08; 3,14]
Humanização no Atendimento	3,15	0,36	[3,12; 3,18]
Compreensão do Cliente	3,13	0,36	[3,10; 3,16]
Prioridade nos interesses	3,07	0,26	[3,05; 3,10]
Acessibilidade dos clientes	2,99	0,34	[2,96; 3,02]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que a ampla maioria (18) das 22 subdimensões de constructos obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante), na análise da *proxy* J, sendo as 22 subdimensões consideradas relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de pesquisa de Usuários (*proxy* K, ciclo 1 do estudo 5).

A figura 46, que sintetizou os dados da Tabela 28, mostra que na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos avaliadas para a visão de Usuários, houve diferença significativa da valoração média obtida somente em três subdimensões (Suprimentos de Recursos, Ocupação Profissional e Confiança em Prazos), que formaram um grupo com

valorações significativamente menor em relação às demais, como também na subdimensão Confiabilidade Organizacional com valoração significativamente maior em relação às demais, uma vez que todas as demais 18 subdimensões tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram.

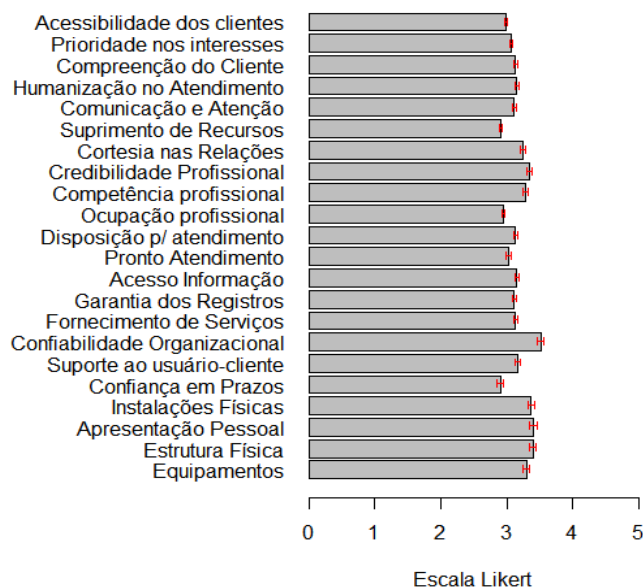


Figura 46 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Por sua vez, a análise das macrodimensões de qualidade, estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 29 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas macrodimensões de qualidade, na análise da proxy J (506 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários de saúde.

Tabela 29 - Análise descritiva das macrodimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Macrodimensões	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Tangibilidade	3,35	0,50	[3,31; 3,39]
Confiabilidade	3,16	0,28	[3,14; 3,19]
Presteza	3,07	0,24	[3,05; 3,09]
Segurança	3,19	0,31	[3,16; 3,21]
Empatia	3,10	0,24	[3,08; 3,12]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que todas as cinco macrodimensões de constructos (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia) obtiveram valoração média

elevada (superior a 3, importante/relevante), na análise da *proxy* J, e, foram consideradas relevantes/importantes para análise nas próximas fases de investigação, na estruturação do instrumento de questões validadas de Usuários (*proxy* K, ciclo 1 do estudo 5). Pode-se ainda se destacar que houve diferença significativa da valoração média obtida nas macrodimensões Tangibilidade (com valoração significativamente maior) e Presteza – marginalmente (com valoração significativamente menor), em relação às demais macrodimensões de constructos, uma vez que as demais três macrodimensões tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar maior valoração (importância/relevância) para a macrodimensão Tangibilidade e menor valoração para Presteza, em relação às demais macrodimensões de constructos (Confiabilidade, Segurança e Empatia), na *proxy* J (506 informantes, visão de Usuários).

Desta análise descritiva sintetizou-se que os usuários de saúde atribuíram elevados graus de importâncias/relevâncias (média superior ou próxima de 3) para as subcategorias (40 constructos), as categorias (22 subdimensões de qualidade) e as macrocategorias (cinco macrodimensões de qualidade) dos itens de análise, sendo considerados relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação de um instrumento com questões de qualidade (*proxy* K, ciclo 1 do estudo 5).

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, das análises das tabelas 77 a 79 (apêndice 9, tópico 9.2.1.2), sintetizou-se que, na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos, houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde (18 subdimensões), nível de complexidade da assistência (15 subdimensões) e nível de escolaridade de Usuários (14 subdimensões), na *proxy* J (506 informantes, visão de Usuários).

Por sua vez, das análises das tabelas 80 a 82 (apêndice 9, tópico 9.2.1.2), sintetizou-se que houve diferença significativa quanto as variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de Usuários, para se considerar enquanto fatores mediadores em todas as macrodimensões de constructos (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia), para a perspectiva de Usuários, na *proxy* J. No entanto, quanto ao nível de complexidade esta tendência deve ser melhor investigada, por exemplo, com agregação de entrevistas em unidades de Alta complexidade.

Diante destes resultados, a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade cargo/função

funcionarem enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas, além de todas as cinco macrodimensões de qualidade originais da escala SERVQUAL, trata-se de um achado inovador desta investigação.

Ressalte-se, ainda, que a validação das cinco macrodimensões de qualidade (macrocategorias de análise), na perspectiva de usuários, na *proxy* J, estão alinhadas com a validação destas mesmas macrodimensões da escala SERVQUAL, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde, mas a validação da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas (categorias de análise) trata-se de um achado inovador desta investigação que serão objeto de aprofundamento da validação pela análise inferencial (tópico 6.2.2.1).

6.2.1.3. Análise descritiva do estudo 5 (ciclo 1: *proxies* K e L) (questões validadas *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa *versus* percepção).

A partir dos conhecimentos prévios de especialistas e profissionais de saúde, e dos resultados obtidos no estudo 4 (*proxies* H+I e J) desta investigação, com cinco macrodimensões originais da escala SERVQUAL e para cada uma de suas 22 questões originais uma subdimensão de constructos que foram desagregadas em 40 constructos de qualidade, estruturou-se o processo colaborativo de melhoria incremental da tradução transcultural e validação de uma escala inovadora de medição de qualidade/satisfação de usuários de saúde a fim de garantir proximidade à realidade do SUS e entendimento adequada dos itens de medição de qualidade/satisfação propostos nesta nova fase da investigação. Por sua vez, no estudo 5, manteve-se as cinco macrodimensões originais da escala SERVQUAL e agregou-se outra inovadora (Acessibilidade) que se revelou de muita importância no SUS. Foram estruturadas 13 subdimensões de qualidade por similaridades entre as 22 subdimensões de constructos do estudo 4. A partir dos 40 constructos procedentes do estudo 4, estruturou-se 20 questões validadas da escala inovadora de medição de qualidade/satisfação, com posterior aplicação.

A parte empírica do estudo 5 foi desenvolvida a partir do instrumento consolidado nas diversas fases subsequentes procedentes no ciclo 1 (*proxy* K+L), através de um grupo piloto de respondentes (n = 140), posteriormente, com estruturação e validação de um novo instrumento ampliado (*proxy* M), aplicado em uma pesquisa de campo (ciclo 2) em única fase incremental (n = 506), e, por fim, com o instrumento (*proxy* M) validado por usuários,

aplicou-se uma pesquisa de campo complementar (*proxy* N), com foco na medição da qualidade/satisfação de uma rede de atendimento do SUS (n= 2.041), com análise final integrada das respostas obtidas (*proxies* M e N).

Inicialmente, na *proxy* K (fase 1), aplicou-se uma análise dos conhecimentos genéricos de 78 especialistas, enquanto validação de face dos conteúdos propostos e consolidados nesta fase. Os respondentes, além de atribuir valoração nos itens de avaliação instrumento da *proxy* K (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida), propuseram uma importante adequação incremental, somente de conteúdos das questões validadas, na transição do instrumento inicial da *proxy* K para o instrumento aprimorado da *proxy* L, mas não houve eliminações de questões validadas, subdimensões ou macrodimensões de qualidade percebida para estruturar a *proxy* L (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida).

De seguida, efetivou-se uma análise das respostas obtidas em uma amostra de 62 especialistas, profissionais e gestores de saúde, a fim de consolidar os níveis de conhecimentos específicos iniciais sobre as questões validadas, subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida, visto que estas respostas tinham melhor avaliabilidade no novo instrumento (*proxy* L). Dessa forma, no ciclo 1 de validação do instrumento, abordou-se uma análise das respostas obtidas na fase 2 (*proxy* L) (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida).

A Tabela 30 abaixo apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas na amostra, na análise das *proxies* K e L (140 informantes) que aplicou dois instrumentos com muitas similaridades, no ciclo 1 de validação do instrumento, na visão de especialistas e profissionais.

Tabela 30 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - *Proxy* K+L - (ciclo 1, estudo 5) (Perspetiva indireta para Usuários).

Variáveis		<i>Proxy</i> K (N)	<i>Proxy</i> L (N)	<i>Proxy</i> K+L (N)	<i>Proxy</i> K+L (%)
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	23	8	31	24,60%
	Atenção Secundária	20	10	30	23,81%
	Atenção Terciária	11	10	21	16,67%
	Outros	11	33	44	34,92%
Nível Complexidade da assistência	Baixa	18	8	26	20,47%
	Média	26	10	36	28,35%
	Alta	15	11	26	20,47%
	Outros	7	32	39	30,71%
Nível Cargo/Função	Sistêmico	4	18	22	15,83%
	Organizacional	24	8	32	23,02%
	Gerencia de Equipe	5	10	15	10,79%

	Outros	45	25	70	50,36%
Escolaridade	Analfabeto	0	0	0	0,00%
	Ensino Básico	0	0	0	0,00%
	Ensino Fundamental	0	0	0	0,00%
	Ensino Médio	7	1	8	5,84%
	Ensino Superior	50	7	57	41,61%
	Pós-Graduação	6	44	50	36,50%
	Mestrado/ PhD	12	10	22	16,06%
Tempo de experiência	Não tem	29	0	29	16,76%
	Menos de 6 meses	15	3	18	10,40%
	6 - 12 meses	14	2	16	9,25%
	13 - 24 meses	1	4	5	2,89%
	25 - 36 meses	2	6	8	4,62%
	37 - 48 meses	1	5	6	3,47%
	49 - 60meses	16	6	22	12,72%
	> 60 meses	34	35	69	39,88%
Tempo em cargo de decisão	Não tem	0	14	14	13,59%
	Menos de 6 meses	26	13	39	37,86%
	6 - 12 meses	2	8	10	9,71%
	13 - 24 meses	1	2	3	2,91%
	25 - 36 meses	2	8	10	9,71%
	37 - 48 meses	2	3	5	4,85%
	49 - 60meses	3	3	6	5,83%
	> 60 meses	8	8	16	15,53%
Formação/Profissão	Assistente Social	3		3	2,21%
	Enfo Assistencial	6		6	4,51%
	Assessor Qualidade	11		11	8,66%
	Analista Sistema	17		17	14,66%
	Assist. Adm.	22	3	25	25,25%
	Chefia Farm.		19	19	25,68%
	Administrador		7	7	12,73%
	Analista Sistema		4	4	8,33%
	Assessor		3	3	6,82%
	Outros	19	22	41	100,00%

Nas fases 1 e 2 (*proxy* K+L), destaca-se que a amostra se mostrou balanceada (Tabela 30) no nível de atenção à saúde que os indivíduos trabalhavam nos seguintes níveis: Outros (34,92%) (atuação em estruturas não assistenciais, por exemplo, em níveis de governança), Primário (24,60%), Secundário (23,81%) e Terciário (16,67%) de atenção à saúde. Grande parte dos indivíduos (50,36%) exercia o nível de cargo/função Outros (por exemplo, assessores de gestão, profissionais em geral etc) e boa parte (23,02%) exercia o nível de cargo/função Organizacional, seguidos pelos indivíduos do cargo/função Sistêmico (15,83%) e dos que exerciam cargo/função Gerencia de Equipe (10,79%). Considerou-se a amostra (n = 140) bastante qualificada visto que a maior parte dos indivíduos (36,50%) possuía pós-graduação e (16,06%) possuía Mestrado/PhD e ainda 94,16% possuía nível

superior, a maior parte dos indivíduos (39,88%) tinha mais de 60 meses de experiência, enquanto que os indivíduos com menos de 6 meses de experiência somaram 27,16% da amostra. Uma boa parte dos indivíduos (15,53%) trabalhava a mais de 60 meses em cargo/função de decisão enquanto apenas 13,59% não possuía experiência em cargo/função de decisão.

Na *proxy* K (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida), os respondentes propuseram uma importante adequação incremental, somente de conteúdos das questões validadas, tendo-se considerado esta fase como validação de face, sem análise dos valores atribuídos.

A Tabela 31 apresenta uma análise descritiva relativa à valoração média atribuída às questões validadas de qualidade, na análise da *proxy* L (62 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, perspectiva indireta com atribuição de valorações por especialistas e profissionais, com observações para a perspectiva de Expectativa e Percepção do Usuário.

Tabela 31 - Análise descritiva das questões validadas – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).

Subdimensões de questões validadas	Questões validadas	Expectativa			Percepção		
		Média	D.P.	I.C-95% ¹	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Estrutura Física	SDQ01CV1	3,52	0,82	[3,29; 3,71]	2,98	0,98	[2,74; 3,23]
	SDQ01CV2	3,84	0,92	[3,59; 4,07]	2,88	0,96	[2,65; 3,13]
Apresentação Pessoal	SDQ03CV3	3,71	0,73	[3,52; 3,87]	3,03	0,77	[2,84; 3,21]
Equipamentos	SDQ04CV4	3,68	0,87	[3,45; 3,90]	3,00	0,90	[2,78; 3,23]
Instalações Físicas	SDQ05CV5	3,65	0,73	[3,47; 3,83]	2,98	0,93	[2,77; 3,23]
Confiabilidade Organizacional	SDQ06CV6	3,32	0,74	[3,13; 3,50]	3,25	0,79	[3,05; 3,44]
Fornecimento de Serviços	SDQ07CV7	2,76	1,00	[2,52; 3,02]	2,55	1,10	[2,29; 2,84]
	SDQ07CV8	3,16	0,99	[2,93; 3,39]	2,83	0,97	[2,59; 3,07]
Confiança na Competência Profissional	SDQ09CV9	3,53	0,91	[3,33; 3,75]	3,26	0,93	[3,03; 3,49]
	SDQ09CV10	3,44	0,85	[3,25; 3,64]	3,25	0,83	[3,05; 3,44]
Segurança na resolução do problema	SDQ17CV17	3,59	0,88	[3,38; 3,80]	3,10	0,89	[2,89; 3,33]
Atenção e Disposição p/ Atendimento	SDQ11CV11	3,28	0,93	[3,05; 3,49]	2,97	0,93	[2,74; 3,20]
	SDQ11CV12	3,16	0,78	[2,97; 3,35]	2,85	0,85	[2,66; 3,07]
Acesso a Informações	SDQ15CV15	3,18	0,96	[2,95; 3,41]	2,75	0,93	[2,53; 2,98]
	SDQ15CV16	3,38	0,80	[3,20; 3,57]	2,92	0,86	[2,71; 3,12]
Humanização no Atendimento	SDQ13CV13	3,13	0,89	[2,90; 3,36]	2,95	1,01	[2,71; 3,21]
	SDQ13CV14	3,25	1,06	[2,98; 3,51]	2,92	0,97	[2,69; 3,16]
Prioridade nos interesses do cliente	SDQ18CV18	3,14	0,90	[2,93; 3,37]	2,95	0,96	[2,71; 3,19]
Acessibilidade aos Serviços	SDQ19CV19	-	-	-	2,43	0,90	[2,19; 2,69]
Satisfação Global	SDQ20CV20	-	-	-	2,86	0,78	[2,66; 3,06]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que, na perspectiva da Expectativa, a ampla maioria das 20 questões validadas analisadas (SDQ07CV19 - Acessibilidade aos Serviços e SDQ07CV20 - Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa) que, na perspectiva da Percepção, obtiveram valoração média mediana (superior a 3, importante/relevante). Dessa forma, pelas elevadas valorações médias atribuídas, todas as 20 questões validadas foram consideradas relevantes na estruturação do instrumento de usuários (*proxy M*, ciclo 1).

A figura 47 , que sintetizou os dados da Tabela 31, mostra que na ampla maioria das 20 questões validadas analisadas (SDQ07CV19 - Acessibilidade aos Serviços e SDQ07CV20 - Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa) houve variabilidade na atribuição de valorações de Expectativa e de Percepção, sendo que os seus intervalos de confiança se sobrepuseram, indicando que não houve diferenças significativas nas valorações atribuídas para as questões dentro da perspectiva de Expectativa e para as questões dentro da perspectiva de Percepção. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar valorações (importância/relevância) dentro das mesmas margens de valores na ampla maioria das 20 questões validadas nas perspectivas de Expectativa e de Percepção, na *proxy L* (62 informantes, perspectiva indireta para a visão de Usuários).

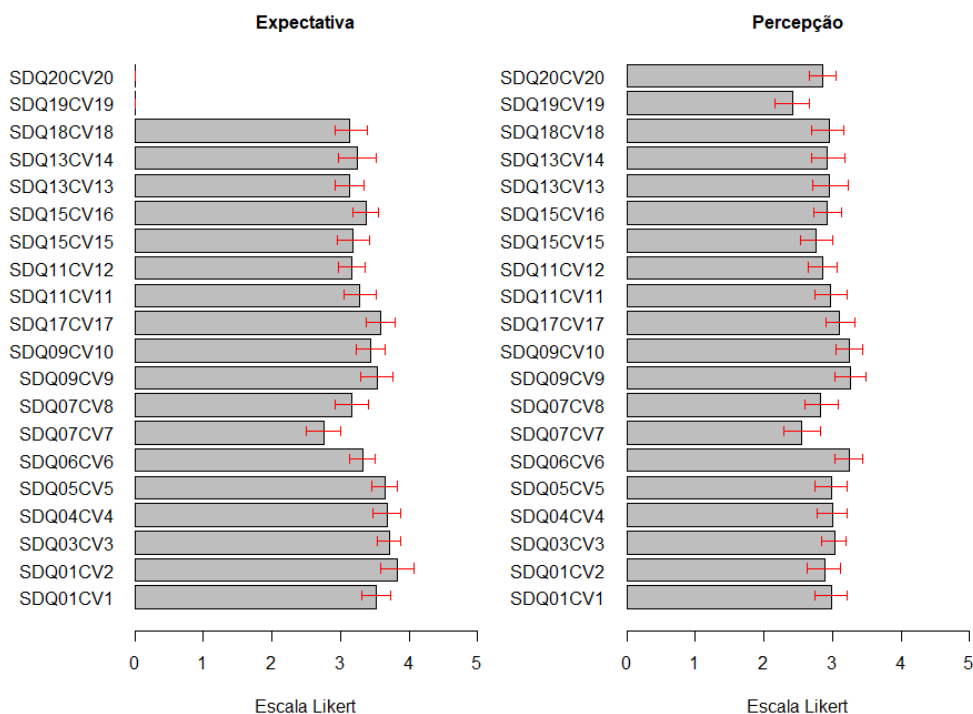


Figura 47 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para questões validadas - *Proxy L* (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).

Por sua vez, a análise das subdimensões de questões validadas de qualidade, estruturou-se a partir da valoração média atribuída às questões validadas pelos indivíduos e calculadas para as subdimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 32 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas subdimensões de questões validadas, na *proxy* L (62 informantes no ciclo 1 de validação do instrumento, perspectiva indireta com atribuição de valorações por especialistas e profissionais, com observações para as perspectivas de Expectativa e de Percepção de Usuários.

Tabela 32 - Análise descritiva das subdimensões de questões validadas – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).

Subdimensões de questões validadas	Expectativa			Percepção		
	Média	D.P.	I.C-95% ¹	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Estrutura Física	3,67	0,79	[3,47; 3,86]	2,94	0,90	[2,72; 3,16]
Apresentação Pessoal	3,71	0,73	[3,53; 3,87]	3,03	0,77	[2,84; 3,23]
Equipamentos	3,68	0,87	[3,47; 3,92]	3,00	0,90	[2,78; 3,23]
Instalações Físicas	3,65	0,73	[3,47; 3,83]	2,98	0,93	[2,75; 3,23]
Confiabilidade Organizacional	3,32	0,74	[3,15; 3,50]	3,25	0,79	[3,05; 3,44]
Fornecimento de Serviços	2,96	0,50	[2,84; 3,09]	2,69	0,94	[2,48; 2,94]
Confiança na Competência Profissional	3,48	0,83	[3,29; 3,69]	3,25	0,83	[3,05; 3,44]
Segurança na resolução do problema	3,59	0,88	[3,38; 3,80]	3,10	0,89	[2,87; 3,31]
Atenção e Disposição p/ Atendimento	3,22	0,80	[3,03; 3,43]	2,91	0,84	[2,71; 3,12]
Acesso a Informações	3,28	0,82	[3,07; 3,49]	2,84	0,82	[2,64; 3,05]
Humanização no Atendimento	3,19	0,91	[2,97; 3,39]	2,93	0,94	[2,70; 3,16]
Prioridade nos interesses do cliente	3,14	0,90	[2,92; 3,37]	2,95	0,96	[2,71; 3,17]
Acessibilidade aos Serviços	-	-	-	2,43	0,90	[2,19; 2,67]
Satisfação Global	-	-	-	2,86	0,78	[2,66; 3,06]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), na perspectiva da Expectativa, obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante) e, na perspectiva da Percepção, obtiveram valoração média mediana (próximo de 3). Dessa forma, pelas elevadas valorações médias obtidas, todas as 13 subdimensões de questões validadas foram consideradas relevantes, na estruturação do instrumento de pesquisa de Usuários (*proxy* M, ciclo 2).

A figura 48, que sintetizou os dados da Tabela 32, mostra que na ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), houve variabilidade nas valorações obtidas para a Expectativa e para a Percepção, sendo que os seus intervalos de confiança se sobrepuseram, indicando que não houve diferenças significativas nas

valorações obtidas para as subdimensões dentro da perspectiva de Expectativa e para as subdimensões dentro da perspectiva de Percepção. Dessa forma, em média, os indivíduos tenderam a dar valorações (importância/relevância) dentro das mesmas margens de valores em todas as 13 subdimensões de questões validadas nas perspectivas de Expectativa e de Percepção, na *proxy* L (62 informantes, perspectiva indireta para a visão de Usuários).

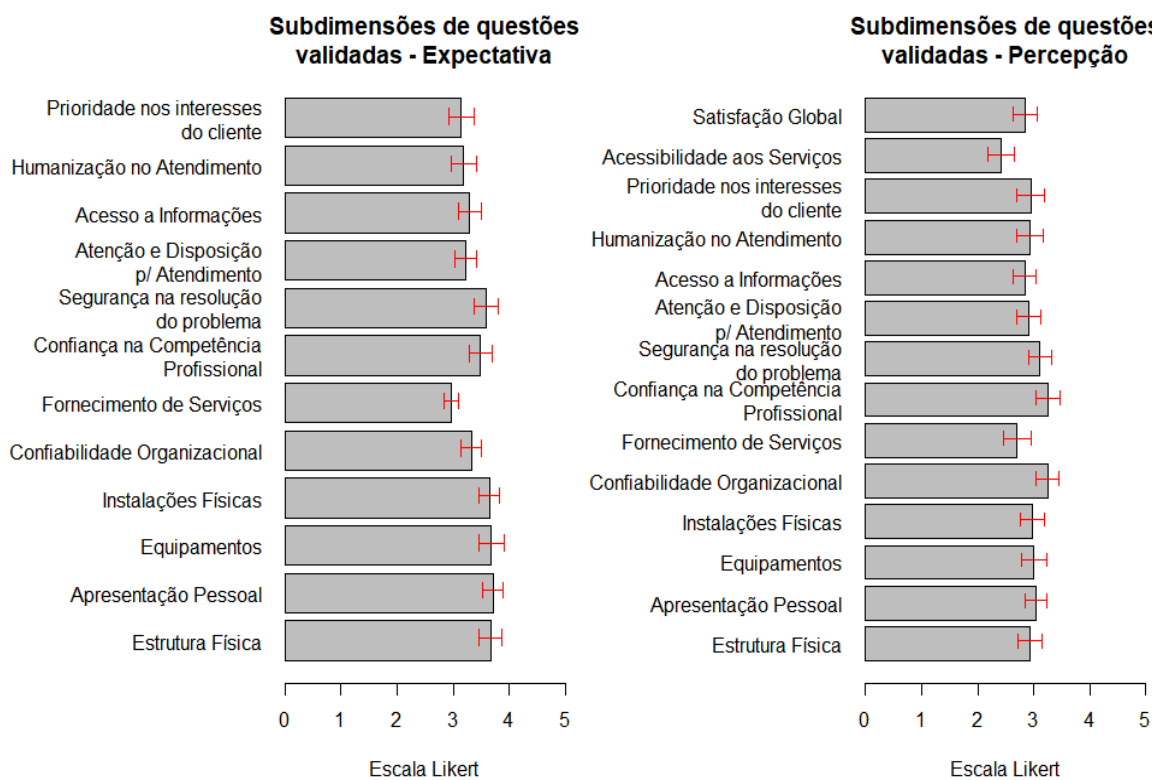


Figura 48 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de questões validadas – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).

Por sua vez, a análise das macrodimensões de qualidade, estruturou-se a partir da valoração média atribuída às questões validadas pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 33 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas macrodimensões de qualidade, na *proxy* L (62 informantes no ciclo 1 de validação do instrumento, perspectiva indireta com atribuição de valorações por especialistas e profissionais, com observações para as perspectivas de Expectativa e de Percepção de Usuários).

Tabela 33 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa e Percepção).

Macrodimensões	Expectativa	Percepção
----------------	-------------	-----------

	Média	D.P.	I.C.-95%	Média	D.P.	I.C.-95%
Tangibilidade	3,68	0,65	[3,52; 3,84]	2,97	0,79	[2,77; 3,16]
Confiabilidade	3,08	0,47	[2,96; 3,19]	2,87	0,84	[2,67; 3,08]
Segurança	3,52	0,79	[3,33; 3,71]	3,20	0,80	[3,02; 3,42]
Presteza	3,25	0,77	[3,07; 3,43]	2,87	0,79	[2,69; 3,07]
Empatia	3,19	0,87	[2,97; 3,41]	2,95	0,91	[2,73; 3,17]
Acessibilidade	-	-	-	2,65	0,71	[2,46; 2,83]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que na perspectiva da Expectativa, as cinco macrodimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade não foi mensurada quanto a Expectativa) obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante) e que na perspectiva da Percepção, as seis macrodimensões de questões validadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade) obtiveram valoração média mediana (próximo de 3, importante/relevante). Dessa forma, pelas elevadas valorações médias atribuídas, todas as macrodimensões de questões validadas foram consideradas relevantes, na estruturação do instrumento de pesquisa de Usuários (*proxy M*, ciclo 2).

Noutra análise, em todas as seis macrodimensões de questões validadas analisadas houve variabilidade nas valorações obtidas para a Expectativa e para a Percepção, sendo que a ampla maioria dos seus intervalos de confiança se sobrepuseram. Em relação a Expectativa, em média, os indivíduos tenderam a dar maior valoração (importância/relevância) para a macrodimensão Tangibilidade e menor valoração para Confiabilidade em relação aos demais, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepuseram. Por sua vez, em relação a Percepção, as valorações médias obtida para todas as seis macrodimensões de questões validas foram razoavelmente dentro das mesmas margens de valores, uma vez que os intervalos de confiança se sobrepuseram.

Desta análise descritiva sintetizou-se que os especialistas e profissionais atribuíram graus de importâncias/relevâncias de medianos a elevados (superior ou próximo a 3, importante/relevante) para as subcategorias (20 questões validadas), as categorias (13 subdimensões de questões validadas) e as macrocategorias (seis macrodimensões de qualidade) dos itens de análise, sendo considerados relevantes/importantes para as próximas fases de investigação, na estruturação de um instrumento com questões de qualidade (*proxy M*, ciclo 2). Além disso, em média, as valorações da ampla maioria destes itens de análise foram razoavelmente dentro das mesmas margens de valores, uma vez que os intervalos de confiança se sobrepuseram.

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, das análises das tabelas 83 a 85 (apêndice 9, tópico 9.2.1.3), sintetizou-se que, na *proxy* L, para a Expectativa, não houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função, na ampla maioria das 12 subdimensões de questões validadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), com raras exceções, que se propõe aprofundar análises. Por sua vez, para a Percepção, houve tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função, na ampla maioria (12) das 13 subdimensões de questões validadas.

Por sua vez, das análises das tabelas 86 a 88 (apêndice 9, tópico 9.2.1.3), sintetizou-se que, na *proxy* L, não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa), que não foram mediadas pelo nível de atenção, sendo exceções duas macrodimensões (Confiabilidade e Presteza), e quanto ao nível de complexidade da assistência uma macrodimensão (Confiabilidade) mas sem nenhuma exceção quanto ao nível de cargo/função. Por outro lado, houve significância estatística (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de atenção, pelo nível de complexidade da assistência, sendo exceções a macrodimensão Acessibilidade quanto ao nível de atenção e quanto ao nível de complexidade da assistência e sem exceções quanto ao nível de cargo/função.

Diante destes resultados, a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde e nível de complexidade da assistência funcionarem enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas propostas, além de todas as cinco macrodimensões de qualidade originais da escala SERVQUAL, além da macrodimensão Acessibilidade, apesar da necessidade de análises mais adequadas da perspectiva de Expectativa, trata-se de um achado inovador desta investigação.

Ressalte-se, ainda, que a validação das cinco macrodimensões de qualidade (macrocategorias de análise), na perspectivas de especialistas e profissionais, na *proxy* L, estão alinhadas com a validação destas mesmas macrodimensões da escala SERVQUAL, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde, mas a validação da ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas (categorias de análise) trata-se de um

achado inovador desta investigação que serão objeto de aprofundamento da validação nas etapas posteriores.

Por fim, diante dos resultados das análises das tabelas 89 e 90 (apêndice 9, tópico 9.2.1.3), houve uma tendência que quanto maior foram os valores da Expectativa maior tenderam a ser os valores da Percepção obtidos nas subdimensões de questões validadas e macrodimensões de qualidade, em contraposição à associação negativa citada pela literatura de aplicação da escala SERVQUAL (E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1988, 1991a; Parasuraman et al., 1994), mas alinhada com outros estudos empíricos que suportam relação positiva entre *expectativas* e *satisfação* (Oliver & Linda, 1981; Swan & Trawick, 1981; Bearden e Teel, 1983), pelo que se sugere aprofundar as análises.

Estes resultados subsidiaram a construção de um novo instrumento de questões validadas, para a validação de uma escala inovadora de medição de qualidade/satisfação de usuários de saúde, aplicado na fase posterior da investigação (*proxy M*, ciclo 2).

6.2.1.4. Análise descritiva do estudo 5 (ciclo 2: *proxies M e N*) (questões validadas *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa *versus* percepção)

A partir do instrumento consolidado nas fases 1 e 2 procedentes no ciclo 1 (*proxy L*), na fase 3, ciclo 2 do estudo 5, através de um novo instrumento (*proxy M*), aplicou-se uma análise da validação em um grupo piloto de 506 informantes (perspetiva direta de usuários da saúde). Assim, na fase 3, abordou-se a análise da *proxy M* (n = 506), na qual o instrumento manteve similaridades com o instrumento da fase anterior (*proxy L*) (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida).

A fase 4, ciclo 2 do estudo 5 (*proxy N*), da pesquisa de campo foi desenvolvida pelo uso do instrumento consolidado e validado na fase anterior (*proxy M*), visto que não houve nenhuma mudança proposta pelo grupo piloto, aplicado em uma fase incremental complementar de pesquisa de campo (ciclo 2), voltado à análise das respostas de um grupo piloto de 2.041 usuários da saúde.

A análise dos resultados obtidos nas fases 3 e 4 foram fortemente similares, com raríssimas exceções. Dessa forma, a reprodução destes resultados em separado teria baixo significado comparadamente aos resultados da amostra ampliada, tendo-se optado por apresentar uma análise descritiva integrada da valoração média atribuída às questões

validadas de qualidade da *proxy* M+N (n = 2.547), bem como dos valores obtidos de seus reflexos sobre as subdimensões e macrodimensões de qualidade, com observações para a Expectativa e a Percepção, na visão direta de usuários da saúde, a fim de consolidar os níveis de relevância/importância atribuídas para os itens de avaliação da escala qualidade percebida (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida). Caso necessário pode-se fazer destaques específicos de resultados em separado.

A Tabela 34 abaixo apresenta uma análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas na amostra, na análise das *proxies* M e N (2.547 informantes) que aplicou dois instrumentos com muitas similaridades, no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários da saúde.

Tabela 34 - Análise descritiva das variáveis de caracterização selecionadas - *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) (Visão de Usuários).

Variáveis	<i>Proxy</i> M (n=506)		<i>Proxy</i> N (n=2.041)		<i>Proxy</i> M+N (n=2.547)		
	N	%	N	%	N	%	
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	241	47,63%	394	19,30%	635	24,93%
	Atenção Secundária	140	27,67%	777	38,07%	917	36,00%
	Atenção Terciária	125	24,70%	870	42,63%	995	39,07%
	Outros	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Nível Complexidade da assistência	Baixa	241	47,63%	394	19,30%	635	24,93%
	Média	265	52,37%	1647	80,70%	1912	75,07%
	Alta	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	Outros	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Escolaridade	Analfabeto	47	9,29%	122	6,53%	169	7,12%
	Ensino Básico	176	34,78%	500	26,77%	676	28,48%
	Ensino Fundamental	79	15,61%	377	20,18%	456	19,21%
	Ensino Médio	195	38,54%	731	39,13%	926	39,01%
	Ensino Superior	8	1,58%	126	6,75%	134	5,64%
	Pós-Graduação	1	0,20%	12	0,64%	13	0,55%
	Mestrado/ PhD	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Sexo	Masculino	144	28,51%	609	29,85%	753	29,59%
	Feminino	361	71,49%	1430	70,10%	1791	70,37%
	Outros	0	0,00%	1	0,05%	1	0,04%
Idade	Até 19 anos	4	0,79%	70	3,57%	74	3,00%
	20 - 29 anos	111	21,94%	416	21,20%	527	21,35%
	30 - 39 anos	121	23,91%	419	21,36%	540	21,88%
	40 - 49 anos	76	15,02%	431	21,97%	507	20,54%
	50 - 59 anos	72	14,23%	315	16,06%	387	15,68%
	60 - 69 anos	61	12,06%	191	9,73%	252	10,21%
	60 - 79 anos	36	7,11%	88	4,49%	124	5,02%

Nas fases 3 e 4 (*proxy* M+N), destaca-se que a amostra se mostrou balanceada (Tabela 34) no nível de atenção à saúde que os indivíduos estavam em atendimento: Terciário (39,07%), Secundário (36,00%) e Primário (24,93%) de atenção à saúde. A maior parte dos indivíduos na amostra (75,07%) estava em atendimento em unidades de Média complexidade, enquanto 24,93% estava em atendimento em unidades de Baixa complexidade. Não houve entrevista em unidades de Alta complexidade da assistência, por exemplo, em hospitais de grande porte. Considerou-se a amostra (n = 2.547) razoavelmente representativa da realidade dos usuários do SUS, visto que a maior parte dos indivíduos (39,01%) possuía ensino médio, seguidos por boa parte (35,60%) que possuía até o ensino basilar (analfabeto e ensino básico) e por 19,21% de indivíduos que possuíam ensino fundamental, enquanto apenas 6,19% da amostra possuíam ensino superior (graduação e pós-graduações), e, ainda, a maioria dos indivíduos (73,27%) era do sexo Feminino - desequilibrada por histórica demanda reduzidas de homens-, a faixa etária mais frequente (21,88%) foi a de 30 - 39 anos, seguido por 20 - 29 anos (21,35%) e 40 - 49 anos (20,54%).

A Tabela 35 apresenta uma análise descritiva relativa à valoração média atribuída às questões validadas de qualidade, na análise da *proxy* M+N (2.547 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários de saúde.

Tabela 35 - Análise descritiva das questões validadas – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).

Subdimensões de questões validadas	Questões validadas	Expectativa			Percepção		
		Média	D.P.	I.C-95% ¹	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Estrutura Física	SDQ01CV1	3,71	0,72	[3,69; 3,74]	3,19	0,76	[3,16; 3,21]
	SDQ01CV2	3,72	0,64	[3,69; 3,74]	3,24	0,72	[3,21; 3,26]
Apresentação Pessoal	SDQ03CV3	3,69	0,62	[3,67; 3,71]	3,24	0,63	[3,22; 3,26]
Equipamentos	SDQ04CV4	3,59	0,61	[3,57; 3,62]	3,21	0,69	[3,19; 3,24]
Instalações Físicas	SDQ05CV5	3,59	0,62	[3,57; 3,62]	3,20	0,69	[3,17; 3,23]
Confiabilidade Organizacional	SDQ06CV6	3,51	0,75	[3,49; 3,54]	3,29	0,64	[3,27; 3,32]
Fornecimento de Serviços	SDQ07CV7	2,58	0,87	[2,55; 2,62]	2,90	0,78	[2,87; 2,93]
	SDQ07CV8	3,09	0,52	[3,07; 3,11]	3,19	0,64	[3,17; 3,22]
Confiança na Competência Profissional	SDQ09CV9	3,33	0,57	[3,31; 3,35]	3,24	0,62	[3,22; 3,27]
	SDQ09CV10	3,48	0,71	[3,45; 3,50]	3,29	0,63	[3,26; 3,31]
Segurança na resolução do p.	SDQ17CV17	3,55	0,77	[3,52; 3,58]	3,25	0,65	[3,22; 3,28]
Atenção e Disposição p/ Atendimento	SDQ11CV11	3,34	0,66	[3,31; 3,36]	3,28	0,68	[3,26; 3,31]
	SDQ11CV12	3,23	0,59	[3,21; 3,25]	3,25	0,71	[3,22; 3,28]
Acesso a Informações	SDQ15CV15	3,34	0,74	[3,31; 3,37]	3,16	0,65	[3,13; 3,18]
	SDQ15CV16	3,27	0,63	[3,25; 3,30]	3,14	0,64	[3,12; 3,17]
Humanização no Atendimento	SDQ13CV13	3,17	0,53	[3,15; 3,20]	3,29	0,67	[3,26; 3,32]
	SDQ13CV14	3,32	0,63	[3,30; 3,35]	3,25	0,65	[3,22; 3,27]

Prioridade nos interesses	SDQ18CV18	3,11	0,53	[3,09; 3,13]	3,19	0,61	[3,17; 3,21]
Acessibilidade aos Serviços	SDQ19CV19	-	-	-	2,87	0,77	[2,84; 2,90]
Satisfação Global	SDQ20CV20	-	-	-	3,35	0,79	[3,32; 3,38]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que a ampla maioria das 20 questões validadas analisadas (SDQ07CV19 - Acessibilidade aos Serviços e SDQ07CV20 - Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa) obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante), na análise da *proxy* M+N, sendo as 20 questões validadas consideradas relevantes/importantes na aplicação da escala de qualidade/satisfação percebida pelos usuários de saúde.

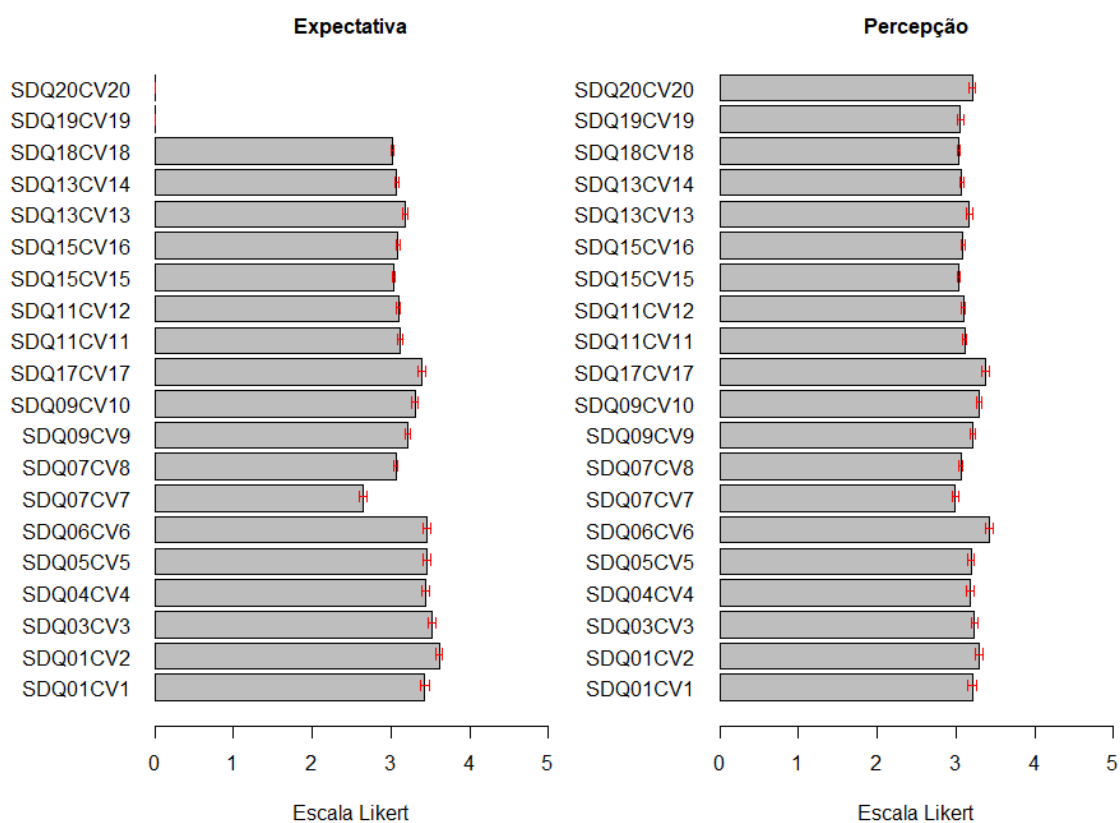


Figura 49 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para questões validadas - *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).

A figura 49 , que sintetizou os dados da Tabela 35, mostra que na ampla maioria (17) das 20 questões validadas analisadas (SDQ07CV19 - Acessibilidade aos Serviços e SDQ07CV20 - Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa) houve variabilidade na atribuição de valorações de Expectativa e de Percepção, sendo que os seus intervalos de confiança se sobrepuseram, indicando que não houve diferenças significativas na maioria das valorações atribuídas para as questões dentro da perspectiva de Expectativa e

para as questões dentro da perspectiva de Percepção, mas algumas questões validadas na perspectiva Expectativa (SDQ06CV7, SDQ06CV8, SDQ06CV18) e na perspectiva Percepção (SDQ06CV7, SDQ06CV19, SDQ06CV20) obtiveram valorações médias significativamente menores, na *proxy* M+N (2.547 informantes, visão de Usuários).

Por sua vez, a análise das subdimensões de questões validadas, estruturou-se a partir da valoração média atribuída às questões validadas pelos indivíduos e calculadas para as subdimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 36 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas subdimensões de constructos, na análise da *proxy* M+N (2.547 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários de saúde.

Tabela 36 - Análise descritiva das subdimensões de questões validadas– *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).

Subdimensões de questões validadas	Expectativa			Percepção		
	Média	D.P.	I.C-95%	Média	D.P.	I.C-95%
Estrutura Física	3,72	0,62	[3,69; 3,74]	3,21	0,68	[3,18; 3,24]
Apresentação Pessoal	3,69	0,62	[3,67; 3,72]	3,24	0,63	[3,21; 3,26]
Equipamentos	3,59	0,61	[3,57; 3,62]	3,21	0,69	[3,19; 3,24]
Instalações Físicas	3,59	0,62	[3,57; 3,62]	3,20	0,69	[3,17; 3,23]
Confiabilidade Organizacional	3,51	0,75	[3,49; 3,55]	3,29	0,64	[3,27; 3,32]
Fornecimento de Serviços	2,84	0,52	[2,82; 2,86]	3,05	0,61	[3,02; 3,07]
Confiança na Competência P.	3,40	0,60	[3,38; 3,42]	3,26	0,58	[3,24; 3,29]
Segurança na resolução do p.	3,55	0,77	[3,52; 3,58]	3,25	0,65	[3,22; 3,28]
Atenção e Disposição p/ At.	3,28	0,56	[3,26; 3,30]	3,27	0,66	[3,25; 3,30]
Acesso a Informações	3,31	0,63	[3,28; 3,33]	3,15	0,60	[3,13; 3,17]
Humanização no Atendimento	3,25	0,51	[3,23; 3,27]	3,27	0,62	[3,24; 3,29]
Prioridade nos interesses do c.	3,11	0,53	[3,09; 3,13]	3,19	0,61	[3,17; 3,22]
Acessibilidade aos Serviços	-	-	-	2,87	0,77	[2,84; 2,90]
Satisfação Global	-	-	-	3,35	0,79	[3,32; 3,38]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que, nas perspectivas de Expectativa e de Percepção, a ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa) obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante), na análise da *proxy* M+N, sendo as 13 subdimensões de questões validadas consideradas relevantes/importantes na aplicação da escala de qualidade/satisfação percebida pelos usuários de saúde.

A figura 50 , que sintetizou os dados da Tabela 36, mostra que na ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas houve variabilidade na atribuição de valorações de Expectativa e de Percepção, sendo que os seus intervalos de confiança se sobrepuseram.

Em relação a Expectativa, houve diferença significativa somente em duas subdimensões (Fornecimento de Serviços e Prioridade nos interesses do cliente - que formaram um grupo com valorações significativamente menor), uma vez que as demais onze subdimensões de questões validadas tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram; Em relação a Percepção, houve diferença significativa somente em duas subdimensões (Fornecimento de Serviços e Acessibilidade aos Serviços - que formaram um grupo com valorações significativamente menor), uma vez que as demais onze subdimensões de questões validadas tiveram intervalos de confiança que se sobrepuseram, e, ainda na subdimensão Satisfação Global com valoração significativamente maior que todas as demais subdimensões;

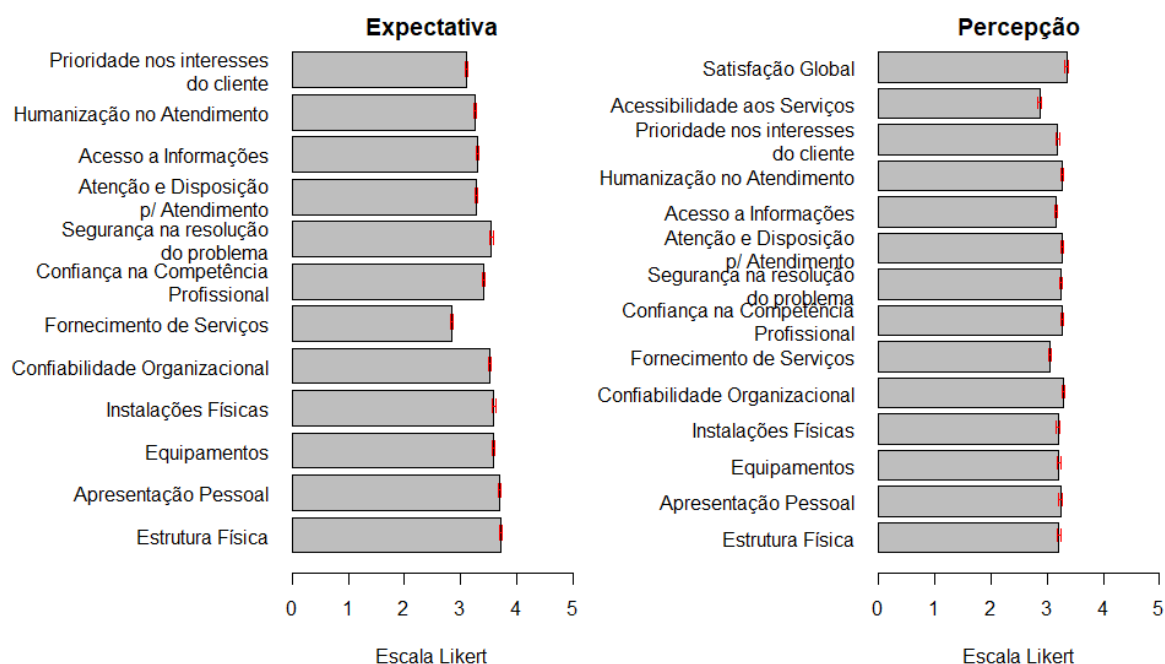


Figura 50 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as subdimensões de questões validadas – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).

Por sua vez, a análise das macrodimensões de questões validadas, estruturou-se a partir da valoração média atribuída às questões validadas pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

A Tabela 37 apresenta uma análise descritiva das valorações médias obtidas pelas subdimensões de constructos, na análise da proxy M+N (2.547 informantes), no ciclo 2 de aplicação de campo, na visão de usuários de saúde.

Tabela 37 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa e Percepção).

Macrodimensões	Expectativa	Percepção
----------------	-------------	-----------

	Média	D.P.	I.C-95% ¹	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Tangibilidade	3,66	0,54	[3,64; 3,68]	3,22	0,59	[3,19; 3,24]
Confiabilidade	3,06	0,47	[3,04; 3,08]	3,13	0,56	[3,11; 3,15]
Segurança	3,45	0,61	[3,43; 3,47]	3,26	0,55	[3,24; 3,28]
Presteza	3,29	0,55	[3,27; 3,32]	3,21	0,58	[3,19; 3,24]
Empatia	3,20	0,46	[3,18; 3,22]	3,24	0,57	[3,22; 3,27]
Acessibilidade	-	-	-	3,13	0,69	[3,11; 3,16]

Nota.¹ Intervalo Bootstrap

A análise global permite afirmar que nas perspectivas da Expectativa e da Percepção todas as seis subdimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada na perspectiva da Expectativa) obtiveram valoração média elevada (superior a 3, importante/relevante), na análise da *proxy* M+N, sendo as seis macrodimensões de qualidade consideradas relevantes/importantes na aplicação da escala de qualidade/satisfação percebida pelos usuários de saúde.

Noutra análise, em todas as seis macrodimensões de questões validadas analisadas, houve variabilidade nas valorações obtidas para a Expectativa e para a Percepção, sendo que a ampla maioria dos seus intervalos de confiança se sobrepuseram. Em relação a Expectativa, em média, os indivíduos tenderam a dar maior valoração (importância/relevância) para a macrodimensão Tangibilidade e menor valoração para Confiabilidade em relação aos demais, uma vez que os intervalos de confiança não se sobrepuseram. Por sua vez, em relação a Percepção, as valorações médias obtida para todas as macrodimensões de questões validas foram razoavelmente dentro das mesmas margens de valores, sendo que as maiores valorações médias foram para Segurança e Empatia.

Desta análise descritiva sintetizou-se que os usuários de saúde atribuíram elevados graus de importâncias/relevâncias das subcategorias (20 questões validadas), das categorias (13 subdimensões de questões validadas) e das macrocategorias (seis macrodimensões de qualidade) dos itens de análise, sendo considerados relevantes/importantes na aplicação da escala de qualidade/satisfação percebida pelos usuários de saúde. Além disso, em média, as valorações da ampla maioria destes itens de análise foram razoavelmente dentro das mesmas margens de valores, uma vez que os intervalos de confiança se sobrepuseram.

Quanto aos resultados do estudo das possíveis influências de três variáveis moderadoras, das análises das tabelas 91 a 96 (apêndice 9, tópico 9.2.1.4), sintetizou-se que, na *proxy* M+N, para a Expectativa, não houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função, na

ampla maioria das 12 subdimensões de questões validadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), com raras exceções, que se propõe aprofundar análises. Por sua vez, para a Percepção, houve tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários, na ampla maioria (≥ 11) das 13 subdimensões de questões validadas.

Por sua vez, das análises das tabelas 97 a 99 (apêndice 9, tópico 9.2.1.4), sintetizou-se que, na *proxy* M+N, houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa), que foram mediadas pelo nível de atenção e de complexidade da assistência, sendo exceção apenas uma macrodimensão (Confiabilidade), para a perspectiva Expectativa, quanto ao nível de complexidade da assistência. Por sua vez, para a Percepção, houve tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários, na ampla maioria (≥ 05) das seis macrodimensões de qualidade.

Diante destes resultados, a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários funcionarem enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas propostas, além de todas as cinco macrodimensões de qualidade originais da escala SERVQUAL, além da macrodimensão Acessibilidade, trata-se de um achado inovador desta investigação.

Ressalte-se, ainda, que a validação das cinco macrodimensões de qualidade (macrocategorias de análise), na perspectivas de usuários, na *proxy* M+N, estão alinhadas com a validação destas mesmas macrodimensões da escala SERVQUAL, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde, mas a validação da ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas (categorias de análise) trata-se de um achado inovador desta investigação que serão objeto de aprofundamento da validação pela análise inferencial (tópico 6.2.2.3).

Por fim, diante dos resultados das análises das tabelas 100 e 101 (apêndice 9, tópico 9.2.1.4), houve uma tendência que quanto maior foram os valores da Expectativa maior tenderam a ser os valores da Percepção obtidas nas subdimensões de questões validadas e

macrodimensões de qualidade, em contraposição à associação negativa citada pela literatura de aplicação da escala SERVQUAL (E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1988, 1991a; Parasuraman et al., 1994), mas alinhada com outros estudos empíricos que suportam relação positiva entre *expectativas* e *satisfação* (Oliver & Linda, 1981; Swan & Trawick, 1981; Bearden e Teel, 1983), pelo que se sugere aprofundar as análises.

Estes resultados subsidiaram a análise de validação de uma escala inovadora de medição de qualidade/satisfação de usuários de saúde.

6.2.2. Análises inferenciais dos estudos 4 e 5 (*proxies* J e M+N)

Após a conclusão da análise estatística descritiva, aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de verificar a validade das hipóteses propostas e consolidar os modelos desenhados nesta investigação para os itens da escala de avaliação de qualidade percebida (estudos 4 e 5, ciclo ciclo 2 - aplicação de campo), conforme métodos de análise inferencial especificados no início do tópico 6, que dividiram-se em quatro análises de resultados: estudo das cargas fatoriais dos constructos *versus* subdimensões de constructos e macrodimensões de qualidade (*proxy* J) e questões validadas *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade (*proxies* M e N), validação por critérios de qualidade e validade das macrodimensões de qualidade (*proxy* J) e das macrodimensões de questões validadas de qualidade (*proxies* M e N), análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, e, análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Qualidade Global Percebida nas três *proxies* estudadas (*proxy* J e *proxies* M e N).

6.2.2.1. Análise inferencial do estudo 4 (ciclo 2: *proxy* J)

Nas fases 1 a 3, no ciclo 1 do estudo 4, consolidou-se um instrumento (*proxy* H+I) apenas por análise descritiva (tópico 6.2.1.1). Na fase 4, abordou-se a análise da *proxy* J (n = 506), na qual o instrumento manteve similaridades com o instrumento da fase anterior (*proxy* H+I) (40 constructos, 22 subdimensões de constructos e cinco macrodimensões de qualidade percebida) (tópico 6.2.1.2).

Em busca de validar as 22 subdimensões de constructos e as cinco macrodimensões de qualidade percebida, além de estruturar e validar a variável latente Qualidade Global Percebida, procedentes da *proxy* J (506 informantes), aplicou-se métodos de análise

inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias iniciais de análises inferenciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, que se apresentam a seguir, sendo complementadas pela análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Qualidade Global Percebida (apêndice 9, tópico 9.2.2.1).

Para validar as 22 subdimensões de constructos analisadas (Equipamentos, Estrutura Física, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Confiança em Prazos etc) foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) para as subdimensões de constructos, na *proxy* J (n = 506). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de dois constructos (*CO15_Apoio_U* e *CO19_Prazo.Atendim*), todos os demais 38 constructos que permaneceram na análise apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* J, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 38.

Tabela 38 - Análise Fatorial Confirmatória dos constructos originais – *Proxy* J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Subdimensões de constructo	Constructos originais	Modelo Inicial		Modelo Final	
		Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F.
Equipamentos	CO1_Disponib	20%	0,97	20%	0,97
	CO2_Acesso	20%	0,99	20%	0,99
	CO3_Resolut	20%	0,98	20%	0,98
	CO4_Conserv	20%	0,87	20%	0,87
	CO5_Usabilid	19%	0,95	19%	0,95
Estrutura Física	CO6_Conforto	39%	0,99	39%	0,99
	CO7_Limpeza	22%	0,67	22%	0,67
	CO8_Bem	39%	0,98	39%	0,98
Apresentação Pessoal	CO9_Vestim	50%	0,94	50%	0,94
	CO10_Visual	50%	1,00	50%	1,00
Instalações Físicas	CO11_Conserv	50%	0,95	50%	0,95
	CO12_Funcion	50%	0,99	50%	0,99
Confiança em Prazos	CO13_Cumprim.Prazos	100%	1,00	100%	1,00
Suporte ao usuário-cliente	CO14_Solidaried	50%	1,00	50%	0,99
	CO15_Apoio_U	-	-	-	-
	CO16_Acolhim	50%	0,99	50%	0,99
Confiabilidade Organizacional	CO17_Confianca.Percep	100%	1,00	100%	1,00
Fornecimento de Serviços	CO18_Prazo.Resolut	57%	0,57	100%	1,00
	CO19_Prazo.Atendim	43%	0,39	-	-
Garantia dos Registros	CO20_Inform.Disp.Contr	100%	1,00	100%	1,00
Acesso a Informação	CO21_Esclarecer	54%	1,11	48%	0,93
	CO22_Infor	46%	0,92	52%	0,99
Pronto Atendimento	CO23_Atendim	53%	0,86	53%	0,86
	CO24_Disponib	47%	0,91	47%	0,92

Disposição p/ atendimento	CO25_Dispos.Assistenc	100%	1,00	100%	1,00
Ocupação profissional	CO26_Profiss.Suficiente	100%	1,00	100%	1,00
Competência profissional	CO27_Conf.Compet.Profiss	100%	1,00	100%	1,00
Credibilidade Profissional	CO28_Confianca	49%	0,97	49%	0,98
	CO29_Credib	51%	1,01	51%	1,00
Cortesia nas Relações	CO30_Cortesia	33%	0,98	33%	0,98
	CO31_Respeito	34%	0,99	33%	0,98
	CO32_Atitude	33%	0,94	33%	0,94
Suprimento de Recursos	CO33_Garantia	48%	0,95	49%	0,97
	CO34_Suprim	52%	1,03	51%	1,00
Comunicação e Atenção	CO35_Atendim.Indiv	100%	1,00	100%	1,00
Humanização no Atendimento	CO36_Dedicação	51%	0,99	51%	0,99
	CO37_Tratam	49%	0,97	49%	0,97
Compreensão do Cliente	CO38_Conhec.Situac	100%	1,00	100%	1,00
Prioridade nos interesses	CO39_Objeto.Centrado	100%	1,00	100%	1,00
Acessibilidade dos clientes	CO40_Facil.Acesso	100%	1,00	100%	1,00

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Na Tabela 39, pode-se observar que a qualidade e a validade das 22 subdimensões de constructos analisadas (Equipamentos, Estrutura Física, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Confiança em Prazos etc) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy J* ($n = 506$).

Tabela 39 - Validação das subdimensões de constructos – *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Subdimensões de constructo	Constructos originais	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Equipamentos	5	0,98	0,91	1	0,91	0,61
Estrutura Física	3	0,91	0,80	1	0,80	0,46
Apresentação Pessoal	2	0,97	0,94	1	0,94	0,25
Instalações Físicas	2	0,97	0,94	1	0,94	0,61
Confiança em Prazos	1	-	-	1	-	-
Suporte ao usuário-cliente	2	0,99	0,99	1	0,99	0,50
Confiabilidade Organizacional	1	-	-	1	-	-
Fornecimento de Serviços	1	-	-	1	-	-
Garantia dos Registros	1	-	-	1	-	-
Acesso Informação	2	0,95	0,91	1	0,91	0,35
Pronto Atendimento	2	0,87	0,78	1	0,79	0,18
Disposição p/ atendimento	1	-	-	1	-	-
Ocupação profissional	1	-	-	1	-	-
Competência profissional	1	-	-	1	-	-
Credibilidade Profissional	2	0,99	0,98	1	0,98	0,12
Cortesia nas Relações	3	0,98	0,94	1	0,94	0,44
Suprimento de Recursos	2	0,99	0,97	1	0,97	0,06
Comunicação e Atenção	1	-	-	1	-	-

Humanização no Atendimento	2	0,98	0,96	1	0,96	0,50
Compreensão do Cliente	1	-	-	1	-	-
Prioridade nos interesses	1	-	-	1	-	-
Acessibilidade dos clientes	1	-	-	1	-	-

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

De seguida, para validar as cinco macrodimensões de qualidade percebida analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia) foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) para as macrodimensões de qualidade, na *proxy J* (n = 506). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de sete subdimensões de constructos (Confiança em Prazos, Confiabilidade Organizacional, Fornecimento de Serviços, Ocupação profissional, Suprimento de Recursos, Compreensão do Cliente e Acessibilidade dos clientes) todas as 15 subdimensões de constructos que permaneceram na análise apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC)., na *proxy J*, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 40.

Tabela 40 - Análise Fatorial Confirmatória das subdimensões de constructos – *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Macrodimensões	Subdimensões de constructo	Modelo Inicial		Modelo Final	
		Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Tangibilidade	Equipamentos	28%	0,87	27%	0,87
	Estrutura Física	26%	0,73	26%	0,73
	Apresentação Pessoal	18%	0,53	18%	0,53
	Instalações Físicas	28%	0,89	28%	0,90
Confiabilidade	Confiança em Prazos	8%	0,15		
	Suporte ao usuário-cliente	30%	0,83	54%	0,86
	Confiabilidade Organizacional	20%	0,37		
	Fornecimento de Serviços	17%	0,57		
Presteza	Garantia dos Registos	25%	0,67	46%	0,71
	Acesso Informação	33%	0,71	31%	0,67
	Pronto Atendimento	22%	0,46	27%	0,47
	Disposição p/ atendimento	33%	0,84	42%	0,86
Segurança	Ocupação profissional	10%	-0,30		
	Competência profissional	33%	0,68	42%	0,93
	Credibilidade Profissional	27%	0,55	37%	0,79
	Cortesia nas Relações	29%	0,78	21%	0,51
Empatia	Suprimento de Recursos	6%	0,19		
	Comunicação e Atenção	27%	0,81	33%	0,80
	Humanização no Atendimento	35%	0,94	44%	0,96
	Compreensão do Cliente	14%	0,37		
	Prioridade nos interesses	19%	0,71	23%	0,70
	Acessibilidade dos clientes	6%	-0,17		

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Na Tabela 41, pode-se observar que a qualidade e a validade das cinco macrodimensões de qualidade percebida analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy J* ($n = 506$).

Tabela 41 - Validação das subdimensões de constructos – *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Macrodimensões	Subdimensões de constructos	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Tangibilidade	5	0,84	0,60	1	0,60	0,02
Confiabilidade	2	0,76	0,63	1	0,62	0,52
Presteza	3	0,71	0,47	1	0,47	0,44
Segurança	3	0,76	0,46	1	0,58	0,35
Empatia	3	0,87	0,69	1	0,68	0,50

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Para validar a variável latente Qualidade Global Percebida foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) da valoração média obtida para as macrodimensões de qualidade, na *proxy J* ($n = 506$). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de uma macrodimensão (Tangibilidade), todas as demais quatro macrodimensões de qualidade que permaneceram na análise apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy J*, com as cargas fatoriais mostradas na tabela 42.

Tabela 42 - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida – *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Macrodimensões	Modelo Inicial		Modelo Final	
	Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Tangibilidade	9%	0,17		
Confiabilidade	9%	0,95	29%	0,93
Presteza	28%	1,05	21%	1,03
Segurança	30%	0,91	28%	0,90
Empatia	24%	0,90	22%	0,90

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial

Na Tabela 43, pode-se observar que a qualidade e a validade da variável latente Qualidade Global Percebida foi assegurada, uma vez que apresentou validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na *proxy J* ($n = 506$).

Tabela 43 - Validação da Qualidade Global Percebida – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Qualidade Global Percebida	Macrodimensões	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Qualidade	4	0,85	0,97	1	0,88	-

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

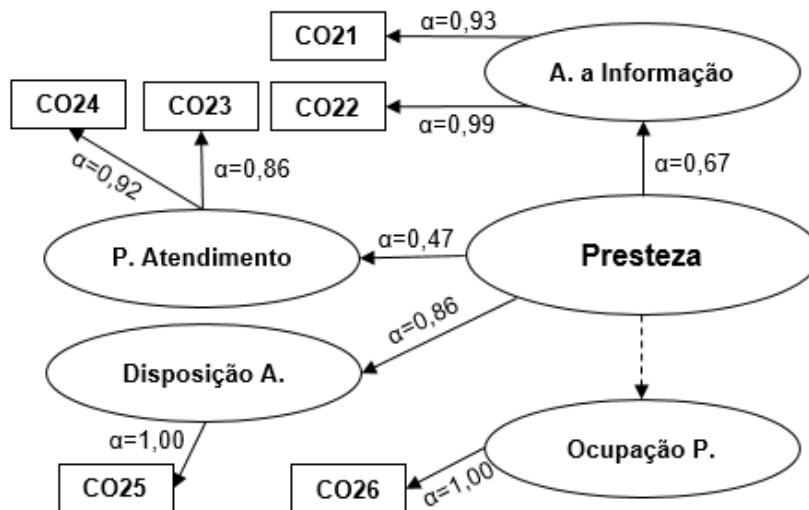
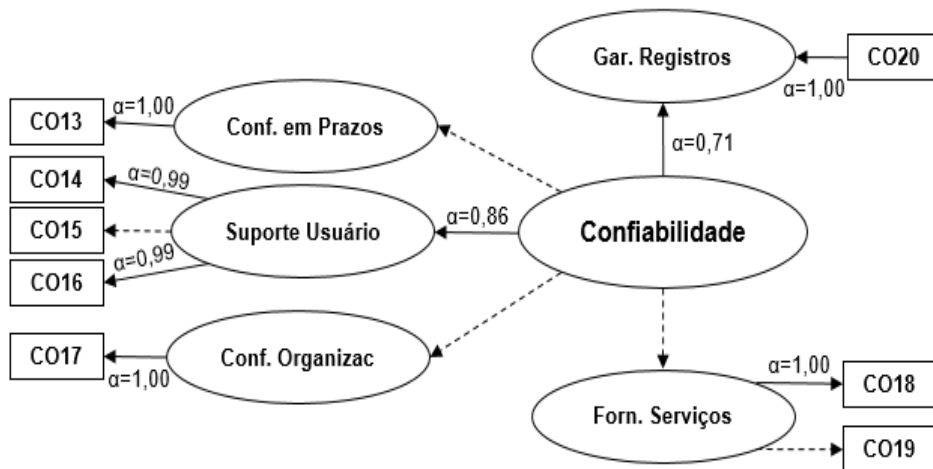
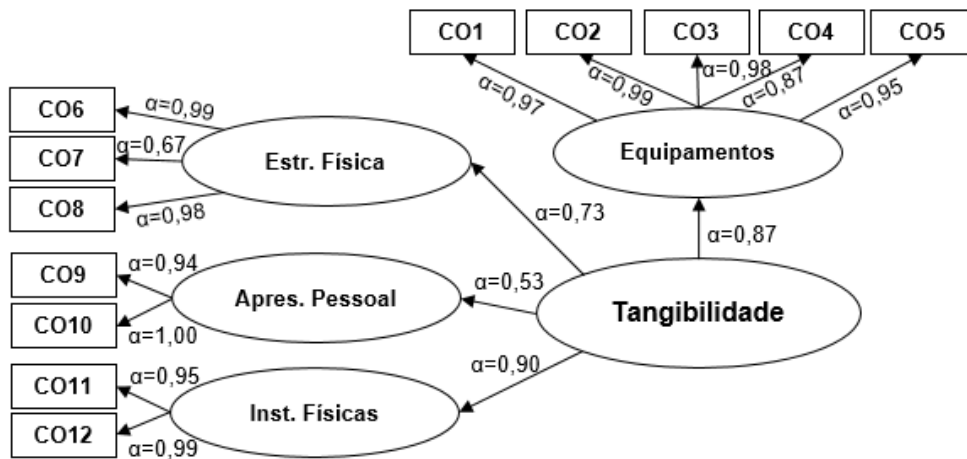
Também aplicou-se testes para medir a qualidade (ajustamento) do modelo construído para as macrodimensões de qualidade percebida da *proxy J* (506 informantes), através de alguns índices selecionados na literatura relevante ($X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA). Para um bom ajuste espera-se que $X^2/G.L.$ seja menor que 3 (Arbuckle, 2008; Wheaton, 1987), CFI seja maior que 0,80 (Bentler, 1990), TLI seja maior que 0,80 (Bentler & Bonnet, 1980) e que o RMSEA (Steiger et al., 1985) seja menor que 0,10, sendo o ideal abaixo de 0,05.

Na Tabela 44, pode-se observar que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10.

Tabela 44 - Parâmetros de qualidade (ajustamento) do modelo final da Qualidade Global Percebida – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Medidas de Qualidade do Ajuste	Estatística de Teste	Estatística de Teste Reescalada (Satorra e Bentler 1994)
χ^2	2536,73	984,52
G.L.	439,00	439,00
$\chi^2/G.L.$	5,78	2,24
TLI	0,903	0,956
CFI	0,914	0,961
RMSEA	0,097	0,050
valor-p (RMSEA \leq 0,05)	[0,094; 0,101]	[0,047; 0,052]
	0,000	0,608

Diante destes resultados, a figura 51 sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Qualidade Global Percebida, na *proxy J* (506 informantes, visão de usuários). Devido ao elevado número de constructos optou-se por omitir suas nomenclaturas, que ficaram identificados como C01 a C040.



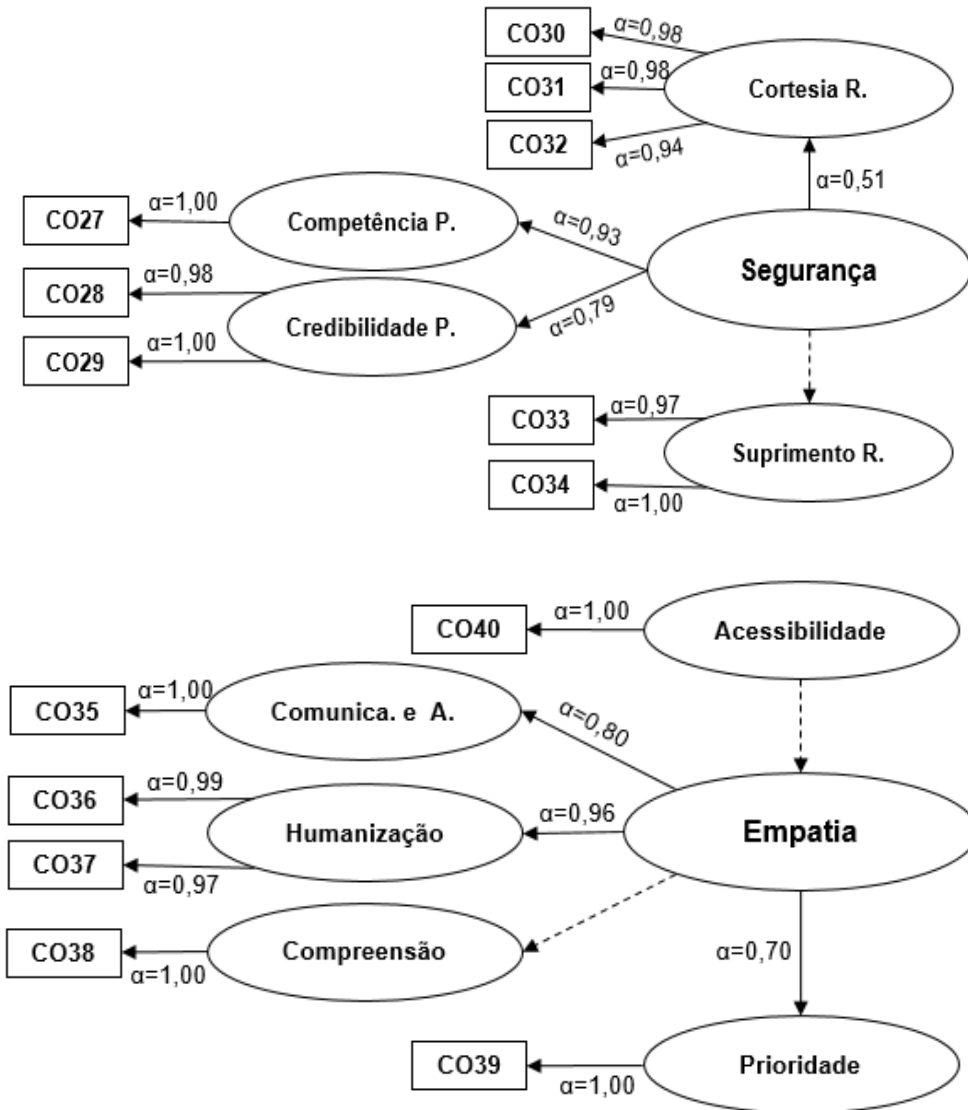


Figura 51 - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida - Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Para concluir a análise inferencial, as figuras 66 e 67 sintetizaram os resultados apresentados nas Tabelas 102 e 103, respectivamente (apêndice 9, tópico 9.2.2.1), nos quais foi possível observar que os constructos apresentaram maiores correlações com suas subdimensões de constructos e as subdimensões apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões de qualidade percebida, na *proxy J* ($n = 506$).

Por sua vez, os resultados obtidos mostraram que a Qualidade Global Percebida média foi de 3,17 e a mediana foi de 3,01 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,00 (cerca de 3, importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Qualidade Global Percebida. Houve

diferença significativa (valor- $p \leq 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde e de escolaridade do usuário enquanto fator mediador da Qualidade Global Percebida, no entanto, não houve diferença significativa (valor- $p = 0,104$) quanto ao nível de complexidade na *proxy* J (n = 506) (Tabela 104, apêndice 9, tópico 9.2.2.1).

6.2.2.2. Análise inferencial do estudo 5 (ciclo 2: *proxy* M+N)

Nas fases 1 e 2, no ciclo 1 do estudo 5, consolidou-se um instrumento (*proxy* L) apenas por análise descritiva. Na fase 3, ciclo 2 do estudo 5, abordou-se a análise da *proxy* M (n = 506), na qual o instrumento manteve similaridades com o instrumento da fase anterior (*proxy* L) (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida). Por sua vez, na fase 4, ciclo 2 do estudo 5 (*proxy* N), da pesquisa de campo foi desenvolvida pelo uso do instrumento consolidado e validado na fase anterior (*proxy* M), visto que não houve nenhuma mudança proposta pelo grupo piloto, aplicado em uma fase incremental complementar de pesquisa de campo (ciclo 2), voltado à análise das respostas de um grupo piloto de 2.041 usuários da saúde.

A análise dos resultados obtidos nas fases 3 e 4 foram fortemente similares, com raríssimas exceções, apesar dos parâmetros da análise inferencial terem apresentado algumas diferenças que não impactaram no modelos finais validados. Dessa forma, a reprodução destes resultados em separado teria baixo significado comparadamente aos resultados da amostra ampliada, tendo-se optado por apresentar uma análise descritiva integrada da valoração média atribuída às questões validadas de qualidade da *proxy* M+N (n = 2.547), bem como dos valores obtidos de seus reflexos sobre as subdimensões e macrodimensões de qualidade, com observações para a Expectativa e a Percepção, na visão direta de usuários da saúde, a fim de consolidar os níveis de relevância/importância atribuídas para os itens de avaliação da escala qualidade percebida (20 questões validadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade percebida). Caso necessário pode-se fazer destaques específicos de resultados em separado.

Em busca de validar as 13 subdimensões de questões validadas e as seis macrodimensões de qualidade percebida (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas para a Expectativa que anulou a macrodimensão Acessibilidade), além de estruturar e validar a variável latente Qualidade Global Percebida, procedentes da *proxy* M+N (2.547 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de

consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias iniciais de análises inferenciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, que se apresentam a seguir, sendo complementadas pela análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Qualidade Global Percebida (apêndice 9, tópico 9.2.2.2).

Para validar as 13 subdimensões de questões validadas (Equipamentos, Estrutura Física, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Confiabilidade Organizacional etc) (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas para a Expectativa) foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) para as subdimensões de questões validadas, na *proxy* M+N (n = 2.547). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de apenas uma questão validada (*SDQ07CV7_Tempo*) para a perspectiva da Expectativa, as demais 17 questões (*SDQ19CV19_Prazo.Espera.Aten* não foi mensurada para Expectativa) e todas as 19 questões para a Percepção permaneceram na análise pois apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* M+N, com as cargas fatoriais mostradas nas tabelas 45 (Expectativa) e 46 (Percepção), a seguir:

Tabela 45 - Análise Fatorial Confirmatória das subdimensões de questões validadas (Expectativa)– Proxy M+N.

Subdimensão de questões validadas	Questões validadas	Modelo Inicial		Modelo Final	
		Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Estrutura Física	SDQ01CV1_Conforto	53%	0,80	52%	0,80
	SDQ01CV2_Limpeza	47%	0,81	48%	0,82
Apresentação Pessoal	SDQ03CV3_AparenciaPess	100%	1,00	100%	1,00
Equipamentos	SDQ04CV4_FuncEquipam	100%	1,00	100%	1,00
Instalações Físicas	SDQ05CV5_FuncInstalac	100%	1,00	100%	1,00
Confiabilidade Organizacional	SDQ06CV6_Credib.Confianca	100%	1,00	100%	1,00
Fornecimento de Serviços	SDQ07CV7_Tempo	18%	0,08		
	SDQ07CV8_Disponib	82%	0,58	100%	1,00
Confiança na Competência Profissional	SDQ09CV9_Conf	44%	0,85	44%	0,84
	SDQ09CV10_Credib	56%	0,87	56%	0,88
Segurança na resolução do problema	SDQ17CV17_Segur.Reso.Probl.	100%	1,00	100%	1,00
Atenção e Disposição p/ Atendimento	SDQ11CV11_Atendim	55%	0,82	55%	0,82
	SDQ11CV12_Pront	45%	0,76	45%	0,76
Acesso a Informações	SDQ15CV15_Facilid	55%	0,86	55%	0,86
	SDQ15CV16_Esclarec	45%	0,82	45%	0,82
Humanização no Atendimento	SDQ13CV13_Gentileza	39%	0,65	38%	0,65
	SDQ13CV14_Tratam	61%	0,85	62%	0,85

Prioridade nos interesses do cliente	SDQ18CV18_Compreens.Interesse	100%	1,00	100%	1,00
--------------------------------------	-------------------------------	------	------	------	------

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Tabela 46 - Análise Fatorial Confirmatória das subdimensões de questões validadas (Percepção) – Proxy M+N

Subdimensão de questões validadas	Questões validadas	Modelo Inicial	
		Peso ¹	C.F. ²
Estrutura Física	SDQ01CV1_Conforto	50%	0,81
	SDQ01CV2_Limpeza	50%	0,85
Apresentação Pessoal	SDQ03CV3_AparenciaPess	100%	1,00
Equipamentos	SDQ04CV4_FuncEquipam	100%	1,00
Instalações Físicas	SDQ05CV5_FuncInstalac	100%	1,00
Confiabilidade Organizacional	SDQ06CV6_Credib.Confianca	100%	1,00
Fornecimento de Serviços	SDQ07CV7_Tempo	44%	0,54
	SDQ07CV8_Disponib	56%	0,84
Confiança na Competência Profissional	SDQ09CV9_Conf	52%	0,89
	SDQ09CV10_Credib	48%	0,80
Segurança na resolução do problema	SDQ17CV17_Segur.Reso.Probl.	100%	1,00
Atenção e Disposição p/ Atendimento	SDQ11CV11_Atendim	48%	0,84
	SDQ11CV12_Pront	52%	0,88
Acesso a Informações	SDQ15CV15_Facilid	51%	0,84
	SDQ15CV16_Esclarec	49%	0,82
Humanização no Atendimento	SDQ13CV13_Gentileza	50%	0,86
	SDQ13CV14_Tratam	50%	0,87
Prioridade nos interesses do cliente	SDQ18CV18_Compreens.Interes	100%	1,00
Acessibilidade aos Serviços	SDQ19CV19_Prazo.Espera.Aten	100%	1,00

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Nas Tabelas 47 (Expectativa) e 48 (Percepção), a seguir, pode-se observar que a qualidade e a validade de todas as 13 subdimensões de questões validadas (Equipamentos, Estrutura Física, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Confiabilidade Organizacional etc) (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas para a Expectativa) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente (AVE > 0,40), confiabilidade adequada (A.C. > 0,60 ou C.C. > 0,60), unidimensionalidade e validação discriminante (VCM < AVE), na proxy M+N (n = 2.547).

Tabela 47 - Validação das subdimensões de questões validadas (Expectativa) - Proxy M+N.

Subdimensão de questões validadas	Questões adaptadas	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Estrutura Física	2	0,79	0,79	1	0,65	0,48
Apresentação Pessoal	1	-	-	1	-	-
Equipamentos	1	-	-	1	-	-
Instalações Físicas	1	-	-	1	-	-
Confiabilidade Organizacional	1	-	-	1	-	-
Fornecimento de Serviços	1	-	-	1	-	-

Confiança na Competência Profissional	2	0,84	0,91	1	0,74	0,53
Segurança na resolução do problema	1	-	-	1	-	-
Atenção e Disposição p/ Atendimento	2	0,76	0,77	1	0,62	0,53
Acesso a Informações	2	0,82	0,83	1	0,70	0,51
Humanização no Atendimento	2	0,70	0,72	1	0,57	0,52
Prioridade nos interesses do cliente	1	-	-	1	-	-

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Tabela 48 - Validação das subdimensões de questões validadas (Percepção) – Proxy M+N.

Subdimensão de questões validadas	Questões adaptadas	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Estrutura Física	2	0,81	0,82	1	0,68	0,50
Apresentação Pessoal	1	-	-	1	-	-
Equipamentos	1	-	-	1	-	-
Instalações Físicas	1	-	-	1	-	-
Confiabilidade Organizacional	1	-	-	1	-	-
Fornecimento de Serviços	2	0,62	0,66	1	0,50	0,47
Confiança na Competência Profissional	2	0,83	0,84	1	0,72	0,47
Segurança na resolução do problema	1	-	-	1	-	-
Atenção e Disposição p/ Atendimento	2	0,85	0,85	1	0,74	0,58
Acesso a Informações	2	0,81	0,81	1	0,69	0,56
Humanização no Atendimento	2	0,86	0,86	1	0,75	0,58
Prioridade nos interesses do cliente	1	-	-	1	-	-
Acessibilidade aos Serviços	1	-	-	1	-	-

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

De seguida, para validar as seis macrodimensões de qualidade percebida analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta não foi mensurada para a Expectativa) foi feita uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (Hair et al., 2009) para as macrodimensões de qualidade, na *proxy* M+N (n = 2.547). Logo, pode-se destacar que, no modelo final, após análise e exclusão de apenas uma subdimensão de questão validada (*Fornecimento de Serviços*) para a perspectiva da Expectativa, todas as 13 subdimensões de questões validadas para a Percepção e 12 subdimensões para a Expectativa (que teve exclusão de uma subdimensão), pois apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* M+N, com as cargas fatoriais mostradas nas tabelas 49 (Expectativa) e 50 (Percepção), a seguir:

Tabela 49 - Análise Fatorial Confirmatória das macrodimensões de questões validadas (Expectativa) – Proxy M+N.

Macrodimensões	Subdimensão de questões validadas	Modelo Inicial		Modelo Final	
		Peso ¹	C.F. ²	Peso ¹	C.F. ²
Tangibilidade	Estrutura Física	26%	0,92	28%	0,97
	Apresentação Pessoal	23%	0,77	25%	0,80

	Equipamentos	25%	0,85	24%	0,77
	Instalações Físicas	26%	0,85	24%	0,78
Confiabilidade	Confiabilidade Organizacional	90%	0,69	100%	1,00
	Fornecimento de Serviços	10%	0,86		
Segurança	Confiança na Competência Profissional	43%	0,94	41%	0,92
	Segurança na resolução do problema	57%	0,80	59%	0,82
Presteza	Atenção e Disposição p/ Atendimento	47%	0,96	47%	0,95
	Acesso a Informações	53%	0,91	53%	0,92
Empatia	Humanização no Atendimento	51%	0,97	49%	1,05
	Prioridade nos interesses do cliente	49%	0,61	51%	0,70

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Tabela 50 - Análise Fatorial Confirmatória das macrodimensões de questões validadas (Percepção) – Proxy M+N.

Macrodimensões	Subdimensão de questões validadas	Modelo inicial	
		Peso ¹	C.F. ²
Tangibilidade	Estrutura Física	25%	0,90
	Apresentação Pessoal	23%	0,80
	Equipamentos	26%	0,85
	Instalações Físicas	26%	0,84
Confiabilidade	Confiabilidade Organizacional	55%	0,77
	Fornecimento de Serviços	45%	0,95
Segurança	Confiança na Competência Profissional	51%	0,91
	Segurança na resolução do problema	49%	0,75
Presteza	Atenção e Disposição p/ Atendimento	49%	0,88
	Acesso a Informações	51%	0,96
Empatia	Humanização no Atendimento	52%	0,90
	Prioridade nos interesses do cliente	48%	0,79
Acessibilidade	Acessibilidade aos Serviços	100%	1,00

Nota.¹ Peso relativo; ² Carga Fatorial.

Nas Tabelas 51 (Expectativa) e 52 (Percepção), a seguir, pode-se observar que a qualidade e a validade de todas as seis macrodimensões de qualidade percebida analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta não foi mensurada para a Expectativa) foi assegurada, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$), na proxy M+N ($n = 2.547$).

Tabela 51 - Validação das macrodimensões questões validadas (Expectativa) - Proxy M+N.

Macrodimensões	Subdimensões validadas	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Tangibilidade	4	0,89	0,90	1	0,70	0,31
Confiabilidade	1	-	-	1	-	-
Segurança	2	0,81	0,86	1	0,76	0,64

Presteza	2	0,82	0,93	1	0,88	0,64
Empatia	2	0,69	0,88	1	0,79	0,58

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Tabela 52 - Validação das macrodimensões de questões validadas (Percepção) - Proxy M+N.

Macrodimensões	Subdimensões validadas	A.C. ¹	C.C. ²	Dim. ³	AVE ⁴	VCM ⁵
Tangibilidade	4	0,89	0,91	1	0,72	0,60
Confiabilidade	2	0,75	0,86	1	0,75	0,61
Segurança	2	0,77	0,82	1	0,70	0,61
Presteza	2	0,82	0,91	1	0,84	0,72
Empatia	2	0,79	0,83	1	0,72	0,71
Acessibilidade	1	-	-	1	-	-

Nota.¹ Alfa de Cronbach; ² Confiabilidade Composta; ³ Dimensionalidade; ⁴ Variância Média Extraída; ⁵ Variância Máxima Compartilhada.

Também aplicou-se testes para medir a qualidade (ajustamento) do modelo construído para as macrodimensões de qualidade percebida da *proxy* M+N (2.547 informantes), através de alguns índices selecionados na literatura relevante ($X^2/G.L.$, CFI, TLI e RMSEA). Para um bom ajuste espera-se que $X^2/G.L.$ seja menor que 3 (Arbuckle, 2008; Wheaton, 1987), CFI seja maior que 0,80 (Bentler, 1990), TLI seja maior que 0,80 (Bentler & Bonnet, 1980) e que o RMSEA (Steiger et al., 1985) seja menor que 0,10, sendo o ideal abaixo de 0,05.

Nas tabelas 53 (Expectativa) e 54 (Percepção), a seguir, pode-se observar que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10.

Tabela 53 - Parâmetros de qualidade do modelo final (Expectativa) – Proxy M+N.

Medidas de Qualidade do Ajuste	Estatística de Teste	Estatística de Teste Reescalada (Satorra e Bentler 1994)
χ^2	1292,07	801,06
G.L.	87,00	87,00
$\chi^2/G.L.$	14,85	9,21
tli	0,937	0,927
cfi	0,954	0,947
RMSEA	0,074 [0,070; 0,077]	0,057 [0,054; 0,060]
valor-p (RMSEA \leq 0,05)	0,000	0,000

Tabela 54 - Parâmetros de qualidade do modelo final (Percepção) – Proxy M+N.

Medidas de Qualidade do Ajuste	Estatística de Teste	Estatística de Teste Reescalada (Satorra e Bentler 1994)
χ^2	1630,50	912,72
G.L.	119,00	119,00
$\chi^2/G.L.$	13,70	7,67
tli	0,944	0,928
cfi	0,956	0,944
RMSEA	0,071 [0,068; 0,074]	0,051 [0,049; 0,054]
valor-p (RMSEA \leq 0,05)	0,000	0,199

Diante destes resultados, as figuras 52 (Expectativa) e 53 (Percepção) sintetizaram os dois ajustes da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Qualidade Global Percebida, na *proxy* M+N (n = 2.547 informantes, visão direta de gestores e profissionais). Devido ao elevado número de questões validadas optou-se por omitir suas nomenclaturas, que ficaram identificados como SDQ01V1 a SDQ19V19.

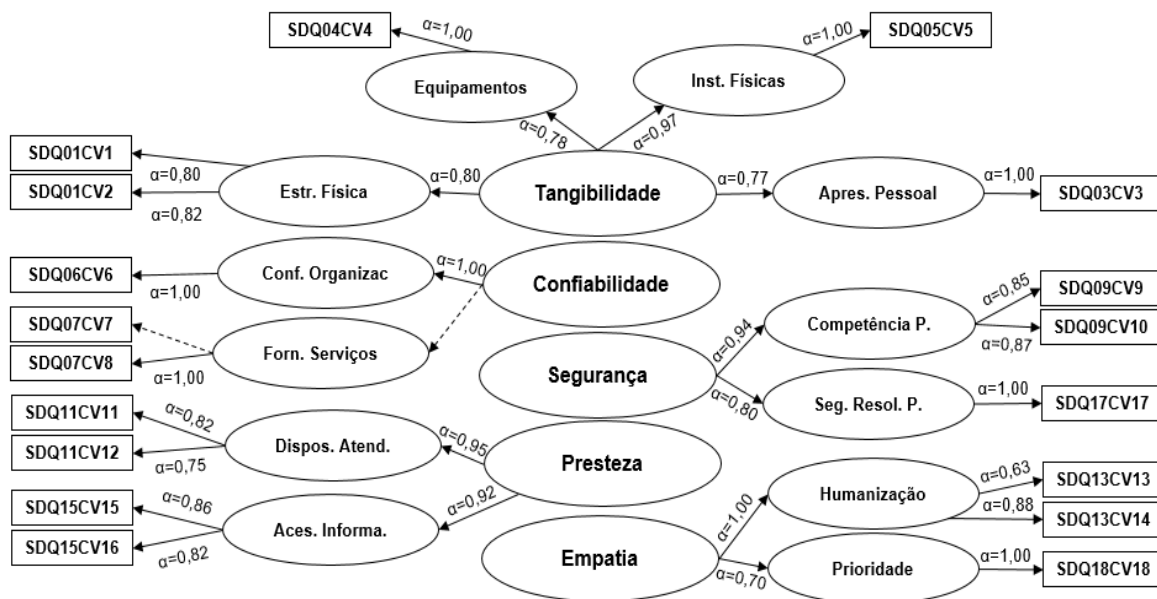


Figura 52 - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida (ciclo 2: *proxy* M+N) – Visão de Usuários (Expectativa).

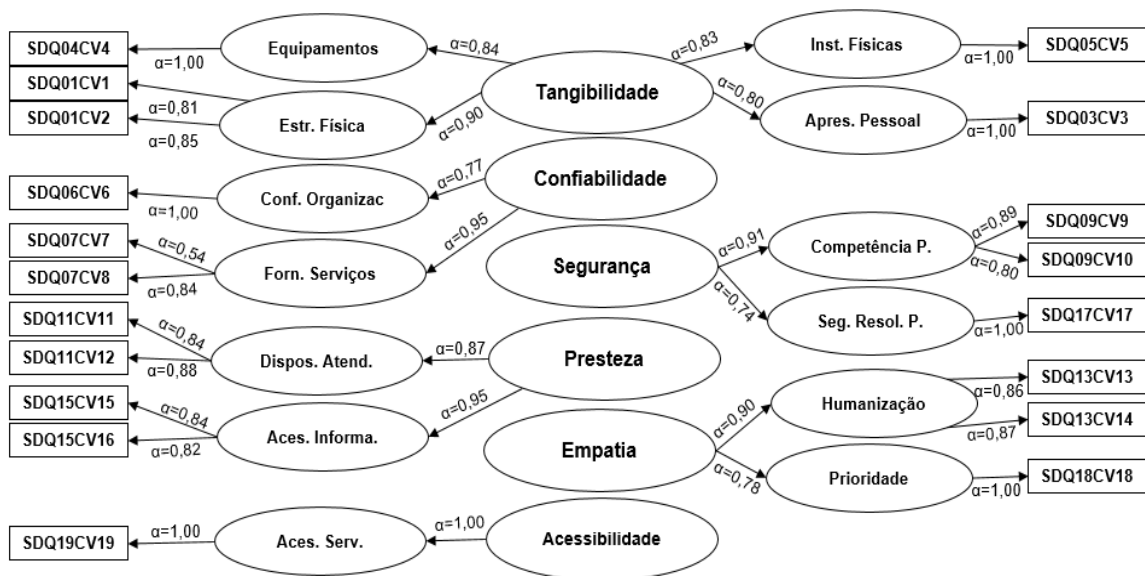


Figura 53 - Análise Fatorial Confirmatória da Qualidade Global Percebida (ciclo 2: *proxy* M+N) – Visão de Usuários (Percepção).

Para concluir a análise inferencial, as figuras 68 e 69 sintetizaram os resultados das Tabelas 105 e 106 (Expectativa) e as figuras 70 e 71 os resultados das Tabelas 107 e 108 (Percepção) (apêndice 9, tópico 9.2.2.2), nos quais foi possível observar que as questões validadas apresentaram maiores correlações com suas respectivas subdimensões de questões validadas que por sua vez apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões de qualidade percebida, na *proxy* M+N (n = 2.547).

Por sua vez, os resultados obtidos mostraram que a Qualidade Global Percebida média foi de 3,35 e a mediana de 3,00 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3 (cerca de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Qualidade Global Percebida. Houve diferença significativa (valor- $p \leq 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários enquanto fator mediador da Qualidade Global Percebida, para a Percepção, na *proxy* M+N (n = 2.547) (Tabela 109, apêndice 9, tópico 9.2.2.2).

Dessa forma, concluiu-se a análise da adequação e validação de itens da escala internacional SERVQUAL de qualidade e satisfação em busca de mapear os constructos de qualidade (ideias-força) relevantes, na visão de agentes chaves para avaliação de qualidade/satisfação em serviços de saúde, posteriormente, consolidados por adaptações em etapas e fases incrementais de validação de questões validadas, além de subdimensões e

macrodimensões de qualidade e satisfação para usuários do SUS, além dos reflexos sobre uma *variável latente* Qualidade Global Percebida, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em um modelo estrutural validado.

6.3. Validações e conclusões de hipóteses sobre itens de avaliação de performance

Nos tópicos 6.1. e 9.1. (apêndice 9), procedeu-se a análise dos conhecimentos tácitos dos agentes chaves da amostra nas categorias de macrodomínios e domínios de avaliação, seguidos pela etapa de análise e consolidação de painéis de indicadores e dimensões de performance, e, em busca de um índice sintético proveniente dos itens de análise de performance, analisou-se os reflexos sobre uma *variável latente* Performance Global Percebida pelo que se mensurou os efeitos refletidos das valorações dos indicadores e dimensões de performance, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em um modelo estrutural validado, a fim de validar a composição de painéis de controle (*dashboard* ou *tableau de bordo*) de indicadores chaves (*Key Performance Indicators – KPI*).

A partir destes resultados relatados (tópicos 6.1 e 9.1) propôs-se a análise, a seguir, quanto a validação e conclusões de hipóteses sobre itens de avaliação de performance. Para o propósito de análise das hipóteses propostas, ao nível de probabilidade dos resultados, estipulou-se um intervalo de confiança (IC) de 95% para os testes aplicados, portanto, pode-se afirmar que tem-se 95% de probabilidade de que os resultados ou valores obtidos retratem a realidade, dentro da margem de erro estipulada, neste caso 2%.

Dessa forma, testou-se as hipóteses iniciais propostas (tópico 5.3), com desdobramentos de hipóteses desagregadas conforme as prioridades identificadas no processo de validação dos gestores, decisores e usuários, articuladas com as provas de conceitos, valor e usabilidade do *proxy* construído de painel de indicadores e de dimensões de performance em serviços de saúde, como forma de subsidiar os tomadores de decisão em saúde de maneira simples e intuitiva para balisar a governação de hospitais e serviços de saúde.

Inicialmente havia sido proposto um diagrama gráfico (*path diagram*), pressupondo algumas relações entre as variáveis latentes (preditas), os itens de avaliação de performance,

por exemplo, macrodomínios de avaliação ou dimensões de performance selecionadas e as variáveis observadas (preditoras), as categorias de avaliação, por exemplo, domínios de avaliação ou indicadores de performance (figura 24 , tópico 5.3).

Propôs-se algumas hipóteses específicas sobre variáveis latentes e observadas de performance quanto aos resultados obtidos pelos domínios e macrodomínios de avaliação propostos (figura 54).

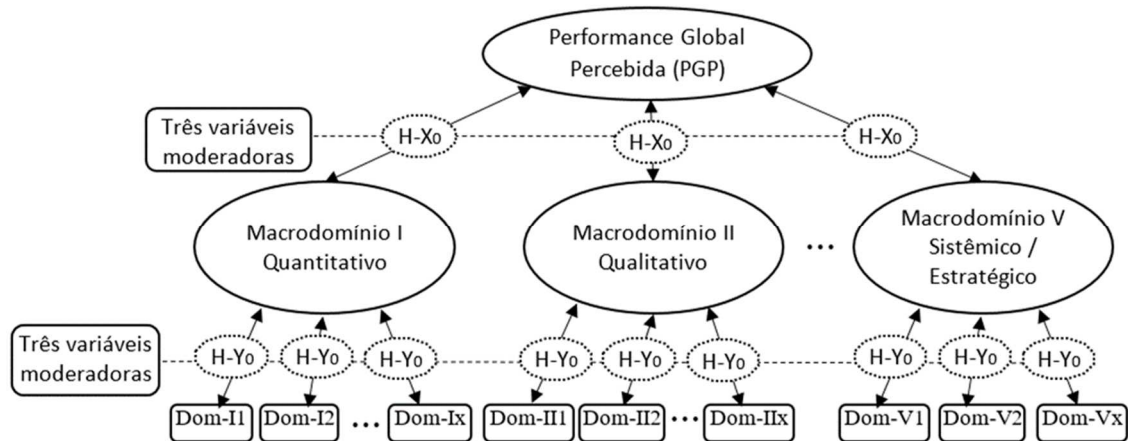


Figura 54 - Modelo gráfico das variáveis latentes (Macrodomínios) e observadas (Domínios) de performance

No escopo de domínios e macrodomínios de avaliação, testou-se as hipóteses nulas listadas a seguir, comparativamente às três possíveis variáveis moderadoras selecionadas (nível de atenção/cuidado de saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função de gestores e decisores). Para validar estas hipóteses nulas propostas ($H1_0$ a $H2_0$) – e seus desdobramentos de hipóteses desagregadas ($H1^1_0$ a $H1^2_0$ e $H2^1_0$ a $H2^3_0$), ou refutá-las em contraposição às suas respectivas hipóteses alternativas, apropriou-se das análises de resultados obtidos nesta investigação (tópicos 6.1.1.1 e 6.1.2.1., além dos tópicos 9.1.1.1 e 9.1.2.1. - apêndice 9) e análises destas hipóteses propostas.

- $H1_0$: Os níveis de conhecimentos atribuídos aos domínios de avaliação e seus reflexos sobre os macrodomínios são maioritariamente superiores às notas médias
 - ✓ $H1^1_0$: Os níveis de conhecimentos atribuídos aos domínios de avaliação são maioritariamente superiores às notas médias;
 - ✓ $H1^2_0$: Os níveis de conhecimentos obtidos nos macrodomínios de avaliação são maioritariamente superiores às notas médias.

- $H2_0$: Os níveis de conhecimentos atribuídos aos macrodomínios de avaliação são discriminados pelas três variáveis moderadoras
- ✓ $H2^1_0$: Os níveis de conhecimentos obtidos nos macrodomínios de avaliação são discriminados pelo nível de atenção (cuidados) à saúde;
- ✓ $H2^2_0$: Os níveis de conhecimentos obtidos nos macrodomínios de avaliação são discriminados pelo nível de complexidade da assistência;
- ✓ $H2^3_0$: Os níveis de conhecimentos obtidos nos macrodomínios de avaliação são discriminados pelo nível de cargo/função.

Propôs-se algumas hipóteses específicas sobre variáveis latentes e observadas de performance quanto aos resultados obtidos pelos indicadores e dimensões de performance propostos (figura 55).

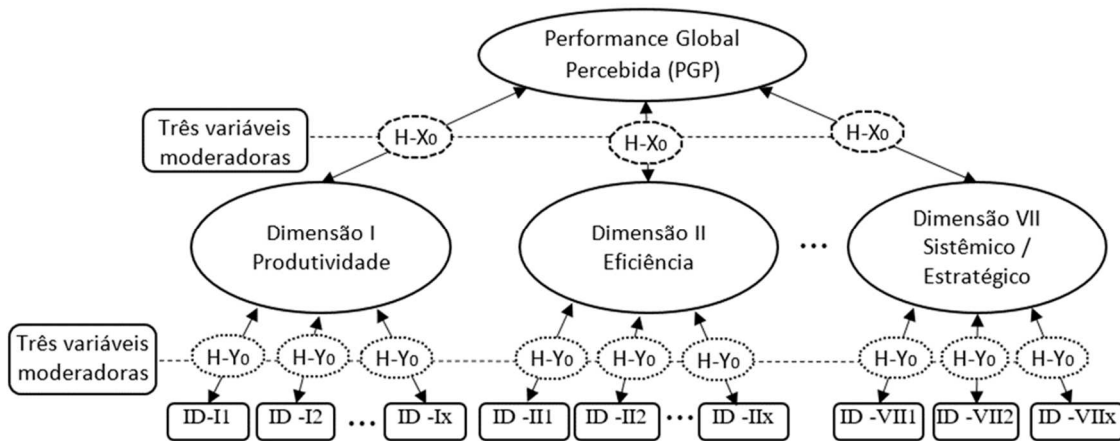


Figura 55 - Modelo gráfico das variáveis latentes (Dimensões) e observadas (Indicadores) de performance

No escopo de indicadores e dimensões de performance, testou-se as hipóteses nulas listadas a seguir, comparativamente às três possíveis variáveis moderadoras selecionadas (nível de atenção/cuidado de saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função de gestores e decisores). Para validar estas hipóteses nulas propostas ($H3_0$ a $H9_0$) – e seus desdobramentos de hipóteses desagregadas ($H3^1_0$ a $H3^2_0$ e $H4^1_0$ a $H4^3_0$), ou refutá-las em contraposição às suas respectivas hipóteses alternativas, apropriou-se das análises de resultados obtidos nesta investigação (tópicos 6.1.1.2, 6.1.1.3, 6.1.2.2. e 6.1.2.3., além dos tópicos 9.1.1.2, 9.1.1.3, 9.1.2.2. e 9.1.2.3. - apêndice 9) e análises destas hipóteses propostas.

- H3₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos aos indicadores de performance e seus reflexos sobre as dimensões são maioritariamente superiores às notas médias;
 - ✓ H3¹₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos aos indicadores de performance são maioritariamente superiores às notas médias;
 - ✓ H3²₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos às dimensões de performance são maioritariamente superiores às notas médias;
- H4₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídas às dimensões são discriminados pelas três variáveis moderadoras;
 - ✓ H4¹₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas dimensões são discriminados pelo nível de atenção (cuidados) à saúde;
 - ✓ H4²₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas dimensões são discriminados pelo nível de complexidade da assistência;
 - ✓ H4³₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas dimensões são discriminados pelo nível de cargo/função.
- H5₀ : Os indicadores de performance apresentam maioritariamente carga fatorial relevante sobre suas respectivas dimensões de performance;
- H6₀ : As dimensões de performance apresentam maioritariamente qualidade e validação comprovadas;
- H7₀ : As dimensões de performance apresentam carga fatorial relevante sobre a Performance Global Percebida;
- H8₀ : Os indicadores de performance analisados apresentam maioritariamente maiores correlações com suas respectivas dimensões de performance;
- H9₀ : A validação e adequação do modelo da Performance Global Percebida foram comprovadas.

Nos estudos 1 a 3, os resultados foram agregados em subcategorias (domínios de avaliação e indicadores de Performance) e categorias (macrodomínios de avaliação e dimensões de performance) e aplicadas análises descritivas (tópico 6.1.1.) em modelos inovadores de mensuração de performance com 24 domínios e seis macrodomínios de avaliação (*proxy* C), outro com 20 indicadores e sete dimensões de performance (*proxy* E+F)

além de outro com 56 indicadores e sete dimensões de performance (*proxy G*). Algumas das hipóteses propostas quanto aos resultados descritivos foram verificadas. De seguida, aplicou-se métodos de análise inferencial (tópico 6.1.2.), a fim de verificar a validade das demais hipóteses propostas e consolidar os modelos desenhados nesta investigação para os itens de avaliação de performance (domínios e macrodomínios de avaliação e indicadores e dimensões de performance) (estudos 1 a 3).

A figura 6 (*proxy C*) sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Performance Global Percebida. Dessa forma, a ampla maioria das hipóteses iniciais foram validadas e confirmaram a validação dos itens de mensuração de performance testados (24 domínios e cinco macrodomínios de avaliação), na *proxy C*. Por sua vez, a figura 7 (*proxy E+F*) e a figura 8 (*proxy G*) sintetizaram os ajustes da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Performance Global Percebida. Dessa forma, a ampla maioria das hipóteses iniciais foram validadas e confirmaram a validação dos itens de mensuração de performance testados (14 indicadores e seis dimensões de performance, na *proxy E+F*, e, 49 indicadores e seis dimensões de performance, na *proxy G*).

Dessa forma, optou-se por apresentar uma síntese de validações (ou refutações) e conclusões das hipóteses analisadas com vínculos aos resultados apurados quanto aos itens de avaliação de performance (tópicos 6.1 e 9.1 – apêndice 9), conforme o quadro 15 abaixo:

Hipóteses formuladas (Itens de avaliação de performance)	Referências (<i>Proxy</i> , Tab./Graf.)	Resultados das hipóteses
- $H1_0$: Os <u>níveis de conhecimentos</u> atribuídos aos <u>domínios</u> de avaliação e seus reflexos sobre os <u>macrodomínios</u> são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u> .		
<p>- $H1^1_0$: Os <u>níveis de conhecimentos</u> atribuídos aos <u>domínios</u> de avaliação são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>;</p> <p>- $H1^2_0$: Os <u>níveis de conhecimentos</u> obtidos nos <u>macrodomínios</u> de avaliação são</p>	<p><u>Proxy C</u></p> <p>(Profiss. e Gestores)</p> <p>- Domínios (Tab. 1, <i>proxy C</i>).</p> <p>- Macro-domínios (Tab. 2, <i>proxy C</i>).</p>	<p>- Para os profissionais e gestores, <u>todos os 24 domínios</u> de avaliação obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior ou cerca de 4), na <i>proxy C</i>;</p> <p>- Para os profissionais e gestores, <u>todos os cinco macrodomínios</u> de avaliação obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior ou cerca de 4), na <i>proxy C</i>.</p>

<p>maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>.</p>	<p><i>Em síntese, todos os 24 domínios de avaliação e todos os cinco macrodomínios de avaliação obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior ou cerca de 4), na proxy C;</i></p>	
<p>- H2₀ : Os <u>níveis de conhecimentos</u> atribuídos aos <u>macrodomínios</u> de avaliação são discriminados pelas <u>três variáveis moderadoras</u>.</p>		
<p>- H2¹₀ : Os <u>níveis de conhecimentos</u> obtidos nos <u>macrodomínios</u> de avaliação são discriminados pelo <u>nível de atenção</u> (cuidados) à saúde;</p> <p>- H2²₀ : Os <u>níveis de conhecimentos</u> obtidos nos <u>macrodomínios</u> de avaliação são discriminados pelo <u>nível de complexidade</u> da assistência;</p> <p>- H2³₀ : Os <u>níveis de conhecimentos</u> obtidos nos <u>macrodomínios</u> de avaliação são discriminados pelo <u>nível de cargo/função</u>.</p>	<p><u>Proxy C</u> (Profiss. e Gestores)</p> <p>- Macro-domínios (Tab. 56, proxy C).</p>	<p>- O <u>nível de atenção</u> à saúde <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p>0,050) de <u>nenhum dos cinco macrodomínios</u> de avaliação, na <i>proxy</i> C;</p> <p>- O <u>nível de complexidade</u> da assistência <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p>0,050) de <u>nenhum dos cinco macrodomínios</u> de avaliação, na <i>proxy</i> C;</p> <p>- O <u>nível de cargo/função</u> <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p>0,050), de <u>três macrodomínios</u> (Qualitativos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico), exceto nos macrodomínios de avaliação Quantitativos e Efeitos, na <i>proxy</i> C.</p> <p><i>Em síntese, os <u>níveis de atenção</u> à saúde e de <u>complexidade</u> da assistência <u>não tiveram influência como fator moderador</u> (valor-p>0,050) em <u>nenhum dos cinco macrodomínios</u> de avaliação, enquanto o <u>nível de cargo/função</u> <u>não teve influência como fator moderador</u> (valor-p>0,050), em <u>três macrodomínios</u> (Qualitativos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico), mas <u>teve influência mediadora em dois macrodomínios</u> (Quantitativos e Efeitos), na <i>proxy</i> C.</i></p>
<p>- H3₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> atribuídos aos <u>indicadores</u> de performance e seus reflexos sobre as <u>dimensões</u> são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>.</p>		
<p>- H3¹₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> atribuídos aos <u>indicadores</u> de performance são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>;</p> <p>- H3²₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> atribuídos às <u>dimensões</u> de</p>	<p><u>Proxy E+F e Proxy G</u> (Gestores vs Decisores)</p> <p>- Indicadores (Tab. 3 e Graf. 8, proxy E+F; Tab. 5, Graf. 10, proxy G).</p> <p>- Dimensões (Tab. 4 e Graf. 8, proxy</p>	<p>- Para os <u>gestores</u>, <u>todos os 20 indicadores</u> de performance obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior ou cerca de 3), na <i>proxy</i> E+F, e, para os <u>decisores</u> <u>todos os 56 indicadores</u> de performance obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior ou cerca de 4), na <i>proxy</i> G.</p> <p>- Para os <u>gestores</u>, <u>todas as sete dimensões</u> de performance obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior a 3), na <i>proxy</i> E+F, e, para os <u>decisores</u> <u>as sete dimensões</u> de performance</p>

<p>performance são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>.</p>	<p>E+F; Tab. 6, Graf. 10, <i>proxy</i> G).</p>	<p>obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior a 4), na <i>proxy</i> G.</p>
<p><i>Em síntese, todos os 20 indicadores de performance, na proxy E+F, e, todos os 56 indicadores de performance, na proxy G, obtiveram valorações acima das notas médias (superior a 3 ou cerca de 4).</i></p>		
<p>- H4₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> atribuídas as <u>dimensões</u> são discriminados pelas <u>três variáveis moderadoras</u></p>		
<p>- H4¹₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>dimensões</u> são discriminados pelo <u>nível de atenção</u> (cuidados) à saúde;</p> <p>- H4²₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>dimensões</u> são discriminados pelo <u>nível de complexidade</u> da assistência;</p> <p>- H4³₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>dimensões</u> são discriminados pelo <u>nível de cargo/função</u>.</p>	<p><u>Proxy E+F e Proxy G</u> (Gestores vs Decisores)</p> <p>- Atenção (Tab. 57, <i>proxy</i> E+F; Tab. 59, <i>proxy</i> G).</p> <p>- Complexidade (Tab. 60, <i>proxy</i> G).</p> <p>- Cargo/função (Tab. 58, <i>proxy</i> E+F; Tab. 61, <i>proxy</i> G).</p>	<p>- Para os <u>gestores</u>, o <u>nível de atenção</u> à saúde <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p>0,050) na <u>ampla maioria</u> das <u>sete dimensões</u> de performance, exceto nas <u>dimensões Produtividade Assistencial e Efetividade</u>, na <i>proxy</i> E+F, e, para os decisores o <u>nível de atenção</u> à saúde <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> de <u>nenhuma</u> das <u>sete dimensões</u> de performance, na <i>proxy</i> G.</p> <p>- Para os <u>gestores</u>, o <u>nível de complexidade</u> da assistência <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p>0,050) em <u>nenhuma</u> das <u>sete dimensões</u> de performance, na <i>proxy</i> E+F, e, para os decisores o <u>nível de complexidade</u> da assistência <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> de <u>nenhuma</u> das <u>sete dimensões</u> de performance, na <i>proxy</i> G;</p> <p>- Para os <u>gestores</u>, o <u>nível de cargo/função</u> <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p>0,050) na <u>ampla maioria</u> das <u>sete dimensões</u> de performance, exceto na <u>dimensão Efetividade</u>, na <i>proxy</i> E+F, e, para os decisores o <u>nível de cargo/função</u> <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> na <u>ampla maioria</u> das <u>sete dimensões</u> de performance, exceto na <u>dimensão Produtividade Assistencial</u>, na <i>proxy</i> G</p> <p><i>Em síntese, o nível de complexidade da assistência não teve influência como fator moderador (valor-p>0,050) de nenhuma das sete dimensões de performance nas proxies E+F e G, enquanto os níveis de atenção à saúde e de cargo/função tiveram influência (valor-p≤0,050) apenas em duas dimensões de performance (Produtividade Assistencial e Efetividade).</i></p>
<p>- H5₀ : Os <u>indicadores de performance</u> apresentam maioritariamente <u>carga fatorial relevante</u> sobre suas respectivas <u>dimensões de performance</u>.</p>	<p><u>Proxy E+F e proxy G</u> (Gestores vs Decisores)</p>	<p>- A <u>ampla maioria</u> (14) dos 20 <u>indicadores de performance</u> (<i>proxy</i> E+F, gestores), e a <u>ampla maioria</u> (49) dos 56 <u>indicadores de performance</u> (<i>proxy</i> G, decisores), apresentaram <u>carga fatorial</u></p>

	- Indicadores (Tab. 12, <i>Proxy</i> E+F e Tab. 17, <i>Proxy</i> G)	<u>superior a 0,50</u> (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC).
- $H6_0$: As <u>dimensões de performance</u> apresentam maioritariamente <u>qualidade e validação</u> comprovadas.	<u><i>Proxy</i> E+F e <i>proxy</i> G</u> (Gestores vs Decisores) - Dimensões (Tab. 13, <i>Proxy</i> E+F e Tab. 18, <i>Proxy</i> G)	- <u>Todas as sete dimensões</u> de performance (<i>proxy</i> E+F, gestores e <i>proxy</i> G, decisores) <u>tiveram qualidade e validação asseguradas</u> , com validação convergente (AVE > 0,40), confiabilidade adequada (A.C. > 0,60 ou C.C. > 0,60), unidimensionalidade e validação discriminante (VCM < AVE).
- $H7_0$: As <u>dimensões</u> de performance apresentam <u>carga fatorial</u> relevante sobre a <u>Performance Global Percebida</u> .	<u><i>Proxy</i> E+F e <i>proxy</i> G</u> (Gestores vs Decisores) - Dimensões (Tab. 14, <i>Proxy</i> E+F e Tab. 19, <i>Proxy</i> G)	- A <u>ampla maioria (6)</u> das <u>sete dimensões</u> de performance (após a <u>retirada da dimensão Produtividade Assistencial</u>), na <i>proxy</i> E+F, e também na <i>proxy</i> G (após a <u>retirada da dimensão Eficiência</u>), apresentaram <u>carga fatorial superior a 0,50</u> (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC).
- $H8_0$: Os <u>indicadores de performance</u> analisados apresentam maioritariamente maiores <u>correlações</u> com suas respectivas <u>dimensões de performance</u>	<u><i>Proxy</i> E+F e <i>proxy</i> G</u> (Gestores vs Decisores) - Correlações (Tab. 64 e Gráf. 24, <i>Proxy</i> E+F e Tab. 66 e Gráf. 25, <i>Proxy</i> G)	- <u>A ampla maioria dos 20 indicadores de performance, na <i>proxy</i> E+F e dos 56 indicadores de performance, na <i>proxy</i> G, apresentaram maiores correlações</u> com suas respectivas <u>sete dimensões de performance</u> .
- $H9_0$: A <u>validação e adequação do modelo da Performance Global Percebida</u> foram comprovadas.	<u><i>Proxy</i> E+F e <i>proxy</i> G</u> (Gestores vs Decisores) - Performance Global Percebida (Tab. 15 e 16 e Fig.7, <i>Proxy</i> E+F e Tab. 20 e 21 e Fig.8, <i>Proxy</i> G)	- A <u>Performance Global Percebida</u> (mantidas as <u>seis dimensões</u> de performance, após exclusão de uma dimensão, nas <i>proxies</i> E+F e G) <u>teve qualidade e validação asseguradas</u> , com validação convergente (AVE > 0,40), confiabilidade adequada (A.C. > 0,60 ou C.C. > 0,60), unidimensionalidade e validação discriminante (VCM < AVE); - O ajuste da AFC foi considerado adequado, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores ou próximos a 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10, nas <i>proxies</i> E+F e G

	<p><i>Em síntese, a <u>Performance Global Percebida</u> teve qualidade e validação asseguradas e os <u>parâmetros de qualidade</u> indicaram boa adequação, sem necessidade de propor ajustes no modelo final com indicadores e dimensões (figuras 7 e 8).</i></p>
--	--

Quadro 15 - Síntese de validações e conclusões de hipóteses sobre itens de avaliação de performance (estudos 1, 2 e 3)

6.4. Validações e conclusões de hipóteses sobre itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)

Nos tópicos 6.2. e 9.2. (apêndice 9), procedeu-se a análise da adequação e validação de itens da escala internacional SERVQUAL de qualidade e satisfação para o mapeamento dos constructos de qualidade (ideias-força) relevantes, na visão de agentes chaves para avaliação de qualidade/satisfação em serviços de saúde, em busca de um índice sintético proveniente dos itens de avaliação da qualidade percebida, analisou-se os reflexos sobre uma *variável latente* Qualidade Global Percebida pelo que se mensurou os efeitos refletidos das valorações dos itens de análise da escala de qualidade adaptada (constructos e questões validadas) bem como suas subdimensões e macrodimensões de qualidade, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em um modelo estrutural validado, a fim de validar a composição de uma escala de qualidade e satisfação de usuários consolidada em um questionário aplicado ao contexto de unidades e serviços de saúde do SUS.

A partir destes resultados relatados (tópicos 6.2 e 9.2) propôs-se a análise, a seguir, quanto a validação e conclusões de hipóteses sobre itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida). Para o propósito de análise das hipóteses propostas, ao nível de probabilidade dos resultados, estipulou-se um intervalo de confiança (IC) de 95% para os testes aplicados, portanto, pode-se afirmar que tem-se 95% de probabilidade de que os resultados ou valores obtidos retratem a realidade, dentro da margem de erro estipulada, neste caso 2%.

Dessa forma, testou-se as hipóteses iniciais propostas (tópico 5.3), com desdobramentos de hipóteses desagregadas conforme os conhecimentos prévios dos especialistas e profissionais que propuseram as valorações dos itens de análise da escala de qualidade adaptada (constructos e questões validadas) bem como suas subdimensões e macrodimensões de qualidade.

Inicialmente havia sido proposto um diagrama gráfico (*path diagram*), pressupondo algumas relações entre as variáveis latentes (preditas), as categorias de análise de qualidade, por exemplo, as macrodimensões de qualidade com outras variáveis latentes (preditas), as subcategorias de análise de qualidade, por exemplo, as subdimensões de qualidade e as suas respectivas variáveis observadas (preditoras), os itens de análise de qualidade percebida, por exemplo, os constructos, as questões validadas e questões adaptadas (figura 25 , tópico 5.3).

Propôs-se algumas hipóteses específicas sobre variáveis latentes e observadas de qualidade percebida quanto aos resultados obtidos pelas questões validadas e suas respectivas subdimensões e macrodimensões (figura 56).

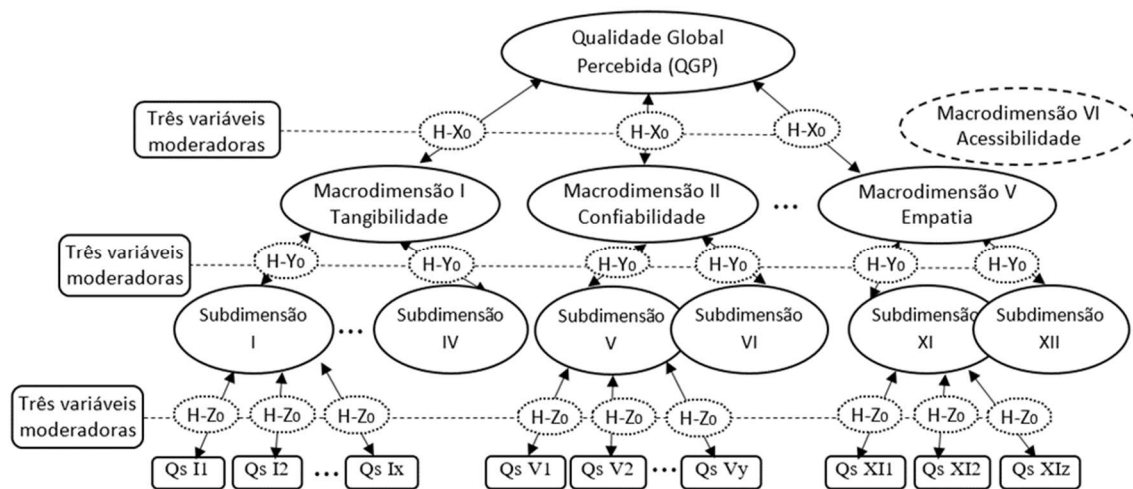


Figura 56 - Modelo gráfico das variáveis latentes (Macro & Subdimensões) e observadas (Questões de qualidade) de qualidade percebida

No escopo de questões validadas e suas respectivas, subdimensões e macrodimensões de questões validadas, testou-se as hipóteses nulas listadas a seguir, comparativamente às três possíveis variáveis moderadoras selecionadas (nível de atenção/cuidado de saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função de gestores e decisores – nível de escolaridade de usuários, no caso de pesquisa de campo). Para validar estas hipóteses nulas propostas ($H10_0$ a $H29_0$) – e seus desdobramentos de hipóteses desagregadas ($H10^1_0$ a $H10^3_0$; $H11^1_0$ a $H11^6_0$ e $H12^1_0$ a $H12^2_0$), ou refutá-las em contraposição às suas respectivas hipóteses alternativas, apropriou-se das análises de resultados obtidos nesta investigação (tópicos 6.2.1.2, 6.2.1.4, 6.2.2.1. e 6.2.2.2., além dos tópicos 9.2.1.2, 9.2.1.4, 9.2.2.1. e 9.2.2.2. - apêndice 9) e análises destas hipóteses propostas.

- H10₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos às questões validadas de qualidade percebida e seus reflexos sobre as subdimensões de questões validadas e suas respectivas macrodimensões são maioritariamente superiores às notas médias;
 - ✓ H10¹₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos às questões validadas são maioritariamente superiores às notas médias;
 - ✓ H10²₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidas nas subdimensões de questões validadas são maioritariamente superiores às notas médias;
 - ✓ H10³₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidas nas macrodimensões de questões validadas são maioritariamente superiores às notas médias.
- H11₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias atribuídos às subdimensões de questões validadas e suas respectivas macrodimensões são discriminados pelas três variáveis moderadoras;
 - ✓ H11¹₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas subdimensões de questões validadas são discriminados pelo nível de atenção (cuidados) à saúde;
 - ✓ H11²₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas subdimensões de questões validadas são discriminados pelo nível de complexidade da assistência;
 - ✓ H11³₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas subdimensões de questões validadas são discriminados pelo nível de escolaridade do usuário;
 - ✓ H11⁴₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas macrodimensões de questões validadas são discriminados pelo nível de atenção (cuidados) à saúde;
 - ✓ H11⁵₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas macrodimensões de questões validadas são discriminados pelo nível de complexidade da assistência;
 - ✓ H11⁶₀ : Os níveis de relevâncias/importâncias obtidos nas macrodimensões de questões validadas são discriminados pelo nível de escolaridade do usuário.

- H12₀ : Há associação negativa entre as subdimensões de questões validadas e suas respectivas macrodimensões, nas perspectivas Expectativa e Percepção;
- ✓ H12¹₀ : Há associação negativa entre as subdimensões de questões validadas nas perspectivas Expectativa e Percepção;
- ✓ H12²₀ : Há associação negativa entre as macrodimensões de questões validadas nas perspectivas Expectativa e Percepção;
- H13₀ : As questões validadas apresentam carga fatorial relevante sobre suas respectivas subdimensões;
- H14₀ : As subdimensões de questões validadas apresentam qualidade e validação comprovadas;
- H15₀ : As subdimensões de questões validadas apresentam carga fatorial relevante sobre suas respectivas macrodimensões;
- H16₀ : As macrodimensões de questões validadas apresentam qualidade e validação comprovadas;
- H17₀ : As questões validadas de questões validadas apresentam maiores correlações com suas respectivas subdimensões;
- H18₀ : As subdimensões de questões validadas apresentam maiores correlações com suas respectivas macrodimensões;
- H19₀ : A validação e adequação do modelo da Qualidade Global Percebida, de questões validadas, foram comprovadas.

Nos estudos 4 e 5, os resultados foram respectivamente agregados em subcategorias (constructos e questões validadas) e categorias (subdimensões de constructos e subdimensões de questões validadas) e macrocategoriais (macrodimensões de qualidade) de mensuração de qualidade/satisfação percebida através de um processo empírico colaborativo de painéis de especialistas e grupos pilotos de gestores e de campo de usuários que livremente expressaram seus conhecimentos prévios e atribuíram importância/relevância para o julgamento de cada um dos itens apresentados a partir de conceitos globais e genéricos apresentados, tendo sido estruturados e aplicadas análises descritivas (tópico 6.2.1.) em modelos inovadores de mensuração de qualidade/satisfação percebida com 40 domínios, 22 subdimensões de domínios e cinco macrodimensões de qualidade (*proxy* J) e outro com 20

questões validadas, 13 subdimensões de questões validadas e seis macrodimensões de qualidade (*proxy* M+N). Algumas das hipóteses propostas quanto aos resultados descritivos foram verificadas. De seguida, aplicou-se métodos de análise inferencial (tópico 6.2.2.), a fim de verificar a validade das demais hipóteses propostas e consolidar os modelos desenhados nesta investigação dos itens de mensuração de qualidade percebida (constructos, questões validadas, subdimensões e macrodimensões de qualidade) (estudos 4 e 5).

A figura 9 (*proxy* J) sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Qualidade Global Percebida. Dessa forma, a ampla maioria das hipóteses iniciais foram validadas e confirmaram a validação dos itens de mensuração de qualidade testados (38 constructos, 15 subdimensões de constructos e quatro macrodimensões de qualidade, na *proxy* J).

Dessa forma, optou-se por apresentar uma síntese de validações (ou refutações) e conclusões das hipóteses analisadas com vínculos aos resultados apurados quanto aos itens de medição de qualidade/satisfação percebida (tópicos 6.2 e 9.2 – apêndice 9), conforme o quadro 16 abaixo:

Hipóteses formuladas (Itens de medição de qualidade/satisfação)	Referências (<i>Proxy</i> , Tab./Graf.)	Resultados das hipóteses
- H10 ₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> atribuídos às <u>questões validadas</u> de qualidade percebida e seus reflexos sobre as <u>subdimensões</u> de questões validadas e suas respectivas <u>macrodimensões</u> são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u> .		
<p>- H10¹₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> atribuídos às <u>questões validadas</u> são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>;</p> <p>- H10²₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidas nas <u>subdimensões</u> de questões validadas são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>;</p>	<p><u>Proxy M+N</u></p> <p>- Expectativa e Percepção (Tab. 35, <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- Expectativa e Percepção (Tab. 36, <i>proxy</i> M+N).</p>	<p>- Nas perspectivas de Expectativa e de Percepção, <u>todas as 20 questões validadas</u> (SDQ07CV19 - Acessibilidade aos Serviços e SDQ07CV20 - Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa) obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior ou cerca de 3), na <i>proxy</i> M+N;</p> <p>- Nas perspectivas de Expectativa e de Percepção a <u>ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas</u> (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa) obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior ou cerca de 3), na <i>proxy</i> M+N;</p> <p>- Nas perspectivas de Expectativa e de Percepção a <u>todas as seis macrodimensões de questões</u></p>

<p>- H10³₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidas nas <u>macrodimensões</u> de questões validadas são maioritariamente superiores às <u>notas médias</u>.</p>	<p>- Expectativa e Percepção (Tab. 37, <i>proxy</i> M+N).</p>	<p><u>validadas</u> (Acessibilidade não foi mensurada quanto a Expectativa) obtiveram <u>valorações acima das notas médias</u> (superior a 3), na <i>proxy</i> M+N.</p>
<p><i>Em síntese, todas as 20 questões validadas, a ampla maioria das 13 subdimensões e as seis macrodimensões de questões validadas obtiveram valorações maioritariamente acima das notas médias (superior ou cerca de 3), na proxy M+N.</i></p>		
<p>- H11₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> atribuídos às <u>subdimensões</u> de questões validadas e suas respectivas <u>macrodimensões</u> são discriminados pelas <u>três variáveis moderadoras</u>.</p>		
<p>- H11¹₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>subdimensões</u> de questões validadas são discriminados pelo <u>nível de atenção</u> (cuidados) à saúde;</p> <p>- H11²₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>subdimensões</u> de questões validadas são discriminados pelo <u>nível de complexidade</u> da assistência;</p> <p>- H11³₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>subdimensões</u> de questões validadas são discriminados pelo <u>nível de escolaridade do usuário</u>.</p>	<p><u>Proxy M+N</u></p> <p>- <u>Atenção</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 91 <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 92 <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- <u>Complexidade</u></p> <p>- Expectativa (e Tab. 93 <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 94 <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- <u>Escolaridade</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 95 <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 96 <i>proxy</i> M+N).</p>	<p>- O <u>nível de atenção</u> à saúde <u>pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p≤0,050) em <u>todas as 12 subdimensões</u> (Expectativa) e <u>13 subdimensões</u> (Percepção) (além da subdimensão Satisfação Global), na <i>proxy</i> M+N.</p> <p>- O <u>nível de complexidade</u> da assistência <u>pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p≤0,050) na <u>ampla maioria das 12 subdimensões</u> (Expectativa) e das <u>13 subdimensões</u> (Percepção) (além da subdimensão Satisfação Global), na <i>proxy</i> M+N. Para a Expectativa, houve <u>duas exceções nas subdimensões de questões validadas</u> (Estrutura Física e Fornecimento de Serviços), na <i>proxy</i> M+N.</p> <p>- O <u>nível de escolaridade do usuário</u> <u>pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p≤0,050) na <u>ampla maioria das 13 subdimensões</u> (Percepção), na <i>proxy</i> M+N, sendo três exceções para a Percepção (Instalações Físicas, Fornecimento de Serviços, Atenção e Disposição p/ Atendimento). Porém, <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-p>0,050) na <u>ampla maioria das 12 subdimensões</u> (Expectativa) (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), com raras exceções (<u>três subdimensões</u>).</p>

	<p><i>Em síntese, os <u>níveis de atenção à saúde e de complexidade da assistência</u> tiveram influências como <u>fatores moderadores</u> (valor-$p \leq 0,050$) <u>na ampla maioria das 12 subdimensões (Expectativa) e também nas 13 subdimensões (Percepção) de questões validadas, na proxy M+N, além da subdimensão Satisfação Global, sendo exceções até duas subdimensões de questões validadas</u> (para Expectativa - Prioridade nos interesses do cliente e Confiança na Competência Profissional). <u>Quanto ao nível de escolaridade do usuário pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-$p \leq 0,050$) <u>na ampla maioria das 13 subdimensões (Percepção)</u> (além da subdimensão Satisfação Global), na proxy M+N, com raras exceções (três subdimensões).. Entretanto, <u>não pode ser considerado como fator moderador</u> (valor-$p > 0,050$) <u>na ampla maioria das 12 subdimensões (Expectativa)</u>, com raras exceções (três subdimensões).</i></p>	
<p>- H11⁴₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>macrodimensões</u> de questões validadas são discriminados pelo <u>nível de atenção</u> (cuidados) à saúde;</p> <p>- H11⁵₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>macrodimensões</u> de questões validadas são discriminados pelo <u>nível de complexidade</u> da assistência;</p> <p>- H11⁶₀ : Os <u>níveis de relevâncias/importâncias</u> obtidos nas <u>macrodimensões</u> de questões validadas são discriminados pelo <u>nível de escolaridade do usuário</u>.</p>	<p><u>Proxy M+N</u></p> <p>- <u>Atenção</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 97, proxy M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 97, proxy M+N).</p> <p>- <u>Complexidade</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 98, proxy M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 98, proxy M+N).</p> <p>- <u>Escolaridade</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 99, proxy M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 99, proxy M+N).</p>	<p>- O <u>nível de atenção à saúde</u> <u>pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-$p \leq 0,050$) em <u>todas as cinco macrodimensões</u> de questões validadas, na proxy M+N (Expectativa e Percepção), além da <u>macrodimensão Confiabilidade</u> adicional para a Percepção.</p> <p>- O <u>nível de complexidade da assistência</u> <u>pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-$p \leq 0,050$) em <u>todas as cinco macrodimensões</u> de questões validadas, na proxy M+N (Expectativa e Percepção), além da <u>macrodimensão Acessibilidade</u> para a Percepção, sendo exceção a <u>macrodimensão Confiabilidade</u> para a Expectativa.</p> <p>- O <u>nível de escolaridade do usuário</u> <u>pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-$p \leq 0,050$) em <u>todas as cinco macrodimensões</u> de questões validadas, na proxy M+N (Expectativa e Percepção), além da <u>macrodimensão Acessibilidade</u> para a Percepção, sendo exceção a <u>macrodimensão Confiabilidade</u> para a Expectativa. Porém, <u>não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-$p > 0,050$) <u>na ampla maioria das cinco macrodimensões</u> (Expectativa) (Acessibilidade não foi mensurada quanto a Expectativa), com uma exceção (Empatia), na proxy M+N.</p>
	<p><i>Em síntese, os <u>níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade do usuário</u> tiveram influências como <u>fatores moderadores</u> (valor-$p \leq 0,050$) <u>na ampla maioria das cinco macrodimensões (Expectativa e Percepção) de questões validadas, na proxy M+N, além da subdimensão Acessibilidade (Percepção), sendo exceção a macrodimensão Confiabilidade</u> para a Expectativa. Porém, o <u>nível de escolaridade não pode ser considerado como fator mediador</u> (valor-$p > 0,050$) <u>na ampla maioria das cinco macrodimensões</u></i></p>	

	(Expectativa) (Acessibilidade não foi mensurada quanto a Expectativa), com uma exceção (Empatia), na <i>proxy</i> M+N.
- H12 ₀ : Há <u>associação negativa</u> entre as <u>subdimensões</u> de questões validadas e suas respectivas <u>macrodimensões</u> , nas perspectivas <u>Expectativa e Percepção</u> .	
<p>- H12¹₀ : Há <u>associação negativa</u> entre as <u>subdimensões</u> de <u>questões validadas</u>, nas perspectivas de <u>Expectativa e de Percepção</u>;</p> <p>- H12²₀ : Há <u>associação negativa</u> as <u>macrodimensões</u> de <u>questões validadas</u>, nas perspectivas de <u>Expectativa e de Percepção</u>;</p>	<p><u>Proxy M+N</u></p> <p>- <u>Subdi-mensão</u></p> <p>- Expectativa vs Percepção (Tab. 100, <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- <u>Macrodi-mensão</u></p> <p>- Expectativa vs Percepção (Tab. 101, <i>proxy</i> M+N).</p>
	<p>- Houve <u>correlação significativa</u> (valor-p<0,050) e <u>positiva</u> em <u>todas as 12 subdimensões de questões validadas</u> (Expectativa e Percepção), na <i>proxy</i> M+N, indicando que <u>quanto maior é a Expectativa maior tende a ser a Percepção</u>.</p> <p>- Houve <u>correlação significativa</u> (valor-p<0,050) e <u>positiva</u> em <u>todas as cinco macrodimensões de questões validadas</u> (Expectativa e Percepção), na <i>proxy</i> M+N, indicando que <u>quanto maior é a Expectativa maior tende a ser a Percepção</u> obtidas em <u>todas as macrodimensões</u>.</p> <p>Obs: Achados em <u>contraposição à associação negativa</u> citada pela literatura de aplicação da escala Servqual (Parasuraman et al., 1988; 1991 1994; Babakus & Mangold, 1992).</p>
- H13 ₀ : As <u>questões validadas</u> apresentam <u>carga fatorial</u> relevante sobre suas respectivas <u>subdimensões</u> .	<p><u>Proxy M+N</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 45, <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 46, <i>proxy</i> M+N)</p>
- H13 ₀ : As <u>questões validadas</u> para a <u>Percepção</u> (19 <u>questões</u>) e a <u>ampla maioria</u> para a <u>Expectativa</u> (17 <u>questões</u>), (<i>SDQ19CV19_Prazo.Espera.Aten</i> não foi mensurada para Expectativa), após análise e exclusão de uma questão validada (<i>SDQ07CV7_Tempo</i>) para a Expectativa, na <i>proxy</i> M+N, apresentaram <u>carga fatorial superior a 0,50</u> (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC);	
- H14 ₀ : As <u>subdimensões</u> de questões validadas apresentam <u>qualidade e validação</u> comprovadas.	<p><u>Proxy M+N</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 47, <i>proxy</i> M+N).</p> <p>- Percepção (Tab. 48, <i>proxy</i> M+N)</p>
- H14 ₀ : As <u>subdimensões</u> de questões validadas apresentam <u>qualidade e validação</u> comprovadas.	<p>- <u>Todas as 12 subdimensões de questões validadas</u> (Expectativa e Percepção), além da <u>subdimensão Acessibilidade</u> adicional (Percepção), na <i>proxy</i> M+N, <u>tiveram qualidade e validação asseguradas</u>, com validação convergente (AVE > 0,40), confiabilidade adequada (A.C. > 0,60 ou C.C. > 0,60), unidimensionalidade e validação discriminante (VCM < AVE).</p>
- H15 ₀ : As <u>subdimensões</u> de questões validadas apresentam <u>carga fatorial</u> relevante sobre suas respectivas <u>macrodimensões</u> .	<p><u>Proxy M+N</u></p> <p>- Expectativa (Tab. 49, <i>proxy</i> M+N).</p>
- H15 ₀ : As <u>subdimensões</u> de questões validadas apresentam <u>carga fatorial</u> relevante sobre suas respectivas <u>macrodimensões</u> .	<p>- A <u>ampla maioria</u> (11) das 12 <u>subdimensões</u> de questões validadas, para Expectativa (após a <u>retirada da subdimensão Fornecimento de Serviços</u>), além de <u>todas as 13 questões validadas</u>, para Percepção, na <i>proxy</i> M+N, apresentaram <u>carga fatorial superior a 0,50</u> (ou</p>

	- Percepção (Tab. 50, <i>proxy</i> M+N)	suas permanências não impediram a validação convergente da AFC).
- H16 ₀ : As <u>macrodimensões</u> de questões validadas apresentam <u>qualidade e validação</u> comprovadas.	<u>Proxy M+N</u> - Expectativa (Tab. 51, <i>proxy</i> M+N). - Percepção (Tab. 52, <i>proxy</i> M+N)	- <u>Todas as cinco macrodimensões de questões validadas</u> (Expectativa e Percepção), além da <u>macrodimensão Acessibilidade</u> adicional (Percepção), na <i>proxy</i> M+N, <u>tiveram qualidade e validação asseguradas</u> , com validação convergente (AVE > 0,40), confiabilidade adequada (A.C. > 0,60 ou C.C. > 0,60), unidimensionalidade e validação discriminante (VCM < AVE).
- H17 ₀ : As <u>questões validadas</u> apresentam maiores <u>correlações</u> com suas respectivas <u>subdimensões</u> .	<u>Proxy M+N</u> - Expectativa (Tab. 105, Graf. 28, <i>proxy</i> M+N). - Percepção (Tab. 107, Graf. 30, <i>proxy</i> M+N).	- A <u>ampla maioria das 18 questões validadas</u> apresentaram <u>maiores correlações com suas respectivas 12 subdimensões</u> de questões validadas (Expectativa e Percepção), além da <u>subdimensão Acessibilidade</u> adicional (Percepção), na <i>proxy</i> M+N.
- H18 ₀ : As <u>subdimensões</u> de questões validadas apresentam maiores <u>correlações</u> com suas respectivas <u>macrodimensões</u> .	<u>Proxy M+N</u> - Expectativa (Tab. 106, Graf. 29, <i>proxy</i> M+N). - Percepção (Tab. 108, Graf. 31, <i>proxy</i> M+N).	- A <u>ampla maioria das 12 subdimensões questões validadas</u> apresentaram <u>maiores correlações com suas respectivas cinco macrodimensões</u> (Expectativa e Percepção), além da <u>macrodimensão Acessibilidade</u> adicional (Percepção), na <i>proxy</i> M+N.
- H19 ₀ : A <u>validação e adequação do modelo da Qualidade Global Percebida</u> , de <u>questões validadas</u> , foram comprovadas.	<u>Proxy M+N</u> - <u>Qualidade Global Percebida</u> - Expectativa (Tab. 53 e Fig. 10, <i>Proxy</i> M+N) - Percepção (Tab. 54 e Fig. 11, <i>Proxy</i> M+N)	- A <u>Qualidade Global Percebida</u> (mantidas as <u>cinco macrodimensões</u> de qualidade, na <i>proxy</i> M+N) teve <u>qualidade e validação asseguradas</u> , para a <u>Expectativa e Percepção</u> , além da <u>macrodimensão Acessibilidade</u> adicional (Percepção), com validação convergente (AVE > 0,40), confiabilidade adequada (A.C. > 0,60 ou C.C. > 0,60), unidimensionalidade e validação discriminante (VCM < AVE); - O ajuste da AFC foi considerado adequado, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores ou próximos a 0,80 e

		o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10, na <i>proxy</i> M+N.
	<i>Em síntese, a <u>Qualidade Global Percebida</u> teve <u>qualidade e validação asseguradas</u> e os <u>parâmetros de qualidade</u> indicaram boa adequação, sem necessidade de propor ajustes no modelo final com indicadores e dimensões (figura 10 – Expectativa e figura 11 – Percepção).</i>	

Quadro 16 - Síntese validações e conclusões de hipóteses sobre itens de medição de qualidade/satisfação (estudos 4 e 5)

CONCLUSÕES

A Lei Helói Chaves de 1923 pode ser considerada a primeira tentativa de organizar a saúde pública no Brasil. Sucederam-se melhorias incrementais de organização sanitária nas décadas de 1930 até meados de 1970, quando a crise da saúde pública brasileira impulsionou o movimento de reforma sanitária, que resultou na criação do SUS, na Constituição Federal de 1988. Este Sistema Nacional de Saúde (SUS) alcançou avanços notáveis nas garantias de atendimento, na organização sistêmica, na descentralização da gestão única, na participação social e em outros campos. Entretanto, passados 30 anos desse percurso estruturante do SUS, apesar de algumas iniciativas governamentais, ainda, permanecem incipientes as questões de governança sistêmica, de gestão de resultados e de avaliação e monitoramento de desempenho na saúde brasileira.

Por sua vez, a NGP ou Gerencialismo, tem exigido dos gestores públicos de saúde esforços de monitoramento de resultados, controladoria e responsabilização (*accountability*) dos gastos públicos, visto que muitos países da Europa e América Latina aplicam cerca de 9 a 10% do PIB-GDP em saúde (OECD, 2015a, 2015b).

No entanto, a regulação do sistema público de saúde do Brasil pauta-se basicamente na gestão da demanda e na garantia do acesso e na organização dos fluxos assistenciais, sem uma preocupação de desempenho nos pontos de atenção à saúde. Com isto, agrava-se a crise de recursos e de financiamento, não havendo transparência nos resultados de hospitais e demais serviços de saúde, quanto ao seu desempenho e resultados alcançados.

Nesse contexto, a presente investigação considerou relevante estudar o estabelecimento de mecanismos e instrumentos de mensuração de performance e monitoramento de resultados em saúde, como por exemplo, um *proxy* de um painel de indicadores e dimensões de performance, além de estruturar e validar uma escala inovadora de mensuração de qualidade e satisfação de usuários do SUS, que foi proposta para apuração do indicador de qualidade/satisfação de usuários do painel de indicadores desta investigação.

7.1. Descrição da abordagem

No primeiro escopo, o estudo destacou a evolução recente das teorias e modelos de avaliação na área de saúde, quanto à estruturação do campo da avaliação para a tomada de

decisão e a medição de performance em organizações e serviços de saúde, em busca de construir um quadro teórico-conceitual (*framework*) para a geração de indicadores de performance aplicável aos hospitais e serviços de saúde do SUS. Também analisou algumas metodologias de mensuração de resultados em saúde no cenário mundial como os projetos QIP e AHRQ (EUA), EFQM (Europa) e PATH (OMS), e projetos brasileiros como o PROADESS, PNASH, PNASS, PMAQ e as matrizes de indicadores como IDB-Ripsa e IDSUS (Brasil, 2011b), em busca de desenvolver um quadro teórico-conceitual (base teórico-metodológica) de avaliação de performance para organizações de saúde, aplicável às unidades do SUS.

De seguida, na etapa empírica, após a construção da base teórico-lógico (*framework*), estruturou-se um processo colaborativo com gestores e profissionais para a captação de conhecimentos prévios e validação da percepção e valores atribuídos desses agentes chaves (*key stakeholders*), na perspectiva de relevância/importância (usabilidade para a tomada de decisão), para a construção de consensos quanto a um grupo de indicadores e dimensões de mensuração de desempenho em organizações e serviços de saúde de hospitais, policlínicas e outras unidades do SUS, tendo elaborado uma proposta de um *proxy* de painel de indicadores e dimensões multidimensionais, devidamente validado pelos agentes de decisão chaves, em uma amostra selecionada multicêntrica.

Em outro escopo dessa investigação, face à escassez de instrumentos padronizados e validados de mensuração de qualidade e satisfação no SUS, estudou-se algumas teorias de destaques na literatura quanto as bases de avaliação de qualidade percebida para a estruturação de escalas de medição de qualidade e satisfação de usuários de serviços de saúde em busca de estruturar uma base teórico-conceitual (*framework*) de mensuração de qualidade e satisfação em serviços de saúde e, elaborou-se uma proposta de estratégia de mensuração de avaliação de satisfação dos usuários. Para tal, elegeu-se o escopo de *experiência de serviços*, que está na base do enquadramento teórico da linha experiência de serviços para mensuração da satisfação de usuários e que resultou na escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988, 1991b), modelo de escala, que apesar de importantes limitações elencadas neste estudo, foi adaptada nesta investigação para o contexto do SUS.

Ressalte-se que a escolha da SERVQUAL pautou-se na possível facilidade de incorporação à gestão pública brasileira, visto que na única experiência governamental registrada pelo Ministério do Planejamento do Brasil, destacaram-se as cinco dimensões proposta na escala SERVQUAL (confiabilidade, capacidade de resposta, segurança, empatia

e tangibilidade) e as 22 questões originais do método que parecem ter sido objeto de traduções simplificadas e incorporadas diretamente na proposta de questionário vinculado ao IPPS, que segundo Batista e Paiva (2014) foi base para um software que combina elementos das principais metodologias internacionais de medição de satisfação dos usuários.

Na etapa empírica desse escopo adicional procedeu-se a tradução e a adaptação transcultural da escala SERVQUAL em um novo instrumento (escala de medição de qualidade/satisfação de usuários do SUS) fundamentados no campo da translação de conhecimentos no qual as teorias consolidadas são alvos de transliteração à luz de experiências dos atores sociais envolvidos (Barbosa & Neto, 2017; Clavier et al., 2011; Hartz & John, 2008). Neste propósito, estruturou-se um processo colaborativo com especialistas e profissionais para a captação de conhecimentos prévios e validação da percepção e valores atribuídos desses agentes chaves (*key stakeholders*), para constructos (ideias-forças), questões validadas, subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida, com posterior validação de usuários, tendo estruturado e validado uma escala inovadora de mensuração de qualidade e satisfação de usuários do SUS.

Utilizou metodologias científicas de apoio à decisão, como *Design Research* e o método misto (qualitativo e quantitativo) para a abordagem analítica no envolvimento de agentes chaves (*key stakeholders*) no processo de captação e análise das respostas obtidas. Através de recursos da estatística descritiva, correlação quantílica e análise factorial, foram analisadas as ponderações de itens de avaliação de performance, na perspectiva dos gestores e decisores e, também, de itens de análise de qualidade/ satisfação de usuários. De forma complementar, foram propostas algumas hipóteses sobre variáveis latentes e observadas destes itens que foram objeto de análise estatística, para testar as hipóteses, comparativamente às três possíveis variáveis moderadoras selecionadas (nível de atenção/cuidado de saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos decisores ou de escolaridade, para usuários), processo inédito na literatura de painéis de indicadores e também quanto a escala de qualidade e satisfação de usuários da saúde.

A natureza da pesquisa caracterizou-se por uma metodologia avaliativa do tipo *observacional* (controle de possíveis influências intencionais no objeto pesquisado), *transversal*, com abordagem por método misto (qualitativo e quantitativo) de avaliação durante a etapa de validação metodológica e instrumental por decisores chaves da amostra (gestores, profissionais e usuários da saúde).

As etapas e fases operacionais de pesquisa, todas de matiz *prospectivas* e *transversais*, envolveram grupos focais (painéis de especialistas), grupos pilotos (gestores e profissionais) e, após a adequação dos instrumentos semiestruturados em fases sucessivas e incrementais, a aplicação de pesquisa de campo, inclusive com uma fase de pesquisa à distância (*online*) de captação das preferências dos decisores chaves e, ainda, das dos usuários (no caso da avaliação da qualidade percebida).

7.2. Dificuldades encontradas

A primeira dificuldade foi a necessidade de estudar diversos modelos de avaliação de performance organizacionais (quadro 3, tópico 2.2.) pelo fato das bases teóricas-conceituais estudadas considerar a *eficácia* ou *performance* organizacional como um constructo multidimensional, subjetivo e socialmente construído, tratando-se de um juízo de valor das partes interessadas (*stakeholders*) que validam seus critérios, segundo Morin *et al.* (1994 apud Carvalho, 2007: 180).

Além disso, surgiu o desafio de um estudo ampliado de diversas metodologias e sistemas de indicadores de destaque mundiais (anexo 2), também no campo de saúde pública do Brasil (anexo 5) além dos mais relevantes da saúde privada brasileira (anexo 6), que foram sistematizadas quanto as possíveis potencialidades, virtudes, limitações e/ou desafios de implementação (tópico 2.4.3) visto que a multiplicidade de perspectivas e de complexidades envolvidas, além das diversidades de escopos e definições demandaram a análise dos principais quadros teóricos e metodológicos de avaliação relevantes da literatura. Segundo Viacava (2004: 153), na área de avaliação de resultados em saúde, a variedade de modelos de desempenho descrita na literatura “reflete a complexidade da questão, além da diversidade de definições, das dimensões englobadas, dos determinantes do desempenho, dos indicadores utilizados e dos critérios de julgamento” (Sicotte *et al.*, 1998). Por sua vez, Murray & Frenk (2000b) lembram que há diversidade dos modelos propostos para medir o desempenho do sistema de saúde (Aday, 1993; AHCPR, 1999; Hoffmeyer & Kluwer, 1994; C. W. Hsiao, 1995; Knowles *et al.*; OECD; OECD; Organization, 1999).

Outra dificuldade destacada foi a incipiência de publicações em avaliação e monitoramento de sistemas e serviços de saúde no Brasil, comprovada na revisão sistemática ampliada nas principais bases publicações de artigos científicos do Brasil (SciELO e Lilacs e

Medline, via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS) que localizou apenas 112 publicações no período de 1986 a 2018 (quadro 27, anexo 4). Quanto ao contexto da avaliação de organizações de saúde brasileira foi identificado a incipiência de modelos estruturados de avaliação de desempenho limitando-se a algumas experiências isoladas, por exemplo, PROADESS, IDB, RIPSAs, PNASS, IDSS, PROHASA/CQH e SIPAGEH (anexos 5 e 6). Estas incipiências de publicações e programas oficiais resultaram em dificuldades de comparação dos resultados obtidos nesta investigação.

No outro escopo desta investigação, a primeira dificuldade enfrentada foi a multiplicidade de abordagens teórico-metodológicas para a mensuração de satisfação na área de serviços, considerado um constructo multifacetado e afetados por interações na entrega dos serviços, tendo sido necessário estudar algumas das diversas metodologias que têm sido desenvolvidas para estruturar uma escala de mensuração confiável de satisfação de usuários-utilizadores (quadro 20, anexo 2). Uma ampla revisão da literatura mundial aponta que a satisfação do usuário é multifacetada e de difícil mensuração (M. Esperidião & Trad, 2005; M. A. Esperidião, 2009). Por sua vez, Vinagre (2008) enfatiza a complexidade de aferição dos serviços pelos aspectos da *intangibilidade* (ausência de atributos físicos) dos serviços (Parasuraman et al., 1991b) e o fato dos serviços constituírem-se essencialmente enquanto processos, sendo afetados por interações e atividades (Grönroos, 1990).

Diante das muitas definições do constructo *satisfação* e dos inúmeros quadros conceptuais (*framework*) propostos na literatura para a avaliação da *satisfação*, neste trabalho, resolveu-se abordar a satisfação enquanto resposta a um processo de avaliação da experiência de consumo, e considerar tanto o resultado quanto o processo como elementos importantes para a *satisfação* dos consumidores com enfoque nos *antecedentes/preditores da satisfação*, ou seja, amparado pela *teoria da atribuição causal* (Bitner et al., 1994). Noutro prisma de dificuldades deste estudo, não foi possível abordar as possíveis limitações da escala SERVQUAL selecionada, *a priori*, apesar de ter registrado possíveis limitações relatadas na literatura (Chahal & Kumari, 2011, 2012; Cronin & Taylor, 1992) além da concepção de outros instrumentos (P. L. Ferreira, 1993; P. L. Ferreira et al., 2001; P. L. Ferreira & Mendes, 1997; P. L. Ferreira & Raposo, 2006; P. L. Ferreira et al., 2017; Pedro et al., 2010).

Outra dificuldade encontrada foi a ausência de estudos comparativos dos resultados obtidos com outros trabalhos na área de aplicação de instrumento ou escala validada e consolidada de mensuração de satisfação e/ou qualidade em saúde visto que, no Brasil, ainda

não se registra nenhuma metodologia consolidada e/ou usada em larga escala dentro do escopo de satisfação desta investigação (quadro 21, anexo 2). Na pesquisa integrativa da literatura ampliada (tabela 110, anexo 1) e na pesquisa sistemática nas principais bases de artigos científicos do Brasil (quadro 27, anexo 4), não se identificou nenhuma metodologia robusta de avaliação de qualidade e satisfação através de instrumentos padronizados e validados e/ou de larga utilização no contexto de saúde do Brasil. Achados alinhados com os resultados de uma revisão sistemática extensiva Volpato (2014), entre 1990 e 2013.

No entanto, por esta investigação envolver um processo colaborativo com especialistas, profissionais e gestores da saúde, uma das maiores dificuldades foi que os conhecimentos prévios destes atores chaves mostraram-se dependentes de informações captadas na literatura, adicionadas em cada etapa de consulta, em ambos os escopos do estudo. Quanto aos itens de avaliação de performance, o processo incremental de melhoria dos instrumentos necessitou de diversos aportes de conceitos de indicadores e dimensões de performance, visto que desde as primeiras fases houve limitações de conhecimentos referidos pelos atores chaves. Quanto aos itens dos instrumentos de mensuração de qualidade havia uma polissemia de termos e conceitos difusos, observados nas primeiras abordagens nos painéis de especialistas, possivelmente, pela escassez histórica de modelos de aferição de qualidade e satisfação no SUS, pelo que foi necessário selecionar de um instrumento estruturado (escala SERVQUAL) para estabelecer um parâmetro basal de análise e construção da escala de mensuração de qualidade e satisfação no contexto do SUS.

Destacaram-se, ainda, as dificuldades de acesso aos especialistas, profissionais e gestores da saúde para responder as entrevistas semiestruturadas, que foi superada pela parceria com algumas instituições de formação de gestores (painéis de especialistas e grupos *Dephi*), além de gestores de topo de secretarias estaduais e municipais (aplicação de campo) e, por fim, com as associações de gestores (Conass e Conasems) na investigação à distância para a validação final dos indicadores e dimensões de performance. Outra dificuldade foi a reduzida disponibilidade de usuários da saúde na abordagem de campo de 2.547 usuários em atendimento em 74 unidades do SUS que demandou uma mobilização especial através dos gestores das unidades de saúde e a capacitação de uma equipe de campo para aplicação em unidades de saúde em diferentes cidades.

7.3. Limitações do trabalho empírico

Uma das limitações iniciais do trabalho empírico foram as fragilidades de conhecimentos prévios identificadas juntos aos atores chaves (especialistas, profissionais e gestores da saúde) que se mostraram incipientes em ambos os escopos do estudo. Esta realidade demandou a seleção, *a priori*, de um modelo teórico-conceitual (*framework*) para condução das pesquisas iniciais dos painéis de indicadores e dimensões de performance, visto que os respondentes revelaram muitas limitações de conhecimentos nos painéis de especialistas. Pela mesma realidade, no segundo escopo do estudo enfrentou-se limitações de construir um instrumento com um grupo de ítems de mensuração de qualidade e satisfação a partir dos conhecimentos prévios de especialistas e profissionais da saúde, tendo inclusive limitações de comparação crítica prévia com outras proposições teórico-metodológicas da literatura, pelo que se decidiu iniciar o estudo pela seleção de um instrumento estruturado (escala SERVQUAL) para estabelecer um parâmetro basal de análise e construção da escala de mensuração de qualidade e satisfação do SUS. Em ambos os casos, estas limitações foram atenuadas pela liberdade plena dos respondentes efetivarem agregações e/ou mudanças durante o processo de estruturação e qualificação dos instrumentos de coleta de dados, que tiveram adequações incrementais em diversas fases sucessivas.

Outra limitação das etapas empíricas da investigação foi a ausência de um processo de amostragem aleatória, tendo sido necessária a seleção de participantes por disponibilidade de participação ou acessibilidade (não probabilística, com limitações de generalização de resultados), apesar de algumas cautelas na seleção dos respondentes para evitar vieses, e no caso de aplicação de campo escala de qualidade percebida, tendo implementado a amostragem de usuários do tipo estratificado proporcional, com uma amostra equilibrada ao selecionar em torno de 25 a 30 usuários-utilizadores em cada unidade avaliada, porém, sem controle de outras variáveis como gênero, faixa etária, escolaridade.

Outra fragilidade do estudo empírico foram as limitações dos Sistemas de Informações em Saúde (SIS), enquanto fontes de informações para a composição de indicadores em saúde, visto que por suas limitações no âmbito do SUS funcionaram como um delimitador do escopo de indicadores avaliados, na última etapa de validação do *proxy* de indicadores e dimensões de performance, pois a fim garantir a usabilidade não se agregou nenhum indicador que não tivesse garantia de existência de dados nos SIS do SUS.

Ressalte-se, ainda, as limitações naturais do processo empírico de medição das expectativas de clientes-consumidores relatadas na literatura. Independente do método selecionado, enfrenta-se pelo menos três desafios. O primeiro deles reflete as dificuldades para investigar a fidedignidade e a validade de escalas usadas para medições diretas de constructos como a satisfação, que é um constructo complexo e multifacetado, pois depende da relação preço/valor e imagens mentais do cliente (Dillon, 1997). Outro desafio ocorre por usuários diferentes dar importâncias relativas diferentes para as diversas dimensões contidas na satisfação (produto, serviço, comunicação, etc), e assim, para se calcular o índice de satisfação geral dos clientes-consumidores, há de se considerar as respostas a todas as variáveis apresentadas no modelo, bem como suas diferentes importâncias relativas. Há, ainda, a necessidade de definição e inclusão de variáveis de “fechamento” de cada bloco/dimensão e da satisfação geral que visam estabelecer uma situação de dependência das variáveis para o emprego da técnica de análise estatística. Sem estas variáveis seria impossível estimar-se a importância de cada variável na satisfação com a análise de uma dimensão ou com a satisfação geral.

Destaque-se também as limitações naturais do processo de coleta de dados por instrumentos semiestruturados visto que todos os ítems analisados estavam disposto em uma escala ordinal, discreta e finita (*Likert* de 5 níveis), além do desafio de definir a importância relativa entre os atributos e sua associação entre a avaliação de cada atributo e a avaliação geral relatada, visto que além de medir a satisfação dos clientes-consumidores com cada atributo, um desafio adicional pode ser definir a importância relativa entre os atributos (Fontnote et al., 2007), que pode ser obtida de duas formas: *Declarada* ou *Derivada*. A *Importância Declarada* é aquela na qual se solicita ao próprio entrevistado que avalie a importância dos atributos, para tal, geralmente se recorre a determinadas escalas, como a de *diferencial semântico*, de *ranking* e de *soma constante*; enquanto a *importância Derivada* é obtida a partir da associação por métodos estatísticos entre a avaliação de cada atributo e a avaliação geral.

Dessa forma, cientes de tais limitações, nesta investigação mediu-se a *Importância Declarada* por uma escala de *Likert* de 5 níveis (*diferencial semântico*) além dos cálculos da *Importância Derivada* através de técnicas de estatística descritiva e inferencial para avaliar os itens da escala de qualidade percebida concebida (tópicos 6.2 e 6.4).

No processo analítico, uma importante limitação foi o nível de respostas obtidas (233 - cerca de 5,6 % do universo de decisores) na consolidação final do painel de

indicadores e dimensões de performance, apesar de três ciclos de envio de *e-mails*, e, também, o alcance de uma amostra limitada 2.547 usuários (25 a 30 usuários por unidade de saúde) na análise final da escala de qualidade e satisfação dos usuários do SUS.

Por fim, destaca-se a aplicação de questionários na pesquisa de campo com ítems analisados validados apenas pelas médias ponderadas obtidas na análise estatística descritiva. Na transição das fases de consolidação dos instrumentos através de painéis de especialistas e grupos *Delphi* de profissionais e usuários mantiveram-se algumas variáveis que não foram validadas posteriormente nas análises inferenciais (indicadores e dimensões para o painel de indicadores e dimensões de performance e questões, subdimensões e macrodimensões para a escala de qualidade e satisfação de usuários), visto que esta análise foi realizada, *a posteriori*, nas respostas obtidas na pesquisa de campo, que poderia potencializar a análise dos possíveis impactos de tais exclusões, possivelmente, uma das maiores limitações desta investigação que se pode propor para a continuidade deste estudo.

7.4. Investigação futura

Para a continuidade desta investigação pode-se sugerir a análise da generalização dos resultados obtidos pela aplicação dos artefactos gerados e validados em outros extratos amostrais, preferencialmente por amostragem aleatória de gestores, profissionais e usuários. Propõem-se a ampliação da amostra em todos os extratos amostrais, a fim de permitir outros processos analíticos e comparações entre diferentes classes de gestores, profissionais e usuários, bem como de diferentes tipos de unidades de saúde.

Ao nível instrumental, propõe-se estruturar uma plataforma de aplicação digital (*online*) para otimizar o processo de aplicação e captação de respostas de especialistas, profissionais e usuários.

Outro avanço proposto é o aprofundamento analítico dos ítems considerados importantes/relevantes (médias ponderadas elevadas) da análise descritiva, mas excluídos pela análise inferencial e, possivelmente, aplicar novos instrumentos apenas com os ítems analisados e validados pelas análises inferenciais, que foram sintetizados pelos modelos finais estruturados na figura 7 (*proxy* E+F) e a figura 8 (*proxy* G) para os indicadores e dimensões do *proxy* de painel de indicadores e dimensões de performance e nas figuras 10 e

11 (*proxy* M+N) para as questões, subdimensões e macrodimensões para a escala de qualidade e satisfação de usuários do SUS.

Sugere-se, ainda, a análise aprofundada da correlação positiva (ou negativa) entre as perspectivas de Expectativa e Percepção que deve ser melhor apreciada, visto que não se pode asseverar posição sobre os achados obtidos, em especial, quanto a fragilidade dos resultados obtidos na perspectiva Expectativa, haja visto que não há consenso na literatura quanto a sua mensuração.

Além disso, em estudos futuros de novos instrumentos de qualidade e satisfação percebida, propõe-se explorar outras variáveis moderadoras tais como nível de renda, habitantes de regiões metropolitanas ou do campo, dentre outras que a literatura aponte como potencial fator moderador da qualidade/satisfação percebida pelos usuários de saúde.

7.5. Contributos desta investigação

No primeiro escopo do estudo, implementou-se um processo colaborativo pelo envolvimento dos decisores chaves (*decision making*), na estruturação de um *proxy* de painel de indicadores e dimensões de performance a fim de assegurar a análise e validação dos itens do painel de indicadores além de legitimidade para a usabilidade do instrumento final em organizações e serviços de saúde.

Na parte empírica, de início, nos estudos 1 a 3, os resultados foram agregados em subcategorias (domínios de avaliação e indicadores de Performance) e categorias (macrodomínios de avaliação e dimensões de performance) de análise da performance organizacional através de um processo empírico colaborativo de painéis de especialistas e grupos pilotos de gestores e de campo de decisores que livremente expressaram seus conhecimentos prévios e atribuíram importância/relevância para a tomada de decisão de cada um dos itens apresentados a partir de conceitos globais e genéricos apresentados, tendo sido estruturados e aplicadas análises descritivas (tópico 6.1.1.) em modelos inovadores de mensuração de performance com 24 domínios e seis macrodomínios de avaliação (*proxy* C), outro com 20 indicadores e sete dimensões de performance (*proxy* E+F) além de outro com 56 indicadores e sete dimensões de performance (*proxy* G).

De seguida, aplicou-se métodos de análise inferencial (tópico 6.1.2.), a fim de verificar a validade das demais hipóteses propostas e consolidar os modelos desenhados

nesta investigação para os itens de avaliação de performance (domínios e macrodomínios de avaliação e indicadores e dimensões de performance) (estudos 1 a 3), conforme métodos de análise inferencial detalhados no início do tópico 6, que dividiram-se em quatro análises de resultados: estudo das cargas fatoriais dos domínios *versus* macrodomínios de avaliação estudados (*proxy C*) e indicadores *versus* dimensões de performance (*proxy E+F* e *proxy G*), validação por critérios de qualidade e validade dos macrodomínios de avaliação (*proxy C*) e de dimensões de performance (*proxy E+F* e *proxy G*), análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, e, análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Performance Global Percebida nas três *proxies* estudadas (*proxy C*, *proxy E+F* e *proxy G*).

No estudo 1, em síntese, nas fases 1 a 3, todos os 20 domínios e os quatro macrodomínios de avaliação, e, na fase 4, todos os 24 domínios e os cinco macrodomínios de avaliação, foram relevantes/importantes (média superior ou próxima de 4). Por sua vez, nas fases 1 a 3, não houve significância estatística para considerar como fatores mediadores os níveis de atenção, de complexidade e de cargo função, na ampla maioria dos quatro macrodomínios de avaliação. Na fase 4, não houve significância (estatística) para considerar como mediadores os níveis de atenção, de complexidade e de escolaridade de usuários), na ampla maioria dos cinco macrodomínios de avaliação, exceto para Quantitativos e Efeitos, para os níveis de atenção.

Por sua vez, os resultados obtidos mostraram que a Performance Global Percebida média foi de 4,16 e a mediana de 4,18 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,88 (cerca de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Performance Global Percebida. Porém, não houve diferença significativa (valor- $p > 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência ou de cargo/função enquanto fator mediador da Performance Global Percebida, na *proxy C* ($n = 112$) (Tabela 63, apêndice 9, tópico 9.1.2.1).

Assim, da análise descritiva da *proxy C*, sintetizou-se que os domínios e macrodomínios da Performance Global Percebida obtiveram médias elevadas, sendo considerados relevantes/importantes pelos respondentes e que as três possíveis variáveis mediadoras analisadas não foram consideradas como fatores mediadores de nenhum dos macrodomínios e da Performance Global Percebida.

Na análise inferencial, nos resultados da fase 4, no modelo final, após análise e exclusão de sete domínios de avaliação, todos os demais 17 domínios de avaliação que permaneceram na análise, e, todos os cinco macrodomínios de avaliação apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* C. A qualidade e a validade dos cinco macrodomínios de avaliação (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico) e da variável latente Performance Global Percebida foram asseguradas, uma vez que todos apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$). Foi observado que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10. Para concluir a análise inferencial, a figura 63 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 62 (apêndice 9, tópico 9.1.2.1), nos quais foi possível observar que os domínios de avaliação apresentaram maiores correlações com seus respectivos macrodomínios, na *proxy* C ($n = 112$) (Tabela 65, apêndice 9, tópico 9.1.2.2).

Diante destes resultados, a figura 6 (*proxy* C) sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Performance Global Percebida, Dessa forma, a ampla maioria das hipóteses iniciais (quadro 15, tópico 6.3.1.) foram validadas e confirmaram a validação dos itens de mensuração de performance testados (24 domínios e cinco macrodomínios de avaliação), na *proxy* C, que consolidou uma aproximação de um painel de indicadores e dimensões de performance pelos conhecimentos prévios dos decisores chaves, mas com reduzido alinhamento com a literatura.

Nos estudos 2 e 3, na visão de profissionais, gestores e decisores, em síntese, nas fases 1 a 3, todos os 20 indicadores e as sete dimensões de performance, e, na fase 4, todos os 56 indicadores e as sete dimensões de performance, foram muito relevantes/importantes (média superior ou próxima de 4). Por sua vez, nas fases 1 a 3, não houve tendência de mediação de valorações médias obtidas na ampla maioria das dimensões de performance quanto ao níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos especialistas e profissionais, com algumas exceções: quanto aos níveis de atenção à saúde (exceto nas dimensões Produtividade Assistencial e Efetividade) e de cargo/função (exceto na dimensão Efetividade), na *proxy* E+F. Na fase 4, não houve tendência de mediação de valorações médias obtidas na ampla maioria das dimensões de performance quanto ao níveis

de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos especialistas e profissionais, exceto na dimensão Produtividade Assistencial, na *proxy* G.

Por sua vez, os resultados obtidos mostraram que a Performance Global Percebida média foi de 4,04 e a mediana de 4,04 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,96 (cerca de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Performance Global Percebida. Porém, não houve diferença significativa (valor- $p > 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência enquanto fator mediador da Performance Global Percebida. No entanto, houve diferença significativa (valor- $p = 0,019$) quanto a influência do nível de cargo/função na valoração da Performance Global Percebida. Ao fazerem-se as comparações múltiplas, houve diferença significativa (valor- $p = 0,015$) entre os de cargo/função Sistêmicos e Organizacionais, sendo que os indivíduos de cargo/função Sistêmicos apresentaram Performance Global Percebida significativamente maior, na *proxy* E+F (n = 112) (Tabela 65, apêndice 9, tópico 9.1.2.2).

Da mesma forma, os resultados obtidos mostraram que a Performance Global Percebida média foi de 4,22 e a mediana de 4,22 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 4,45 (acima de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Performance Global Percebida. Porém, não houve diferença significativa (valor- $p > 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função ocupados enquanto fator mediador da Performance Global Percebida. na *proxy* G (n = 233) (Tabela 67, apêndice 9, tópico 9.1.2.3).

Assim, da análise descritiva das *proxies* E+F e G, sintetizou-se que os indicadores e dimensões da Performance Global Percebida obtiveram médias elevadas, sendo considerados muito relevantes/importantes pelos respondentes e que as três possíveis variáveis mediadoras analisadas puderam ser consideradas como fatores mediadores de nenhuma das macrodimensões e da Performance Global Percebida, com raras exceções. No entanto, houve diferença significativa (valor- $p = 0,019$) quanto a influência do nível de cargo/função, sendo que os indivíduos de cargo/função Sistêmicos apresentaram Performance Global Percebida significativamente maior, na *proxy* E+F.

Na análise inferencial, nos resultados da fase 3 (*proxy* E+F) e da fase 4 (*proxy* G), no modelo final, após a análise e exclusão de seis indicadores de performance e de uma

dimensão de performance (Produtividade Assistencial), todos os demais 14 indicadores e as seis dimensões de performance que permaneceram na análise (Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica e Sistêmico/Estratégico) apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* E+F. Por sua vez, na *proxy* G, após a análise e exclusão de sete indicadores de performance e de uma dimensão de performance (Eficiência), todos os demais 49 indicadores e as seis dimensões de performance que permaneceram na análise (Produtividade Assistencial, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica e Sistêmico/Estratégico) apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC). Em ambas as análises (*proxy* E+F e *proxy* G) a qualidade e a validade das sete dimensões de performance e da variável latente Performance Global Percebida foram asseguradas, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$). Foi observado que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10. Para concluir a análise inferencial, a figura 64 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 64 (apêndice 9, tópico 9.1.2.2), nos quais foi possível observar que os indicadores de performance apresentaram maiores correlações com suas respectivas dimensões, na *proxy* E+F ($n = 112$). Da mesma análise inferencial, a figura 65 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 66 (apêndice 9, tópico 9.1.2.3), nos quais foi possível observar que os indicadores de performance apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões, na *proxy* G ($n = 233$).

Diante destes resultados, a figura 7 (*proxy* E+F) e a figura 8 (*proxy* G) sintetizaram os ajustes da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Performance Global Percebida. Dessa forma, a ampla maioria das hipóteses iniciais (quadro 15, tópico 6.3.1.) foram validadas e confirmaram a validação dos itens de mensuração de performance testados (14 indicadores e seis dimensões de performance, na *proxy* E+F, e, 49 indicadores e seis dimensões de performance, na *proxy* G), que consolidou uma nova aproximação de um painel de indicadores e dimensões de performance pelos conhecimentos dos grupos delphi de gestores, com um primeiro realinhamento com a literatura (*proxy* E+F) e por fim, validou a versão final do *proxy* de painel de indicadores e dimensões de

performance desta investigação, devidamente realinhado com os quadros conceituais (*framework*) e expansão de novos indicadores, sem alterações das dimensões de performance, que resultou no *proxy* de painel de indicadores e dimensões de performance definitivo (*proxy G*).

Dessa forma, concluiu-se o mapeamento das categorias de macrodomínios e domínios de avaliação, seguidos pela etapa de análise e consolidação de painéis de indicadores e dimensões de performance, além dos reflexos sobre uma *variável latente* Performance Global Percebida, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em modelos estruturais validados (figuras 6, 7 e 8). Destacam-se os aspectos inéditos na literatura de avaliação de performance, da colaboração com decisores chaves na valoração da relevância/importância e estruturação de um *proxy* de painel de indicadores e dimensões de performance do SUS, além da validação multicêntrica de modelos finais através de análise de cargas factoriais, validade e confiabilidade dos itens, e, ainda, dos testes de possíveis fatores mediadores na valoração.

Em outro escopo desta investigação, a partir das 22 questões e cinco dimensões do instrumental original SERVQUAL proposto por Parasuraman *et al.* (1991a) e demais literaturas consultadas, executou-se a ponderação de 40 constructos, 22 subdimensões de constructos e cinco macrodimensões de qualidade, com validação de grupos pilotos (195 especialistas e profissionais de saúde). Estes 40 constructos foram base para construção de um novo questionário estruturado com 20 questões fechadas, 13 subdimensões e seis macrodimensões de qualidade, validados por grupos pilotos (62 profissionais e gestores de saúde) e, de seguida, consolidada por uma pesquisa de campo com 506 usuários do SUS, em atendimento em 15 unidades de saúde da cidade de Itaitinga-Ceará. Por fim, foi validada uma escala inovadora de medição de qualidade/satisfação percebida no SUS (escala Quality Saude) sendo aplicada em 2.547 usuários em atendimento distribuídos em 74 unidades do SUS de quatro cidades do Ceará.

Nos estudos 4 e 5, os resultados foram respectivamente agregados em subcategorias (constructos e questões validadas) e categorias (subdimensões de constructos e subdimensões de questões validadas) e macrocategorais (macrodimensões de qualidade) de mensuração de qualidade/satisfação percebida através de um processo empírico colaborativo de painéis de especialistas e grupos pilotos de gestores e de campo de usuários que livremente expressaram seus conhecimentos prévios e atribuíram importância/relevância para o julgamento de cada um dos itens apresentados a partir de conceitos globais e genéricos

apresentados, tendo sido estruturados e aplicadas análises descritivas (tópico 6.2.1.) em modelos inovadores de mensuração de qualidade/satisfação percebida com 40 domínios, 22 subdimensões de domínios e cinco macrodimensões de qualidade (*proxy J*) e outro com 20 questões validadas, 13 subdimensões de questões validadas e seis macrodimensões de qualidade (*proxy M+N*). Algumas das hipóteses propostas quanto aos resultados descritivos foram verificadas.

De seguida, aplicou-se métodos de análise inferencial (tópico 6.2.2.), a fim de verificar a validade das demais hipóteses propostas e consolidar os modelos desenhados nesta investigação dos itens de mensuração de qualidade percebida (constructos, questões validadas, subdimensões e macrodimensões de qualidade) (estudos 4 e 5), conforme métodos de análise inferencial detalhados no início do tópico 6, que dividiram-se em quatro análises de resultados: estudo das cargas fatoriais dos constructos *versus* subdimensões de constructos e macrodimensões de qualidade (*proxy J*) e questões validadas *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade (*proxies M e N*), validação por critérios de qualidade e validade das macrodimensões de qualidade (*proxy J*) e das macrodimensões de questões validadas de qualidade (*proxies M e N*), análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante, e, análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Qualidade Global Percebida nas três *proxies* estudadas (*proxy J e proxies M e N*).

No estudo 4, em síntese, nas fases 1 a 3, na visão de especialistas e profissionais, a ampla maioria das subcategorias (40 constructos), das categorias (22 subdimensões de constructos) e das macrocategorias (cinco macrodimensões de qualidade - Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia), foram muito relevantes/importantes (média superior ou próxima de 4). Na fase 4, na visão de usuários, em síntese, a ampla maioria desses mesmos constructos, subdimensões de constructos e macrodimensões de qualidade, foram relevantes/importantes (média superior ou próxima de 3). Por sua vez, nas fases 1 a 3, nas respostas de especialistas e profissionais, houve significância estatística para considerar como fatores mediadores os níveis de atenção, de complexidade e de cargo função, na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos (entre 12 a 20, conforme o foco da análise) e de todas as cinco macrodimensões de qualidade. Na fase 4, nas respostas de usuários, na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos, houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários (entre 14 a 18, conforme o foco da análise) e houve significância estatística para considerar o nível de atenção como fator moderador em

todas as cinco macrodimensões de qualidade, mas não houve tendência de moderação dos níveis de complexidade assistencial e de escolaridade do usuário na maioria das cinco macrodimensões. Nas quatro fases do estudo 4 não se aplicou nenhuma análise de possíveis reflexos na variável latente Qualidade Global Percebida.

Assim, da análise descritiva da *proxy J*, sintetizou-se que os 40 constructos, as 22 subdimensões e as cinco macrodimensões de constructos obtiveram médias elevadas, sendo considerados muito relevantes/importantes pelos respondentes e que as três possíveis variáveis mediadoras analisadas foram consideradas como fatores mediadores da ampla maioria das subdimensões (12 a 20, conforme o foco da análise), mas não houve tendência de moderação dos níveis de complexidade assistencial e de escolaridade do usuário na maioria das cinco macrodimensões, porém as valorações das cinco macrodimensões foram moderadas pelo nível de atenção de atendimento da unidade.

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável Qualidade Global Percebida, inclusive quanto as possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários. Assim, a Tabela 104 (apêndice 9, tópico 9.2.2.1), mostra que a Qualidade Global Percebida média foi de 3,17 e a mediana foi de 3,01 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,00 (cerca de 3, importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Qualidade Global Percebida. Houve diferença significativa (valor- $p \leq 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde e de escolaridade do usuário enquanto fator mediador da Qualidade Global Percebida, no entanto, não houve diferença significativa (valor- $p = 0,104$) quanto ao nível de complexidade na *proxy J* ($n = 506$). Destacase nos dois fatores mediadores que o nível Terciário de atenção obteve a menor valoração média (3,13), enquanto o nível Secundário de atenção a maior valoração média (3,23), por sua vez, o nível Médio de escolaridade obteve a menor valoração média (3,11) e o nível Basilar a maior valoração média (3,25), na *proxy J*.

Na análise inferencial, nos resultados da fase 4, no modelo final, após a análise e exclusão de dois constructos, de sete subdimensões de constructos e de uma macrodimensão de qualidade (Tangibilidade), os demais 38 constructos, as demais 15 subdimensões de constructos e as demais quatro macrodimensões de qualidade que permaneceram na análise (Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia) apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy J*. A qualidade e a validade das 22 subdimensões de constructos, das cinco macrodimensões de

qualidade e da variável latente Qualidade Global Percebida foram asseguradas, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada ($A.C. > 0,60$ ou $C.C. > 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$). Foi observado que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste, já que a razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10. Para concluir a análise inferencial, as figuras 66 e 67 sintetizaram os resultados apresentados nas Tabelas 102 e 103, respectivamente (apêndice 9, tópico 9.2.2.1), nos quais foi possível observar que os constructos apresentaram maiores correlações com suas subdimensões de constructos e as subdimensões apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões de qualidade percebida, na *proxy J* ($n = 506$).

Diante destes resultados, a figura 9 (*proxy J*) sintetizou o ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e a modelagem para a variável latente Qualidade Global Percebida. Dessa forma, a ampla maioria das hipóteses iniciais (quadro 16, tópico 6.3.2.) foram validadas e confirmaram a validação dos itens de mensuração de qualidade testados (38 constructos, 15 subdimensões de constructos e quatro macrodimensões de qualidade, na *proxy J*), que consolidou uma aproximação de um grupo dos itens de mensuração de qualidade, conforme os conhecimentos prévios dos especialistas e profissionais participantes (*proxy H+I*) e posterior análise e consolidação por 506 usuários (*proxy J*). Pode-se destacar que cerca de um terço das subdimensões de constructos não foram validadas, achados alinhados com a revisão proposta pelo painel de especialistas e profissionais para estruturar as questões do instrumento do estudo 5.

No estudo 5, em síntese, nas fases 1 a 3, na visão de especialistas e profissionais, a ampla maioria das subcategorias (20 questões validadas), das categorias (13 subdimensões de questões validadas) e das macrocategorias (seis macrodimensões de qualidade - Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade), foram relevantes/importantes (média superior ou próxima de 3). Na fase 4, na visão de usuários, em síntese, todas essas mesmas questões validadas, subdimensões de questões validadas e macrodimensões de qualidade foram muito relevantes/importantes (média superior a 3). Por sua vez, nas fases 1 a 3, nas respostas de especialistas e profissionais, houve significância estatística para considerar como fatores mediadores os níveis de atenção, de complexidade e de cargo função, na ampla maioria (entre 11 a 12, conforme o foco de análise) das 13

subdimensões de questões validadas, e, na ampla maioria (entre 5 e 6, conforme o foco de análise) das seis macrodimensões para perspectiva de Percepção e em raras exceções para a observação de Expectativa - tanto para subdimensões quanto para macrodimensões. Na fase 4, nas respostas de usuários, na ampla maioria das 13 subdimensões de questões validadas, houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários na ampla maioria (10 a 13, conforme o foco de análise) das 13 subdimensões de questões validadas e na ampla maioria (entre 4 a 6, conforme o foco de análise) das seis macrodimensões, para as perspectivas de Expectativa e de Percepção, sendo exceções que quanto ao nível de escolaridade para a observação de Expectativa houve significância para apenas três subdimensões e uma macrodimensão.

Pode-se destacar que a fase 4 do estudo 5 teve amostra ampliada de usuários, sendo alvo das verificações das hipóteses dos itens da escala de qualidade/satisfação percebida, e que, praticamente, todas as categorias de análises (13 subdimensões de questões validadas) e macrocategorias de análises (seis macrodimensões de qualidade) obtiveram significância estatística para os três fatores mediadores (nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função dos entrevistados), achados que consolidaram a revisão proposta pelos especialistas e profissionais na transição do estudo 4 para o 5, bem como para os três fatores mediadores (nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade do usuário), perspectivas da Percepção e para a Expectativa, com exceção do nível de escolaridade para a perspectiva de Expectativa de usuários na qual houve significância em apenas três subdimensões e uma macrodimensão pelo que se sugere aprofundar as análises quanto a Expectativa de usuários.

Foi possível observar, ainda, que houve correlação e positiva na ampla maioria (na *proxy* L - 10 e na *proxy* M+N - 12) das 12 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa que anulou a macrodimensão Acessibilidade, sem análises de correlações) e em todas as cinco macrodimensões de qualidade (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia). Dessa forma, houve uma tendência que quanto maior foram os valores da Expectativa maior tenderam a ser os valores da Percepção obtidas nas subdimensões de questões validadas e macrodimensões de qualidade, em contraposição à associação negativa citada pela literatura de aplicação da escala SERVQUAL (E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1988, 1991a; Parasuraman et al., 1994), mas

alinhada com outros estudos empíricos que suportam relação positiva entre *expectativas* e *satisfação* (Oliver & Linda, 1981; Swan & Trawick, 1981; Bearden e Teel, 1983), pelo que se sugere aprofundar as análises, possivelmente, quanto a Expectativa de usuários.

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável Qualidade Global Percebida, inclusive quanto as possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários. Assim, a Tabela 109 (apêndice 9, tópico 9.2.2.2), mostra que a Qualidade Global Percebida média foi de 3,35 e a mediana de 3,00 e que 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3 (cerca de 4, muito importante/relevante). Pode-se observar uma variabilidade na valoração média da variável latente Qualidade Global Percebida. Houve diferença significativa (valor- $p \leq 0,050$) para considerar as variáveis nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários enquanto fator mediador da Qualidade Global Percebida, para a Percepção, na *proxy* M+N (n = 2.547). Destaca-se nos fatores mediadores que nível Primário de atenção apresentou a menor valoração média (2,99), enquanto o nível Secundário obteve a maior valoração média (3,63), enquanto o nível de Média complexidade da assistência apresentou a maior valoração média (3,47), e por sua vez, o nível Médio de escolaridade obteve a menor valoração média (3,31) e o nível Superior a maior valoração média (3,51).

Na análise inferencial, nos resultados da fase 4, no modelo final, após a análise e exclusão de uma questão validada para a perspectiva da Expectativa, as demais 17 questões (a última questão não foi mensurada para Expectativa por dificuldades na coleta de dados) e todas as 19 questões para a Percepção, além de todas as 13 subdimensões de questões validadas para a Percepção e 12 subdimensões para a Expectativa (que teve exclusão de uma subdimensão), e, ainda, todas as seis macrodimensões de qualidade percebida analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta não foi mensurada para a Expectativa) apresentaram carga fatorial superior a 0,50 (ou suas permanências não impediram a validação convergente da AFC), na *proxy* M+N. A qualidade e a validade das 13 subdimensões de questões validadas, das seis macrodimensões de qualidade e da variável latente Qualidade Global Percebida foram asseguradas, uma vez que todas apresentaram validação convergente ($AVE > 0,40$), confiabilidade adequada (A.C. $> 0,60$ ou C.C. $> 0,60$), unidimensionalidade e validação discriminante ($VCM < AVE$). Foi observado que os parâmetros e índices de ajustamento e qualidade dos modelos de equações estruturais indicaram bom ajuste (nas perspectivas de Expectativa e de Percepção), já que a

razão entre a estatística qui-quadrado e os graus de liberdade foi menor que 3, as estatísticas TLI e o CFI foram maiores que 0,80 e o RMSEA do foi menor que o limite máximo de 0,10. Para concluir a análise inferencial, as figuras 68 e 69 sintetizaram os resultados das Tabelas 105 e 106 (Expectativa) e as figuras 70 e 71 os resultados das Tabelas 107 e 108 (Percepção) (apêndice 9, tópico 9.2.2.2), nos quais foi possível observar que as questões validadas apresentaram maiores correlações com suas respectivas subdimensões de questões validadas que por sua vez apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões de qualidade percebida, na *proxy* M+N (n = 2.547).

Diante destes resultados, as figuras 10 e 11 (*proxy* M+N) sintetizaram os ajustes das Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) e as modelagens para as variáveis latentes Qualidade Global Percebida (Expectativa e Percepção). Dessa forma, a ampla maioria das hipóteses iniciais (quadro 16, tópico 6.3.2.) foram validadas e confirmaram a validação dos itens de mensuração de qualidade testados (20 questões validadas, 13 subdimensões de questões validadas e seis macrodimensões de qualidade, na *proxy* M+N).

Dessa forma, concluiu-se a tradução transcultural, a análise da adequação e a validação de itens da escala internacional SERVQUAL de qualidade e satisfação em busca de mapear os constructos de qualidade (ideias-força) relevantes, na visão de agentes chaves para avaliação de qualidade/satisfação em serviços de saúde, posteriormente, consolidados por adaptações em etapas e fases incrementais de validação de questões validadas, além de subdimensões e macrodimensões de qualidade e satisfação para usuários do SUS, e, ainda, dos reflexos sobre uma *variável latente* Qualidade Global Percebida, medidos por suas magnitudes (cargas fatoriais), significâncias estatísticas e suas correlações em modelos estruturais validados (figuras 9, 10 e 11). Destacam-se os aspectos inéditos na literatura de tradução e validação de questões, subdimensões e macrodimensões de qualidade e satisfação, pela colaboração com decisores chaves na valoração da relevância/importância e estruturação de uma escala inovadora de aferição de qualidade e satisfação no SUS (Quality Saúde), além da validação multicêntrica de modelos finais através de análise de cargas fatoriais, validade e confiabilidade dos itens, e, ainda, dos testes de possíveis fatores mediadores na valoração, tendo validado as três variáveis mediadoras estudadas.

Ressalte-se que a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência, cargo/função – para especialistas e profissionais além do nível de escolaridade – apenas para usuários, funcionarem enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 13 subdimensões de questões propostas e das cinco macrodimensões

de qualidade originais da escala SERVQUAL, além da macrodimensão Acessibilidade adicionada, trata-se de um achado inovador desta investigação. Outro achado inovador foi que quase todas as subcategorias de análise (20 questões validadas), as categoriais (13 subdimensões de questões validadas) e as macrocategorias (seis macrodimensões de qualidade) analisadas foram validadas, após a revisão proposta pelos especialistas e profissionais na transição do estudo 4 para o 5. Deve-se registrar que a validação destas mesmas cinco macrodimensões da escala SERVQUAL para a saúde, ocorreu nos estudos de Babakus e Mangold (1992).

Pode-se concluir pela adequação do instrumento final, uma escala de medição de qualidade/satisfação percebida (questionário), com suas respectivas subescalas – 13 subdimensões e seis macrodimensões, enquanto um instrumento de gestão da qualidade/satisfação de unidades do SUS (Quality Saude), na visão de usuários, artefacto inovador no contexto de saúde pública e privada no Brasil.

Diante dos achados e contributos ressaltados desta investigação, em colaboração com especialistas, gestores e usuários, consolidou-se os painéis de indicadores e dimensões de performance, além de uma nova escala de aferição da qualidade/satisfação percebida no SUS (Quality Saude), derivada da SERVQUAL, através de provas de conceito, de valor e de utilidade próprias do método de *Design Research*.

Por fim, enquanto contribuição deste estudo, operacionalizou a validação multicêntrica, tendo construído modelos finais através de análise de cargas factoriais, validade e confiabilidade dos itens, de *proxies* de painéis de indicadores com 453 decisores-chaves e uma adaptação transcultural da escala SERVQUAL que resultou em uma nova escala de avaliação da qualidade/satisfação percebida, com subescalas de intervenção ou gestão da qualidade, tendo sido validada por 195 especialistas e gestores e, aplicada a 2.547 usuários de 74 unidades do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acurcio, F. A., Cherchiglia, M. L., & Santos, M. A. (1991). Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde em debate*, 33, 4.
- Aday, L. A. (1993). *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity* (H. A. Press Ed.): University of Michigan.
- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review*, 50(1), 31.
- AHCPR. (1999). Quality measurement initiatives in the US Federal Government. In: Presentation at Commonwealth Fund.
- AIHW. (2008). Australia's Health. In.
- AIHW, A. I. O. H. A. W.-. (2000). *The seventh biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare*. Canberra: AIHW
- Akerman, M., & Nadanovsky, P. (1992). Evaluation of Health Services - What to Evaluate? *Caderno de Saúde pública*, 8(4), 5.
- Albuquerque, J. D. (2012). *Qualidade hospitalar: Uma análise da sua realidade em Campina Grande - Paraíba - Brasil*. (Doctoral), Universidade de Extremadura, Espanha: Badajoz.
- Alkin, M. C., & Christie, C. A. (2004). Evaluation Roots: Tracing Theorist's Views and Influences. *Sage publications*.
- Almeida, C., Braveman, P., Gold, M. R., Szwarcwald, C. L., Ribeiro, J. M., Mi, A., . . . Viacava, F. (2001). Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357(9269), 5286.
- Almeida, C. M. (1999). Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais de tendências de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 24.
- Alves, A. S. D. (2012). *Responsabilidade e Governança na Moderna Gestão Hospitalar*. (Doctoral), Universidade de Aveiro, Portugal: Aveiro.
- Amado, C. A. E. F., & Dyson, R. G. (2008). On comparing the performance of primary care providers. *European Journal of Operational Research*, 185, 18.
- Amado, C. A. E. F., & Santos, S. P. (2009). Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres. *Health Policy*, 91, 14.
- APM/CREMESP. (1998). *Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar do Estado de São Paulo - Manual de Orientação aos Hospitais Participantes* (E. Atheneu Ed.). São Paulo.
- Arah, O. A., Custers, T., & Klazinga, N. S. (2003). *Updating the Key Dimensions of Hospital Performance: The Move Towards a Theoretical Framework* Paper presented at the 3rd Workshop on Hospital Performance Measurement Barcelona.
- Arah, O. A., Klazinga, N. S., Delnoij, D. M. J., Asbroek, A. H. A. T., & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 22. doi:10.1093/intqhc/mzg049
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., Niek, S., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project *International Journal for Quality in Health Care*, 9. doi:10.1093/intqhc/mzl024
- Arbuckle, J. L. (2008). *Amos 17 users' guide* (SPSS Ed.). Chicago, IL.
- Arcelay, A., Sanchez, E., & Hernandez, K. (1999). Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 12, 5.
- Associação, & Medicina, P. d. (1998). *Controle da Qualidade do Atendimento Hospitalar no Estado de São Paulo* (Atheneu Ed.). São Paulo: Atheneu.
- Atkinson, L. (1988). The measurement-statistics controversy: Factor analysis and subinterval data *Bulletin of the Psychonomic Society*, 26(4), 4.
- Austen, A. (2012). Stakeholders management in public hospitals in the context of resources *Management*, 16(2), 14. doi:10.2478/v10286-012-0067-8

- Ayres, J. R. d. C. M. (2002). *Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco* Paper presented at the V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba, PR, Brasil.
- Babakus, E., & Mangold, G. (1992). Adapting SERVQUAL Scale Hospital Service: Na empirical Investigation. *Health Services Research*, 22.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to Hospital Services: An empirical investigation. *Health Services Research*, 26(6), 767-786.
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. (1984). Models for estimating technical and scale efficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 15.
- Barbosa, L., & Neto, A. P. (2017). Ludwik Fleck (1896-1961) e translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde Debate*, 41(Especial), 13.
- Barreto, E. (2016). Rio tem a maior taxa de mortalidade no SUS em três décadas. *O Globo - Caderno Brasil*. Retrieved from <http://oglobo.globo.com/brasil/rio-tem-maior-taxa-de-mortalidade-no-sus-em-tres-decadas-18770526#ixzz4OrM31ntY> [29 de fevereiro de 2016]
- Barzelay, M. (1997). Central audit institutions and performance auditing: A comparative analysis of organizational strategies in the OECD. *Governance*, 10, 26.
- Batista, W. J., & Paiva, A. D. (2014). *A utilização do instrumento padrão de pesquisa de satisfação (IPPS) no diagnóstico de uma organização militar de saúde do Exército Brasileiro*. Paper presented at the XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia- SEGeT Resende - RJ.
- Bearden, W. O., & Teel, J. E. (1983). Selected determinants of consumer satisfaction and complaint reports. *JMR, Journal of Marketing Research*, 20(1), 1.
- Becker, H. (1993). *Métodos de pesquisa em ciências sociais* (Hucitec Ed.). São Paulo: Hucitec.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Bentler, P. M., & Bonett, P. G. (1980). Significance Tests and Goodness-of-Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Bentler, P. M., & Chou, C.-P. (1987). Practical Issues in Structural Equation Modeling. *Sociological Methods & Research*, 16(1), 40. doi:10.1177/0049124187016001004
- Berry, L. L., Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Adsit, D. (1994). Improving service quality in America: Lessons learned; Executive commentary. *The Academy of Management Executive*, 8(2), 21.
- Bitner, M. J. (1992). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employees. *Journal of Marketing*, 56(2).
- Bitner, M. J., Booms, B. H., & Mohr, L. A. (1994). Critical service encounters: The employee's viewpoint. *Journal of Marketing*, 58(4), 1.
- Bittencourt, A. S., Camacho, L. A. B., & Leal, M. C. O. (2006). O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), 19-30.
- Boccolini, C. S., Boccolini, P. d. M. M., Damascena, G. N., Ferreira, A. P. d. S., & Szwarcwald, C. L. (2016). Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 8.
- Boggan, R., & Bicklein, S. (1994). Características da investigação qualitativa. In P. Editora (Ed.), *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos* (pp. 47-51). Porto: Porto Editora.
- Boland, T., & Fowler, A. (2000). A systems perspective of performance management in public sector organisations. *International Journal of Public Sector Management*, 13(5), 30.
- Bollen, K. A., & Long, J. S. (1993). *Testing Structural Equation Models*. In S. F. Editions (Ed.), (Vol. 154, pp. 320).
- Bonilla, M., & Rubio, V. (2000). Sistemas de ajuste por riesgo. *Revista Medica Uruguay*, 16(2), 10.
- Borges, J. B. C., Carvalho, S. M. R., & Silva, M. A. M. (2006). Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde – SUS. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 25(2).
- Bosi, M. L., & Mercado, F. J. (2006). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (Vozes Ed.).
- Brandt, E., Schmidt, W., Dziewas, R., & Groene, O. (2005). Implementing the Health Promoting Hospitals Strategy through a combined application of the EFQM Excellence Model and the Balanced Scorecard In W. R. O. f. Europe (Ed.), *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management* (pp. 80-89). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- Brasil. (1986a). *Relatório Final*. Retrieved from Brasília:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
- Brasil. (1986b). *VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final*. Retrieved from Brasília:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional
- Brasil. (1990a). *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional
- Brasil. (1990b). *Lei 8.142, de 12 de novembro de 1990*. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional
- Brasil. (1994). *Uso e disseminação de informações em saúde: subsídios para elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (1996). *Portaria nº 2.390/GM de 11 de Dezembro 1996*.
- Brasil. (1997). *Portaria nº 820/GM, de 25 de junho de 1997*.
- Brasil. (1998). *Lei 9.656, de 03 de junho de 1998*. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional
- Brasil. (2000). *Portaria nº 443/GM, de 26 de Abril de 2000*.
- Brasil. (2002a). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2002b). *Portaria nº 312 de 02 de Maio de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2003a). *A Saúde na Opinião dos Brasileiros*. Retrieved from Brasília:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniao_brasileiros1.pdf
- Brasil. (2003b). *Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS*. Recife: Ministério da Saúde Retrieved from
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf>
- Brasil. (2004). *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde-PNASS*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2005). *Decreto nº 5.378 de 23 de fevereiro de 2005*. Retrieved from
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/Decreto/D5378.htm
- Brasil. (2006a). *Portaria GM nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006*. Distrito Federal: Brasília: Diário Oficial da União
- Brasil. (2006b). *Portaria GM nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Distrito Federal: Brasília: Diário Oficial da União
- Brasil. (2006c). *Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006*. Distrito Federal: Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2006d). *Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Distrito Federal: Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2006e). *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2007). *Portaria GM nº 376, de 16 de fevereiro de 2007*. Brasília: Diário Oficial da União
- Brasil. (2008a). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Retrieved from Brasília:
- Brasil. (2008b). *Portaria GM nº 1.885, de 9 de setembro de 2008*. Brasília: Diário Oficial da União
- Brasil. (2009a). *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2009b). *Decreto Nº 6.932, de 11 de dezembro de 2009*. Distrito Federal: Brasília: Presidência da República
- Brasil. (2010a). *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*.
- Brasil. (2010b). *Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: Componente Qualificação das Operadoras*. Retrieved from Rio de Janeiro:
http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Indicadores_de_qualidade/relatorio_gestao_ultimo_ano_base.pdf
- Brasil. (2010c). *Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA. Manual de Avaliação de Satisfação do Usuário do Serviço Público*. Retrieved from Brasília:
http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Ministerio_do_Planejamento/ipp.pdf
- Brasil. (2011a). *Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Distrito Federal, Brasília: Palácio do Planalto
- Brasil. (2011b). *IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2011c). *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde

- Brasil. (2011d). *Portaria Nº 1.171, de 19 de maio de 2011*. Distrito Federal: Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2011e). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Portaria 1.654, de 19 de julho de 2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde
- Brasil. (2011f). *Sistema Único de Saúde - SUS*. Brasília Ministério da Saúde
- Brasil. (2012a). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2012b). *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde Retrieved from <http://idsus.saude.gov.br>
- Brasil. (2013a). *A produção de conhecimento em Economia da Saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004-2012)*. Retrieved from Brasília: www.saude.gov.br/economiasaude
- Brasil. (2013b). *Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica*. Ministério da Saúde
- Brasil. (2013c). *Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013*. Distrito Federal: Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2014). *Governos Estaduais no Federalismo Brasileiro*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- Brasil. (2015a). *A Gestão do SUS. Sistema de Saúde*. Brasília Ministério da Saúde
- Brasil. (2015b). *A Gestão do SUS. Sistema de Saúde*. Brasília Ministério da Saúde
- Brasil. (2015c). *Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde*. Brasília Ministério da Saúde
- Brasil. (2015d). *Alternativas de gerência de unidades públicas de saúde*. Brasília Ministério da Saúde
- Brasil. (2015e). *Portaria Nº 28, de 08 de janeiro de 2015*. Distrito Federal: Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2015f). *Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: Contextos Históricos, Avanços e Perspectivas no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil. (2016a). *Mapa Assistencial da Saúde suplementar 2016*. Rio de Janeiro
- Brasil. (2016b). *Nota Nº 791/2016/GMOA/GGRAS/DIPRO/ANS*. Retrieved from Rio de Janeiro:
- Brasil. (2016c). *Relatório do Rol de Indicadores IDSS do QUALISUS*. Retrieved from http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf (Lista instituída na RN 405-16)
- Brasil. (2016d). *Resolução normativa RN nº 416, de 22 de dezembro de 2016*. Retrieved from <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzM0OA>
- Brasil. (2016e). *Resolução normativa RN Nº 405, de 9 de Maio de 2016*. Retrieved from
- Brasil. (2017a). *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_2017.pdf
- Brasil. (2017b). *Decreto 9.094 17 de julho de 2017*. Brasília: Presidência da República Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9094.htm
- Brasil. (2017c). *Lei nº 13.460 de 26 de Junho de 2017*. Distrito Federal: Brasília: Congresso Nacional Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13460.htm
- Brasil. (2017d). *Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) - Terceiro ciclo - (2015-2017)*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf
- Brasil. (2017e). *Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017*.
- Brasil. (2018). *Resolução nº 37, de 22 de março de 2018*. Diário Oficial da União
- Braveman, P., Starfield, B., & Geiger, J. H. (2001). World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *British Medical Journal*, 323, 4.
- Brook, R. H., & Lohr, K. (1985a). Efficacy, effectiveness, variations and quality: boundary-crossing research. *Med Care*, 23(5), 23.

- Brook, R. H., & Lohr, K. (1985b). Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality: Boundary-Crossing Research. *Med Care*, 23(5), 23.
- Brook, R. H., & McGlynn, E. A. (1991). Maintaining quality of care. In H. U. Press (Ed.), *Health Services Research Key to Health Policy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brunet, L., Brassard, A., & Corriveau, L. (1991). *Administration Scolaire et efficacité dans le organisations* (É. A. D'ÁRC Ed.). Montréal: Éditions Agence D'ÁRC.
- Bryson, J. (2004). What to do when stakeholders matter: Stakeholder identification and analysis techniques. *Public Management Review*, 6(1), 33.
- Bunge, M. (1974). Os conceitos do modelo: modelo na ciência teórica. In *Teoria e realidade* (Perspectiva ed., pp. 11-40). São Paulo: Perspectiva.
- Buono, A. (2005a). *Corporate social performance: a stakeholder approach*. *Proquest Psychology Journals*, 58(3), 5.
- Buono, A. (2005b). *Corporate social performance: a stakeholder approach* Corporate social performance: a stakeholder approach. *Proquest Psychology Journals*, 58(3), 5.
- Caldeira, P., & Faia-Correia, M. (2002). People, organizations and technology: Socio-technical systems and stakeholders theories. In *Proceedings of the Sixth International Conference on the Social and Ethical Impacts of Information and Communication Technologies* (ETHICOMP ed., pp. 757-768): ETHICOMP.
- Cameron, K. (1980). Critical questions in assessing organizational effectiveness. *Organization Dynamics*, 6, 15.
- Cameron, K. (1981). Domains of organizational effectiveness in colleges and universities. *Management Journal*, 24, 23.
- Cameron, K. S., & Whetten, D. A. (1983). *Organizational Effectiveness: A Comparison of Multiple Models* (A. Press Ed.). Orlando: Academic Press.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51, 15.
- Campos, F. E. (1988). Resolutividade – Uma Aproximação à Avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde *Imprensa Universitária*.
- Campos, R. T. O., & Furtado, J. P. (2011). *Desafios da Avaliação de Programas e Serviços em saúde: Novas Tendências e Questões Emergentes* (Editora Unicamp ed.). Campinas, São Paulo: Editora Unicamp.
- Carvalho, C. (2007). *Organizações, actores envolvidos e partes interessadas: Determinantes da saliência dos stakeholders e sua relação com o desempenho organizacional*. (Doctoral), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Carvalho, C., & Gomes, A. (2000). Eficácia organizacional: Determinantes e dimensões. *Psychologica*, 25, 24.
- Carvalho, C., & Gomes, A. (2002). Eficácia organizacional: Construção de um instrumento de medida e questões em torno da sua avaliação. *Revista Psicologia e Educação*, 1(1/2), 23.
- Cassiani, S. H. B., & Rodrigues, L. P. (1996). A Técnica de Delphi e a Técnica de Grupo Nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 9(3), 8.
- Cavallo, F., Traversa, G., Piergenteli, P., & Reuga, G. (1988). *Qualità ed Efficacia dei Servizi Sanitari* (F. Angeli/Cresa Ed.). Milano.
- CFM. (2014). Pesquisa revela que 92% da população está insatisfeita com a saúde no Brasil. Retrieved from http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24984:datafolha-revela-93-da-populacao-esta-insatisfeita-com-a-saude-no-brasil&catid=3
- CFM. (2015). Para 93% da população, a saúde Brasil é considerada péssima, ruim ou regular. Retrieved from http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25807:2015-10-13-14-55-36&catid=3
- CFM. (2018). *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde (2018)*. Retrieved from http://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf
- Chahal, H., & Kumari, N. (2011). Consumer Perceived Value and Consumer Loyalty in the Healthcare Sector. *Journal of Relationship Marketing*, 10(2), 15. doi:10.1080/15332667.2011.577729

- Chahal, H., & Kumari, N. (2012). Consumer perceived value -The development of a multiple item scale in hospitals in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 6(2), 24.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Brousseau, A., Hartz, Z. M. A., & Denis, J. (2009). L.L'Evaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. In L. P. d. I. U. d. Montréal (Ed.), *L'Evaluation: concepts et méthodes* (pp. 35-36). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chang, L. L., Stephen, W., & Northcott, D. N. (2002). The NHS Performance Assessment Framework: A "Balanced Scorecard" Approach? *Journal of Management in Medicine*, 16(5), 14.
- Chavez, M. R. (1981). *Los sistemas de evaluación en el sector salud. Limites para su desarrollo* (E. V Ed. Vol. 23).
- Chen, H. T. (1990). *Theory-Driven evaluations* (S. Publications Ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Chianca, T., & Youker, B. (2004). *La evaluación em América Latina y El Caribe. Visión general de los desarrollos recientes*.
- Churchill, G., & Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19(4), 14.
- CIHI. (1999). *Roadmap Initiative . . . Launching the Process*. Ottawa.
- CIHI. (2000). *Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework*. Ottawa.
- CIHI. (2001a). A portrait of Canada's health care system In *Health Care in Canada*. Ottawa: CIHI.
- CIHI. (2001b). Health Indicators. Volume 2001 No. 3: December 2001. In (pp. 82-221). Ottawa: Statistics Canada and Canadian Institute for Health Information
- CIHI, C. I. f. H. I.-. (2001). *Health Care in Canadian*. Retrieved from Ottawa, Ontario: www.cihi.ca
- CIHR, C. I. o. H. R. (2004). *Knowledge Translation Strategy 2004-2009: Innovation in Action*. Retrieved from Ottawa: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/26574.html>
- Clavier, C., Sénéchal, Y., & Potvin, L. (2011). A theory - based model of translation practices in public health participatory research. *Sociology of Health and Illness*, 34(5), 16.
- CNI, C. N. d. I.-. (2012). *Retratados da sociedade brasileira: saúde publica (2011)*. Retrieved from Brasília: <http://admin.cni.org.br/portal/data/files/00/FF80808134CE96AF0134D22242451D75/Retratados%20da%20Sociedade%20Brasileira%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Janeiro%202012.pdf>
- CNI, C. N. d. I.-. (2018). *Retratados da sociedade brasileira: saúde publica (2018)*. Retrieved from Brasília: https://bucket-gw-cni-static-cms-si.s3.amazonaws.com/media/filer_public/18/7f/187f1473-2603-4b06-a8a1-070486293e98/retratosdasociedadebrasileira_44_saude.pdf
- Coelli, T., Rao, D. S. P., & Battese, G. E. (1999). *An Introduction to efficiency and productivity analysis* (K. A. Publishers Ed.): Kluwer Academic Publishers.
- Commission, A. (2000). *Aiming to Improve: The Principles of Performance Measurement*. London: Audit Commission
- Commission, J. (1998). Accreditation Program for Healthcare Services. In. Oakbrook Terrace: Joint commission.
- Committee, N. H. P. (2001). National Health Performance Framework Report. In. Brisbane: Queensland Health.
- Conlon, D., Dyne, L., & Milner, M. (2004). The effects of physical and social context on evaluations of captive, intensive service relationships. *Academy of Management Journal*, 47(3), 23.
- Contandriopoulos, A. P. (2006). Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência Saúde Coletiva*, 10(3), 7.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Pineault, R. (1997). A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In E. Fiocruz (Ed.), *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de programas* (pp. 29-47). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Tone, K. (2002). Data envelopment analysis – a comprehensive text with models, applications, references and DERA – solver software. In (Kluwer Academic Publishers ed.). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Costa, C., & Lopes, S. (2011). *Relatório de Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos em Portugal Continental - 2010*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública
- Couto, R. C. (2012). *Avaliação do nível de conformidade com requisitos técnicos e legais de segurança assistencial e seus fatores associados em hospitais da rede do Estado de Minas Gerais - 2012*. (Doctoral), Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- Couto, R. C. (2014). *Avaliação do nível de conformidade com requisitos técnicos e legais de segurança assistencial e seus fatores associados em hospitais da rede do Estado de Minas Gerais – 2012*. (Doctoral), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Couto, R. C., Serufo, J. C., Couto, R. C., Pedrosa, T. M. G., Andrade, L. O. F. d., & Serufo Filho, J. C. (2012). Requisitos técnicos e legais relacionados à gestão de risco assistencial na rede hospitalar do estado de minas gerais, brasil. In F. d. Medicina (Ed.), *Avaliação do nível de conformidade com requisitos técnicos e legais de segurança assistencial e seus fatores associados em hospitais da rede do estado de minas gerais – 2012*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.
- Cozzens, S. (1995). Performance Assessment and the National Science Foundation: Proposals for NSF's Response to the Government Performance and Results Act. *NSF Discussion Paper*.
- CQH. (2009). *Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3º Caderno de Indicadores CQH - 2009*. Retrieved from São Paulo: www.cqh.org.br/?q=node/322
- Cronin, J. R. J., & Taylor, A. S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and a extension. *American Marketing Association*, 56.
- Cruz, W. B. S., & Melleiro, M. M. (2007). Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Revista Escola de Enfermagem da USP*.
- Da Rocha, C. M. V., Martinello, A. G., & Fagundes, A. G. B. (2012). Capacitação para o planejamento em saúde: uma contribuição à implementação do planejassus. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36(2), 560-576.
- Da Silva, F. J. C. P. (2014). *Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente*. (Doctoral), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Da Silva, S. R. A., Gonçalves, M., Siqueira, P. C., & Da Silveira, C. A. C. (2008). As decisões de investimento na Fundação Hospitalar de Minas Gerais e seus reflexos nos indicadores de qualidade. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*.
- Daibert, P. B. (2015). *Impacto econômico e assistencial das complicações relacionadas à internação hospitalar*. (Master), Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- Dall'Agno, C. M., & Trench, M. H. (1999). Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enf*, 20(1), 5-25.
- De Geyndt, W. (1970). Five approaches for assessing the quality of care *Hospital Administration*, 15, 22.
- De Moraes, R. M. (2014). *Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional*. (Doctoral), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens* (Bookman Ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2004). A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In E. Vozes (Ed.), *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde* (pp. 99-120): Editora Vozes.
- Development, O. f. E. C. a. (2001). OECD Health Data 2001. In. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development
- Dillon, W. R. (1997). *Good Science*. Paper presented at the Marketing Research.
- Doll, R. (1974). Surveillance and monitoring. *International Journal of Epidemiology* 3, 10.
- Donabedian, A. (1980a). Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In H. A. Press (Ed.), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (Vol. 1, pp. 77-125). Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1980b). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* (H. A. Press Ed. Vol. 1): Ann Arbor.
- Donabedian, A. (1980c). The definition of quality: A conceptual exploration In H. A. Press (Ed.), *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (Vol. 1, pp. 30). Michigan.

- Donabedian, A. (1980d). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* (A. Press Ed.): Health Ann Arbor.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association* 260(12), 6.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, 114, 4.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press
- Dos Reis, E. J. F. B., Dos Santos, F. P., De Campos, F. E., Acúrcio, F. A., Leite, M. T. T., Leite, M. L. C., . . . Dos Santos, M. A. (1990). Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(1), 12.
- Driscoll, C., & Starik, M. (2004). The primordial stakeholder: Advancing the conceptual consideration of stakeholder status for the natural environment. *Journal of Business Ethics*, 49, 19.
- Dudziak, E. A. (2001). *A information Literacy e o papel educacional das bibliotecas*. (Master), Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Déniz-Déniz, M., & Zárraga-Oberty, C. (2004). The Assessment of the stakeholders' environment in the new age of knowledge: An empirical study of the influence of the organisational structure. *Business Ethics: A European Review*, 13(4), 17.
- EFQM, E. F. f. Q. M.-. (1999). Healthcare working group, Strategic directions. In. Brussels: EFQM Representative Office.
- Efron, B., & Tibshirani, R. J. (1993). *An Introduction to the Bootstrap* (C. Hall Ed.).
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., & Senna, M. C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ. /Pan Am. J. Public Health*, 21(2), 110.
- Escrivão, A. (2004). *Uso de indicadores de saúde na gestão de hospitais públicos da região metropolitana de São Paulo*. Retrieved from São Paulo: http://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/publicacoes/P00275_1.pdf
- Esperidião, M., & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência e saúde coletiva [online]*, 10, 10.
- Esperidião, M. A. (2009). *O usuário e o julgamento dos serviços de saúde*. (Doctoral), Universidade Federal da Bahia, Bahia.
- Etzioni, A. (1975). *Comparative Analysis of Complex Organizations* (F. Press Ed.). New York.
- Fals Borda, O., & Mora-Osejo, L. E. (2004). La superación del Eurocentrismo. Enriquecimiento del saber sistémico y endógeno sobre nuestro contexto tropical. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 2(7).
- Farrel, M. J. (1957). The measure of productive efficiency. *Journal of the Royal Statistical Society* 120, 28.
- Felix, J. D., Zandonade, E., Amorim, M. H. C., & Castro, D. S. (2012). Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste - Brasil (1998 a 2007) *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 945-953.
- Fernandes, F. M. B., Ribeiro, J. M., & Moreira, M. R. (2011). Reflexões sobre Avaliação de Políticas de Saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(9), 11.
- Ferrara, F. A., Acebal, E., & Paganini, J. (1976). *Medicina de la Comunidad* (I. Editorial Ed. 2a ed.). Buenos Aires.
- Ferreira, J. J., Raposo, M. L., Rodrigues, R. G., Dinis, A., & Paço, A. (2012). A model of entrepreneurial intention: An application of the psychological and behavioral approaches. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 19, 17.
- Ferreira, P. L. (1993). Family of Instruments to Evaluate Hospital quality: a pilot test. In. Coimbra, Portugal: Faculty of Economics.
- Ferreira, P. L., Luz, A., Valente, S., Raposo, V. M., Godinho, P., & Felício, E. D. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo [*Determinants of satisfaction of primary care users: the case of Lisbon and Tagus Valley*]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 9.

- Ferreira, P. L., & Mendes, J. (1997). Hospital patient satisfaction: a Portuguese experience. European Healthcare Management Association Conference Changing management in healthcare: new missions, conditions & skills. *EHMA*, 69.
- Ferreira, P. L., & Raposo, V. M. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação [Health governance and the use of satisfaction indicators]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 12.
- Ferreira, P. L., Raposo, V. M., & Pisco, L. (2017). A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal [The voice of Primary Care patients in the Lisbon and Tagus Valley region of Portugal]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 12. doi:10.1590/1413-81232017223.33252016
- Fetter, R. B., Shin, Y., Freeman, J. L., Averill, R. F. E., & Thompson, J. D. (1980). Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. *Medical Care*, 18, 53.
- FHEMIG, F. H. d. E. d. M. G.-. (2009). *Do Planejamento aos Resultados*. Retrieved from http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/docman/Publicacoes-3/Publicacoes_Institucionais/3140-cartilha-planejamento-web-1/file
- FIOCRUZ. (2003). *Relatório PROADESS, 2003*. Retrieved from Rio de Janeiro: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/relatoriofinal.pdf>
- FIOCRUZ. (2011). *Relatório PROADESS, 2011*. Retrieved from Rio de Janeiro: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=produ>
- FIOCRUZ. (2012). *Relatório PROADESS, 2012*. Retrieved from Rio de Janeiro: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/RelatorioProadess2012.pdf>
- Fletcher, A., et al. (1993). Implications for trials in progress of publication of positive results. *Lancet* 342, 5.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in United States and Canada: Report to Carnegie Foundation for Advancement of Teaching*. New York: Merrymount Press
- Fontnote, G., Henke, L., Carson, K., & Carson, P. P. (2007). Techniques for determining importance: Balancing scientific method and subjectivity. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 15, 11. doi:10.1057/palgrave.jt.5750043
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Frasão, G. (2017). Em oito meses, número de cirurgias eletivas cresceu 39,1% no Brasil. *Portal Ministério da Saúde*. Retrieved from <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42101-em-oito-meses-numero-de-cirurgias-eletivas-cresceu-39-1-no-brasil>
- Freeborn, D. K., & Greenlick, M. R. (1973). Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities. *Medical Care*, 11, 8.
- Freeman, R. (1984). *Strategic management: A stakeholder approach* (Pitman Ed.). Boston: Pitman.
- Frenk, J. Dimensions of health system reform. 27, 16.
- Fund, K. s. (1998). *Organisational Audits Standards* (K. s. Fund Ed.). London: King's Fund.
- Gastal, F. L., La Forgia, G., Gonçalves, J. K., Melo, J. C., Siqueira, L. P., & Soares, T. M. (2005). Qualidade em saúde e acreditação no Brasil – experiências acumuladas, análise crítica e resultados. Consultant report for World Bank and Organização de Acreditação. In. Brasília, DF.
- Gattinara, B. C., Ibacache, J., Puente, C., Giaconi, J., & Caprara, A. (1995). Percepcion de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte e Ichilo, Bolívia. *Caderno de Saúde Publica*, 11, 14.
- Gennip, E. (1998). *The accreditation schema for acute hospitals* (TNO Ed.). Delft: TNO.
- Geraedts, H. P., Montenarie, R., & van Rijk, P. P. (2001). The benefits of total quality management *Comput Med Imaging Graph*, 25, 4.
- Giese, J. L., & Cote, J. A. (2000). Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 2000, 24.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* (Atlas Ed. 5a ed.). São Paulo.
- Giovinazzo, R. A., & Fischmann, A. A. (2001). *Delphi eletrônico – Uma experiência de utilização da metodologia de pesquisa e seu potencial de abrangência regional*. Paper presented at the XIV Congresso Latinoamericano de Estratégia, Buenos Aires.

- Glunk, V., & Wilderom, C. (1999). Organizational effectiveness = corporate performance? Why and how two research approaches need to be merged. In ISPA (Ed.), *Readings in organization science – Organizational change in a changing context* (pp. 155-181). Lisboa: ISPA.
- Gomes, A. S. (2009). *Mortalidade hospitalar: Modelo preditivo de risco usando os dados do sistema de internações hospitalares do SUS*. (Doctor), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Gonçalo, C. R., Borges, M. L., Vignochi, L., Haubert, M. P., & Junges, F. M. (2010). *Relevância de um sistema de indicadores no processo de avaliação do desempenho do setor da saúde*. Paper presented at the XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção, São Carlos, SP, Brasil.
- Gouveia, G. C., Souza, W. V. d., Luna, C. F., Souza-Júnior, de, P. R. B., & Szwarcwald, C. L. (2009). Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev. Bras. Epidemiol*, 12(3), 15.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Education and Ecological Approach* (M. P. Company Ed.). Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- GREEN, S. B., AKEY, T. M., FLEMING, K. K., HERSHBERGER, S. L., & MARQUIS, J. G. (1997). The effect of the number of scale points on chi square fit indices in confirmatory factor analysis. *Structural Equation Modeling*, 4(2), 13.
- Greenfield, S., Nicolucci, A., & Mattke, S. Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 15): OECD Health Technical Paper.
- Greenfield, S., Nicolucci, A., & Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 15): OECD Health Technical Paper.
- Groene, O. (2008a). An international review of projects on hospital performance assessment. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 10. doi:10.1093/intqhc/mzn008
- Groene, O. (2008b). The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): Na Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 7.
- Grönroos, C. (1978). A Service-Oriented Approach to Marketing of Services. *European Journal of Marketing*, 12(8), 1.
- Grönroos, C. (1982). *Strategic management and marketing in the service sector* (S. S. o. E. a. B. A. r. reports Ed.). Helsinki: Swedish School of Economics and Business Administration research reports.
- Grönroos, C. (1988). Service Quality: The Six Criteria Of Good Perceived Service. 9, 10.
- Grönroos, C. (1990). Marketing Redefined. *Management Decision*, 28(8), 1. Retrieved from <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=7101082&Fmt=7&clientId=13656&RQT=309&VName=PQD>
- Grönroos, C. (2003). *Marketing: gerenciamento e serviços* (Elsevier Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2011). *Avaliação de quarta geração* (B. Honorato, Trans. E. Unicamp Ed.). São Paulo: Editora Unicamp.
- Guimarães, T. B., & Tavares-De-Almeida, B. (2006). Da estratégia aos Resultados concretos: a experiência do governo de Minas. *Cadernos BDMG*, 12, 76.
- Gummesson, E. (1977). Marknadsföring och inköp av konsulttjänster (marketing and Purchasing of Professional Services). In (Akademilitteratur ed.). Stockholm: Stockholm Universitet.
- Guttman, L. (1954). Some necessary conditions for common factor analysis. *Psychometrika*, 19, 149-161.
- Hair, J. F., William, B., Babin, B., & Anderson, R. E. (2009). *Análise multivariada de dados* (Bookman Ed. 6a ed.). Porto Alegre.
- Hanson, R. (1992). Determining attribute importance. *Quirk's Marketing Research Review*. Retrieved from http://www.quirks.com/articles/article.asp?arg_articleid=430
- Hart, S., & Sharma, S. (2004). Engaging fringe stakeholders for competitive imagination. *Academy of Management Executive*, 18(1), 12.
- Hart, W. L., & Bogan, E. (1992). *The Baldrige* (McGraw-Hill Ed.). New York: McGraw-Hill.

- Hartz, S., & John, J. (2008). Contribution of economic evaluation to decision making in early phases of product development: A methodological and empirical review *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24(4), 9. doi:10.1017/S0266462308080616
- Hartz, Z. M. A., & Vieira-da-Silva, L. M. (2005). Avaliação em saúde. *EDUFBA*, 25.
- Health, D. o. (2001). *NHS Performance Indicators: A Consultation*. London: Department of Health
- Health, D. o. (2002). *NHS Performance Indicators, National Figures: February 2002*. London: Department of Health
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. In E. G. P. Limited (Ed.), *New Challenges to International Marketing (Advances in International Marketing)* (Vol. 20, pp. 277–319).
- Hercos, B. V. S., & Berezovsky, A. (2004). *Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde – SUS*. Paper presented at the XV Congresso Norte-Nordeste de Oftalmologia, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.
- Hermann, R., & Mattke, S. Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 17): OECD Health Technical Paper
- Hermann, R., & Mattke, S. (2004a). Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 17): OECD Health Technical Paper
- Hermann, R., & Mattke, S. (2004b). Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 18): OECD Health Technical Paper
- Hirsch, P., & Levin, D. (1999). Umbrella advocates versus validity police: A life-cycle model. *Organization Science*, 10(2), 15.
- Hoffmeyer, U. D., & Kluwer, M. T. R. (1994). Financing Health Care. In (Vol. 1): Academic Publishers.
- Holland, K., & Fennell, S. (2000). Clinical governance is ‘ACE’ – using the EFQM excellence model to support baseline assessment *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 13, 8.
- Hollander, M., & Wolfe, D. A. (1999). *Nonparametric Statistical Methods* (J. W. Sons Ed.). New York.
- Hood, C. (1990). Beyond the public bureaucracy state? Public administration in the 1990s', inaugural lecture. In (Vol. 16): London School of Economics.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- Hsiao, C. W. (1995). A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance, in An International assessment of health care financing. Lessons for developing countries In.
- Hsiao, W. H., & Sidat, B. (2008). Health systems: Concepts and deterministic models of performance. In: Background paper prepared for the Workshop on Research Agendas on Global Health Systems, Harvard University.
- Hurst, J. (2000). Challenges for health systems in Member Countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Bull World Health Organ*, 78, 10.
- Hurst, J. (2002). Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges. In E. d. OCDE (Ed.), *Measuring up – improving health system performance in OECD countries* (pp. 20). Paris: OECD.
- Hutubessy, R. C. W. (2003). *Cost-effectiveness analysis for sector-wide priority setting in health*. (Doctoral), Erasmus University Rotterdam, Holand.
- Ibrahim, J. E. (2001). Performance indicators from all perspectives. *Int J Qual Health Care* 13(6), 2.
- Identification of a Set of Key Quality Indicators in the Hospital Setting Using the European Excellence Model (2001). In. Madrid: Club Gestión de Calidad
- Iezzoni, L. I. (1997). The Risks of Risk Adjustment. *JAMA*, 278(19), 8.
- Iezzoni, L. I. (2003). Risk adjustment for measuring health care outcomes. *Health Administration Press*.
- IHPS. (2005). *Risk adjustment methods and their relevance to “Pay-or-Play”*: supplement E to the report: *Challenges and alternatives for employer Pay-or-Play Program design: an implementation and alternative scenario analysis of California’s “Health Insurance Act of 2003”*. Washington, DC

- Jackson, S. (1999). Exploring the possible reasons why the UK Government commended the EFQM (European Foundation for Quality Management) excellence model as the framework for delivering governance in the new NHS *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 12, 10.
- Jackson, S., & Bircher, R. (2002). Transforming a run down general practice into a leading edge primary care organisation with the help of the EFQM excellence model *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 15, 13.
- JCAHO, J. C. o. A. o. H. O.-. (1997). *National Library of Healthcare Indicators™ Health Plan and Network Edition* Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
- Jones, J., & Hunter, D. (1995). Qualitative research: consensus methods for medical and health services reseach. *British Medical Journal*, 331(7001), 5.
- Junior, F. A. T. (2009). *Instrumentos de contratualização e a pactuação por resultados. Inovações no sistema de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Paper presented at the II Congresso Consad de Gestão Pública, Brasília.
- Junior, F. A. T. (2013). *Alinhamento Estratégico: O processo de contratualização por resultados em Minas Gerais por meio do sistema GEICOM*. Paper presented at the VI Congresso Consad de Gestão Pública, Brasília.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 8.
- Katz, D., & Kahn, R. (1977). *Psicologia social de las organizaciones* (Trilas Ed.). México: Trilas.
- Kazandjian, V. (2003). Accountability Through Measurement: A Global Health Care Imperative *ASQ Quality Press*, 2.
- Kazandjian, V., & Lied, T. (1999). Healthcare performance measurement: systems design and evaluation *ASQ Health Care Series*, 38.
- Kazandjian, V. A. (2003). Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicator Project *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9(2), 12.
- Klazinga, N. (2000). Re-engineering trust: the adoption and adaptation of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems *Int J Qual Health Care*, 12, 7.
- Knowles, J. C., Leighton, C., & Stinson, W. Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators In. Bethesda Maryland: Partnerships for Health Reform, Special Initiatives Report No. 1
- Kopalle, P. K., & Lehmann, D. R. (2001). Strategic management of expectations: The role of disconfirmation sensitivity and perfectionism. *Journal of Marketing Research*, 38(3), 9.
- Kujala, J. (2001). Analysing moral issues in stakeholder relations. *Business Ethics: A European Review*, 10(3), 15.
- Kutzin, J. Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-Oriented Framework for Policy Analysis. In.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho Hospitalar no Brasil: Em busca da Excelência* (E. Singular Ed.). São Paulo: Editora Singular.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2007). *Metodologia científica* (Atlas Ed. 7a ed.). São Paulo.
- Lambie, L., & Matke, S. Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 14): OECD Health Technical Paper.
- Lambie, L., & Matke, S. (2004). Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 14): OECD Health Technical Paper.
- Lane, D. S., & Kelman, H. R. (1975). Assessment of maternal health care quality: Conceptual and methodologic issues. *Medical Care*, 13, 17.
- Lawton, A., McKevitt, D., & Millar, M. (2000a). Coping with ambiguity: Reconciling external legitimacy and organizational implementation in performance measurement. *Public Money & Management*, 7.

- Lawton, A., McKeivitt, D., & Millar, M. (2000b). Coping with ambiguity: Reconciling external legitimacy and organizational implementation in performance measurement. *Public Money & Management*, 7.
- Lemke, C. (2005). *Modelos de equações estruturais com ênfase em análise fatorial confirmatória no Software Amos*. (Bacharel), Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Lichtig, L. K. (1986). *Hospital Information Systems for Case Mix Management* (J. W. a. Sons Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Lima, H. d. O., Lima, M. F., Campos, L. I., & Oliveira, B. R. d. (2010). Fortalecimento e Qualificação da Rede Hospitalar: Pro-Hosp. In *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais* (Vol. 324, pp. 27). Belo Horizonte Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Lima, J. G. (2016). *Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro
- Londono, J. L., & Frenk, J. (1997). Structured Pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America *Health Policy*, 41, 36.
- Lopes, E. S., & Pardal, L. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social* (A. Editores Ed.).
- Lorenzo, S., Arcelay, A., & Bacigalupe, M. (2001). *Guide for Self-assessment of Healthcare Centres Using as a Reference the Self-assessment Model of the European Foundation for Quality Management (EFQM)* (MSD Ed.). Madrid: MSD.
- Lourença, P. R., Miguez, J., Gomes, A. D., & Carvalho, C. (2004). Eficácia grupal: Análise e discussão de um modelo multi-dimensional. *Psychologica*, 11.
- Macente, L. B., & Zandonade, E. (2010). Avaliação da completude do Sistema de Informação sobre Mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007 *J Bras Psiquiatr*, 59(3), 173-181.
- Machado, J. P., Martins, A. C. M., & Martins, M. S. (2013). Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 29(6), 20.
- Malcolm Balridge National Quality Award, 1999 Criteria for Performance Excellence. (1999). In Gaithersburg: NIST.
- Malik, A. M., & Schiesari, L. M. C. (1998). Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. In São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- Marin, H. F. (2010). Sistemas de Informação em Saúde: considerações gerais. *J. Health Inform*, 2(1), 17.
- Marques, A. J. S., Mendes, E. V., & Lima, H. O. (2010). Fortalecimento e qualificação da rede hospitalar – Pro-Hosp. In S. d. E. d. S. d. M. Gerais (Ed.), *O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Minas gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Marshall, M., Leatherman, S., & Mattke, S. Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 16): OECD Health Technical Paper
- Marshall, M., Leatherman, S., & Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries In (Vol. 16): OECD Health Technical Paper
- Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. (2008). *Análise de Dados com SPSS* (E. Editora Ed. 2a ed.). Lisboa.
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações* (ReportNumber Ed. 2a ed.). Pêro Pinheiro.
- Mattke, S. (2004). Monitoring and improving the technical quality of medical care: a new challenge for policymakers in OECD countries In P. Studies (Ed.), *Towards High Performing Health Systems*. Paris: OECD.
- Mattke, S., Epstein, A. M., & Leatherman, S. (2006). The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background *International Journal for Quality in Health Care*, 4. doi:10.1093/intqhc/mzl019
- Mattke, S., Kelley, E., & Scherer, P. (2004). *Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators Report*. Retrieved from Paris: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>
- Matus, C. (1997). *Política, Planejamento e Governo* (IPEA Ed. 3a ed.). Brasília: Tomo I.
- McGlynn, E. A. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Hlth Affairs*, 16, 15.

- McKee, M., & Healy, J. (2002). Pressures for Change. In O. University (Ed.), *Hospitals in a Changing Europe* (pp. 49). Buckingham: Open University.
- Mclaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (1999). Logic models: A tool for telling your program's performance history. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 8.
- McLoughlin, V., Leatherman, S., Fletcher, M., & Owen, J. W. (2001). Improving performance using indicators: Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *Int Journal Qual Health Care* 13, 8.
- Medicine, I. o. (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance. In (Vol. 2). Washington: National Academy Press.
- Medicine, I. o. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Retrieved from Washington:
- Medina, M. G., Silva, G. A. P., Aquino, R., & Hartz, Z. M. A. (2005). Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde-aspectos conceituais e operacionais. In EDUFBA (Ed.), *Avaliação em saúde* (pp. 41-63). Salvador: EDUFBA.
- Mellahi, K., & Wood, J. (2003). The role and potential of stakeholders in "holoow participation": Conventional stakeholder theory and institutionalism alternatives. *Business and Society Review*, 108(2), 20.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde* (O. P.-A. d. Saúde Ed.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Millar, J., & Mattke, S. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. In (Vol. 18): OECD Health Technical Paper.
- Millar, J., & Mattke, S. (2004). Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. In (Vol. 18): OECD Health Technical Paper.
- Minas, G. (2010a). *Decreto nº 45.468, de 13 de setembro de 2010*. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa de Minas Gerais
- Minas, G. (2010b). *O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
- Minas, G. (2012). *Resolução SES/MG nº 3.407, de 21 de Agosto de 2012*. Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais
- Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G. d., & Sousa, E. R. (2010). *Avaliação por triangulação de métodos - Abordagem de programas sociais* (F. O. Cruz Ed.). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., Aranaz, J., & Sitges, E. (1998). Application of the European improvement model to healthcare: benefits and limitations. *Rev Calidad Asistencial*, 13, 6.
- Mitchell, R., Agle, B., & Wood, D. (1997). Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 34.
- Mittal, V., Ross, W. T. J., & Baldasare, P. M. (1998). The asymmetric impact of negative and positive attribute-level performance on overall satisfaction and repurchase intentions. *Journal of Marketing*, 62(1), 1.
- Moeller, J. (2001). The EFQM Excellence Model. German experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(1), 5.
- Moeller, J., Breinlinger, J., O'Reilly, & Elser, J. (2000). Quality management in German health care—the EFQM Excellence Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 13, 5.
- Moeller, J., & Sonntag, H. G. (1998). Systematic analysis and controlling of health care organisations lead to numerical health care improvements. *Health Manpow Manage*, 24, 5.
- Monteiro, W. M. S. (2008). *Avaliação da qualidade dos serviços prestados em unidades básicas de saúde de fortaleza*. (Master), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Moracho, O., Colina, A., Amondarain, M. A., Aguirre, L., Ruiz-Álvarez, E., & Salgado, M. V. (2001). Practical experience of the external evaluation process with the EFQM Excellence Model in the Hospital of Zumarraga. *Rev Calidad Asistencial*, 16, 8.

- Morin, E., Savoie, A., & Beaudin, G. (1994). *L'efficacité de l'organisation: Théories, représentations et mesures* (G. M. Éditeur Ed.). Montréal: Gaetan Morin Éditeur.
- Morra Imas, L. G., & Rist, R. C. (2009). *The Road to Results Designing and Conducting Effective Development Evaluations*. Retrieved from Washington: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2699>
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000a). A framework for assessing the performance of health systems *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 15.
- Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000b). *A WHO Framework for Health System Performance Assessment*. Retrieved from Geneva: <http://www.who.int/iris/handle/10665/66267>
- Nabitz, U. W., & Klazinga, N. S. (1999). EFQM approach and the Dutch Quality Award *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(2), 6.
- Nabitz, U. W., & Walburg, J. A. (2000). Addicted to quality—winning the Dutch Quality Award based on the EFQM Model. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 13, 7.
- Navarro, J., & Quijano, S. (2006). La efectividad organizativa. In Icaria (Ed.), *Dirección de recursos humanos y consultoria em las organizaciones* (pp. 297-326). Barcelona: Icaria.
- Navarro, V. (2000). Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, 356, 4.
- NHCP, N. H. P. C. (2002). *National Report on Health Sector Performance Indicators 2001*. Brisbane
- NHS. (1999). *Quality and performance in the NHS: High level performance indicators*. London
- NHS. (2002). *NHS Performance Indicators – Acute NHS Hospital Trusts*. United Kingdom: National Health Service
- Noronha, J. C. (2001). Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Rev. Saúde Pública*, 35(2), 8.
- Noronha, M. F. (2001). *Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups*. (Doctoral), USP, São Paulo.
- Noronha, M. F., Veras, C. T., Leite, I. C., Martins, M. S., Neto, F. B., & Silver, L. (1991). O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares *Revista de Saúde Pública de São Paulo*, 25(3), 11.
- Novaes, H. M. D. (2000). Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. *Rev. Saúde Pública*, 34(5), 13. Retrieved from www.fsp.usp.br/rsp
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). The Assessment of Reliability. *Psychometric Theory*, 3, 248-292.
- OECD. An Assessment of Health System Performance across OECD Countries In: OECD DEELSA/ELSA/WPI(99)3.
- OECD. Health outcome measurement in OECD countries: toward outcome-oriented policy making In. Paris: OECD DEELSA/ELSA/WP1(98)6/ANN.
- OECD. (2001). *Performance measurement and performance management in OECD health systems* (47). Retrieved from www1.oecd.org
- OECD. (2013). *Health at a Glance 2013*. Retrieved from http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- OECD. (2015a). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Retrieved from Paris: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- OECD. (2015b). *OECD Health Statistics 2015*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Retrieved from Paris: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD (Ed.) (2002). *Glossary of Key Terms in Evaluation and Results-Based Management*. Paris.
- Oliver, R. L. (1980). A Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), 10.
- Oliver, R. L. (1981a). Measurement and evaluation of the satisfaction process in retail settings. *Journal of Retailing*, 57(3), 24.
- Oliver, R. L. (1981b). What in costomer satisfaction? *Wharton Magazine*, 5(3), 6.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction, a behavioral perspective on the consumer* (Irwin/MacGraw-Hill Ed.): Irwin/MacGraw-Hill.
- Oliver, R. L., & Desarbo, W. S. (1988). Response Determinants in Satisfaction Judgments. *Journal of Consumer Research*, 14, 13.

- Oliver, R. L., & Linda, G. (1981). Effects of Satisfaction and Its Antecedents on Consumer Preference and Intention. *Advances in Consumer Research*, 8, 6.
- OMS. (1970). *Comite de Expertos de la OMS en Estadística Sanitaria. Indicadores estadísticos para la planificación y la evaluación de programas de salud pública* Retrieved from Ginebra:
- Onocko-Campos, R., & Furtado, J. P. (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*, 1(1), 14.
- OR, Z. (2002). Improving the performance of health systems: from measures to action (a review of experiences in four countries. *Labour Market and Social Policy – Occasional Papers*, 57. doi:10.1787/18151981
- Organization, P. A. H. (1999). *Guidelines for the preparation of the health services system profile in the countries of the region* (P. A. H. Organization Ed.). Washington DC: Pan American Health Organization.
- OTA. (1978). *Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies* (OTA Ed.): Washington.
- OTA (Ed.) (1988). *Hospital Mortality Rates*. Washington D.C: Congress of the United States: Office of Technology Assessment.
- Ovretveit, J. (1998). *Evaluation Health Intervention: an introduction to evaluation of health treatments, services, policies, and organizational* (O. U. Press Ed.). Buckingham: Open University Press.
- Paim, J. S., & Teixeira, C. F. (2006). Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saude Publica*, 40, 6.
- Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2010). EuroREACH Framework for Health System Performance. In Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1985a). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 10.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1985b). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64, 29.
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991a). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67(4).
- Parasuraman, A., Berry, L. L., & Zeithaml, V. A. (1991b). Understanding customer expectation of service. *Sloan Management Review*, 31, 10.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1994). Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research. *Journal of Marketing*, 58, 14.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text* (S. Publications Ed.). London: Sage Publications.
- Pedro, S., Ferreira, P. L., & Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Tourism & Management Studies*, 6, 15.
- Perez Arias, E. B., & Feller, J. J. (1983). El Control de los Sistemas de Atención Médica Conceptualización y Mecánica Operativa. *Medicina y Sociedad*, 6(6), 8.
- Pinto, R. (2010a). *Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal – semelhanças e diferenças*. (Master), FioCruz, Rio de Janeiro.
- Pinto, R. (2010b). *Sistemas de informações hospitalares de Brasil, Espanha e Portugal – semelhanças e diferenças*. (Master), FioCruz, Rio de Janeiro.
- Pitt, D. J. (1999). Improving performance through self-assessment. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 12, 9.
- Podinovski, V. V. (2004). Production trade-offs and weight restrictions in data envelopment analysis. *Journal of the Operational Research Society*, 55(12), 12.
- Porterfield, J. D. (1976). Evaluation of Patients: Codman Revisited. *Acad. Med*, 52(1), 9.
- Ramalho, N. (2005). *Construção de um modelo metamórfico da eficácia organizacional: Papel estruturante da cultura de gestão*. (Doctoral), Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

- Ramos, L. M. A., & De Oliveira, C. B. (2010). O choque de Gestão nos hospitais públicos de Minas Gerais - FHEMIG. In *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais* (pp. 263-275). Belo Horizonte.
- Raposo, V. (2007). *Governança hospitalar - uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Reilly, T., Zema, C., & Crofton, C. (2002). Providing performance information for consumers: experience from the United States. In *Measuring Up. Improving Health Systems Performance in OECD Countries* (pp. 97-116). Ottawa: OECD.
- Rerimann, B. (1982). Organizational Competence as a predictor of long run survival and growth. *Academy of Management Journal*, 25(2), 12.
- Ressel, L. B. (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 779-786.
- RIPSA, R. I. d. I. p. a. S. n. B.-. (2007). *A iniciativa Ripsa: origem e evolução (1995-2007)*. Retrieved from <http://www.ripsa.org.br/lildbi/docsonline/get.php?id=225>
- Rocha, T. A. H., Da Silva, N. C., Barbosa, A. C. Q., Amaral, P. V., Thumé, E., Rocha, J. V., . . . Facchini, L. A. (2017). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(1), 229- 240.
- Rodrigues, W. W., & Torres, V. R. (1982). *Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Aviação em Serviços de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde
- Rodríguez, B. A., & Ferrándiz-Santos, B. (2004). Integration of the EFQM Model and the Hoshin Kanri deployment in a primary care area. *Rev Calidad Asistencial*, 19, 8.
- Rogers, E., & Wright, P. (1998). Measuring organizational performance in strategic human resource management: problems, prospects, and performance information markets. *Human Resource Management Review*, 8(3), 21.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Rossi, P. H., & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation, a systematic approach* (S. Publications Ed.). Beverly Hills: Sage Publications.
- Rosalem, V. (2013). *Análise das percepções dos principais atores da cadeia produtiva da saúde sobre a qualidade dos serviços prestados por hospitais no Estado de Goiás - Brasil*. (Doctoral), Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo.
- Roski, J., & Gregory, R. Performance measurement for ambulatory care: moving towards a new agenda. *Int J Qual Health Care*, 13(6), 7.
- Rotta, C. S. G. (2004). *Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial*. (Doctoral), São Paulo.
- Rowan, M. S. (2000). Logic models in primary care reform. navigating the evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 15(2), 12.
- Rundall, T. G. (1992). Health planning and evaluation. In A. Lange (Ed.), *Public Health & Preventive Medicine* (13a ed., pp. 16). Connecticut.
- Samico, I., Felisberto, E., Figueiró, A. C., & Frias, P. G. (2010). *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais* (Medbook Ed.). Rio de Janeiro: Medbook.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lúcio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (M. Hill Ed.). São Paulo: McGraw Hill.
- Santos, M. P. (1995). Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48, 11.
- Santos, S. B. (2007). Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 12.
- Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance structure analysis. In S. Publications (Ed.), *Latent Variables Analysis: Applications for Developmental Research* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA.
- Savin-Baden, M., & Major, C. H. (2013). *Qualitative research: the essential guide to theory and practice* (Routledge Ed.). Abingdon: Routledge.
- Savoie, A., & Morin, E. (2001). Representações da eficácia organizacional: desenvolvimentos recentes. *Psychologica*.
- Schramm, J. M. A., Oliveira, A. F., Leite, I. C., Valente, J. G., Gadelha, A. M. J., Portela, M. C., & Campos, M. R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 12.

- Scriven, M. (1991). *Evaluation thesaurus* (S. Publications Ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Serufo-Filho, J. C. S. (2014). *Avaliação da produtividade de hospitais brasileiros pela metodologia do diagnosis related Groups 145.710 altas em 116 hospitais*. (Master), Universidade de Minas Gerais, Minas Gerais.
- Services, D. o. H. a. H. (2000). *Healthy People 2010. Understanding and Improving Health*. In. Washington: Government Printing Office
- Shaughnessy, P., & Hittle, D. (2002). Overview of risk adjustment and outcome measures for home health agency OBQI reports: highlights of current approaches and outline of planned enhancements. *Center For Health Services Research*.
- Sheldon, T. (1998). Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care*, 6.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A., Barnsley, J., Beland, F., Leggat, S., . . . Brémond, M. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance *Health services management research*, 11(24).
- Silva, L. M. V., & Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, 10(1), 12.
- Simonet, D. (2011). The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: An International Comparative Perspective *International Journal of Public Administration*, 34(12), 13. doi:10.1080/01900692.2011.603401
- Simón, R., Guix, J., Nualart, L., Surroca, R. M., & Carbonell, J. M. (2001). Use of several models as diagnostic and quality improvement tool: EFQM and Joint Commission. *Rev Calidad Asistencial*, 16, 5.
- Smee, C. H. (2002). Improving Value for Money in the United Kingdom National Health Service. In *Measuring UP: Improving Health System Performance in OECD Countries* (pp. 57-86). Paris: OECD Publications Service.
- Souza, L. E. P. F., Vieira-Da-Silva, L. M., & Hartz, Z. M. A. (2005). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Paper presented at the Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil, Rio de Janeiro.
- Steiger, J. H., Shapiro, A., & Browne, M. W. (1985). On the multivariate asymptotic distribution of sequential chi-square statistics. *Psychometrika*, 50, 253–264.
- Stevens, P., Stokes, L., & O'Mahony, M. (2006). Metrics, targets and performance. *National Institute Economic Review*, 197(1), 13.
- Stewart, A. (2003). An investigation of the suitability of the EFQM Excellence Model for a pharmacy department within an NHS Trust *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*, 16, 12.
- Stott, N., Kinnersley, P., & Elwyn, G. J. (1997). Measuring general practice based primary care generic outcomes. *Family Pract*, 14, 6.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research: grounded theory and techniques* (Sage Ed.). London: Sage.
- Suchman, M. (1995). Managing legitimacy: strategic and institutional approaches. *Academy of Management Review*, 20(3), 40.
- Surprenant, C. F., & Solomon, M. R. (1987). Predictability and Personalization in the Service Encounter. *Journal of Marketing*, 51(2), 1.
- Swan, J. E., & Trawick, F. I. (1981). Disconfirmation of expectations and satisfaction with a retail service. *Journal of Retailing*, 57(3), 19.
- Szymanski, D. M., & Henard, D. H. (2001). Customer satisfaction: A meta-analysis of the empirical evidence. *Academy of Marketing Science. Journal*, 29(1), 1.
- Tamaki, E. M., Tanaka, O. Y., Felisberto, E., Alves, C. K. d. A., Junior, M. D., Bezerra, L. C. d. A., . . . De Miranda, A. S. (2012). Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 11.
- Tanaka, O. Y., & Melo, C. (2008). Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In Atheneu (Ed.), *Saúde pública: bases conceituais* (pp. 119-131). São Paulo: Atheneu.

- Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012a). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 8.
- Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012b). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 8.
- Tenenhaus, M., Esposito Vinzi, V., Chatelin, Y., & Lauro, C. (2005). PLS path modeling. *Computational Statistics and Data Analysis*, 48, 159–205.
- Travassos, C., Noronha, J. C., & Martins, M. (1999). Mortalidade Hospitalar como Indicador de Qualidade: Uma Revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2).
- Trieschmann, J., Dennis, A., Northcraft, G., & Niemi-Jr, A. (2000). Serving multiple constituencies in business schools: M. B. A. program versus research performance. *Academy of Management Journal*, 43(6), 12.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação* (Atlas Ed.). São Paulo: Atlas.
- Tse, D. K., & Wilton, P. C. (1988). Models of Consumer Satisfaction: Na Extension. *Journal of Marketing Research*, 25, 9.
- Uchimura, K. Y., & Bosi, M. L. M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 18(6), 9.
- UNDP. (2009). *Handbook on Planning, Monitoring and Evaluation for Development Results*.
- Unit, O. H. P. (2001). Health at a Glance. In: Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development
- US/DHHS. (2000). Healthy People 2010: Leading health indicators. In.
- Vallejo, P., Saura, R. M., Sunol, R., Kazandjian, V., Ureña, V., & Mauri, J. (2006). A proposed adaptation of the EFQM fundamental concepts of excellence to health care based on the PATH framework. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 9.
- Veillard, J. (2012). *Performance Management in Health Systems and Services Studies on its Development and Use at International, National/Jurisdictional, and Hospital Levels*. (Doctoral), Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisste, A. L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6), 9.
- Veras, C. M. T., & Martins, M. S. (1994). A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). *Cad. Saúde Pública*, 10, 18.
- Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., Martins, M., . . . Szwarcwald, C. L. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 14.
- Viacava, F., Ugá, M. A. D., Porto, S., Laguardia, J., & Moreira, R. d. S. (2012). Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4), 23.
- Vieira-Da-Silva, L. M. (2005). Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In *Avaliação em saúde* (pp. 15-39). Salvador: EDUFBA.
- Vinagre, M. H. (2008). *A satisfação de utentes de serviços públicos de saúde: preditores e mediadores*. (Doctoral), Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa-ISCTE, Portugal: Lisboa.
- Vitoria-Gasteiz. (2000). *Guide for Self-assessment of Healthcare Organizations (simplified version)* (O.-S. V. d. Salud Ed.).
- Volpato, L. F. (2014). *Utilização de uma ferramenta para análise da qualidade nos serviços públicos de saúde*. (Doctoral), Universidade estadual de campinas, Piracicaba
- Vuori, H. (1991). A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para debate*, 1, 9.
- Vuori, H. V. (1982). Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methodology. In *Public Health in Europe* (Vol. 16, pp. 127). Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Walburg, J., Klazinga, N., & Nabitz, U. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 11.
- Wheaton, B. (1987). Assessment of fit in overidentified models with latent variables. *Sociological Methods & Research*, 16(1), 118-154. doi:10.1177/0049124187016001005

- WHO. (2000a). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization
- WHO. (2000b). *The World Health Report: Health System: Improving Performance*. Geneva: World Health Organisation
- WHO. (2003). *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: World Health Organisation
- WHO (Ed.) (1981). *Health programme evaluation*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, W. H. O. (2006). *Bridging the "Know-Do" Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. Retrieved from Geneva:
- Williams, S. (2001). Increasing employees' creativity by training their managers. *Industrial and Commercial Training*, 33(2), 6.
- Wolfson, M., & Alvarez, R. (2002). Towards integrated and coherent health information systems for performance monitoring: The Canadian experience. In *Measuring UP: Improving Health System Performance in OECD Countries* (pp. 133-135). Paris: OECD Publications Service.
- Worthen, B. R., Sanders, J. R., & Fitzpatrick, J. L. (2004). *Avaliação de programas: Concepção e práticas* (G. Edusp Ed.). São Paulo: Edusp, Gente.
- Wright, J. T. C., & Giovinazzo, R. A. (2000). Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, 1(12).
- Yeomans, K. A., & Golder, P. A. (1982). The Guttman-Kaiser Criterion as a Predictor of the Number of Common Factors. *Journal of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician)*, 31(3), 221-229.
- Yi, Y. (1990). A Critical Review of Consumer Satisfaction. In A. M. Association (Ed.), *Review of Marketing* (pp. 68-123). Chicago: American Marketing Association.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (Artmed Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods* (S. Publications Ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1993). The nature and determinants of customer expectations of service. *Academy of Marketing Science. Journal*, 21(1), 1.

ANEXOS/APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1-A - Cronograma de Investigação

It	ATIVIDADES	PERÍODO DE ATIVIDADES											
		2016				2017				2018			
		1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t	1t	2t	3t	4t
0	Memorial Acadêmico / Disciplinas (2013-2014)												
1	Identificação do Problema e Tema de Pesquisa												
2	Justificativa e relevância – Por que o estudo é importante e para que grupo de pessoas												
3	Problematização e contextualização- Construção da questão de investigação no contexto do SUS												
4	Objectivos e Hipóteses – definir o objectivo geral e os específicos, além de hipóteses (qdo existirem)												
5	Leituras e fichamentos iniciais para estabelecer a linha teórica da investigação												
6	Levantamento bibliográfico, revisão sistemática e seleção bibliográfica e organização de conceitos												
7	Escrita inicial sobre o estado da arte e as metodologias aplicáveis ao estudo												
8	Ajustamento teórico e metodológico visando a preparação de atividades de campo da pesquisa												
9	Tradução/validação de questionários e escalas adaptadas (elaboração de instrumentos de coleta)												
10	Entrevistas, ponderações e análises por grupos pilotos de especialistas e gestores do SUS												
11	Escrita final sobre a validação da metodologia, construção de instrumentos definitivos e análise de resultados grupo piloto												
12	Escrita sobre a revisão do problema, da questão de												

	investigação e métodos de coleta de dados													
13	Definição da amostra de campo e aplicação dos questionários a usuários e gestores do SUS													
14	Mapeamento de ponderações e revelâncias atribuídas (análise estatística de dados de campo)													
15	Análise comparativa entre níveis de gestores e usuários (análise estatística dos resultados) visando comprovar/refutar hipóteses do estudo													
16	Análise estatística comparativa entre as unidades estudadas e elaboração final dos resultados obtidos e considerações finais do estudo													
17	Revisão final de conceitos do estado da arte e do percurso metodológico aplicado no estudo													
18	Revisão da escrita - texto seguindo as normas da língua portuguesa e de formatação exigida													
19	Defesa e apresentação da Tese e seus resultados													
Observações:														

Apêndice 1-B - Orçamento Financeiro

Especificação de Gastos (material de consumo)	Quant./ mensal	Quant/ total	Valor unitário	Valor total
Resma de papel A4	01	05	R\$ 12,00	R\$ 60,00
Tinta para impressora (Preta)	03	10	R\$ 50,00	R\$ 500,00
Tinta para impressora (Colorida)	02	05	R\$ 60,00	R\$ 300,00
Caneta	01	05	R\$ 2,00	R\$ 10,00
Lápis	05	20	R\$ 1,00	R\$ 20,00
Borracha	01	04	R\$ 0,50	R\$ 2,00
Total	14	65	R\$ 125,50	R\$ 898,00
Especificação de gastos (serviços)	Quant./ mensal	Quant/ meses	Valor unitário	Valor total
Serviços terceiros (pessoa física)	01	04	R\$ 450,00	R\$ 1.800,00
Viagem para aplicação (deslocamentos, combustível, alimentação)	01	03	R\$ 700,00	R\$ 2.100,00
Total	-	-	-	R\$ 3.900,00
Total GERAL	-	-	-	R\$ 4.898,00

Apêndice 2

TERMOS DE CONTROLES ÉTICOS E COMPROMISSOS E DE PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO

Apêndice 2-A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) AOS DECISORES OU PROFISSIONAIS DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E HOSPITAIS

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança⁷⁴ de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil” que tem como objectivo investigar os aspetos da avaliação multidimensional e decisão multicritério para propor e validar um *proxy* de um modelo inovador de avaliação das dimensões de efetividade, eficiência e qualidade (satisfação) aplicado à hospitais pólo-regionais e de referência estadual, e em serviços de saúde de referência microrregional de saúde do Estado (província) do Ceará e/ou outros que aderirem posteriormente.

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia-a-dia dos gestores de serviços de saúde, através de entrevistas semi-estruturada com questionário com dados sociodemográficos, organizacionais e funcionais, e com questões fechadas e/ou abertas sobre seu conhecimento e experiência sobre metodologias e indicadores de resultados/desempenho dos serviços de saúde e adaptação de um questionário da Escala SERVQUAL para usuários que aceitem participar da pesquisa, bem como grupos focais (painel de especialistas) com gestores, decisores e/ou profissionais da saúde, pautados em métodos mistos (qualitativo e quantitativo) para captar ideias gerais, eixos temáticos e núcleos argumentais, além da técnica *Delphi* para ponderar as opiniões em busca da construção de consensos, e por fim, uma análise estatística para consolidar resultados e validar um painel de indicadores.

Dessa forma, solicitamos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista, através de um questionário e/ou participando do grupo focal sobre sua experiência na utilização de indicadores de performance nos serviços de saúde, no que diz respeito à metodologias, instrumentos e indicadores para a governança, direção estratégica e gerência

⁷⁴ Governança (no Brasil)

departamental em organizações das redes assistenciais. Solicitamos sua autorização para, se necessário, gravar as conversas geradas durante a entrevista.

Garantimos que a pesquisa não terá nenhuma forma de prejuízo no trabalho ou gestão dos serviços pelos participantes, independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos potenciais (constrangimentos, transtornos, etc) advindo da entrevista, grupo focal e questionário serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para a condução de tais atividades. Nas entrevistas, serão mantidas em sigilo suas informações que junto com sua identidade não serão reveladas, pois não haverá divulgação de nomes de pessoas ou instituições participantes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, inclusive por percepção de quaisquer riscos potenciais (constrangimentos, transtornos, etc), sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisar e os resultados poderão ser vinculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardado sua identificação. Como benefício direto para os participantes, nos comprometemos a fazer a devolutiva dos dados ao serviço, quando assim solicitado, fomentando a criação de políticas que melhorem a qualidade dos serviços à disposição para quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, que os sujeitos da pesquisa terão liberdade para participarem se não acharem conveniente. Contatos com Professor MsC. Galba Freire Moita, coordenador da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da SESA/Ce encontra-se disponível para esclarecimentos pelo Tel/Fax (85) 3488.2137. Endereço: Av. Almirante Barroso, 600 – Praia de Iracema – Fortaleza – CE. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Data: ____/____/2016.

Participante

Pesquisador

Apêndice 2-B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) AOS USUÁRIOS DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE E HOSPITAIS

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança⁷⁵ de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil” que tem como objectivo investigar os aspetos da avaliação multidimensional e decisão multicritério para propor e validar um *proxy* de um modelo inovador de avaliação das dimensões de efetividade, eficiência e qualidade (satisfação) aplicado à hospitais e serviços de saúde.

Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia-a-dia dos usuários dentro das organizações e serviços de saúde, através de entrevistas estruturada com questionário com dados sociodemográficos, e com questões fechadas através da adaptação do instrumento internacional (Escala SERVQUAL) sobre sua expectativa, seu conhecimento e experiência na utilização dos serviços de saúde e a qualidade percebida pelo usuário-paciente, bem como possíveis entrevistas com grupo focal com equipe profissionais e gestores dos serviços de saúde.

Dessa forma, solicitamos a sua colaboração nesta pesquisa para responder a uma entrevista, através de um questionário adaptado (Escala SERVQUAL), que temos autorização dos autores para adaptação/uso na pesquisa e/ou participando do grupo focal sobre seu conhecimento e experiência na utilização dos serviços de saúde e a qualidade percebida em organizações das redes assistenciais.

Garantimos que a pesquisa não terá nenhuma forma de prejuízo e todos os riscos potenciais (constrangimentos, transtornos, etc) advindo da entrevista, grupo focal e questionário serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para a condução de tais atividades. Nas entrevistas, serão mantidas em sigilo suas informações que junto com sua identidade não serão reveladas, pois não haverá

⁷⁵ Governança (no Brasil)

divulgação de nomes de pessoas ou instituições participantes. Nos grupos focais haverá solicitação para que todos os participantes mantenham sigilo do que se passar no grupo.

Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, inclusive por percepção de quaisquer riscos potenciais (constrangimentos, transtornos, etc), sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisas e os resultados poderão ser vinculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardado sua identificação. Como benefício direto para os participantes, nos comprometemos a fazer a devolutiva dos dados ao serviço, quando assim solicitado, fomentando a criação de políticas que melhorem a qualidade dos serviços à disposição para quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, que os sujeitos da pesquisa terão liberdade para participarem se não acharem conveniente. Contatos com a Professor MsC. Galba Freire Moita, coordenador da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da SESA/Ce encontra-se disponível para esclarecimentos pelo Tel/Fax (85) 3488.2137. Endereço: Av. Almirante Barosso, 600 – Praia de Iracema – Fortaleza – CE. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Data: ____/____/2016

Participante

Pesquisador

Apêndice 2-C (A a D)

LOGOMARCA DA INSTITUIÇÃO

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA/AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO

À Diretoria da Faculdade/Centro Universitário

Att Profa Dr (a) _____

Fortaleza, 30 de abril de 2016

Prezados/as diretores/as,

EU, Galba Freire Moita, cpf No. 264.645.863-00, engenheiro biomédico e gestor hospitalar, solicito por meio desta, carta de anuência e permissão do (a) diretor(a) da faculdade/centro universitário _____ para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil que será realizado junto aos alunos de graduação e/ou pós-graduação da área de gestão em saúde, objetivando conhecer a opinião / percepção de profissionais e decisores de organizações de saúde. A pesquisa ocorrerá de agosto de 2016 a dezembro de 2017.

A pesquisa tem objectivo investigar os aspetos da avaliação multidimensional e decisão multicritério em organizações de saúde, tendo os danos e riscos potenciais minimizados e como benefícios esperados a estruturação de um painel de indicadores de governança em organizações de saúde e hospitais.

Outrossim, informamos que a privacidade e o sigilo das informações serão garantidos pelo pesquisador e os dados e resultados usados exclusivamente no âmbito desta pesquisa.

Será esclarecido aos participantes da pesquisa que podem recusar ou deixar de participar a qualquer momento, sendo permitido a retirada do termo de consentimento, conforme as diretrizes da resolução CNS 466/2012.

Galba Freire Moita, pesquisador _____, Diretor(a)

Apêndice 2-C (E a Z)

LOGOMARCA DA INSTITUIÇÃO

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA/AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO

Ao Secretário da Saúde do Ceará

C/c Diretor (a) de Hospitais (HMJMA / HPFP), Políclínicas/CEOs e Unidades de Saúde

Fortaleza, 30 de abril de 2016

Prezado secretário(a)/diretor(a)/coordenador(a),

EU, Galba Freire Moita, cpf No. 264.645.863-00, engenheiro biomédico e gestor hospitalar, solicito por meio desta, carta de anuência e permissão do(a) secretário(a)/diretor(a)/coordenador(a) para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil” que será realizado ao nível central da Secretaria de Saúde, quanto a captação de dados secundários no sistema Datasus, e quanto a pesquisa de satisfação dos gestores, profissionais e pacientes em hospitais, políclínicas,CEOs e demais unidades de saúde do SUS, de agosto de 2016 a dezembro de 2017.

A pesquisa tem objectivo investigar os aspetos da avaliação multidimensional e decisão multicritério em organizações de saúde, tendo os danos e riscos potenciais minimizados e como benefícios esperados a estruturação de um painel de indicadores de governança em organizações de saúde e hospitais.

Outrossim, informamos que a privacidade e o sigilo das informações serão garantidos pelo pesquisador e os dados e resultados usados exclusivamente no âmbito desta pesquisa.

Será esclarecido aos participantes da pesquisa que podem recusar ou deixar de participar a qualquer momento, sendo permitido a retirada do termo de consentimento, conforme as diretrizes da resolução CNS 466/2012.

Galba Freire Moita, pesquisador _____, Secretário(a)/ Diretor(a)

Apêndice 2-D

LOGOMARCA DA INSTITUIÇÃO

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Brasília, 18 de fevereiro de 2016

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado coordenador,

Declaramos para os devidos fins, que a diretoria/ coordenação _____ do Hospital/Policlínica _____ ou secretário/presidente do consórcio analisou o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil” que tem como objectivo investigar os aspetos da avaliação multidimensional e decisão multicritério em organizações de saúde para estruturar um painel de indicadores de governança em organizações de saúde, pelo que emite parecer recomendando a coparticipação do hospital/policlínica _____ neste estudo.

Declaro, outrossim ter ciência e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012, e ainda que está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos recrutados para participar desta pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Atenciosamente,

Secretário(a)/ Diretor(a)/Coordenador(a)

Apêndice 2-E

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS
PÚBLICOS DO DATASUS

Fortaleza, 18 de fevereiro de 2016

Ao Ministério da Saúde (MS)

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)

Coordenadoria Geral de Sistemas de Informações (CGSI)

EU, Galba Freire Moita, cpf No. 264.645.863-00, RG 0601250515-Crea-Ce, doutorando em Gestão e Ciência da Decisão, na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (comprovante anexo), venho solicitar a autorização de acesso e coleta de dados, junto ao núcleo NDIS da coordenação CGSI (DRAC/SAS/MS), para fins de subsidiar o estudo “*AValiação Integrativa de Performance Multidimensional e Decisão Multicritério: Um Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil*”.

A coleta de dados subsidiará a estruturação de painéis de indicadores para subsidiar a tomada de decisão em organizações e unidades do SUS, ocorrendo exclusivamente em dados públicos/publicizados no âmbito dos Sistemas de Informações do Datasus (CNES, SIH e SIA). Para tal, pretende-se coletar informações referentes aos dados secundários dos estabelecimentos e serviços ambulatoriais e hospitalares (amostra em definição), sem nenhum dado individualizado de pacientes e/ou atendimentos, garantindo-se o sigilo e cumprimento de preceitos éticos de pesquisa do Brasil, notadamente quanto à Resolução CNS 466/2012.

A pesquisa tem objectivo investigar os aspetos da avaliação multidimensional e decisão multicritério em organizações de saúde, tendo os danos e riscos potenciais minimizados e como benefícios esperados a estruturação de um painel de indicadores de governança em organizações de saúde e hospitais.

Diante disto, solicito deferimento para registros junto a Plataforma Brasil e CEP.

Galba Freire Moita Cpf 264.645.863-00 – Pesquisador responsável

Apêndice 2-F

DECLARAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Brasília, 18 de fevereiro de 2016

Prezado coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa,

Eu, Leandro Manassi Panitz, matrícula SIAPE nº 2039732, coordenador-geral da coordenação geral dos Sistemas de Informações (CGSI/DRAC/SAS/MS), setor responsável fazer a gestão da informação referente aos serviços ambulatoriais e hospitalares, inclusive quanto à implementação e o regramento de Sistemas de Informação relacionados à Atenção à Saúde do SUS, arquivamento e manipulação de arquivos e banco de dados do DATASUS, sendo fiel depositário dos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde das organizações e unidades de saúde vinculados ao SUS, autorizo o pesquisador Galba Freire Moita, a coletar dados para fins do estudo “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil”, sendo que a coleta de dados ocorrerá exclusivamente em dados públicos/publicizados no âmbito dos Sistemas de Informações do Datasus (CNES, SIH e SIA), buscando informações referentes a dados secundários dos estabelecimentos e serviços ambulatoriais e hospitalares (amostra em definição), sem nenhum dado individualizado de pacientes e/ou atendimentos, garantindo-se o sigilo e cumprimento de preceitos éticos de pesquisa do Brasil, notadamente quanto à Resolução CNS 466/2012.

Leandro Manassi Panitz – SIAPE nº 2039732

Coordenador-geral CGSI/DRAC/SAS/MS

Apêndice 2-G

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E CONFIDENCIALIDADE

Fortaleza, 18 de fevereiro de 2016

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado coordenador,

Eu, Galba Freire Moita, cpf No. 264.645.863-00, engenheiro biomédico e gestor hospitalar, autor da pesquisa “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança⁷⁶ de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil” que será realizado ao nível central da Secretaria de Saúde do Ceará, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná e/ou Pará, quanto a captação de dados secundários no sistema Datasus, e quanto a pesquisa de satisfação dos gestores, profissionais e pacientes nas policlínicas e CEOs dos consórcios públicos de Pacajus e Caucaia, além de três hospitais da rede Sesa: Hospital São José, Hospital Maternidade José Martiniano Alencar e Hospital Prof. Frota Pinto (Mental de Messejana) (amostra em definição), no período de abril a agosto de 2016, declaro que, serão mantidas rotinas de trabalho para garantias e controles de sigilo, danos e riscos potenciais, além de que os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados por eles serão mantidos pelos pesquisadores em confidência estrita.

Galba Freire Moita – Pesquisador responsável

Dr. Victor Manuel dos Reis Raposo – Pesquisador (Orientador)

⁷⁶ Governança (no Brasil)

Apêndice 2-H

DECLARAÇÃO DE TORNAR PÚBLICOS OS RESULTADOS DE PESQUISA

Fortaleza, 18 de fevereiro de 2016

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado coordenador,

Eu, Galba Freire Moita, cpf No. 264.645.863-00, engenheiro biomédico e gestor hospitalar, autor da pesquisa “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil” que será realizado ao nível central da Secretaria de Saúde do Ceará, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná e/ou Pará, quanto a captação de dados secundários no sistema Datasus, e quanto a pesquisa de satisfação dos gestores, profissionais e pacientes nas policlínicas e CEOs dos consórcios públicos de Pacajus e Caucaia, além de três hospitais da rede Sesa: Hospital São José, Hospital Maternidade José Martiniano Alencar e Hospital Prof. Frota Pinto (Mental de Messejana) (amostra em definição), no período de abril a agosto de 2016, declaro que, de acordo com as práticas editoriais e éticas, serão publicados os resultados da pesquisa em revistas científicas específicas, ou apresentados em reuniões científicas, congressos, jornadas, etc, independentemente dos resultados serem favoráveis ou não.

Galba Freire Moita – Pesquisador responsável

Apêndice 2-I

ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA

Fortaleza, 18 de fevereiro de 2016

Ao Comitê de Ética em Pesquisa

Prezado coordenador,

Encaminho a vsa. o projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil” que tem como objectivo investigar os aspetos da avaliação multidimensional e decisão multicritério em organizações de saúde, para análise e parecer.

Este projeto será realizado ao nível central da Secretaria de Saúde do Ceará, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná e/ou Pará, quanto a captação de dados secundários no sistema Datasus, e quanto a pesquisa de satisfação dos gestores, profissionais e pacientes nas policlínicas e CEOs dos consórcios públicos de Pacajus e Caucaia, além de três hospitais da rede Sesa: Hospital São José, Hospital Maternidade José Martiniano Alencar e Hospital Prof. Frota Pinto (Mental de Messejana) (amostra em definição), no período de abril a agosto de 2016.

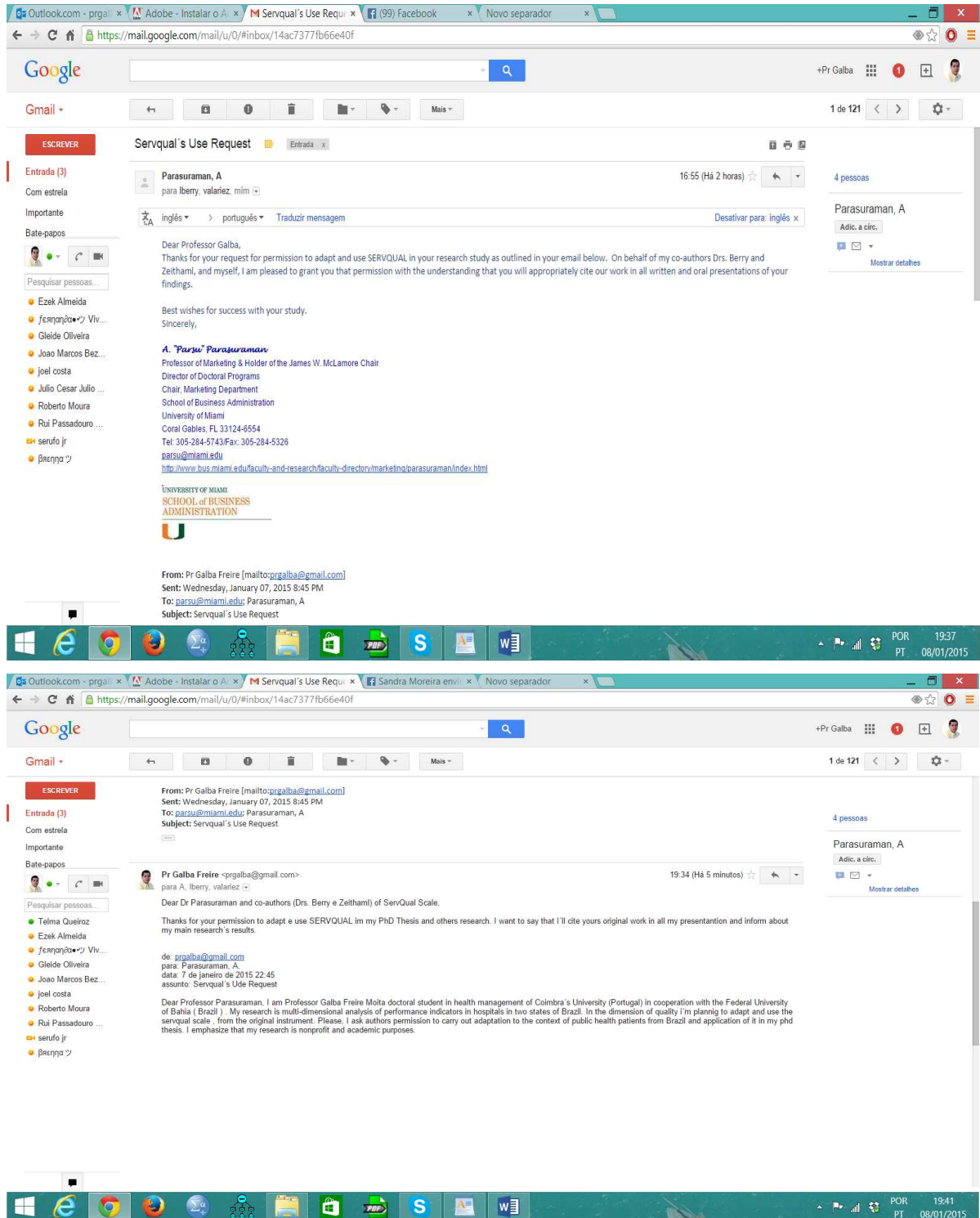
Os participantes desta investigação serão uma amostra de gestores e profissionais que trabalham nas unidades de saúde participante da pesquisa, maiores de 18 anos, que responderão um questionário sobre a relevância de indicadores e metodologias de performance e um questionário sobre avaliação de qualidade e satisfação em organizações de saúde, além de uma amostra de usuários-pacientes selecionadas por cada unidade, com garantias de controle de sigilo, danos e riscos potenciais.

Atenciosamente

Galba Freire Moita, pesquisador responsável

Apêndice 3

Autorização dos autores para adaptação e utilização da escala SERVQUAL original no contexto do SUS



Fonte: Email de autorização para uso do SERVQUAL de Dr Parasuraman, A. e Co-Autores

Apêndice 4

CONVITE - QUESTIONÁRIOS DE ITENS DE AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS E GRUPOS PILOTOS)

Prezado Gestor, Decisor ou Profissional de saúde pública

Se você atua como gestor ou profissional em unidades de saúde ou em qualquer cargo de decisão no sistema de saúde (chefe de equipe, coordenador de equipe, gerente de equipe, gerente de unidade, diretor de unidade, técnico ou gestor de secretaria de saúde), convidamos Vsa a CONTRIBUIR voluntariamente respondendo a pesquisa anexa intitulada: “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança⁷⁷ de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil”.

Sua participação levará menos de 15 minutos, mas será importante para ajudar a compor uma sugestão dos principais indicadores de desempenho dos sistemas de saúde do Brasil, sendo composta de 2 etapas rápidas e que DEPENDEM apenas de sua prática e conhecimentos prévios de gestão de saúde:

Modelo lógico proposto para a estruturação da visão global e eixos temáticos (macrodomínios e domínios) de avaliação de performance em saúde

Para Hartz e Vieira-da-Silva (2005) construir o desenho lógico (ML), de um programa é esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização, para discriminar todas as etapas necessárias a transformação de seus objectivos em metas, além de identificar os elementos (componentes, insumos, produtos e resultados) do modelo lógico; desenhar o modelo lógico; e por fim, avaliar continuamente junto aos grupos envolvidos, se o modelo produzido representa a lógica do programa.

Utilizou-se o ML estabelecido (figura 57) para orientar a proposta inicial de recolha de dados qualitativos para a estruturação da visão global, a partir do esquema proposto por Hartz e Vieira-da-Silva (2005).

⁷⁷ Governança (no Brasil)

A proposta do ponto de vista de marco teórico foi pautada em dois diferentes prismas. Um marco lógico pautado na organização dos serviços e outro marco lógico centrado na equalização de oferta, demanda e mensuração de resultados, conforme figuras 57 e 58 a seguir:

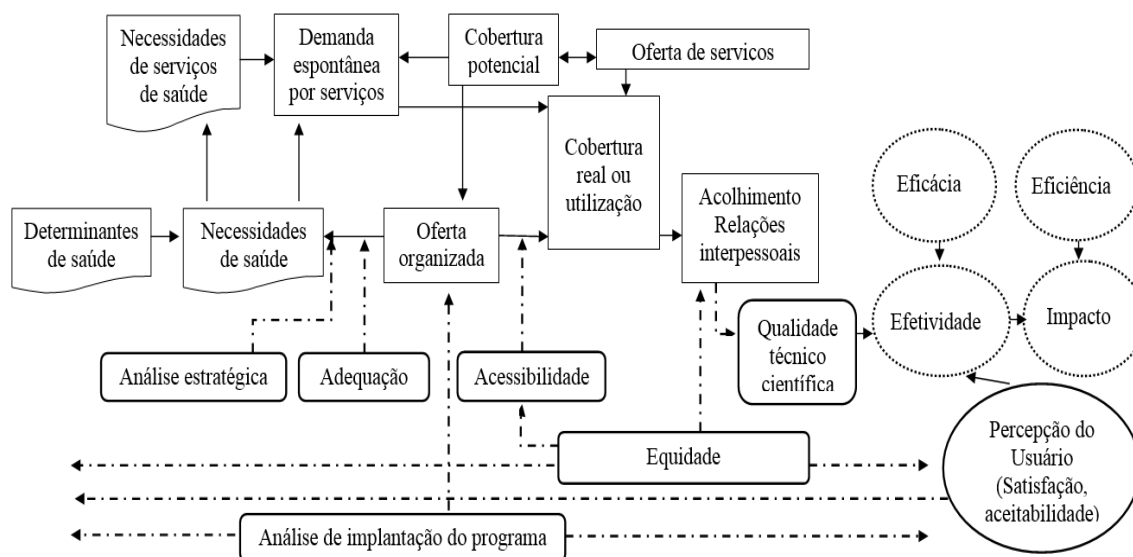


Figura 57 - Modelo lógico 1: Atributos ou características para avaliação em saúde

De forma simplificada, sintetizou-se os aspectos de avaliação propostos no diagrama 27 nos seguintes atributos e/ou características relevantes para a avaliação das ações de saúde (macrodomínios / eixos temáticos e seus domínios de avaliação):

1. Disponibilidade e distribuição de recursos (Cobertura – Acessibilidade – Equidade)
2. Efeito das ações (Eficácia – Efetividade – Impacto)
3. Custos e produtividade das ações (Eficiência)
4. Adequação técnico-científico das ações (Qualidade técnico-científica)
5. Adequação das ações ao objectivos e problemas (Direccionalidade e consistência, análise estratégica)
6. Processo de implantação das ações (Grau de implantação *versus* contexto e efeito das ações)
7. Relacionais entre agentes de ações (Satisfação e aceitabilidade do usuário, e relações entre profissionais)

Apêndice 4

QUESTIONÁRIO DE EIXOS TEMÁTICOS-NÚCLEOS ARGUMENTAIS- CATEGORIAS / METODOLOGIAS DE INDICADORES – Etapa 1 / Fase 1

Por favor, caso concorde em participar, analise as questões listadas abaixo baseado nos atributos/conceitos da figura 57 (anexo). Se possível, identifique os eixos temáticos, os núcleos argumentais, categorias/metodologias de indicadores, bem como ponderações e ordenação pelos critérios de importância e relevância, do ponto de vista de instrumentos de apoio à tomada de decisão mais relevantes e adequados aos serviços de saúde (SUS).

1. A partir do esquema geral (modelo lógico acima) sobre avaliação em saúde, e dos resultados da Fase1, estruturar uma VISÃO GLOBAL AJUSTADA do tema avaliação de performance (desempenho) e definir eixos temáticos (macrodimensões) mais importantes/relevantes na avaliação de desempenho/resultados para a tomada de decisão em serviços de saúde.

2. Descrever cada eixo temático (macrodimensões) de avaliação de resultados definidos na questão 2, através de núcleos argumentais comparativos pelos seguintes argumentos/categoriais de análise de cada macrodimensão/eixo temático quanto a mensuração e utilização dos instrumentos: Problemas – Controvérsias – Soluções.

3. Sugerir e descrever as possíveis categorias de metodologias ou de indicadores para avaliação das dimensões QUANTitativas, QUALitativas e de EFEITOS de mensuração de resultados em saúde.

Por favor, faça a análise das seguintes questões norteadoras sugeridas abaixo

1) VISÃO GLOBAL (AJUSTE) - Fale sinteticamente sobre os sistemas e metodologias de mensuração de performance (desempenho ou resultados) que você conhece, enfatizando os aspectos de importância e relevância para a tomada de decisão nos sistemas e serviços de saúde.

2) **EIXOS TEMÁTICOS (AJUSTE)** - Identifique alguns eixos temáticos (macrodimensões) que você julga indispensáveis e relevantes para avaliação de resultados com foco na tomada de decisão em sistemas e serviços de saúde

3) **NÚCLEOS ARGUMENTAIS (AJUSTE)** - Descreva para cada EIXO TEMÁTICO (macrodimensões), possíveis **PROBLEMAS** (dificuldades, barreiras, limitações, etc), **CONTROVÉRSIAS** (dúvidas, imprecisões, etc), e **SOLUÇÕES** sobre as metodologias de mensuração de performance (desempenho ou resultados) que você conhece, notadamente quanto a sua concepção, utilidade e aplicação para a tomada de decisão em saúde.

4) **METODOLOGIAS E/OU CATEGORIAS DE INDICADORES (AJUSTE)** - Cite e descreva as possíveis categorias de metodologias ou de indicadores para avaliação das dimensões qualitativas e quantitativas que você acha que são mais relevantes na avaliação de performance (desempenho ou resultados) para apoio à tomada de decisão em organizações e serviços de saúde.

Apêndice 5

CONVITE - QUESTIONÁRIO DE MACRODOMÍNIOS E DOMÍNIOS DE AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS E GRUPOS PILOTOS) – Etapa 1 / Fase 2

Prezado Gestor, Decisor ou Profissional de saúde pública

Por favor, caso concorde em participar, analise as questões listadas abaixo baseado nos atributos/conceitos das figuras 57 e 58 (anexos). Se possível, identifique os eixos temáticos, os núcleos argumentais, categorias/metodologias de indicadores, bem como ponderações e ordenação pelos critérios de importância e relevância, do ponto de vista de instrumentos de apoio à tomada de decisão mais relevantes e adequados aos serviços de saúde (SUS).

A proposta do ponto de vista de marco teórico foi pautada em dois diferentes prismas. Um marco lógico pautado na organização dos serviços e outro marco lógico centrado na equalização de oferta, demanda e mensuração de resultados, conforme figuras 57 e 58 a seguir:

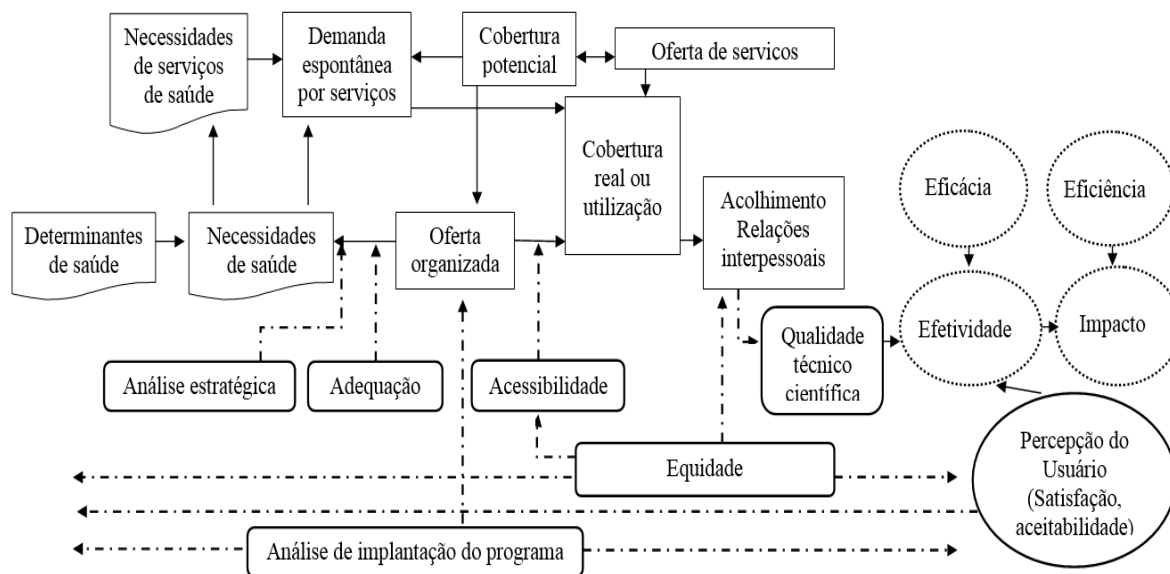


Figura 57 - Modelo lógico 1: Atributos ou características para avaliação em saúde

De forma simplificada, sintetizou-se os aspetos de avaliação propostos no diagrama 27 nos seguintes atributos e/ou características relevantes para a avaliação das ações de saúde (macrodomínios / eixos temáticos e seus domínios de avaliação):

1. Disponibilidade e distribuição de recursos (Cobertura – Acessibilidade – Equidade)
2. Efeito das ações (Eficácia – Efetividade – Impacto)
3. Custos e produtividade das ações (Eficiência)
4. Adequação técnico-científico das ações (Qualidade técnico-científica)
5. Adequação das ações ao objetivos e problemas (Direcionalidade e consistência, análise estratégica)
6. Processo de implantação das ações (Grau de implantação *versus* contexto e efeito das ações)
7. Relacionais entre agentes de ações (Satisfação e aceitabilidade do usuário, e relações entre profissionais)

No entanto, pode-se definir o processo de avaliação de resultados por níveis de complexidade e de prioridades para cada nível de oferta e demanda do sistema de saúde, pelo diagrama abaixo:

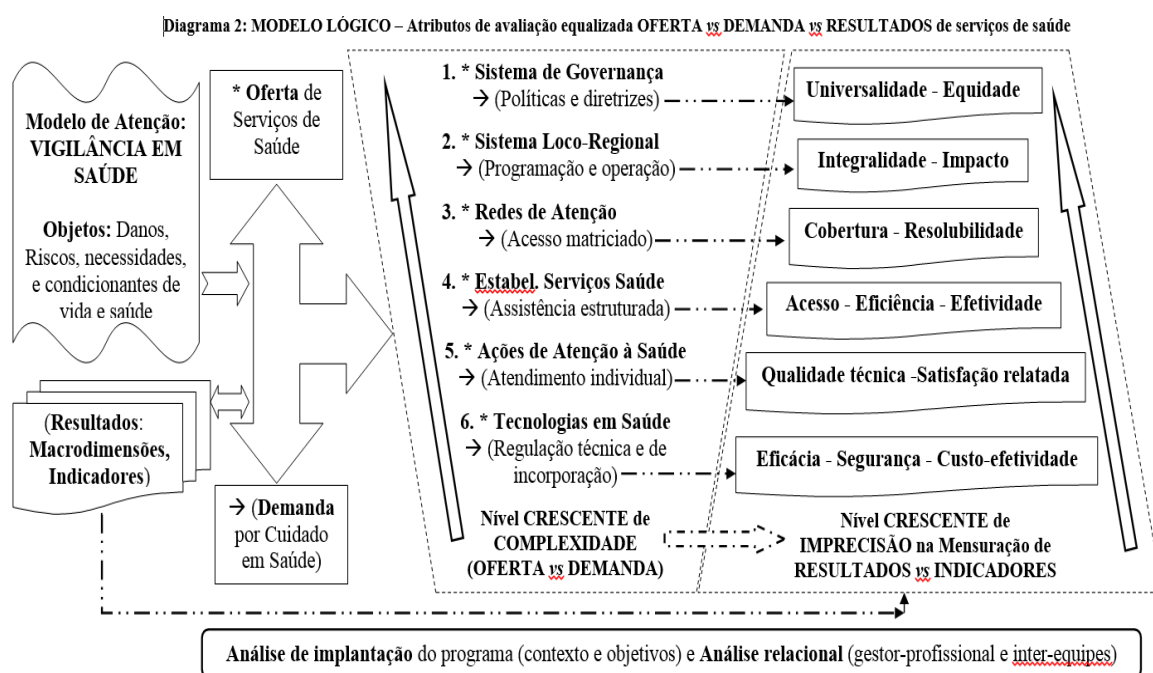


Figura 58 - Modelo lógico 2: Atributos de avaliação equalizada oferta vs demanda vs resultados de serviços de saúde

Neste ponto, sugere-se sintetizar os aspectos de avaliação propostos no diagrama 28 nos seguintes atributos e/ou características relevantes para a avaliação das ações de saúde (oferta *versus* demandas) através de instrumentos de mensuração de resultados (Macrodomínios- eixos temáticos e domínios de avaliação):

1. Sistema de Governança da Saúde (Políticas e diretrizes) → Universalidade e Equidade
2. Sistema Loco-Regional (Programação e operação) → Integralidade e Impacto
3. Redes de atenção em saúde (acesso matriciado) → Cobertura e Resolutividade
4. Estabelecimento/Organizações e Serviços de Saúde (Assistência estruturada) → Acesso, Eficiência e Efetividade
5. Ações de Atenção à Saúde (Atendimento individual) → Qualidade técnico-científica e Satisfação do usuário
6. Tecnologias em Saúde (Regulação técnica e de incorporação) → Eficácia, Segurança e Custo-efetividade
7. Processo de implantação das ações (Grau de implantação *versus* contexto e análise estratégica)
8. Relacionais entre agentes de ações (Satisfação e aceitabilidade do usuário, e inter-relações entre equipes)

QUESTIONÁRIO DE MACRODOMÍNIOS E DOMÍNIOS DE AVALIAÇÃO DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS E GRUPOS PILOTOS - POR CRITÉRIOS DE GESTORES) – Etapa 1 / Fase 2

A partir da revisão de literatura (Hartz e Vieira-da-Silva, 2005), baseado nos *atributos/conceitos* das figuras 57 e 58 (*anexo*) e ajustes de alguns informantes (Fase 1), sobre avaliação de resultados em organizações e serviços de saúde, surgiram algumas metodologias e categorias de indicadores mais utilizados para a avaliação de resultados e/ou mensuração de performance em serviços de saúde.

Na lista sugerida a seguir, caso sinta falta de alguma categoria de indicadores, você pode adicioná-la ao final da listagem no espaço OUTROS.

Em seguida, por favor, analise cada opção das categorias de indicadores apresentadas e atribua um peso quanto a importância (relevância) de cada opção analisada

para a tomada de decisão, segundo a sua prática em organizações e serviços de saúde para estruturar uma VISÃO ESPECÍFICA para avaliação de performance em organizações de saúde. Para a ponderação, favor seguir os pesos da escala de Likert abaixo:

UTILIZAR A SEGUINTE ESCALA DE PESOS DE REFERÊNCIAS

(LIKERT DE 5 PONTAS)

Por favor, use a seguinte Escala de Ponderação					
Peso	1	2	3	4	5
Conceito associado	Nada importante/ relevante	Pouco importante/ relevante	Importante / relevante	Muito importante / relevante	Extremamente importante/ relevante

OBS: Caso julgue algum item NÃO-relevante atribua pelo menos nota=1, pois todos os itens devem ser ponderados

D1 - Dimensões QUANTItativas (Categorias de Indicadores-AJUSTE):

- ➔ D1A- Produtividade (equalizar e atingir metas produtivas *versus* capacidade assistencial instalada) ()
- ➔ D1B- Estrutura Assistencial (equalizar condições de oferta de serviços *versus* demanda assistencial) ()
- ➔ D1C- Cobertura Assistencial (equalizar taxa de acesso de usuários com o potencial da estrutura do serviço) ()
- ➔ D1D- Otimização de Custos e Recursos (otimizar fatores produtivos e custeio de atividades) ()
- ➔ D1E- Eficiência Econômica (otimizar a relação entre recursos aplicados e produção de serviços) ()
- ➔ D1F- Sustentabilidade Econômico-Financeira (equalizar receitas captadas e despesas geradas) ()
- ➔ D1G- Outros _____ ()

D2 - Dimensões QUALItativas (Categorias de Indicadores-AJUSTE):

- ➔ D2H- Qualidade Assistencial (atingir padrões técnico-científicos das terapias e atendimentos) ()

- ➔ D2I- Risco Assistencial (atender classificação de pacientes parametrizados pelos riscos) ()
- ➔ D2J- Atendimento Humanizado (estabelecer relações humanizadas nos atendimentos/terapias) ()
- ➔ D2K- Acessibilidade de Serviços (equalizar recursos de poder do usuário *versus* os obstáculos ao atendimento) ()
- ➔ D2L- Acesso aos Serviços (garantir adequação da oferta *versus* demanda) ()
- ➔ D2M- Integralidade da Atenção (oferecer assistência integral a todas as necessidades dos usuários ou coletividade) ()
- ➔ D2N- Equidade (priorizar atendimento aos que mais precisam com critérios de justiça social) ()
- ➔ D2O- Outros _____ ()

D3 - Dimensões de EFEITOS/IMPACTO (Categorias de Indicadores-AJUSTE):

- ➔ D3P- Eficácia Projetada (atingir objetivos programados ou alcançar benefícios em situações experimentais de saúde) ()
- ➔ D3Q- Efetividade Clínica (alcançar benefícios em situações reais de saúde dos usuários) ()
- ➔ D3R- Eficiência Assistencial (otimizar a relação entre recursos aplicados e benefícios alcançados pelos usuários) ()
- ➔ D3S- Resolubilidade Assistencial (resolver os problemas de saúde dos usuários ou da coletividade) ()
- ➔ D3T- Impacto (contribuir para a saúde da população coberta ou efeitos de longo prazo para usuário ou coletividade) ()

D4- Dimensões SATISFAÇÃO (Categorias de Indicadores-AJUSTE):

- ➔ D4U- Índices de Satisfação de Usuários (impactar a percepção de usuários quanto aos efeitos de qualidade assistencial) ()

➔ D4V- Outros __ *Satisfação Profissional (impactar a motivação do profissional para atingir objetivos/resultados)* ()

D5- Dimensões SISTÊMICAS/ESTRATÉGICAS (Categorias de Indicadores-AJUSTE):

➔ *D5W_IndICSAP, D5X_AtendVincReg, D5Y_AtendDesVincReg, D5V_ExtrapTetoOrç*

D6- Outras Dimensões

➔ D6X_Outros _____ ()

➔ D6Z_Outros _____ ()

* *Obs1: Dimensões adaptadas do livro de Hartz e Vieira-da-Silva, 2005 (cap. 1) e contribuições de gestores entrevistados.*

Obs2: Estes 4 novos domínios de avaliação (D5W_IndICSAP, D5X_AtendVincReg, D5Y_AtendDesVincReg, D5V_ExtrapTetoOrç) surgiram das respostas obtidas nas fases anteriores e formaram o macrodomínio Sistêmico/Estratégico, sendo analisados a partir desta fase da pesquisa).

Apêndice 6

CONVITE - QUESTIONÁRIO DE DIMENSÕES E INDICADORES DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR GESTORES E GRUPOS PILOTOS) - Etapas 2&3

Prezado GESTOR ou DECISOR de organizações, unidades ou serviço de saúde,

COM O APOIO DO CONASEMS E CONASS ESTOU VALIDANDO UM PAINEL DE INDICADORES DA REDE DE SAUDE DO SUS. A PESQUISA TEM GARANTIA DE SIGILO ABSOLUTO VIA CEP/CONEP, MAS OS RESULTADOS GERAIS (SEM IDENTIFICAÇÃO) posso enviar para os participantes que responderem visto que é um bom instrumento de gestão do SUS. Assim, Se você atua como gestor em unidades de saúde ou em qualquer cargo de decisão no sistema de saúde (chefe de equipe, coordenador de equipe, gerente de equipe, gerente de unidade, diretor de unidade, técnico ou gestor de secretaria de saúde) convidamos vsa. a CONTRIBUIR voluntariamente respondendo a pesquisa anexa intitulada:“AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO:Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança⁷⁸ de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil”.

Sua participação levará menos de 15 minutos, mas será importante para ajudar a compor uma sugestão dos principais indicadores de desempenho dos sistemas de saúde do Brasil, sendo composta de 2 etapas rápidas e que DEPENDEM apenas de sua prática e conhecimentos prévios de gestão de saúde.

Esta pesquisa está sendo desenvolvida no âmbito de uma tese de PhD da Univ. de Coimbra e seu autor (Galba Freire Moita) é servidor do Ministério da Saúde, sendo assim em breve, algumas respostas poderão servir de aprendizado e talvez sugestões para um sistema de mensuração de desempenho de unidades/ serviços de saúde do Brasil, sob a ótica de gestores que estejam em serviços de atendimentos.

OBS: Em todos os casos os participantes de todos os grupos receberam uma folha específica para assinar o TCLE. No caso da investigação à distância, seguiu um alerta no rodapé que a resposta on-line validaria a assinatura no TCLE automaticamente e que se

⁷⁸ Governança (no Brasil)

houvesse desistência deveria enviar um e-mail para o pesquisador retirar as resposta da bases de dados.

O 1º. Passo é o preenchimento de TODOS os seus dados pessoais/profissionais o mais completo possível. Dos dados de sua instituição/órgão o mais importante é a Razão Social completa e o Endereço.

↳-----

ATENÇÃO: Após ler o TLCE (verso da folha), por favor, assine abaixo e devolva..

Pesquisa: “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um Proxy de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil”.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Data: ___ / ___ / 2016.

_____ *Galba Fracese Neta* _____

Participante

Pesquisador

Atenção: A resposta online autoriza a utilização dos dados das respostas. Desistências só por e-mail

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE (GESTOR, DECISOR OU PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CARACTERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

Razão Social da Instituição (completa): _____

Nome de Fantasia/SIGLA: _____

No. CNPJ e CNES da Unidade: CNPJ _____ CNES _____

Endereço Completo: _____ No. _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ Cep _____ Complemento _____

Tipo de Instituição: 1-() Unid. Atenção Primária(UBS) 2-() Posto/Centro de Saúde/NASF
3-() Ambulat. Centro Especialidade/ CER 4-() CAPs 5-() UPAs 6-() Policlínica 7-()
CEOs 8-() Hosp. Geral Municipal 9-() Hosp. Pequeno Porte 10-() Unid. Mista de Saúde
11-() Hosp. Geral Estadual 12-() Hosp. Geral Federal 13-() Hosp. Espec. Estadual 14-
() Hosp. Espec. Federal 15-() Unid. Espec. ou Laborat. 16-() Unid. Ambul. OS/Filantr.
(SUS) 17-() Hosp. OS/Filantr. (SUS) 18- Govern. Saude 19 – Hosp. Privado/Com. 20-
Outros _

Nível de Atenção à Saúde: 1-() Atenção Primária 2-() Atenção Secundária 3-() Atenção
Terciária 4-() Outros

*Obs: Primária = atendimentos, consultas e exames simples no PSF, Postos de Saúde,
fisioterapia, odontologia e etc*

*Obs: Secundária = atendimentos e procedimentos que envolvam equipamentos e
profissionais especializados*

*Obs: Primária = cirurgias e procedimentos que exijam alta especialização e de custos muito
elevados*

Nível de Complexidade da assistência: 1-() Baixa Complex. 2-() Média Complex. 3-()
Alta Complex. 4-() Outros

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO / INFORMANTE

Nome Completo Participante: _____

Contatos: F1 () _____ Email1 _____@_____

F2 () _____ Email1 _____@_____

Nível Escolar: 1-()Ensino Básico 2-()Fundamental 3-()Médio 4-()Superior 5-()Pós-Grad.
6-() Mestrado/PhD

Profissão/Formação: _____

Tempo ou Período de Experiência Profissional: 1-() Menos de 6 meses 2- () 6 a 12 meses
3-() 13 a 24 meses 4-() 25 a 36 meses 5- () 37 a 48 meses 6- () 49 a 60 meses 7-(
)Mais que 60 meses

Cargos ou Funções (dos últimos 5 anos): _____

Tempo ou Período em Cargos de Decisão/Gestão (dos últimos 5 anos): 1-() Menos de 6
meses 2- () 6 a 12 meses 3-() 13 a 24 meses 4-() 25 a 36 meses 5- () 37 a 48 meses
6- () 49 a 60 meses 7-()Mais que 60 meses

Nível do Cargo: 1- () Sistêmico 2-() Organizacional 3-() Gerencia de Equipe
4- () Assessor/ Consultor na Gestão 5- () Assist./Aux. Adm. 6- () Profissional
Assistencial 7- () Apoio à Assistência 8- () Outro _____

*Obs: Cargos de Decisão: Governacional ou Sistêmico - implementadores de políticas,
planeadores e reguladores do sistema loco-regional de saúde; Organizacional ou
Estratégico - gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde; Gerencial ou Tático -
gestores intermediários de setores e equipes de atendimento de saúde.*

*Obs: Os possíveis riscos, constrangimentos e transtornos desta investigação serão
controlados conforme especificados no TCLE-decisores.*

Breve Base Teórica

A partir dos modelos lógicos analisados (esquemas/diagramas dos modelos lógicos 1 e 2, enquanto avaliação inicial, classificou-se as macrodimensões e citou-se os possíveis indicadores no contexto da tomada de decisão em serviços de saúde. Diante disto, lembre-se que os dois diagramas dos modelos lógicos citavam pelos menos as seguintes macrodimensões de avaliação: *Eficiência, Eficácia, Qualidade Técnico-Científica, Produtividade, Cobertura, Acesso, Impacto, Satisfação do Paciente, etc* (para lista completa consultar os diagramas de modelos lógicos 1 e 2 analisados previamente).

Segundo afirmam Hartz e Vieira-da-Silva (2005) a implementação da avaliação de um programa requer a estruturação de uma MATRIZ DE INDICADORES, DE CRITÉRIOS E DE PARÂMETROS que serão utilizados, bem como as respectivas fontes de informação a serem consideradas. Dizem ainda que na hipótese de tratar-se de uma avaliação voltada para a gestão dos serviços, há que incorporar os agentes do programa (stakeholders), ou seja, considerar a visão dos gestores, decisores e partes interessadas sobre o foco da avaliação.

A utilização do modelo lógico otimiza o tempo disponível, os recursos destinados ao programa, a definição de indicadores que serão monitorados e dos aspectos a serem avaliados. Dessa forma, o ideal é basear-se no modelo lógico para estabelecer indicadores de desempenho. Assim, Samico *et al.* (2010) apresenta uma classificação geral de indicadores abaixo descrita:

- Indicadores do tipo contagem simples - são medidas do número de ocorrência do evento sem um denominador, geralmente utilizado para eventos raros ou pouco frequentes.

- Taxas ou coeficientes - são medidas de frequência de um evento durante um determinado período de tempo, geralmente expresso por 1.000 ou 100.000 habitantes.

- As proporções - relevam a representação proporcional de um evento num determinado conjunto de eventos (o numerador está contido no denominador, por isso os valores são tipicamente expressos em percentagens.).

- Razões - permitem produzir informações a partir de comparações das ocorrências dos eventos de conjuntos, ou de natureza diferentes (o numerador não está incluído no denominador).

Quadro de Exemplos de Tipos de Indicadores Quantitativos

Contagem simples	Taxa ou coeficiente	Proporção	Razão
<i>Número de óbitos em menores de um ano</i>	<i>Coefficiente de mortalidade neonatal</i>	<i>Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer</i>	<i>Razão de mortalidade materna</i>
<i>Frequência absoluta do evento num determinado local e período</i>	<i>Número de óbitos de crianças menores de 28 dias em determinado local e período/ n° de nascidos vivos no mesmo local e período x 100</i>	<i>Número de nascidos vivos com peso menor que 2.500g em determinado local e período/n° de nascidos vivos no mesmo local e período x 100</i>	<i>Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificadas) em determinado local e período/n° de nascidos vivos no mesmo local e período x 100.000</i>

Por outro lado, segundo Samico *et al.* (2010), completam a MATRIZ DE JULGAMENTO os parâmetros ou padrões que para cada indicador aponta representam um VALOR DE REFERÊNCIA para mensuração de um fenômeno ou objeto da avaliação, valor este considerado como ideal ou desejável (Exemplo de Mortalidade infantil: baixa: <20 por mil; média: 20 a 49 por mil; alta: >70 por mil)

Outro conceito, que complementa a Matriz de Indicadores, é a MATRIZ DE RELEVÂNCIA construída a partir da ponderação dos critérios utilizados, expressando qual o GRAU DE INFLUÊNCIA (RELEVÂNCIA-IMPORTÂNCIA) do INDICADOR no sucesso da intervenção.

Apêndices 6-A & 6-B

QUESTIONÁRIO DE DIMENSÕES E INDICADORES DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR GESTORES E GRUPOS PILOTOS) – Etapa 2 / Fases 1 & 2

Pesquisa e estruturação das MATRIZES de Indicadores, Julgamento e Relevância

A partir da revisão de literatura (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005) e também nas respostas obtidas na Etapa/Estudo 1, sobre avaliação de resultados em organizações e serviços de saúde, surgiram algumas categorias de indicadores mais utilizados para a avaliação de resultados e/ou mensuração de performance em serviços de saúde.

“Por favor, análise cada opção das categorias de indicadores apresentadas e atribua um peso quanto a importância (relevância) de cada opção analisada para a tomada de decisão, segundo a sua prática em organizações e serviços de saúde para estruturar uma VISÃO ESPECÍFICA para avaliação de performance em organizações de saúde. Para a ponderação, favor seguir os pesos da escala de *Likert* abaixo”:

UTILIZAR A SEGUINTE ESCALA DE PESOS DE REFERÊNCIAS (Likert 5 NÍVEIS)

<i>Por favor, use a seguinte Escala de Ponderação</i>					
<i>Peso</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Conceito associado</i>	<i>Nada importante/ relevante</i>	<i>Pouco importante/ relevante</i>	<i>Importante / relevante</i>	<i>Muito importante/ relevante</i>	<i>Extremamente importante/ relevante</i>

As respostas não são institucionais, mas SOMENTE sobre o seu conhecimento profissional. Basta identificar um CNPJ, pex, de sua secretaria e o formulário abre para responder. Jamais será divulgado qualquer resultado nominal ou institucional (garantias éticas do CEP/CONEP), mas se não quiser colocar o CNPJ, disponibilizamos um CNPJ alternativo (04.317.596/0001-09), pois é um dos campos obrigatórios (tem ASTERÍSCOS VERMELHOS) para aqueles preferem responder, sem vincular instituição.

- Na 1ª. etapa (anexa), uma LISTA com algumas dimensões de indicadores de desempenho é sugerida para análise. A partir de sua prática e experiência, vsa. deverá ponderar TODAS dimensões, *Caso julgue algum item NÃO-relevante atribua pelo menos nota=1, pois todos os itens devem ser ponderados. Todas as questões que forem muito ou extremamente importantes/relevantes devem ter nota= 4 ou 5.*

- Na 2ª. etapa (anexa), uma TABELA com alguns indicadores reais é apresentada, e apenas se caso sua instituição utilize algum destes indicadores vsa. deverá fazer anotações nos mesmos. Caso não preencha a tabela naquele indicador, significa que NÃO trabalham com aquele indicador, e caso alguma da coluna vsa não tenha informação precisa basta indicar (SEM informação). Por favor, preencha nesta TABELA o maior número de colunas e linhas possíveis, de CADA indicador sugerido, a partir da prática de gestão e tomada de decisão de sua unidade/serviço de saúde. Nas linhas que estão livres (OUTROS) vsas pode indicar qualquer outro indicador que esteja em falta e que sua organização de saúde faça monitoramento em sua rotina.

Questão 1 - Considerando o contexto de TOMADA DE DECISÃO em hospitais, unidades de atendimentos de saúde e/ou redes de serviços de saúde, avalie um serviço de saúde de sua realidade, onde trabalha e/ou tenha acesso aos gestores, com o objectivo de investigar a utilização de indicadores de gestão e desempenho, nos diversos níveis da organização (Governacional/sistêmico, Organizacional/direção, Gerencial/chefia), e indique na tabela a seguir, os dados obtidos desta unidade de saúde, conforme itens abaixo:

- ✓ Coluna 1) Relacione quais são as macrodimensões de avaliação que os gestores utilizam na avaliação e monitoramento para a tomada de decisão.
- ✓ Coluna 2) Relacione para cada macrodimensão de avaliação identificada em uso na organização, quais os indicadores de desempenho calculados e monitorados (Matriz de Indicadores).

- ✓ Coluna 3) Indague ao decisor, e anote qual a meta estabelecida de cada indicador monitorado projetada para a organização (*Matriz de Julgamento*).
- ✓ Coluna 4) Indague ao decisor, e anote qual o padrão ou parâmetro estabelecido de cada indicador monitorado conforme a literatura ou experiências de outras organizações ou *benchmarking* (*Matriz de Julgamento*).
- ✓ Coluna 5) Indague ao decisor, e anote qual o grau de importância/ relevância de cada indicador monitorado para a sua tomada de decisão na organização de saúde (Matriz de Relevância)(*).
- ✓ Coluna 6) Indique para cada indicador de desempenho listado, quais os níveis de gestores que avaliam e monitoram os indicadores (**)

1- Governacional / Gestor de Topo (Sistêmico) – Gestores de nível central, do sistema de saúde ou de regulação do sistema local, regional ou estadual da saúde;

2- Organizacional / Direção (Estratégico) - Gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde, de níveis de direção ou gerencia geral de unidades de saúde;

3- Gerencial / Setorial (Tático) - Gestores intermediários de setores, de departamentos e/ou de equipes de atendimento de saúde.

- ✓ Coluna 7) Relacione para cada indicador de desempenho listado, as fontes de dados que alimentam as informações de cada indicador relacionado (Ex: Sistema Datasus, Sistema Informático Particular, Anotação ou Planilha Manual)

Apêndice 6-C

QUESTIONÁRIO DE DIMENSÕES E INDICADORES DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR DECISORES DE SAÚDE) – Etapa 3 / Fase única

Pesquisa e estruturação das MATRIZES de Indicadores, Julgamento e Relevância

OBJECTIVO: Pesquisar a utilização e valorização colaborativa de dimensões e indicadores chaves de gestão e estruturar uma matriz de avaliação, monitoramento e julgamento para a tomada de decisão em hospitais e unidades de saúde.

Sua participação levará cerca de 20 minutos, e será de grande valia para validar uma lista de indicadores para a tomada de decisão em rede de atendimentos e serviços assistenciais (Hospitais, Clínicas, UPAs, UBSs, etc).

A partir da revisão de literatura (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005) e também nas respostas obtidas na Etapa/Estudo 2, sobre avaliação de resultados em organizações e serviços de saúde, surgiram algumas dimensões e indicadores mais utilizados para a avaliação de resultados e/ou mensuração de performance em serviços de saúde.

“Por favor, analise cada opção das categorias de indicadores apresentadas e atribua um peso quanto a importância (relevância) de cada opção analisada para a tomada de decisão, segundo a sua prática em organizações e serviços de saúde para estruturar uma VISÃO ESPECÍFICA para avaliação de performance em organizações de saúde. Para a ponderação, favor seguir os pesos da escala de *Likert* abaixo”:

As respostas não são institucionais, mas SOMENTE sobre o seu conhecimento profissional. Basta identificar um CNPJ, pex, de sua secretaria e o formulário abre para responder. Jamais será divulgado qualquer resultado nominal ou institucional (garantias éticas do CEP/CONEP), mas se não quiser colocar o CNPJ, disponibilizamos um CNPJ alternativo (04.317.596/0001-09), pois é um dos campos obrigatórios (tem ASTERÍSCOS VERMELHOS) para aqueles preferem responder, sem vincular instituição.

- Na 1ª. etapa (anexa), uma LISTA com algumas dimensões de indicadores de desempenho é sugerida para análise. A partir de sua prática e experiência, vsa. deverá ponderar TODAS dimensões, *Caso julgue algum item NÃO-relevante atribua pelo menos nota=1, pois todos os itens devem ser ponderados. Todas as questões que forem muito ou extremamente importantes/relevantes devem ter nota= 4 ou 5.*

- Na 2ª. etapa (anexa), uma TABELA com alguns indicadores reais é apresentada, e apenas se caso sua instituição utilize algum destes indicadores vsa. deverá fazer anotações nos mesmos. Caso não preencha a tabela naquele indicador, significa que NÃO trabalham com aquele indicador, e caso alguma da coluna vsa não tenha informação precisa basta indicar (SEM informação). Por favor, preencha nesta TABELA o maior número de colunas e linhas possíveis, de CADA indicador sugerido, a partir da prática de gestão e tomada de decisão de sua unidade/serviço de saúde. Nas linhas que estão livres (OUTROS) vsas pode indicar qualquer outro indicador que esteja em falta e que sua organização de saúde faça monitoramento em sua rotina.

ATENÇÃO: Após ler o TLCE (verso desta folha), por favor, assine recorte e devolva a ABA Inferior. Sua resposta na Plataforma Online (FormSus) será considerada como ACEITE.

FLUXO GERAL DE PREENCHIMENTO

Iniciar preenchendo os dados pessoais obrigatórios (campos com asteriscos vermelhos) somente com LETRAS MAIÚSCULAS ou NUMERAIS (não usar caracter especiais, acentos, traços, pontos, barras etc)

ATENÇÃO: O campo CNPJ só permite avançar se digitar o CNPJ válido. Por favor, caso não localize o CNPJ da instituição, para garantir continuidade de preenchimento use o CNPJ genérico e válido a seguir (copiar e colar CNPJ No. 04317596000109).

Usar a barra de rolagem para navegar e salvar os registros preenchidos, clicando no botão inferior VERDE Gravar e anotando o número de Protocolo (p.ex, 9344.66bRzNnq0vL), que pode ser usado para reiniciar ou complementar o preenchimento do formulário (acessando a Aba Superior Direita Buscar Ficha ou Editar Ficha), caso o link de internet seja desconectado durante as respostas.

Finalizar clicando no botão inferior VERDE Gravar até receber a mensagem: Parabéns, formulário finalizado e recebido com sucesso!

ATENÇÃO: Recomenda-se analisar o arquivo PDF anexo (modelo abaixo) com todos os indicadores para análise conforme o modelo a seguir. As colunas de 1 a 5 são de preenchimento OBRIGATÓRIOS. As colunas 6 a 11 são dados complementares e opcionais, usados apenas se desejar propor outros indicadores, métodos de cálculos, etc em campos específicos do formulário, sempre que selecionar uma opção outro.

Para dúvidas ou solicitação do número de protocolo gerado, por favor, contactar galba.moita@saude.gov.br ou prgalba@gmail.com

ETAPAS DE VALIDAÇÃO DE INDICADORES

Na Matriz de DIMENSÕES e nas Matrizes de INDICADORES atribuir um nível de Importância/Relevância (1 - NADA Importante/Relevante até 5 - EXTREMAMENTE Importante/Relevante), clicando com o mouse sobre UMA para selecionar um nível desejado da escala.

UTILIZAR ESTA ESCALA DE PESOS DE REFERÊNCIAS (Likert de 5 pontas)

Por favor, use a seguinte Escala de Ponderação					
Peso	1	2	3	4	5
Conceito associado	Nada importante/ relevante	Pouco importante/ relevante	Importante / relevante	Muito importante/ relevante	Extremamente importante/ relevante

OBS: Caso julgue algum item NÃO-relevante atribua pelo menos nota=1, pois todos os itens devem ser ponderados

Em seguida, na Matriz de DIMENSÕES e nas Matrizes de INDICADORES atribuir UM ou MAIS NÍVEIS de Gestor/Decisor que controla cada Macrodimensão e cada Indicador, clicando com o mouse sobre a opção em cada coluna dos níveis de gestores das organizações e/ou unidades de saúde, por exemplo:

1- Governacional / Gestor de Topo (Sistêmico) - Gestores de nível central, do sistema de saúde ou de regulação do sistema local, regional ou estadual da saúde;

2- Organizacional / Direção (Estratégico) - Gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde, de níveis de direção ou gerencia geral de unidades de saúde;

3- Gerencial / Setorial (Tático) - Gestores intermediários de setores, de departamentos e/ou de equipes de atendimento de saúde.

Apêndices 6-A & 6-B
 QUESTIONÁRIO DE DIMENSÕES E INDICADORES DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR GESTORES E GRUPOS PILOTOS) –
 Etapa 2 / Fases 1 & 2

Pesquisa e estruturação das MATRIZES de Indicadores, Julgamento e Relevância

1- Macro-dimensão de Avaliação	2-Indicador de Desempenho Monitorados	3-Meta da Organização (Anual/Mensal)	4-Padrão (Nacional/ Internac.)	5-Grau de Importância (*) (cf. decisor)	6-Nível do Gestor que controla o Indicador (**)	7-Fontes de Dados de Informações dos Indicadores
Produtividade	<i>ID01- Taxa média de permanência (ex.)</i>	<i>2,5 dias</i>	<i>2,2 dias</i>	3	<i>2-Organizacional (ex.)</i>	<i>- Sistema Informático Particular (ex.)</i>
	<i>ID02- Taxa média de procedimentos ou consultas por médico (ex.)</i>	<i>40 Proced./ Mensais</i>	<i>55 Proced./ Mensais</i>	5	<i>3-Gerencial / Setorial (ex.)</i>	
	Outros					
Eficiência	<i>ID03- Taxa de Rotatividade de Leitos (ex.)</i>	<i>5% leitos/dia</i>	<i>8% leitos/dia</i>	4	<i>1-Governacional (ex.)</i>	<i>-Sistema Datasus (ex.)</i>
	<i>ID04- Custo por Setor de Atendimento (ex.)</i>				<i>3-Gerencial / Setorial (ex.)</i>	<i>- Sistema Informático Particular (ex.)</i>
	<i>ID05- No. de Enfermeros/ Leito (ex.)</i>				<i>3-Gerencial / Setorial (ex.)</i>	<i>- Anotação ou Planilha Manual (ex.)</i>
	Outros					
Efetividade	<i>ID06- Proporção de Cirurgia Rescindiva (ex.)</i>				<i>2-Organizacional (ex.)</i>	<i>- Anotação ou Planilha Manual (ex.)</i>
	<i>ID07- Taxa de Reinternamento (ex.)</i>				<i>3-Gerencial / Setorial (ex.)</i>	<i>- Sistema Informático Particular (ex.)</i>
	<i>ID08- Taxa de Infecção Cirúrgica (ex.)</i>				<i>3-Gerencial / Setorial (ex.)</i>	<i>- Sistema Informático Particular (ex.)</i>
	Outros					
Acesso	<i>ID09- Taxa de pacientes na fila, por especialidade (ex.)</i>				<i>2-Organizacional (ex.)</i>	<i>- Anotação ou Planilha Manual (ex.)</i>

	<i>ID10- Proporção de pacientes da emergência na espera por leitos (ex.)</i>				<i>2-Organizacional (ex.)</i>	<i>- Sistema Informático Particular (ex.)</i>
	Outros					
Impacto	ID11- Taxa de Mortalidade Institucional (ex.)				<i>2-Organizacional (ex.)</i>	<i>-Sistema Datasus (ex.)</i>
	ID12- Proporção de nascidos vivos por partos hospitalares (ex.)				<i>1-Governacional (ex.)</i>	<i>-Sistema Datasus (ex.)</i>
	Outros					
Qualidade Técnico-Científica	ID13- Proporção de Médicos com residência ou mestrado (ex.)				<i>2-Organizacional (ex.)</i>	<i>- Anotação ou Planilha Manual (ex.)</i>
	ID14- Proporção de Profissionais de Saúde com residência ou mestrado (ex.)				<i>2-Organizacional (ex.)</i>	<i>- Anotação ou Planilha Manual (ex.)</i>
	Outros					
Sistêmico / Estratégico	<i>ID15- índice de Satisfação de Usuários</i>					
	<i>ID16- índice de Satisfação de Profissional</i>					
	<i>ID17- Índices de Internamento à Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP)</i>					
	<i>ID18- Índices de Atendimento de Usuários de Municípios com Vínculo de Referência Regional</i>					
	<i>ID20- Índices de Atendimento de Usuários de Municípios SEM Vínculo Municipal / Regional</i>					
	<i>ID21- Índices de Extrapolação de Tetos Orçamentários Projetados</i>					
	<i>ID19- Índices de Atendimento de Usuários (SUBSTITUÍDO por ID18 e ID20)</i>					
	Outros					
Outra Dimensão de Avaliação	Outros					
	Outros					
Outras Dimensões de Avaliação	Outros					
	Outros					

Apêndice 6-C

QUESTIONÁRIO DE DIMENSÕES E INDICADORES DE PERFORMANCE (VALIDAÇÃO POR DECISORES DE SAÚDE) – Etapa 3 /

Fase única

Pesquisa e estruturação das MATRIZES de Indicadores, Julgamento e Relevância

DADOS OBRIGATORIOS				DADOS COMPLEMENTARES				DADOS OPCIONAIS		
1- Macro-dimensão de Avaliação	2 - Grau de Importância DIMENSÃO (relevância de 1 a 5)	3-Indicador de Desempenho Monitorados	4 - Grau de Importância INDICADOR (relevância de 1 a 5)	5 - Nível de controle do Indicador	6 - Método (Equação) de Cálculo do Indicador	7- Métrica do Indicador / Meta	8 - Unidade de Medida do Indicador / Meta	9 - Fontes de Dados de Informações dos Indicadores	10 - Meta Firmada na Organização	11 - Critério ou Padrão (Nacional/Internacional)
	Ex. - 5	- Taxa de consultas básicas de urgências		Ex.- Sistêmico / Governac.	<i>[Nº de Consultas Básicas de Urgências (/) Nº de</i>			Ex.- Sist. Datasus	Ex.= 350 por mil	Ex.= (> 360 por mil)*

Produtividade Assistencial			Ex. – 4	Ex.- Organizacional	<i>Habitantes no Território de Abrangência] 1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Consultas / Anuais	Ex.- Sist. Informático Particular		
	- Taxa de consultas de urgência pré-hospitalar e trauma		Ex. – 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Organizacional	<i>[Nº de Consultas de Urgência Pré-hospitalar e Trauma (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência] 1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Consultas / Anuais	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 80 por mil	Ex.= (> 90 por mil)*
	- Taxa de consultas médicas básicas (Clínica, GO e Pediátrica)		Ex. – 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Organizacional	<i>[Nº de Consultas Médicas Básicas (Clínica, GO e Pediátrica) (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência] 1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Consultas / Anuais	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 1.700 por mil	Ex.= (> 1.890 por mil)*

		- Taxa de consultas médicas em ambulatórios especializados	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Organizacional	[Nº de Consultas Especializadas (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência] (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Consultas / Anuais	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 600 por mil	Ex.= (> 660 por mil)*
		- Taxa de pacientes em observação (> 6h) hospitalar (ou pronto-atendimento)	Ex. – 3	Ex.- Organizacional Ex.- Gerencial / Setorial	Nº de Usuários em Observação (>6h) (/) Nº Total de Consultas em Usuários de Urgência e Pronto-Atendimento	Perc (%)	Usuários/ Mensais	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 9%	Ex.= (< 7%)
		- Taxa de procedimentos cirúrgicos	Ex. – 3	Ex.- Sistêmico / Governac.	[Nº de Usuários em Cirurgias (/) Nº de Habitantes no Território de	Permil. (%) [por	Usuários/ Anuais	Ex.- Sist. Datasus	Ex.= 20 por mil	Ex.= (< 16 por mil)*

				Ex.- Orga- nizacional	<i>Abrangência] (x)</i> <i>1.000</i>	1.000 hab.]		Ex.- Sist. Informátic o Particular		
		- <i>Taxa de internação hospitalar</i>	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>[Nº de Usuários Internados (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência] (x)</i> <i>1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Usuários/ Anuais	Ex.- Sist. Datusus Ex.- Sist. Informátic o Particular	Ex.= 90 por mil	Ex.= (80 por mil)*
		- <i>Taxa (Razão) de exames citopatológic os do colo do útero (mulheres 25 a 64 anos)</i>	Ex. – 3	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>{ [Nº de Exames de Citopatólicos (Microflora e Rastreamento) (/) 3] (/) Nº de Habitantes (mulheres 50 a 69 anos) no Território</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Exames/ Anuais	Ex.- Sist. Datusus	Ex.= 400 por mil	Ex.= (420 por mil)* **

					<i>de Abrangência} (x) 1.000</i>					
		- <i>Taxa</i> (Razão) <i>de</i> <i>exames de</i> <i>mamografia</i> <i>de</i> <i>rastreamento</i> (mulheres 50 a 69 anos)	Ex. - 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	{ [Nº de Exames de <i>Mamografias</i> <i>Bilateral de</i> <i>Rastreamento (/) 2]</i> (/) Nº de <i>Habitantes</i> (mulheres 50 a 69 anos) no <i>Território</i> <i>de Abrangência} (x)</i> <i>1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Exames/ Anuais	Ex.- Sist. Datusus	Ex.= 300 por mil	Ex.= (> 310 por mil)* **
		- <i>Taxa</i> (Razão) <i>de</i> <i>exames</i> <i>radiológicos</i> <i>de alto custo</i> (tomografia, ressonância magnética)	Ex. - 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	Nº de <i>Exames de</i> <i>Radiológicos de Alto</i> <i>Custo (Tomografia,</i> <i>Ressonância</i> <i>Magnética) (/) Nº de</i> <i>Habitantes no</i> <i>Território de</i> <i>Abrangência] (x)</i> <i>1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Exames/ Anuais	Ex.- Sist. Datusus	Ex.= 9 por mil	Ex.= (<7,5 por mil)*

		- Taxa (Razão) de sessões de quimioterapia sistêmica	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga- nizacional	[Nº de Sessões em Usuários de Quimioterapia (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência] (x) 1.000	Permil. (%o) [por 1.000 hab.]	Sessões/ Anuais	Ex.- Sist. Datasus	Ex.= 6 por mil	Ex.= (<8 por mil)*
		- Taxa (Razão) de sessões de radioterapia sistêmica	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga- nizacional	[Nº de Sessões em Usuários de Radioterapia (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência] (x) 1.000	Permil. (%o) [por 1.000 hab.]	Sessões/ Anuais	Ex.- Sist. Datasus	Ex.= 35 por mil	Ex.= (<41 por mil)*
		- Taxa (Razão) de sessões de hemodiálise crônica	Ex. – 3	Ex.- Sistêmico / Governac.	[Nº de Sessões em Usuários de Hemodiálise (/) Nº de Habitantes no Território de	Permil. (%o) [por 1.000 hab.]	Sessões/ Anuais	Ex.- Sist. Datasus	Ex.= 55 por mil	Ex.= (< 62 por mil)*

				Ex.- Orga- nizacional	<i>Abrangência] (x)</i> <i>1.000</i>					
		- <i>Taxa</i> (Razão) <i>de</i> <i>procedimento</i> <i>s</i> <i>odontológico</i> <i>s</i> <i>especializado</i> <i>s</i>	Ex. - 3	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>[Nº de</i> <i>Procedimentos</i> <i>Odontológicos</i> <i>Especializados (/) Nº</i> <i>de Habitantes no</i> <i>Território de</i> <i>Abrangência] (x)</i> <i>1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 hab.]	Proced./ Anuais	Ex.- Sist. Datusus	Ex.= 80 por mil	Ex.= (> 100 por mil)* **
OUTRA (Prod. Assistencial)										
	Ex. - 4	- <i>Taxa de</i> <i>permanência</i> <i>na internação</i> (<i>Tempo</i> <i>médio de</i> <i>internação</i>)	Ex. - 5	Ex.- Orga- nizacional	{ <input type="checkbox"/> Dias [Datas de Saídas de Usuários] (-) <input type="checkbox"/> Dias [Datas de Entrada de Usuários] } (/) Nº de Usuários Saídos do Mês	Tempo	Dias	Ex.- Sist. Datusus	Ex.= 5,5	Ex.= (< 4,5)** *

Eficiência	- <i>Taxa de procedimento s ou consultas por médico</i>	Ex.- 4	Ex.- Gerencial / Setorial	<i>[Nº de Consultas ou Nº de Procedimentos (/ Somatório de [Nº de Médicos (x) Nº de Horas Trab.)] (x) 100</i>	Unidade [por Médico H/trab.]	Proced./ Mensais	Ex.- Sist. Informátic o Particular Ex.- <i>Anotação em Planilha Manual</i>	Ex.= 5 por Med. H/trab .	Ex.= (> 8 por Med. H/trab)
	- <i>Taxa (Proporção) de rotatividade de leitos de internação</i>	Ex. - 5	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>[□ Nº de Leitos (x) Nº de dias ocupados (/ Nº Total de Leitos (x) Nº de Dias do Mês] (x) 100</i>	Perc. (%)	Leitos- dia	Ex.- Sist. Datusus Ex.- Sist. Informátic o Particular	Ex. = 15%	Ex.=(>20%)

		- <i>Proporção de enfermeiros/profissionais de enfermagem por leito de internação</i>	Ex. – 2	Ex.- Organizacional Ex.- Gerencial / Setorial	{ [Nº de Enfermeiros (/) Nº de Profissionais de Enfermagem] (/) Nº Total de Leitos} (x) 100	Perc. (%) [por Leito]	Enfermeiros/ Leitos	Ex.- Sist. Informático Particular Ex.- Anotação em Planilha Manual	Ex1.= 0,3%	Ex1=(> 0,5 %)
		- <i>Percentagem de pacientes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo (por parâmetro</i>	Ex. – 4	Ex.- Organizacional Ex.- Gerencial / Setorial	Nº de Usuários Saídos [com Permanência Acima do Limiar Máximo] (/) Nº Total de Usuários Saídos no Período] (x) 100	Perc. (%)	Usuários/ Mensais	Ex.- Sist. Datasus	Ex.= 30%	Ex. =(<15 %)

		tabela SIGTAP)								
		- Percentagem de excesso de permanência acima do limiar máximo (por parâmetro tabela SIGTAP)	Ex. – 4	Ex.- Orga- nizacional Ex.- Gerencial / Setorial	{ [\square N° de Usuários Saídos [com Permanência Acima do Limiar Máximo] (x) N° Dias Internados (-) \square Dias dos Usuários [Saídos com Permanência Abaixo do Limiar Máximo] (x) N° de Dias Internados] (/) N° Total de Usuários Saídos no Período} (x) 100	Perc. (%)	Usuários- Dias/ Mensais	Ex.- Sist. Datusus Ex.- Sist. Informátic o Particular	Ex.= 30%	Ex.=(<15%)
OUTRA (Eficiencia)										

Efetividade	Ex. - 5	- <i>Proporção de cirurgia rescindiva</i> (por subgrupo tabela SIGTAP)	Ex. - 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	{Nº de Cirurgias Rescindiva [até 30 Dias Após Cirurgia, no mesmo subgrupo tabela SIGTAP] (/) Nº de Cirurgias no Período] (x) 100	Perc. (%)	Proced./ Mensais	Ex.- Sist. Datusus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 0,5%	Ex.= (<0,1 %)
		- <i>Taxa de reinternamento</i> (Proporção de readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar) (por subgrupo tabela SIGTAP)	Ex. - 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	{Nº de Readmissões de Usuários [até 30 Dias Após Última Alta, no mesmo subgrupo tabela SIGTAP] (/) Nº Total de Usuários Saídos no Período] (x) 100	Perc. (%)	Usuários/ Mensais	Ex.- Sist. Datusus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex. = 1%	Ex.= (<0,5 %)

		- <i>Proporção de partos normais do SUS e Saúde Suplementar na instituição</i>	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Organizacional	{Nº de Nascidos Vivos de Partos Normais Ocorridos [de mães residentes] (l) Nº de Nascidos Vivos de Todos os Partos [de mães residentes) na Instituição} (x) 100	Perc. (%)	Proced./ Mensais	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex. = 45%	Ex.=(>70%)**
		- <i>Taxa de densidade de incidência de infecção cirúrgica</i>	Ex. – 4	Ex.- Organizacional Ex.- Gerencial / Setorial	{ Nº de Casos Novos de Infecções Cirúrgicas no Período (l) [□ Dias dos Usuários Cirúrgicos do Período (x) Nº Dias Pós-Cirúrgicos] } (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 usuários-dia]	Eventos/ Usuários-Dia	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex. = 3,5 por mil	Ex.=(<2,5 por mil)
		- <i>Taxa de densidade de</i>			{ Nº de Casos Novos de Infecções em				Ex. = 3,5	

		<i>incidência de infecção de corrente sanguínea na UTI, associada a cateter (CVC), com confirmação microbiológica.</i>	Ex. – 4	Ex.- Organizacional Ex.- Gerencial / Setorial	Cateter CVC no Período (l) [□ Dias dos <i>Usuários</i> com Cateter CVC do Período (x) N° Dias Pós-Cirúrgicos] } (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 usuários-dia]	Eventos/ Usuários-Dia	Ex.- Sist. Informático Particular Ex.- Anotação Planilha Manual	por mil	Ex.=(<6,2 por mil)* **
		- Taxa de septicemia pós-operatória	Ex. – 4	Ex.- Organizacional Ex.- Gerencial / Setorial	[N° de Casos Novos de Septicemia Pós-Operatória no Período (l) [N° de <i>Usuários</i> Cirúrgicos] (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 usuários-dia]	Eventos/ Usuários-Dia	Ex.- Sist. Informático Particular Ex.- Anotação	Ex. = 0,05 por mil	Ex.=(<0,02 por mil)

								Planilha Manual		
		- <i>Percentual de altas hospitalares a partir da UTI</i>	Ex. – 4	Ex.- Orga- nizacional Ex.- Gerencial / Setorial	[Nº de Usuários Saídos a partir da UTI (/) Nº Total de Usuários Saídos no Período] (x) 100	Perc. (%)	Usuários/ Mensais	Ex.- Sist. Datusus	Ex. = 0,1%	Ex.= (<0,0 3%)
OUTRA (Efetividade)										
		- <i>Taxa de pacientes na lista de espera (ambulatório especializado)</i>	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac.	[Nº de Usuários Saídos (-) Nº de Entradas de Usuários (/) Nº Total de Usuários para Regulação do Mês (RAE)] (x) 1000	Permil. (%) [por 1.000 hab.] OU Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Usuários/ Mensais	Ex.- Sist. Datusus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 15 por mil	Ex.=(< 20 por mil)

Acesso	Ex. - 4	- Taxa de pacientes na lista de espera (cirurgia geral e eletiva)	Ex. - 4	Ex.- Sistêmico / Governac.	[Nº de Usuários Saídos (-) Nº de Entradas de Usuários (/) Nº Total de Usuários para Cirurgias Eletivas no Período (RHU)]	Permil. (%) [por 1.000 hab.] OU Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Usuários/ Mensais	Ex.- Sist. Informático Particular Ex.- Anotação em Planilha Manual	Ex.= 2 por mil	Ex.=(< 1 por mil)
		- Tempo médio na lista de espera por agendamento de consulta (ambulatório especializado)	Ex. - 5	Ex.- Sistêmico / Governac.	☐ Dias [de Usuários Saídos (x) Nº Dias na Lista (-) Nº de Entradas de Usuários (x) Nº Dias na Lista] (/) Nº Total de Usuários para Regulação do Mês (RAE)	Tempo	Dias- Usuários / Mensais	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex1.= 10%(< 30d) Ex2.= 20% (31d a 60d) Ex3.= 30%	Não há

									(61d a 90d) Ex4.= 40% (> 91d)	
		- <i>Tempo médio na lista de espera por agendamento de cirurgia geral e eletiva</i>	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico / Governac.	□□□ N° de Usuários Saídos (x) N° Dias na Lista (-) □ N° de Entradas de Usuários (x) N° de Dias na Lista] (/) N° Total de Usuários para Cirurgias Eletivas no Período (RHU)	Tempo	Dias-Usuários / Mensais	Ex.- Sist. Informático Particular Ex.- Anotação em Planilha Manual	Ex1.= 5%(< 30d) Ex2.= 20% (31d a 60d) Ex3.= 25% (61d a 90d)	Não há

									Ex4.= 50% (> 91d)	
		- <i>Tempo médio na lista de espera por leito de transferência (urg.- emerg.)</i>	Ex. – 5	Ex.- Governacional	{ <input type="checkbox"/> N° de Usuários Saídos (x) N° de Horas na Lista de Espera de Leito (-) [<input type="checkbox"/> N° de Entradas de Usuários (x) N° de Horas na Lista de Espera de Leito] } (/) N° Total de Usuários para Regulação do Mês (RHU)	Tempo	Horas-Usuários / Mensais	Ex.- Sist. Datasus Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 3h	Ex.=(< 0,5h)
		- <i>Tempo médio na lista de espera para atendimento</i>	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac.	{ <input type="checkbox"/> N° de Usuários Saídos (x) N° de Horas na Lista de Espera de Leito (-) [<input type="checkbox"/> N° de Entradas de	Tempo	Horas-Usuários / Mensais	Ex.- Sist. Datasus	Ex.= 0,5h	Ex.=(< 0,3h)

		<i>de usuários graves e críticos (urg.-emerg.)</i>		Ex.- Organizacional	Usuários (x) N° de Horas na Lista de Espera de Leito] } (/) N° Total de Usuários Atendidos do Período (risco grave+crítico na RHU)			Ex.- Sist. Informático Particular		
		<i>- Proporção de transferências para outros estabelecimentos (por limitações assistenciais)</i>	Ex. - 4	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Organizacional	{N° de Usuários Transferidos [por limitações assistenciais] (/) N° Total de Usuários Saídos} (x) 100	Perc. (%)	Usuários/ Mensais	Ex.- Sist. Datasus	Ex. = 0,4%	Ex.= (<0,5%)
		Outros								
OUTRA (Acesso)										

Impacto	Ex. – 5	- Taxa de mortalidade institucional (Taxa de mortalidade hospitalar)	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	[Nº de Óbitos após 24 Horas de Admissão (/) Nº de Saídas de Usuários Internados no Período] (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Óbitos/ Mensais	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=0 ,5 por mil	Ex.=(<0,2 por mil)* *
		- Taxa de mortalidade na UTI	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	[Nº de Óbitos após Admissão na UTI (/) Nº de Saídas de Usuários Internados na UTI no Período] (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Óbitos/ Mensais	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=0 ,3 por mil	Ex.=(<0,1 por mil)
		- Taxa de mortalidade hospitalar por IAM (até 30 dias após a internação)	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	{Nº de Óbitos de Usuários por causa IAM [Doenças Isquemicas do Coração] (residentes) (/) Nº de Habitantes no	Permil. (%) [por 100.000 hab.]	Óbitos/ Anuais	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=5 0 por 100 mil	Ex.=(<47,8 por 100

					<i>Território de Abrangência} (x) 100.000</i>					mil)* *
		- Taxa de mortalidade hospitalar por AVC (até 30 dias após a internação)	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>{Nº de Óbitos de Usuários por causa AVC [Doenças Cerebrovasculares] (residentes) (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência} (x) 100.000</i>	Permil. (%) [por 100.000 hab.]	Óbitos/ Anuais	Ex.- Sistema Datasus	Ex.=5 2 por 100 mil	Ex.=(<50,1 por 100 mil)* *
		- Taxa de mortalidade de pacientes trans/pós-cirúrgicos (até 3 a 7 dias)	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>[Nº de Óbitos Trans/Pós-Cirúrgicos (até 3 a 7 dias) (/) Nº de Saídas de Usuários Cirúrgicos no Período] (x) 1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Óbitos/ Mensais	Ex.- Sistema Datasus	Ex.=0 ,2 por mil	Ex.=(<0,1 por mil)* *

		- Taxa de mortalidade de pacientes oncológicos (quimioterapia, radioterapia)	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac.	{Nº de Óbitos de Usuários em Tratamento Oncológico [Quimioterapia/ Radioterapia] (/) Nº de Habitantes no Território de Abrangência} (x) 100.000	Permil. (%) [por 100.000 hab.]	Óbitos/ Anuais	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=9 5,35 por 100 mil	Ex.=(<102, 85 por 100 mil)* *
		- Taxa de mortalidade de pacientes crônicos em hemodiálise (em TRS)	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	[Nº de Óbitos de Usuários em Tratamento Dialítico Crônico (/) Nº de Usuários em Tratamento Dialítico Crônico] (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Óbitos/ Anuais	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=2 00 por mil	Ex.=(<190 por mil)* *
		- Proporção de encaminhame	Ex. – 5		[Nº de Encaminhamentos para Transplantes de	Perc. (%)	Usuários/ Mensais	Ex.- Sistema Datusus	Ex.= 28%	Ex.=(<29,2

		<i>ntos para transplantes de pacientes crônicos em hemodiálise (em TRS)</i>		Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>Usuários em Tratamento Dialítico Crônico (/) N° de Usuários em Tratamento Dialítico Crônico] (x) 100</i>					<i>%)** *</i>
		<i>- Taxa de mortalidade (Razão de mortalidade materna direta) de pacientes em complicações de partos, tratamentos obstétricos, gestação,</i>	Ex. - 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>[N° de Óbitos de Usuárias (residentes) com Complicações de Gestação, Parto e Puerpério (/) N° de Nascidos Vivos (de mães residentes) no Território de Abrangência] (x) 1.000</i>	Permil. (%) [por 100.000 usuários]	<i>Óbitos/ Anuais</i>	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=7 5 por 100 mil	Ex.=(<70 por 100 mil)* *

		<i>parto e puerpério</i>								
		- Taxa de mortalidade perinatal por gestação	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac.	{ $\square \square$ N° de Óbitos fetais (> 22 semanas de gestação) + N° de Óbitos de Nascidos Vivos [até 6 Dias de Vid] (de mães residentes)] (/) N° de Nascimentos Totais [\square de nascidos vivos + N° de Óbitos Fetais > 22 semanas de gestação) (de mães residentes) no Território de Abrangência} (x) 1.000	Permil. (%) [por 100.000 usuários]	Óbitos/ Anuais	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=2 0 por mil	Ex.=(<18 por mil)* *

		- <i>Proporção de mortalidade neonatal entre recém-nascidos de baixo peso ao nascer (Baixo <1,5Kg e Moderado 1,5Kg a 2,5Kg)</i>	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	[Nº de Óbitos de Recém-Nascidos (de mães residentes) de Baixo Peso (/) Nº de Nascidos Vivos (de mães residentes) no Território de Abrangência] (x) 1.000	Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Óbitos/ Anuais {<1,500 Kg e de 1,500Kg a 2,500}	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=3 0 por mil E Ex.=1 2 por mil	Ex.=(<26 por mil)* *** E Ex.=(<10 mil)
		- <i>Proporção de mortalidade infantil</i>	Ex. – 5	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	[Nº de Óbitos de Nascidos Vivos (de mães residentes) com Menos de 1 Ano de Idade (/) Nº de Nascidos Vivos (de mães residentes) no Território de	Permil. (%) [por 1.000 usuários]	Óbitos/ Anuais {Precoce (0-6d); Tardia (7-27d);	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=1 6 por mil	Ex.=(<14,4 por mil)* **

					<i>Abrangência] (x)</i> <i>1.000</i>		Pós- Neonatal (28- 364d)}			
		- <i>Proporção de nascidos vivos por partos em hospitais e maternidades</i>	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	{ <i>Nº Total de Nascidos Vivos (/) Nº Total de Partos [Ocorridos em Hospitais e Maternidades] Território de Abrangência] } (x)</i> <i>1.000</i>	Permil. (%) [por 1.000 usuários]	<i>Eventos/ Anuais</i>	Ex.- Sistema Datusus	Ex.=9 50 por mil	Ex.=(>970 por mil)* *
OUTRA (Impacto)										
		- <i>Proporção de médicos especialistas (ou com residência)</i>	Ex. – 3	Ex.- Sistêmico/ Governac.	{ <i>Nº Total de Médicos com Título da Especialidade (ou Pós-Grad. da Especialidade) (/) Nº</i>	Permil. (%) [por	<i>Médicos/ Habitant es</i>	Ex.- Sistema Conselho Profission al	Ex.=1 5 por	Ex.=(>30 por 100 mil)

Qualidade Técnico-Científica	Ex. – 3	<i>por especialidade</i>		Ex.- Orga-nizacional	<i>Total de Habitantes no Território de Abrangência] (x) 100.000</i>	100.000 hab.]			100 mil	
		<i>- Proporção de outros profissionais de saúde especialistas (ou com residência) por especialidade</i>	Ex. – 2	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga-nizacional	<i>{Nº Total de Outros Profissionais de Saúde [com Título da Especialidade] (ou Pós-Grad. da Especialidade) (/) Nº Total de Habitantes no Território de Abrangência} (x) 100.000</i>	Permil. (%) [por 100.000 hab.]	<i>Médicos/ Habitant es</i>	Ex.- Sistema Conselho Profissional	Ex.=3 0 por 100 mil	Ex.=(>50 por 100 mil)
OUTRA (Qualidade Técnico-Científica)										

Sistêmico / Estratégico	Ex. - 3	- Índice global ponderado de satisfação de usuários	Ex. - 4	Ex.- Organizacional.	{ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pesos de Usuários	Perc (%)	Nota- Perc/ Usuários- Mensais	Ex.- Sist. Informático Particular	Ex.= 50%	Ex.=(<75%)
		Ex.- Gerencial/ Setorial		{ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pesos de Usuários						
		- Índice global ponderado de	Ex. - 2	Ex.- Organizacional.	{ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pesos de Profissionais	Perc (%)	Nota- Perc/ Usuários- Mensais	Ex.- Sist. Informático	Ex.= 50%	Ex.=(<75%)
					SATISFEITOS [Nº Respostas EXC (x) Valor EXC (+) Nº Respostas OTI (x) Valor OTI (-)] (/) Nº Total de Usuários Entrevistados					
					SATISFEITOS [Nº Respostas RUI (x) Valor RUI (+) Nº Respostas PES (x) Valor PES] } (/) Nº Total de Usuários Entrevistados					

		<i>satisfação de profissional</i>		Ex.- Gerencial/ Setorial	<i>Valor EXC (+) N°</i> <i>Respostas OTI (x)</i> <i>Valor OTI (-)</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Pesos de</i> <i>Profissionais</i> INSATISFEITOS <i>[N° Respostas RUI</i> <i>(x) Valor RUI (+) N°</i> <i>Respostas PES (x)</i> <i>Valor PES] } (/) N°</i> <i>Total de</i> <i>Profissionais</i> <i>Entrevistados</i>			o Particular		
		- <i>Índice de Internamentos nas Condições Sensíveis à Atenção</i>	Ex. - 4	Ex.- Sistêmico/ Governac. Ex.- Orga- nizacional	<i>{N° de Internações</i> <i>por Causas Sensíveis</i> <i>Selecionadas à</i> <i>Atenção Básica</i> <i>([causas ICSAP] (/)</i> <i>N° Total de</i>	Perc (%)	Eventos/ Mensais	Ex.- Sist. Dataus	Ex.= 40%	Ex.=(<20%)

		<i>Primária (ICSAP)</i>			<i>Internações Clínicas} (x) 100</i>					
		- Índice de atendimento de usuários de municípios COM vínculo de referencia regional	Ex. – 3	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga- nizacional	{Nº de Internações de Usuários de Municípios [COM Referência Regional] (/) Nº Total de Internações} (x) 100	Perc (%)	Eventos/ Mensais	Ex.- Sist. Dataus	Ex.= 60%	Ex.=(<55%)
		- Índice de atendimento de usuários de municípios SEM vínculo municipal / regional	Ex. – 4	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Orga- nizacional	{Nº de Internações de Usuários de Municípios [SEM Referência Regional] (/) Nº Total de Internações} (x) 100	Perc (%)	Eventos/ Mensais	Ex.- Sist. Dataus	Ex.= 40%	Ex.=(<45%)
		- Variação percentual de custo total	Ex. – 3	Ex.- Orga- nizacional	[<input type="checkbox"/> Custo Total do Período Atual (-) <input type="checkbox"/> Custo Total do Período Anterior] (/)	Perc. (%) [variação do custo]	Unidades Monetárias	Ex.- Sist. ApuraSUS	Ex. = 2%	

		(direto + indireto)			Custo Global Institucional do Período Atual	(direto e indireto)	(por Depto, por Setor ou por Clínica Assistenc.)	Ex.- Sist. Informático Particular		Ex. - Não há
		- Índice de extrapolação de tetos orçamentários projetados	Ex. - 3	Ex.- Sistêmico / Governac. Ex.- Organizacional	[<input type="checkbox"/> Orçamento Real Aplicado (-) <input type="checkbox"/> Orçamento Planeado] (/) <input type="checkbox"/> Orçamento Global Institucional do Período	Perc. (%) [variação de gasto do orçamento]	Unidades Monetárias	Ex.- Sist. ApuraSU S Ex.- Sist. Informático Particular	Ex. = 2%	Ex. - Não há
		Outros								
OUTRA (Sist. / Estratégico)										

Apêndice 7

CONVITE - QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DE ITENS DA ESCALA DE QUALIDADE PERCEBIDA (VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTOS PELOS ESPECIALISTAS E PROFISSIONAIS E CONSOLIDAÇÃO PELOS USUÁRIOS)

Prezado Especialista ou Profissional de qualidade em saúde

Esta pesquisa está sendo desenvolvida no âmbito de uma tese de PhD da Univ. de Coimbra e seu autor (Galba Freire Moita) é servidor do Ministério da Saúde, sendo assim em breve, algumas respostas poderão servir de aprendizado e talvez sugestões para um sistema de mensuração de desempenho de unidades/ serviços de saúde do Brasil, sob a ótica de gestores que estejam em serviços de atendimentos.

OBS: Em todos os casos os participantes de todos os grupos receberam uma folha específica para assinar o TCLE. No caso da investigação à distância, seguiu um alerta no rodapé que a resposta on-line validaria a assinatura no TCLE automaticamente e que se houvesse desistência deveria enviar um e-mail para o pesquisador retirar as resposta da bases de dados.

O 1º. Passo é o preenchimento de TODOS os seus dados pessoais/profissionais o mais completo possível. Dos dados de sua instituição/órgão o mais importante é a Razão Social completa e o Endereço.

ATENÇÃO: Após ler o TLCE (verso da folha), por favor, assine abaixo e devolva.

Pesquisa: “AVALIAÇÃO INTEGRATIVA DE PERFORMANCE MULTIDIMENSIONAL E DECISÃO MULTICRITÉRIO: Um *Proxy* de Painel de Indicadores da Eficiência, Efetividade e Qualidade para Governança de Organizações Hospitalares e Serviços de Saúde no Brasil”.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Data: ____ / ____ / 2016.

Galba Freire Moita

Participante

Pesquisador

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE (GESTOR, DECISOR OU
PROFISSIONAL DE SAÚDE)

CARACTERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

Razão Social da Instituição (completa): _____

Nome de Fantasia/SIGLA: _____

No. CNPJ e CNES da Unidade: CNPJ _____ CNES _____

Endereço Completo: _____ No. _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ Cep _____ Complemento _____

Tipo de Instituição: 1-() Unid. Atenção Primária(UBS) 2-() Posto/Centro de Saúde/NASF
3-() Ambulat. Centro Especialidade/ CER 4-() CAPs 5-() UPAs 6-() Policlínica 7-()
CEOs 8-() Hosp. Geral Municipal 9-() Hosp. Pequeno Porte 10-() Unid. Mista de Saúde
11-() Hosp. Geral Estadual 12-() Hosp. Geral Federal 13-() Hosp. Espec. Estadual 14-(
) Hosp. Espec. Federal 15-() Unid. Espec. ou Laborat. 16-() Unid. Ambul. OS/Filantr.
(SUS) 17-() Hosp. OS/Filantr. (SUS) 18- Govern. Saude 19 – Hosp. Privado/Com. 20-
Outros _____

Nível de Atenção à Saúde: 1-() Atenção Primária 2-() Atenção Secundária 3-() Atenção
Terciária 4-() Outros

Obs: Primária = atendimentos, consultas e exames simples no PSF, Postos de Saúde, fisioterapia, odontologia e etc

Obs: Secundária = atendimentos e procedimentos que envolvam equipamentos e profissionais especializados

Obs: Primária = cirurgias e procedimentos que exijam alta especialização e de custos muito elevados

Nível de Complexidade da assistência:

1-() Baixa Complex. 2-() Média Complex. 3-() Alta Complex. 4-() Outros

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO / INFORMANTE

Nome Completo Participante: _____

Contatos: F1 () _____ Email1 _____ @ _____

F2 () _____ Email1 _____ @ _____

Nível Escolar: 1-()Ensino Básico 2-()Fundamental 3-()Médio 4-()Superior 5-() Pós-Grad.
6-() Mestrado/PhD

Profissão/Formação: _____

Tempo ou Período de Experiência Profissional: 1-() Menos de 6 meses 2- () 6 a 12 meses
3-() 13 a 24 meses 4-() 25 a 36 meses 5- () 37 a 48 meses 6- () 49 a 60 meses 7-(
)Mais que 60 meses

Cargos ou Funções (dos últimos 5 anos): _____

Tempo ou Período em Cargos de Decisão/Gestão (dos últimos 5 anos): 1-() Menos de 6
meses 2- () 6 a 12 meses 3-() 13 a 24 meses 4-() 25 a 36 meses 5- () 37 a 48 meses
6- () 49 a 60 meses 7-()Mais que 60 meses

Nível do Cargo: 1- () Sistêmico 2-() Organizacional 3-() Gerencia de equipe/setor 4-
() Assessor/ Consultor na Gestão 5- () Assist./Aux. Adm. 6- () Profissional Assistencial
7- () Apoio à Assistência 8- () Outro _____

*Obs: Cargos de Decisão: Governacional ou Sistêmico - implementadores de políticas,
planeadores e reguladores do sistema loco-regional de saúde; Organizacional ou
Estratégico - gestores de topo dos hospitais e serviços de saúde; Gerencial ou Tático -
gestores intermediários de setores e equipes de atendimento de saúde.*

*Obs: Os possíveis riscos, constrangimentos e transtornos desta investigação serão
controlados conforme especificados no TCLE-decisores.*

Apêndice 7-A

QUESTIONÁRIO DE TRADUÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA SERVQUAL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE (FASE 1 – ESTRUTURAÇÃO DE CONSTRUCTOS DE QUALIDADE/SATISFAÇÃO)

Painel de Especialistas (Gestor e Profissional) – Objectivo: consultar especialistas e profissionais da área de qualidade e ouvidoria, a partir das 22 questões da escala SERVQUAL original (versão em português, listadas a seguir), em busca de listar *quais as dimensões e constructos de satisfação que podem ser considerados mais importantes/relevantes para a satisfação dos usuários-pacientes* dos hospitais e serviços de saúde do SUS, visando sugerir DIMENSÕES e CONSTRUCTOS de satisfação de usuários-pacientes, a fim de contribuir para a tradução e validação transcultural das ideias-conceitos (dimensões e constructos) da escala SERVQUAL de satisfação, para o contexto da saúde pública brasileira (SUS). Diante disso, partiu-se da lista de 22 questões Escala SERVQUAL (versão em Português) em busca de analisar as categorias de conteúdo propostos por especialistas e profissionais para a construção de um questionário, a partir de diversos constructos vinculados a cada uma das dimensões, para as etapas posteriores que contém propostas de tradução transcultural das 22 questões, a fim de elaborar questionários aplicados na validação destes CONSTRUCTOS propostos por DIMENSÃO sugerida, executada nas fases 2 e 3 posteriores (ver Apêndices 7-B.1 e 7-B.2).

Por favor, diante de seus conhecimentos prévios, experiência profissional e da realidade de usuários de serviços de saúde do SUS sugira dimensões e constructos (ideias-força) quanto a qualidade/satisfação nas questões a seguir:

1. → O Hosp./Unid. Saúde deveria ter equipamentos modernos (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) tem equipamentos modernos (Percep.).

Dimensão: _____ Constructos: _____

2. → O Hosp./Unid. Saúde deveria ter instalações/estruturas físicas visualmente atrativas (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) tem instalações/estruturas físicas visualmente atrativas (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

3. → No Hosp./Unid. Saúde seus profissionais deveriam estar bem vestidos e asseados (Expect.)

→ Neste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) seus profissionais estão bem vestidos e asseados (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

4. → No Hosp./Unid. Saúde a aparência das instalações deveriam estar conservadas de acordo com o serviço oferecido (Expect.)

→ Neste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) a aparência das instalações está conservada de acordo com o serviço oferecido (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

5. → Quando o Hosp./Unid. Saúde promete fazer algo em certo tempo deveriam fazê-lo (Expec.)

→ Quando este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) promete fazer algo em certo tempo, realmente o faz (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

6. → Quando os clientes têm algum problema com o Hosp./Unid. Saúde, ele deveria ser solidário e deixá-los seguros (Expect.)

→ Quando você tem algum problema com este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_), ele é solidário e deixa-o seguro (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

7. → O Hosp./Unid. Saúde deveria ser de confiança (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) é de confiança (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

8. → O Hosp./Unid. Saúde deveriam fornecer o serviço no tempo prometido (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) fornece o serviço no tempo prometido(Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

9. → O Hosp./Unid. Saúde deveria manter seus registros de forma correta (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) mantém seus registros de forma correta (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

10. → Não seria de se esperar que o Hosp./Unid. Saúde informasse os clientes exatamente quando os serviços fossem executados (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não informa exatamente quando os serviços serão executados (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

11. → Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos profissionais do Hosp./Unid. Saúde (Expect.)

→ Você recebe serviço imediato dos profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

12. → Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde não têm que estar sempre dispostos em ajudar os clientes (Expect.)

→ Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não estão sempre dispostos a ajudar os clientes (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

13. → É normal que os profissionais do Hosp./Unid. Saúde estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos de usuários-clientes (Expect.)

→ Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) estão sempre ocupados em responder aos pedidos de usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

14. → Os usuários-clientes deveriam ser capazes de acreditar nos profissionais do Hosp./Unid. Saúde (Expect.)

→ Você pode acreditar nos profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

15. → Os usuários-clientes deveriam ser capazes de se sentir seguros na negociação com os profissionais do Hosp./Unid. Saúde (Expect.)

→ Você se sente seguro em negociar com os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

16. → Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde deveriam ser educados (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) são educados (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

17. → Seus profissionais deveriam obter suporte adequado do Hosp./Unid. Saúde para cumprir suas tarefas corretamente (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não obtêm suporte adequado para cumprir suas tarefas (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

18. → Não seria de se esperar que o Hosp./Unid. Saúde dispensasse atenção individual aos usuários-clientes (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não dá atenção individual a você (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

19. → Não se pode esperar que os profissionais do Hosp./Unid. Saúde deem atenção personalizada aos usuários-clientes (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não dão atenção pessoal aos usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

20. → É absurdo esperar que os profissionais do Hosp./Unid. Saúde saibam quais as necessidades dos usuários-clientes (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não sabem das necessidades dos usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

21. → É absurdo esperar que o Hosp./Unid. Saúde tenha os melhores interesses de seus usuários-clientes como objectivo (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não tem os melhores interesses de seus usuários-clientes como objectivo (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

22. → Não deveria se esperar que o horário de funcionamento do Hosp./Unid. Saúde fosse conveniente para todos os usuários-clientes (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não tem horários de funcionamento conveniente a todos os usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: _____ Constructos: _____

ATENÇÃO: Os resultados desta etapa (Painel de Especialistas) subsidiaram a análise de categorias de conteúdo para a construção de um questionário, a partir de diversos constructos vinculados a cada uma das dimensões, para as etapas posteriores que contém propostas de tradução transcultural das 22 questões, a fim de elaborar questionários aplicados na validação de constructos da Escala SERVQUAL executada nas Fases 2 e 3 posteriores (ver Apêndices 7-B.1 e 7-B.2).

Apêndice 7-B.1

QUESTIONÁRIO DE TRADUÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA SERVQUAL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE (FASE 2.I – VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTOS DE QUALIDADE/SATISFAÇÃO, POR GESTORES E PROFISSIONAIS)

Grupo Focal (Gestores e Profissionais) – Objectivo: consultar profissionais e gestores da área de qualidade e ouvidoria, a partir da listagem de possíveis traduções de ideias-conceitos das 22 questões da escala SERVQUAL original (versão em português, listadas a seguir), a partir da análise de categorias de conteúdo (CONSTRUCTOS por DIMENSÕES de qualidade) propostos por especialistas e profissionais de diversos constructos vinculados a cada uma das dimensões, no Painel de Especialista – Fase 1, que contém propostas de tradução transcultural das 22 questões, a serem analisados, ajustados e/ou validados nestas fases (2 e 3) (Apêndices 7-B.1 e 7-B.2), em busca de valorar/ponderar os CONSTRUCTOS de qualidade/satisfação, por DIMENSÕES, que podem ser considerados mais importantes/relevantes para a posterior elaboração de questões de satisfação dos usuários-pacientes em busca de validar uma escala de qualidade/satisfação de usuários, para o contexto da saúde pública (SUS).

Por favor, diante de seus conhecimentos prévios, experiência profissional e da realidade de usuários do SUS, atribua valor/ponderação às dimensões e aos constructos (ideias-força) quanto a qualidade/satisfação nas questões a seguir:

1. → O Hosp./Unid. Saúde deveria ter equipamentos modernos (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) tem equipamentos modernos (Percep.)

Dimensão: EQUIPAMENTOS											
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____		
	<i>Constructos</i> <i>Peso</i>	<i>x</i>	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	
DISPONIBILIDADE			5	5							
ACESSO			5	4							

RESOLUTIVIDADE	3	5								
CONSERVAÇÃO	1	3								
USABILIDADE- FACILIDADE DE USO	2	4								
Outro? _____										

2. O Hosp./Unid. Saúde deveria ter instalações/estruturas físicas visualmente atrativas (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) tem instalações/estruturas físicas visualmente atrativas (Percep.)

Dimensão: ESTRUTURA FÍSICA											
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____		
	<i>Constructos</i> x	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
<i>Peso</i> CONFORTO	5	3									
LIMPEZA	4	5									
BEM ESTAR	4	5									
Outro? _____											

3. No Hosp./Unid. Saúde seus profissionais deveriam estar bem vestidos e asseados (Expect.)

→ Neste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) seus profissionais estão bem vestidos e asseados (Percep.)

Dimensão: APRESENTAÇÃO PESSOAL											
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____		
	<i>Constructos x Peso</i>	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
VESTIMENTAS ADEQUADAS	3	5									
VISUAL ASSEADO	5	4									
Outro? _____											

4. No Hosp./Unid. Saúde a aparência das instalações deveriam estar conservadas de acordo com o serviço oferecido (Expect.)

→ Neste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) a aparência das instalações está conservada de acordo com o serviço oferecido (Percep.)

Dimensão: INSTALAÇÕES FÍSICAS										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
<i>Constructos x Peso Pesos</i>										
CONSERVAÇÃO	5	5								
FUNCIONALIDADE	4	5								
Outro? _____										

5. Quando o Hosp./Unid. Saúde promete fazer algo em certo tempo deveriam fazê-lo (Expec.)

→ Quando este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) promete fazer algo em certo tempo, realmente o faz (Percep.)

Dimensão: PRAZO CONFIÁVEL										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
<i>Constructos x Peso</i>										
CUMPRIMENTO DE PRAZOS	5	4								
Outro? _____										

6. Quando os clientes têm algum problema com o Hosp./Unid. Saúde, ele deveria ser solidário e deixá-los seguros (Expect.)

→ Quando você tem algum problema com este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_), ele é solidário e deixa-o seguro (Percep.)

Dimensão: OCUPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
<i>Constructos x Peso</i>										
PROFISSIONAIS SUFICIENTES PARA O ATENDIMENTO	5	3								

Outro? _____										
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. O Hosp./Unid. Saúde deveria ser de confiança (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) é de confiança (Percep.)

Dimensão: CONFIABILIDADE ORGANIZACIONAL										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
<i>Constructos x Peso</i>	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
CONFIANÇA PERCEPTÍVEL	5	3								
Outro? _____										

8. O Hosp./Unid. Saúde deveriam fornecer o serviço no tempo prometido (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) fornece o serviço no tempo prometido (Percep.)

Dimensão: FORNECIMENTO DE SERVIÇOS										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
<i>Constructos x Peso</i>	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
PRAZO DE RESOLUTIVIDADE	4	5								
PRAZO DE ATENDIMENTO	5	4								
Outro? _____										

9. O Hosp./Unid. Saúde deveria manter seus registros de forma correta (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) mantém seus registros de forma correta (Percep.)

Dimensão: GARANTIA DOS REGISTROS										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
<i>Constructos x Peso</i>	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
INFORMAÇÕES ANOTADAS, DISPONÍVEIS E CONTROLADAS	2	5								

Outro? _____										
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Não seria de se esperar que o Hosp./Unid. Saúde informasse os clientes exatamente quando os serviços fossem executados (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não informa exatamente quando os serviços serão executados (Percep.)

Dimensão: ACESSO À INFORMAÇÃO										
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
<i>Constructos x Pesos</i>	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
ESCLARECIMENTO SOBRE AS TERAPIAS	5	3								
INFORMAÇÕES SOBRE MOMENTOS DOS TRATAMENTOS	4	2								
Outro? _____										

11. Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos profissionais do Hosp./Unid. Saúde (Expect.)

→ Você recebe serviço imediato dos profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) (Percep.)

Dimensão: PRONTO ATENDIMENTO										
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
<i>Constructos x Pesos</i>	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
ATENDIMENTO RÁPIDO	5	4								
DISPONIBILIDADE IMEDIATA DE ATENDIMENTO	4	2								
Outro? _____										

12. Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde não têm que estar sempre dispostos em ajudar os clientes (Expect.)

→ Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não estão sempre dispostos a ajudar os clientes (Percep.)

Dimensão: DISPOSIÇÃO PARA ATENDIMENTO										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
DISPOSIÇÃO PARA ASSISTENCIA	4	2								
Outro? _____										

13. É normal que os profissionais do Hosp./Unid. Saúde estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos de usuários-clientes (Expect.)

→ Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) estão sempre ocupados em responder aos pedidos de usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: OCUPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
PROFISSIONAIS SUFICIENTES PARA O ATENDIMENTO	5	3								
Outro? _____										

14. Os usuários-clientes deveriam ser capazes de acreditar nos profissionais do Hosp./Unid. Saúde (Expect.)

→ Você pode acreditar nos profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) (Percep.)

Dimensão: COMPETÊNCIA PROFISSIONAL										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof

CONFIANÇA NA COMPETÊNCIA PROFISSIONAIS	NA DOS	5	4								
Outro? _____											

15. Os usuários-clientes deveriam ser capazes de se sentir seguros na negociação com os profissionais do Hosp./Unid. Saúde (Expect.)

→ Você se sente seguro em negociar com os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) (Percep.)

Dimensão: CREDIBILIDADE PROFISSIONAL											
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____		
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	
<i>Constructos x Pesos</i>											
CONFIABILIDADE NOS ACORDOS	5	3									
CREDIBILIDADE NAS ORIENTAÇÕES TERAPEUTICAS	4	5									
Outro? _____											

16. Os profissionais do Hosp./Unid. Saúde deveriam ser educados (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) são educados (Percep.)

Dimensão: CORTESIA NAS RELAÇÕES											
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____		
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	
<i>Constructos x Peso</i>											
CORTESIA PESSOAL	5	5									
RESPEITO AO USUÁRIO- CLIENTE	4	4									
ATITUDE GENTIL	4	4									
Outro? _____											

17. Seus profissionais deveriam obter suporte adequado do Hosp./Unid. Saúde para cumprir suas tarefas corretamente (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não obtêm suporte adequado para cumprir suas tarefas (Percep.)

Dimensão: SUPRIMENTO DE RECURSOS										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
GARANTIA DE CONDIÇÕES PARA ATENDIMENTO	1	3								
SUPRIMENTO DE RECURSOS ASSISTENCIAIS	2	4								
Outro? _____										

18. Não seria de se esperar que o Hosp./Unid. Saúde dispensasse atenção individual aos usuários-clientes (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não dá atenção individual a você (Percep.)

Dimensão: COMUNICAÇÃO & ATENÇÃO										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO	5	4								
Outro? _____										

19. Não se pode esperar que os profissionais do Hosp./Unid. Saúde deem atenção personalizada aos usuários-clientes (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não dão atenção pessoal aos usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
<i>Constructos xPeso</i>										
ATENDIMENTO PERSONALIZADO	3	5								
TRATAMENTO HUMANIZADO	5	4								
Outro? _____										

20. É absurdo esperar que os profissionais do Hosp./Unid. Saúde saibam quais as necessidades dos usuários-clientes (Expect.)

→ Os profissionais deste Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não sabem das necessidades dos usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: COMPREENSÃO/CONHECIMENTO DO CLIENTE										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
<i>Constructos xPesos</i>										
CONHECIMENTO DA SITUAÇÃO DO USUÁRIOS-CLIENTES	5	5								
Outro? _____										

21. É absurdo esperar que o Hosp./Unid. Saúde tenha os melhores interesses de seus usuários-clientes como objectivo (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não tem os melhores interesses de seus usuários-clientes como objectivo (Percep.)

Dimensão: PRIORIDADE NOS INTERESSES DO CLIENTE										
→ INSTITUIÇÕES	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
<i>Constructos xPeso</i>										

OBJECTIVOS CENTRADOS NOS USUÁRIOS-CLIENTES	5	5								
Outro? _____										

22. Não deveria se esperar que o horário de funcionamento do Hosp./Unid. Saúde fosse conveniente para todos os usuários-clientes (Expect.)

→ Este Hosp./Unid. Saúde (_XYZ_) não tem horários de funcionamento conveniente a todos os usuários-clientes (Percep.)

Dimensão: ACESSIBILIDADE PARA CLIENTES										
INSTITUIÇÕES →	Hosp XYZ _p.ex._		Inform. 1 _____		Inform. 2 _____		Inform. 3 _____		Inform. 4 _____	
Constructos x Peso	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof	Usu	Prof
HORÁRIOS E ROTINAS PARA FACILIDADES DOS USUÁRIOS- CLIENTES	5	1								
Outro? _____										

Apêndice 7-B.2

QUESTIONÁRIO DE TRADUÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA SERVQUAL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE (FASE 2.II – CONSOLIDAÇÃO DE CONSTRUCTOS DE QUALIDADE/SATISFAÇÃO, POR USUÁRIOS DO SUS)

Grupo de pesquisa de campo (Usuários do SUS) – Objectivo: consultar usuários em atendimento de unidades do SUS, a partir da listagem de possíveis traduções de ideias-conceitos (CONSTRUCTOS por DIMENSÕES de qualidade) das 22 questões da escala SERVQUAL original (versão em português, listadas a seguir), a partir da análise de categorias de conteúdo propostos por especialistas e profissionais de diversos constructos vinculados a cada uma das dimensões, no Painel de Especialista – Fase 1 e Grupo Pilotos de Profissionais – Fase 2, em busca de valorar/ponderar os CONSTRUCTOS de qualidade/satisfação, por DIMENSÕES, que podem ser considerados mais importantes/relevantes para a posterior elaboração de questões de satisfação dos usuários-pacientes em busca de validar uma escala de qualidade/satisfação de usuários, para o contexto da saúde pública (SUS).

Por favor, diante de sua experiência como usuário em atendimento de unidades do SUS, atribua valor/ponderação às dimensões e aos constructos (ideias-força) quanto a qualidade/satisfação nas questões a seguir:

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE (USUÁRIO DOS SERVIÇOS)

CARACTERIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

Nome de Fantasia/SIGLA da Instituição: _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ Cep _____

Tipo de Instituição: 1-() Unid. Atenção Primária(UBS) 2-() Posto/Centro de Saúde/NASF
3-() Ambulat. Centro Especialidade/ CER 4-() CAPs 5-() UPAs 6-() Policlínica 7-()
CEOs 8-() Hosp. Geral Municipal 9-() Hosp. Pequeno Porte 10-() Unid. Mista de Saúde
11-() Hosp. Geral Estadual 12-() Hosp. Geral Federal 13-() Hosp. Espec. Estadual 14-
() Hosp. Espec. Federal 15-() Unid. Espec. ou Laborat. 16-() Unid. Ambul. OS/Filantr.

(SUS) 17-() Hosp. OS/Filantr. (SUS) 18- Govern. Saude 19 – Hosp. Privado/Com. 20-
Outros _____

Nível de Atenção à Saúde: 1-() Atenção Primária 2-() Atenção Secundária 3-() Atenção
Terciária 4-() Outros

*Obs: Primária = atendimentos, consultas e exames simples no PSF, Postos de Saúde,
fisioterapia, odontologia e etc*

*Obs: Secundária = atendimentos e procedimentos que envolvam equipamentos e
profissionais especializados*

*Obs: Primária = cirurgias e procedimentos que exijam alta especialização e de custos muito
elevados*

Nível de Complexidade da assistência:

1-() Baixa Complex. 2-() Média Complex. 3-() Alta Complex. 4-() Outros

Setor / Departamento de Atendimentos (Local ou Tipo de Serviço utilizado):

1-() Atend. Urgência/Emergência 2-() Atend. Ambulatorial 3-() Centro de Imagem 4-()
Laboratório 5-() Sala de Parto/Obstetrícia 6-() Neonatologia/Berçário 7-()
Internação/Enfermaria Adulto 8-() UTI Adulto 9-() Internação/Enfermaria Infantil 10-
() UTI Neo/Infantil 11-() Centro Cirúrgico 12-() Pequena Cirurgia 13-() Serviço
Fisioterapia 14-() Serviço Fonoaudiologia 15-() Serviço Oftalmologia 16-() Serviço
Hemodinâmica 16-() Serviço Hemodiálise 17- Serviço Psicologia/Mental 18- Outros ____

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO / INFORMANTE

Nome Completo Participante: _____

Nível Escolar: 1-()Ensino Básico 2- ()Fundamental 3-()Médio 4-()Superior 5- () Pós-Grad.
6-() Mestrado/PhD

Contatos: F1 () _____ Email1 _____@_____

Nível de Profissão/Emprego: 1-()Básico 2- ()Operacional 3-()Chefia/Superv. 4-() Gerencia
5- () Diretoria

Tempo ou Período de Atendimento neste Serviço/Unidade de Saúde: 1-() Menos de 6 meses
2- () 6 a 12 meses 3-() 13 a 24 meses 4-() 25 a 36 meses 5- () 37 a 48 meses 6- () 49
a 60 meses 7-() Mais que 60 meses

ATENÇÃO: Nesta fase de validação, foi aplicado para os USUÁRIOS exatamente o mesmo
questionário (Apêndice 7-B.1, acima) - QUESTIONÁRIO DE TRADUÇÃO
TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA SERVQUAL PARA SERVIÇOS DE
SAÚDE (FASE 2.I - VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTOS DE
QUALIDADE/SATISFAÇÃO, POR GESTORES E PROFISSIONAIS)

Apêndice 8

QUESTIONÁRIO DE TRADUÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA SERVQUAL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE (FASE 3 – VALIDAÇÃO DE 20 QUESTÕES, POR ESPECIALISTAS, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS)

Painel de Especialistas e grupos pilotos (Gestor/Profissional) – Objectivo: a partir da análise de categorias de conteúdo propostos por especialistas e profissionais nos grupos focais – fases 1 e fase 2 através da ponderação/valoração e validação dos CONSTRUCTOS de qualidade/satisfação, por DIMENSÕES, CONSTRUIR E VALIDAR UM PROXY DE QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR OS ASPETOS MAIS RELEVANTES DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS, nos parâmetros da escala Servqual, a fim de avaliar/mensurar os aspetos mais relevantes da satisfação dos usuários do SUS, considerando as 20 questões listadas a seguir.

Neste propósito, a partir da validação de constructos (ideias-força) na pesquisa de grupos gestores, profissionais e usuários, estruturou-se um painel de especialistas que consolidaram 20 questões conforme abaixo distribuídas nas dimensões abaixo, que resultou na construção do QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS apresentado a seguir (Apêndice 8-A).

Por favor, diante de sua experiência como usuário em atendimento de unidades do SUS, atribua valor/ponderação às dimensões e aos constructos (ideias-força) quanto a qualidade/satisfação nas 20 questões a seguir:

OBS: Foi usado o mesmo formulário de identificação dos Gestores/Profissionais do Apêndice 7-A & 7-B e o proxy de questionário de 20 questões do Apêndice 8-A, a seguir.

Apêndice 8-A & 8-B

QUESTIONÁRIO DE TRADUÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA
SERVQUAL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE (FASE 4 – VALIDAÇÃO DE 20
QUESTÕES, POR ESPECIALISTAS E PROFISSIONAIS)

Painel de Especialistas e Grupos Pilotos (Gestor/Profissional– 20 Questões) – Objectivo: a partir da construção e validação de um *proxy* de questionário (resultados do Painel de Especialistas – Fase 2) AVALIAR/MENSURAR OS ASPETOS MAIS RELEVANTES DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS, nos parâmetros da escala Servqual, a fim de avaliar/mensurar os aspetos mais relevantes da satisfação dos usuários do sus, considerando as 20 questões a seguir listadas.

OBS: Foi usado o mesmo formulário de identificação dos Gestores/Profissionais do Apêndice 7-C e o proxy de 20 questões do questionário do Apêndice 8-C a seguir.

Apêndice 8-C

QUESTIONÁRIO DE TRADUÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA
SERVQUAL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE (FASE 4 – APLICAÇÃO DE 20
QUESTÕES, POR USUÁRIOS DO SUS)

Grupo Pesquisa de Campo (Usuários do SUS – 20 Questões) - Objectivo: a partir da ponderação/valoração e validação das dimensões e/ou constructos (resultados dos grupos focais – Fase 3), CONSTRUIR E VALIDAR UM *PROXY* DE QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR OS ASPETOS MAIS RELEVANTES DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SUS, nos parâmetros da escala Servqual, a fim de avaliar/mensurar os aspetos mais relevantes da satisfação dos usuários do sus, considerando as 20 questões a seguir listadas.

Olá, amigo usuário do sistema público de saúde.

É com satisfação que lhe convidamos para avaliar os nossos serviços. Sua opinião é muito importante para continuarmos trabalhando por sua satisfação.

Por favor, ao final de seu atendimento, nesta unidade de saúde, convidamos você para responder algumas perguntas SIMPLES e RÁPIDAS (sua participação levará menos de 15 minutos, em poucos minutos, com o objectivo de avaliar o atendimento recebido em algumas áreas:

1. ESTRUTURA FÍSICA: Aparência do ambiente de Saúde (Unidade Básica de Saúde, Hospital, UPA, Policlínica, CEO, etc)
2. HIGIENE: Limpeza e cuidado diário no ambiente
3. ACOLHIMENTO: Maneira de ser recebido; sentir-se ouvido e compreendido em suas necessidades.
4. ATENDIMENTO HUMANIZADO: Esforço em entender o que o usuário necessita, com respeito e dignidade.
5. GENTILEZA: Capacidade de perceber uma necessidade de alguém
6. SIMPATIA: Relação entre profissional e Usuário como pessoas iguais.
7. SATISFAÇÃO: Alegria por ter realizado o que se espera
8. DISPONIBILIDADE: Prontidão/ cooperação da equipe para ajudar
9. RECEPTIVIDADE: Ser bem aceito, recebido
10. RESOLUÇÃO DO SEU PROBLEMA: Atendimento ou encaminhamento de uma dificuldade
11. FARMÁCIA: Espaço que garante a medicação
12. SETOR DE EXAME ou LABORATÓRIO: Espaço que se garante exames

I - QUESTÕES GERAIS (USUÁRIOS)

Pergunta I – Informe seu Nome ou anote seu CPF /RG (caso queira identificar-se). Qual seu ano de nascimento?

1 CPF/RG Número _____

2 Escreva o seu nome _____

3 Ano (*nascimento*): _____

Pergunta II – Informe a sua escolaridade?

0 Analfabeto 1 Ensino Básico 2 Fundamental 3 Médio 4 Superior 5 Pós-Graduação

Pergunta III – Informe qual o seu sexo? 1 Masculino 2 Feminino 3 Outro

Pergunta IV – Clique abaixo e escolha qual a Unidade de Saúde que você está em atendimento?

- 1 Unidade Básica/ Equipe Saúde Família (UBS/ESF) _____
- 2 Posto de Saúde / Centro de Saúde/ NASF _____
- 3 Ambulat. Centro Especialidade/ CER _____
- 4 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) _____
- 5 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) _____
- 6 Policlínica Especializada (POLI) _____
- 7 Centro de Especialidade Odontológica (CEO) _____
- 8 Internamento em Hospital _____
- 9 Emergência de Hospital _____
- 10 Ambulatório de Hospital _____

Pergunta V– Qual foi o seu atendimento hoje nesta unidade de saúde?

- 1 Atendimento Médico
- 2 Atendimento de Enfermagem
- 3 Atendimento de Dentista
- 4 Setor de Fisioterapia
- 5 Atendimento durante a Internação
- 6 Setor de Exames ou Laboratório
- 7 Setor de Farmácia
- 8 Outros (Citar): _____

Prezado usuário do SUS, por favor, use de seu conhecimento e experiência para ponderar as seguintes questões a seguir

II - QUESTÕES DE SATISFAÇÃO (USUÁRIOS)

- PENSE EM TODOS OS SERVIÇOS RECEBIDOS NAS VÁRIAS VEZES que TEVE ATENDIMENTO nesta UNIDADE de SAÚDE. O que você ESPERAVA (EXPECTATIVAS) dos serviços e qual o Desempenho OBSERVOU (SATISFAÇÃO) -

1. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto as CONDIÇÕES DE CONFORTO (Bem-Estar) da ESTRUTURA FÍSICA desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Péssima () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Excelente

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

2. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a LIMPEZA E HIGIENE desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Péssima () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Excelente

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

3. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) sobre a APARÊNCIA do pessoal desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Péssima () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Excelente

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

4. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto ao FUNCIONAMENTO dos EQUIPAMENTOS desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Péssima () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Excelente

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

5. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto ao FUNCIONAMENTO das INSTALAÇÕES desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Péssima () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Excelente

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

6. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a CREDIBILIDADE/CONFIANÇA nos serviços e atendimentos aos usuários desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nenhuma Confiança () 2. Pouca Confiança () 3. Confiável ()
() 4. Muita Confiança () 5. Extrema Confiança

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

7. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto ao TEMPO DE ESPERA dos usuários desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nenhuma Demora () 2. Pouca Demora () 3. Demorado () 4. Muita Demora () 5. Extremamente Demorado

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

8. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a DISPONIBILIDADE dos profissionais e VONTADE PARA AJUDAR aos usuários nesta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nenhuma Disponibilidade/Vontade () 2. Pouca Disponibilidade/Vontade () 3. Disponíveis () 4. Muita Disponibilidade/Vontade () 5. Extrema Disponibilidade/Vontade

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

9. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a CAPACIDADE e COMPETÊNCIA TÉCNICA dos profissionais desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nada Competentes () 2. Pouco Competentes () 3. Competentes () 4. Muito Competentes () 5. Extremamente Competentes

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

10. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a CONFIABILIDADE e CREDIBILIDADE dos profissionais desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nada Confiáveis () 2. Pouco Confiáveis () 3. Confiáveis () 4. Muito Confiáveis () 5. Extremamente Confiáveis

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

11. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a ATENÇÃO INDIVIDUAL e
PERSONALIZADA no atendimento desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nada Atenciosos () 2. Pouco Atenciosos () 3. Atenciosos ()
4. Muito Atenciosos () 5. Extremamente Atenciosos

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

12. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a PRONTIDÃO e DISPONIBILIDADE no
atendimento desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nada Disponíveis () 2. Pouco Disponíveis () 3. Disponíveis ()
() 4. Muito Disponíveis () 5. Extremamente Disponíveis

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

13. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a GENTILEZA e SIMPATIA no
atendimento desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nenhuma Gentileza/Simpatia () 2. Pouca Gentileza/Simpatia ()
3. Gentis/Simpatia () 4. Muita Gentileza/Simpatia () 5. Extrema Gentileza/Simpatia

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito
() 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

14. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto ao ATENDIMENTO HUMANIZADO
(educação, respeito e interesse) aos usuários desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nada Humanizado () 2. Pouco Humanizado () 3. Humanizado () 4. Muito Humanizado () 5. Extremamente Humanizado

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

15. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto à facilidade de OBTER INFORMAÇÕES nesta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nenhuma Facilidade () 2. Pouca Facilidade () 3. Fácil () 4. Muita Facilidade () 5. Extrema Facilidade

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

16. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto ao nível de ESCLARECIMENTOS sobre tratamentos nesta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nada Esclarecido () 2. Pouco Esclarecido () 3. Esclarecido () 4. Muito Esclarecido () 5. Extremamente Esclarecido

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

17. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a SEGURANÇA na RESOLUTIVIDADE de seu problema de saúde nesta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nada Seguro () 2. Pouco Seguro () 3. Seguro () 4. Muito Seguro () 5. Extremamente Seguro

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

18. Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto a COMPREENSÃO e INTERESSE nas necessidades dos usuários dos profissionais desta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nenhuma Compreensão/Interesse () 2. Pouca Compreensão/Interesse () 3. Compreensivos/Interessados () 4. Muita Compreensão/Interesse () 5. Extrema Compreensão/Interesse

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

19 – Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) quanto ao TEMPO NA FILA de AGENDAMENTO para MARCAR VAGA de atendimento nesta unidade de saúde?

EXPECTATIVAS: () 1. Nenhuma Demora () 2. Pouca Demora () 3. Demorado () 4. Muita Demora () 5. Extremamente Demorado

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

20 – Qual sua AVALIAÇÃO (NOTA) com seu ATENDIMENTO nesta unidade de saúde? Qual sua AVALIAÇÃO FINAL de seu atendimento?

EXPECTATIVAS: () 1. Péssima () 2. Ruim () 3. Regular () 4. Boa () 5. Excelente

PERCEÇÃO/SATISFAÇÃO: () 1. Nada Satisfeito () 2. Pouco Satisfeito () 3. Satisfeito () 4. Muito Satisfeito () 5. Extremamente Satisfeito

Apêndice 9

OS RESULTADOS COMPLEMENTARES DA INVESTIGAÇÃO (PAINÉIS DE INDICADORES E DE DIMENSÕES DE PERFORMANCE E ITENS DE MEDIÇÃO DE QUALIDADE/SATISFAÇÃO)

9.1 Os resultados complementares da validação dos painéis de indicadores e de dimensões de performance

As análises estatísticas dos estudos 1 a 3 (*proxies* A a G) de validação dos painéis de indicadores e de dimensões de performance foram apresentadas no tópico 6.1.1. e seus subtópicos (descritivas) e, ainda, no tópico 6.1.2. e seus subtópicos (inferenciais). A seguir, estas análises são complementadas por análises adicionais: descritivas (tópico 9.1.1. e seus subtópicos) e inferenciais (tópico 9.1.2. e seus subtópicos).

9.1.1. Análises descritivas complementares dos estudos 1 a 3 (*proxies* A a G)

Os resultados complementares das análises descritivas dos domínios de avaliação integrada das *proxies* A e B (108 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, além da *proxy* C (112 informantes) de aplicação de campo (ciclo 2), conforme métodos de estatística descritiva detalhados no início do tópico 6, constam do subtópico 9.1.1.1 e de validação dos indicadores e dimensões de performance das *proxies* D a F, com especificidades para a *proxy* E+F (220 informantes) constam do subtópico 9.1.1.2. e para a *proxy* G (233 informantes) constam do subtópico 9.1.1.3.

9.1.1.1. Análise descritiva complementar do estudo 1 (ciclos 1 e 2: *proxies* A a C) (domínios *versus* macrodomínios de avaliação) (Visão de especialistas, gestores e profissionais)

A análise descritiva da valoração média atribuída aos domínios de avaliação integrada das *proxies* A e B (108 informantes), na visão de especialistas e da *proxy* C (112 informantes), na visão de profissionais e gestores de saúde, constam do tópico 6.1.1.1. No mesmo tópico consta a análise dos macrodomínios de avaliação, que estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos domínios de avaliação pelos indivíduos e, de seguida, calculados para os macrodomínios de avaliação, conforme as figuras 59 e 60 , a seguir:

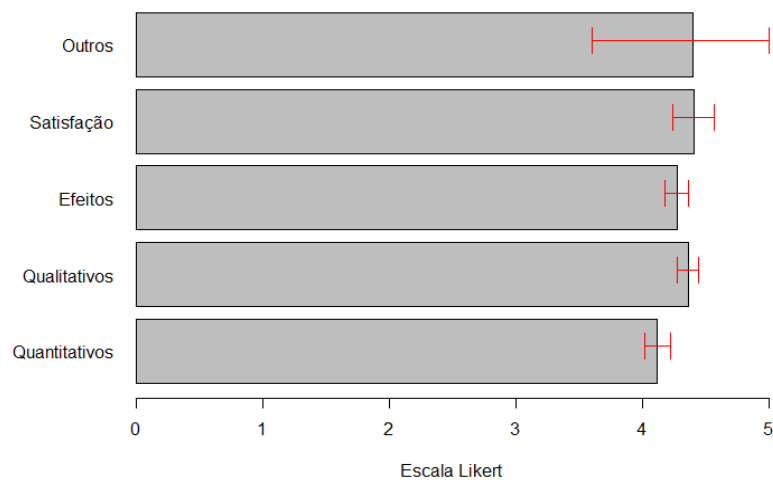


Figura 59 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os macrodomínios de avaliação – Proxy A+B (ciclo 1, estudo 1) (Visão de especialistas).

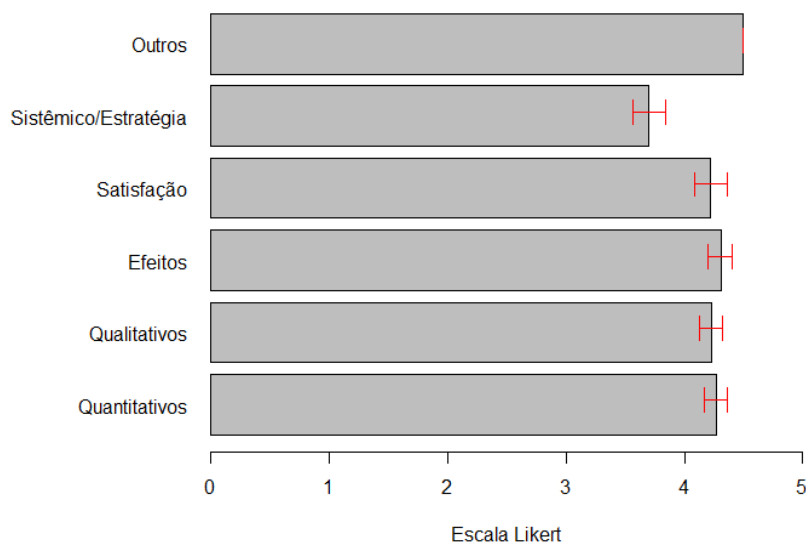


Figura 60 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para os macrodomínios de avaliação – Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

A análise global permite afirmar que todos os quatro macrodomínios de avaliação apresentaram valoração média elevada (superior ou cerca de 4, muito importante/relevante), nas *proxies* A e B (n=108) e na *proxy* C (n = 112), além do quinto macrodomínio (Sistêmico/Estratégico) adicionado, composto por agregações de quatro novos domínios de avaliação (D5W_IndICSAP, D5X_AtendVincReg, D5Y_AtendDesVincReg, D5V_ExtrapTetoOrç).

De seguida, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de

atenção à saúde, nível de cargo/função e nível de complexidade da assistência) na valoração dos macrodomínios (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos e Satisfação), na *proxy* A+B. Comprovou-se que não houve significância estatística para considerar o nível de complexidade da assistência enquanto variável mediadora em nenhum dos quatro macrodomínios de avaliação, na *proxy* A+B (n=108). A tabela 55, apresenta os demais resultados desta análise.

Tabela 55 - Comparação dos macrodomínios de avaliação em relação às variáveis de caracterização selecionadas (nível de atenção à saúde e de cargo/função) - *Proxy* A+B (ciclo 1, estudo 1) (Visão de especialistas).

Variáveis/ Macrodomínios	Quantitativos			Qualitativos			Efeitos			Satisfação		
	Média	E.P.	P ¹	Média	E.P.	P ¹	Média	E.P.	P ¹	Média	E.P.	P ¹
Nível de Atenção à Saúde												
Primária	4,04	0,12		4,41	0,09		4,29	0,10		4,59	0,17	
Secundária	4,14	0,09		4,41	0,08		4,30	0,09		4,35	0,17	
Terciária	4,17	0,09		4,48	0,05		4,24	0,08		4,56	0,14	
Outros	4,39	0,11	0,229	4,23	0,15	0,763	4,44	0,14	0,384	4,14	0,26	0,234
Nível de cargo/função												
Sistêmico	4,53	0,11		4,41	0,15		4,63	0,09		4,14	0,46	
Organizacional Gerencia	4,48	0,09		4,41	0,11		4,34	0,14		4,11	0,34	
Equipe	3,90	0,13		4,31	0,11		4,14	0,12		4,60	0,16	
Outros	4,06	0,06	0,003	4,35	0,06	0,972	4,26	0,06	0,122	4,42	0,10	0,644

*Nota.*¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Embora possa ser observada uma variabilidade na valoração obtida para todos os macrodomínios de avaliação, não houve diferença significativa (valor-p>0,050) para considerar o nível de atenção à saúde enquanto variável mediadora em nenhum dos quatro macrodomínios de avaliação analisados e que houve diferença significativa (valor-p=0,003) somente na valoração média obtida para o macrodomínio de avaliação Quantitativos, que foi mediada pelos níveis de cargo/função ocupados, sendo que o nível de Gerência/Chefia setorial apresentou menores valores obtidos em relação aos do Sistêmico e aos do Organizacional, na *proxy* A+B.

De forma similar, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de atenção à saúde, nível de cargo/função e nível de complexidade da assistência) na valoração dos macrodomínios (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico), na *proxy* C. Comprovou-se que não houve significância estatística

para considerar o nível de complexidade da assistência enquanto variável mediadora em nenhum dos cinco macrodomínios de avaliação, na *proxy* C (n = 112). A tabela 56, apresenta os demais resultados desta análise.

Tabela 56 - Comparação dos macrodomínios de avaliação em relação às variáveis de caracterização selecionadas (nível de atenção à saúde e de cargo/função) - Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Variáveis/Macrodómnios	Quantitativos			Qualitativos			Efeitos			
	Média	E.P.	P ¹	Média	E.P.	P ¹	Média	E.P.	P ¹	
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	3,75	0,26		4,03	0,33		4,03	0,36	
	Atenção Secundária	4,64	0,07		3,97	0,2		4,76	0,13	
	Atenção Terciária	4,44	0,11		4,21	0,15		4,33	0,19	
	Outros	4,43	0,07	0,011	4,41	0,07	0,147	4,38	0,06	0,040
Nível de cargo/função	Sistêmico	4,23	0,08		4,33	0,07		4,31	0,06	
	Organizacional	4,23	0,14		3,98	0,15		4,19	0,19	
	Gerencia de Equipe	4,38	0,09		4,14	0,12		4,44	0,13	
	Outros	4,28	0,11	0,847	4,26	0,12	0,171	4,28	0,13	0,527

Variáveis/Macrodómnios	Sistêmico/Estratégico			Satisfação			
	Média	E.P.	P ¹	Média	E.P.	P ¹	
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	3,75	0,28		4,08	0,46	
	Atenção Secundária	3,83	0,16		4,05	0,23	
	Atenção Terciária	3,52	0,23		3,86	0,24	
	Outros	3,68	0,12	0,780	4,42	0,09	0,095
Nível de cargo/função	Sistêmico	3,8	0,09		4,35	0,1	
	Organizacional	3,69	0,13		3,97	0,21	
	Gerencia de Equipe	3,78	0,18		4,05	0,16	
	Outros	3,49	0,17	0,422	4,28	0,15	0,180

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Embora possa ser observada uma variabilidade na valoração obtida para todos os macrodomínios de avaliação, a variável nível de cargo/função não pode ser considerada como fator moderador de nenhum dos cinco macrodomínios de avaliação (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico) e o nível de atenção à saúde, pode ser considerada como fator mediador apenas dos macrodomínios de avaliação Quantitativos e Efeitos. No macrodomínio Quantitativos (valor-p=0,011) a valoração média do nível Primário de atenção foi significativamente menor que as dos níveis Secundário e Terciário de atenção. No macrodomínio Efeitos a valoração média do nível Secundário foi significativamente maior que a do Nível de Atenção à Saúde Outros.

De forma global, sintetizou-se que não houve tendência de mediação de valoração média obtida para todos os macrodomínios de avaliação quanto ao níveis de cargo/função, de atenção à saúde e de complexidade da assistência dos respondentes, com raras exceções.

9.1.1.2. Análise descritiva complementar do estudo 2 (ciclo 1: *proxies* D a F) (indicadores *versus* dimensões de performance) (Visão de profissionais e gestores)

A análise descritiva da valoração média atribuída aos indicadores de performance, na *proxy* E+F (112 informantes), na visão de profissionais e gestores de saúde, constam do tópico 6.1.1.2. No mesmo tópico consta a análise das dimensões de performance, que estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos indicadores de performance pelos indivíduos e, de seguida, calculados para as dimensões de performance, conforme figura 61, a seguir:

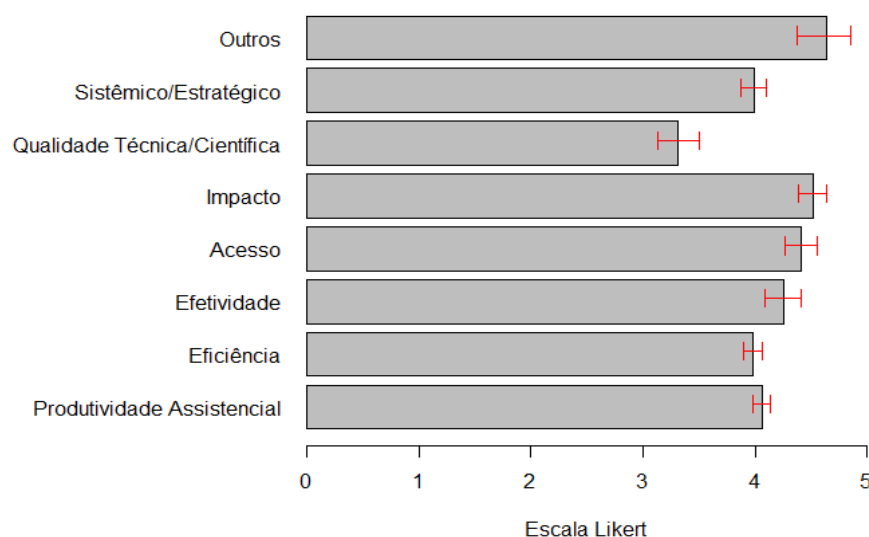


Figura 61 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as dimensões de performance – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

De seguida, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de atenção à saúde, nível de cargo/função e nível de complexidade da assistência) na valoração das sete dimensões de performance (Produtividade Assistencial, Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica, Sistêmico/Estratégico) e Outros, na *proxy* E+F. Comprovou-se que não houve significância estatística para considerar o nível de

complexidade da assistência enquanto variável mediadora em nenhuma das sete dimensões de performance, na *proxy* E+F (n = 112).

A Tabela 57 apresenta as análises em relação aos níveis de atenção à saúde ocupados, na *proxy* E+F.

Tabela 57 - Comparação das dimensões de performance em relação aos níveis de atenção à saúde - *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões / Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Outros		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Produtividade Assistencial	3,70	0,20	4,45	0,22	4,09	0,06	4,04	0,04	0,003
Eficiência	3,67	0,38	4,15	0,09	3,99	0,12	3,98	0,05	0,670
Efetividade	3,25	0,85	3,76	0,17	4,43	0,16	4,35	0,08	0,023
Acesso	4,25	0,32	4,86	0,14	4,29	0,31	4,39	0,09	0,206
Impacto	4,67	0,33	4,86	0,09	4,50	0,22	4,48	0,08	0,404
Qualidade Técnica/Científica	3,08	0,33	3,36	0,37	3,00	0,00	3,37	0,12	0,521
Sistêmico/Estratégico	3,96	0,34	3,81	0,13	3,93	0,17	4,01	0,07	0,533
Outros	4,92	0,09	-	-	-	-	4,60	0,14	0,740

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Embora possa ser observada uma variabilidade na valoração obtida para todos as dimensões de performance analisadas, não houve diferença significativa (valor-p>0,050) para considerar o nível de atenção à saúde enquanto variável mediadora somente nas dimensões Produtividade Assistencial (valor-p=0,003) e Efetividade (valor-p=0,023), que foram mediadas pelos níveis de atenção à saúde, sendo que o nível de Gerência/Chefia setorial apresentou menores valores obtidos em relação aos do Sistêmico e aos do Organizacional, na *proxy* E+F.

A Tabela 58 apresenta as análises em relação aos níveis de cargo/função ocupados, na *proxy* E+F.

Tabela 58 - Comparação das dimensões de performance em relação aos níveis de cargo/função ocupados - *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Dimensões/Nível do Cargo/Função	Sistêmico		Organizac.		Gerencia		Outros		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Produtividade Assistencial	4,07	0,05	4,16	0,13	4,11	0,10	3,97	0,09	0,651
Eficiência	3,99	0,06	3,99	0,08	4,08	0,08	3,91	0,12	0,940
Efetividade	4,44	0,12	3,79	0,22	4,03	0,21	4,32	0,17	0,005
Acesso	4,60	0,08	4,18	0,29	4,50	0,17	4,18	0,17	0,216
Impacto	4,51	0,09	4,46	0,23	4,50	0,17	4,58	0,13	0,974
Qualidade Técnica/Científica	3,40	0,15	2,94	0,41	3,32	0,20	3,31	0,20	0,585
Sistêmico/Estratégico	4,16	0,06	3,78	0,18	3,87	0,13	3,88	0,14	0,110
Outros	4,57	0,23	5,00	-	4,70	0,26	4,61	0,20	0,845

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Embora possa ser observada uma variabilidade na valoração obtida para todos as dimensões de performance analisadas, não houve diferença significativa (valor- $p > 0,050$) para considerar o nível de atenção à saúde enquanto variável mediadora somente na dimensão Efetividade (valor- $p = 0,005$), que foram mediadas pelos níveis de cargo/função ocupados, sendo que o nível de Gerência/Chefia setorial apresentou menores valores obtidos em relação aos do Sistêmico e aos do Organizacional, na *proxy* E+F. Destaca-se que nas comparações múltiplas na dimensão Efetividade, os indivíduos de cargo/função Sistêmicos apresentaram valoração média significativamente maior que os de cargo/função Organizacionais.

De forma global, sintetizou-se que não houve tendência de mediação de valoração média obtida para a ampla maioria das dimensões de performance quanto ao níveis de atenção à saúde (exceto nas dimensões Produtividade Assistencial e Efetividade), de cargo/função (exceto na dimensão Efetividade) e, de complexidade da assistência (sem exceções).

9.1.1.3. Análise descritiva complementar do estudo 3 (ciclo 2: *proxy* G) (indicadores *versus* dimensões de performance) (Visão de decisores)

A análise descritiva da valoração média atribuída aos indicadores de performance, na *proxy* G (233 informantes), na visão de Decisores de saúde, constam do tópico 6.1.1.3. No mesmo tópico consta a análise das dimensões de performance, que estruturou-se a partir da valoração média atribuída diretamente às dimensões de performance pelos indivíduos, não sendo necessários cálculos indiretos, conforme figura 62 , a seguir:

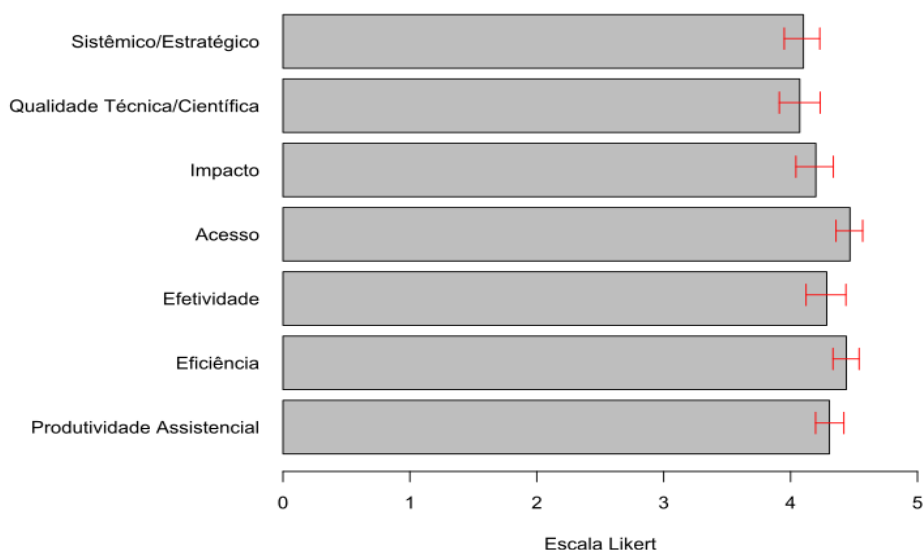


Figura 62 - Gráfico de barras com intervalos de confiança para as dimensões de performance (DD1 a DD7) – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

De seguida, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de atenção à saúde, nível de cargo/função e nível de complexidade da assistência) na valoração das sete dimensões de performance (Produtividade Assistencial, Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica, Sistêmico/Estratégico) e Outras, na *proxy G* (n = 233).

A Tabela 59 apresenta as análises em relação aos níveis de atenção à saúde ocupados, na *proxy G*.

Tabela 59 - Comparação das dimensões de performance (DD1 a DD7) em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensões/Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Outros		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Produtividade Assistencial	4,36	0,08	4,14	0,16	4,11	0,18	4,41	0,10	0,261
Eficiência	4,38	0,09	4,37	0,16	4,61	0,08	4,52	0,08	0,915
Efetividade	4,25	0,13	4,18	0,22	4,49	0,12	4,34	0,14	0,975
Acesso	4,47	0,08	4,30	0,18	4,52	0,16	4,55	0,09	0,855
Impacto	4,24	0,11	3,92	0,23	3,92	0,28	4,43	0,13	0,160
Qualidade Tecnológica/Científica	4,09	0,13	4,08	0,20	3,97	0,32	4,09	0,14	0,995
Sistêmico/Estratégico	4,14	0,11	4,04	0,15	3,87	0,22	4,18	0,12	0,478
Outras dimensões	3,96	0,15	3,93	0,28	3,94	0,34	4,47	0,17	0,257

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A Tabela 60 apresenta as análises em relação aos níveis de complexidade da assistência, na *proxy G*.

Tabela 60 - Comparação das dimensões de performance (DD1 a DD7) em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensões/Nível de Complexidade da assistência	Baixa		Média		Alta		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Produtividade Assistencial	4,33	0,08	4,22	0,11	4,39	0,11	0,812
Eficiência	4,35	0,09	4,43	0,10	4,69	0,06	0,111
Efetividade	4,20	0,12	4,25	0,16	4,56	0,09	0,514
Acesso	4,48	0,08	4,39	0,13	4,56	0,10	0,909
Impacto	4,30	0,11	4,01	0,16	4,25	0,18	0,380
Qualidade Tecnológica/Científica	4,11	0,12	3,96	0,15	4,16	0,18	0,606
Sistêmico/Estratégico	4,17	0,11	3,93	0,12	4,20	0,14	0,117
Outras dimensões	3,99	0,15	4,02	0,19	4,32	0,21	0,604

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A Tabela 61 apresenta as análises em relação aos níveis de cargo/função ocupados, na proxy G.

Tabela 61 - Comparação das dimensões de performance (DD1 a DD7) em relação aos níveis de cargo/função ocupados – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Dimensões/Nível do Cargo	Sistêmico		Organizac.		Gerencia		Outros		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Produtividade Assistencial	4,60	0,07	4,14	0,12	4,41	0,11	4,14	0,11	0,011
Eficiência	4,57	0,09	4,36	0,14	4,32	0,12	4,46	0,10	0,136
Efetividade	4,33	0,15	4,25	0,19	4,19	0,19	4,33	0,14	0,740
Acesso	4,54	0,08	4,24	0,16	4,57	0,10	4,48	0,11	0,416
Impacto	4,38	0,11	3,96	0,20	4,26	0,18	4,16	0,15	0,419
Qualidade Tecnológica/Científica	4,14	0,15	3,96	0,20	4,29	0,16	3,95	0,16	0,538
Sistêmico/Estratégico	4,25	0,13	4,14	0,15	4,18	0,13	3,93	0,13	0,428
Outras dimensões	4,11	0,20	3,72	0,32	4,24	0,19	4,04	0,17	0,774

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Embora possa ser observada uma variabilidade na valoração obtida pelas sete dimensões de performance analisadas, em relação aos níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função ocupados, não houve diferença significativa (valor-p>0,050). Dessa forma, não houve tendência de influência das variáveis níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função ocupados enquanto fatores mediadores nas valorações atribuídas às dimensões de performance (Produtividade Assistencial, Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica, Sistêmico/Estratégico e Outras). Entretanto, houve diferença significativa (valor-p=0,011) na valoração média obtida somente na dimensão Produtividade Assistencial. Destaca-se que os indivíduos de cargos Organizacionais apresentaram valoração média significativamente menor que os níveis Sistêmicos e Gerência/Chefia Setorial.

De forma global, sintetizou-se que não houve tendência de mediação de valoração média obtida para a ampla maioria das dimensões de performance quanto aos níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função (exceto na dimensão Produtividade Assistencial).

9.1.2. Análises inferenciais complementares dos estudos 1 a 3 (*proxy C*, *proxy E+F* e *proxy G*)

No tópico 6.1.2 procedeu-se a análise inferencial que neste tópico será complementada pela análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Performance Global Percebida, conforme métodos de análise inferencial detalhados no início do tópico 6, além de uma análise descritiva da valoração média obtida da variável latente Performance Global Percebida e a comparação com as variáveis níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função, enquanto possíveis variáveis mediadoras da Performance Global Percebida, nas três *proxies* estudadas (*proxy C*, *proxy E+F* e *proxy G*).

9.1.2.1. Análise inferencial complementar do estudo 1 (domínios *versus* macrodomínios de avaliação) (ciclo 2: *proxy C*) (Visão de gestores e profissionais)

Para validar os macrodomínios de avaliação estudados (Quantitativos, Qualitativos, Efeitos, Satisfação e Sistêmico/Estratégico), além de estruturar e validar a variável latente Performance Global Percebida, procedentes da *proxy C* (112 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias de análises inferenciais iniciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante (tópico 6.1.2.1).

De forma complementar, a partir deste ponto, apresenta-se a análise das correlações entre as variáveis estudadas (domínios e macrodomínios de avaliação) e suas possíveis influências na variável latente Performance Global Percebida.

A figura 63 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 62, nos quais foi possível observar que os domínios de avaliação apresentaram maiores correlações com seus respectivos macrodomínios, na *proxy C* (n = 112).

Tabela 62 - Correlações entre domínios e macrodomínios de avaliação - Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Domínios/ Macrodomínios	Quantitativos	Qualitativos	Efeitos	Satisfação	Sistêmico/ Estratégia
D1A_Produtivo	0,28				
D1B_EstrutAssist	0,23				
D1C_CobertAssit	0,20				
D1D_OtimizCusto	0,75			0,40	
D1E_EficienEcon	0,87				
D1F_SustEconFin	0,83				
D2H_QualidAssist		0,34			
D2I_RiscoAssist		0,72		0,40	
D2J_AtendHumaniz		0,82		0,41	
D2K_AcessibilServ		0,65	0,45		
D2L_AcessoServ		0,75			
D2M_IntegralAtenc		0,47	0,49		
D2N_Equidade		0,36			
D3P_EficaciaProj			0,44		
D3Q_EfetivClinica			0,68		
D3R_EficienAssist	0,40	0,45	0,86		
D3S_ResolubAssist			0,71		
D3T_Impacto			0,76		
D4U_SatisfUsuario			0,44	0,85	
D4V_SatisfProfiss		0,51		0,92	
D5W_IndICSAP					0,65
D5X_AtendVincReg		0,40			0,76
D5Y_AtendDesVincReg					0,88
D5V_ExtrapTetoOrç					0,68

Nota: Manteve-se na tabela apenas os valores acima de 0,40, mas todos os valores (independente das magnitudes das correlações) dos domínios vinculados aos seus respectivos macrodomínios.

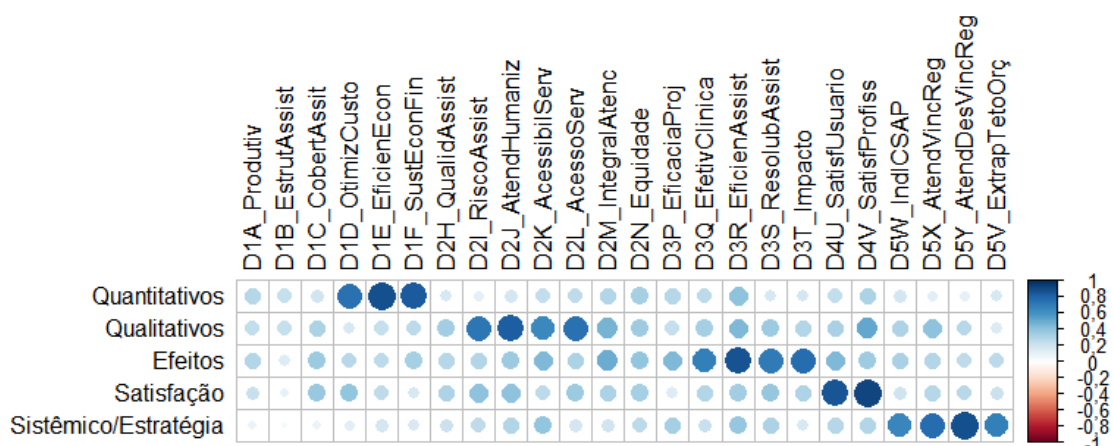


Figura 63 - Correlações entre domínios e macrodomínios de avaliação - Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável Performance Global Percebida, inclusive quanto as possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde e

nível de cargo/função. A possível mediação da variável nível de complexidade assistencial, não conta desta análise abaixo, pois mostrou-se inicialmente sem tendência de influência na valoração da Performance Global Percebida.

A Tabela 63 apresenta uma análise descritiva da valoração média obtida e a comparação com as variáveis níveis de atenção à saúde e de cargo/função, enquanto possíveis variáveis mediadoras da variável latente Performance Global Percebida, na *proxy C* (112 informantes, no ciclo 2 de aplicação de campo, perspectiva direta de profissionais e gestores). Logo, pode-se observar que:

- A Performance Global Percebida média foi de 4,16 e a mediana de 4,18;
- 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,88 (cerca de 4, muito importante/relevante) para a Performance Global Percebida média;
- O nível Primário de atenção apresentou a maior variabilidade (0,34) na Performance Global Percebida e a menor valoração média (3,88), enquanto o nível Outros obteve a maior valoração média (4,28).
- O nível de cargo/função Outros apresentou a maior variabilidade (0,12) na Performance Global Percebida, enquanto o nível Organizacional obteve a menor valoração média (4,01) e o nível Sistêmico a maior valoração média (4,25).
- Não houve diferença significativa (valor-p=0,221) da Performance Global Percebida entre os níveis de atenção à saúde;
- Não houve diferença significativa (valor-p=0,332) da Performance Global Percebida entre os níveis do cargo/função;

Tabela 63 - Comparação da Performance Global Percebida em relação as variáveis de caracterização selecionadas (nível de atenção à saúde e de cargo/função) – Proxy C (ciclo 2, estudo 1) (Visão de gestores e profissionais).

Variáveis/Performance	Média	E.P	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor-P	
Performance Geral	4,16	0,05	3,88	4,18	4,49	-	
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	3,88	0,34	3,22	4,03	4,55	0,221
	Atenção Secundária	4,18	0,12	3,97	4,21	4,45	
	Atenção Terciária	4,04	0,14	3,73	3,99	4,23	
	Outros	4,28	0,06	4,06	4,37	4,57	
Nível de cargo/função	Sistêmico	4,25	0,06	3,96	4,30	4,52	0,332
	Organizacional	4,01	0,11	3,67	3,96	4,46	
	Gerencia de Equipe	4,17	0,10	3,83	4,18	4,47	

Outros	4,10	0,12	3,83	4,08	4,55
--------	------	------	------	------	------

9.1.2.2. Análise inferencial complementar do estudo 2 (indicadores *versus* dimensões de performance) (ciclo 1: *proxy* E+F) (Visão de gestores e profissionais)

Para validar as dimensões de Performance estudadas (Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica e Sistêmico/Estratégico), além de estruturar e validar a variável latente Performance Global Percebida, procedentes da *proxy* E+F (112 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias de análises inferenciais iniciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante (tópico 6.1.2.2).

De forma complementar, a partir deste ponto, apresenta-se a análise das correlações entre as variáveis estudadas (indicadores e dimensões de performance) e suas possíveis influências na variável latente Performance Global Percebida.

A figura 64 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 64, nos quais foi possível observar que os indicadores de performance apresentaram maiores correlações com suas respectivas dimensões, na *proxy* E+F (112 informantes).

Tabela 64 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – *Proxy* E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Indicadores/ Dimensões	Produtividade Assist.	Eficiência	Efetividade	Acesso	Impacto	Qualidade Técnica/C.	Sistêmico/ Estratégico
ID01	1,00						
ID02	-0,14		0,40				
ID03	0,63	0,10					
ID04		0,23			0,45		
ID05		1,00	0,48				
ID06			0,91				
ID07			0,85				
ID08		0,58	0,81				
ID09				0,93			0,45
ID10				0,90			
ID11					1,00		
ID12					0,37		
ID13						0,97	
ID14						0,96	
ID15					0,46		0,69
ID16		0,50			0,40		0,45
ID17							0,62
ID18							0,78
ID20				0,45			0,76

ID21	0,40	0,30
------	------	------

Nota: ^a Manteve-se na tabela apenas os valores acima de 0,40, mas todos os valores (independente das magnitudes das correlações) dos indicadores vinculados às suas respectivas dimensões. ^b O Indicador ID19 não teve resultados apurados, pois foi desagregado em ID18 e ID20, ao longo da coleta de dados.

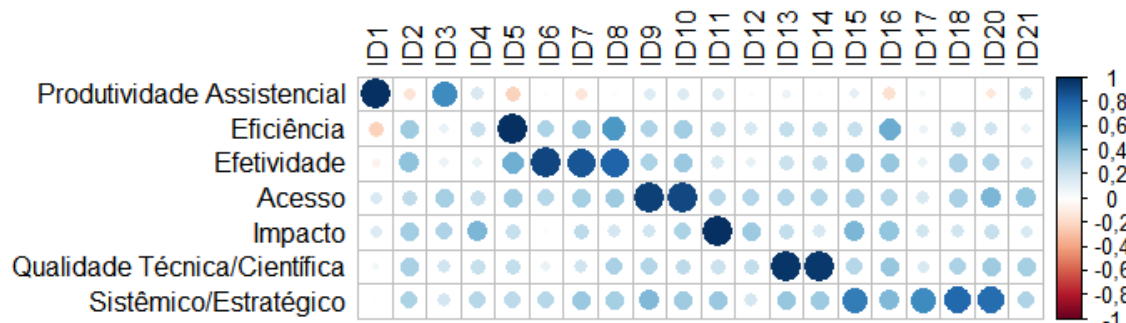


Figura 64 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável Performance Global Percebida, inclusive quanto as possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde e nível de cargo/função.

A Tabela 65 apresenta uma análise descritiva da valoração média obtida e a comparação com as variáveis níveis de atenção à saúde e de cargo/função, enquanto possíveis variáveis mediadoras da variável latente Performance Global Percebida, na proxy E+F (112 informantes, no ciclo 2 de aplicação de campo, perspectiva direta de profissionais e gestores). Logo, pode-se observar que:

- A Performance Global Percebida média e mediana foi de 4,04;
- 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,96 (cerca de 4, muito importante/relevante) para a Performance Global Percebida média;
- O nível Primário de atenção apresentou a maior variabilidade (0,23) na Performance Global Percebida e a menor valoração média (3,82), enquanto o nível Outros obteve a maior valoração média (4,08);
- O nível de complexidade da assistência baixa apresentou a maior variabilidade (0,23) na Performance Global Percebida e a menor valoração média (3,82), enquanto que o nível Outros obteve a maior valoração média (4,07);

- Os níveis de cargo/função Organizacional e Outros apresentaram a maior variabilidade (0,10) na Performance Global Percebida, enquanto o nível Organizacional obteve a menor valoração média (3,85) e o nível Sistêmico a maior valoração média (4,17);
- Não houve diferença significativa (valor-p=0,336) da Performance Global Percebida entre os níveis de atenção à saúde;
- Não houve diferença significativa (valor-p=0,585) da Performance Global Percebida entre os níveis de complexidade da assistência;
- Houve diferença significativa (valor-p=0,019) da Performance Global Percebida entre os níveis de cargo/função ocupados. Ao fazerem-se as comparações múltiplas, houve diferença significativa (valor-p=0,015) entre os de cargo/função Sistêmicos e Organizacionais, sendo que os indivíduos de cargo/função Sistêmicos apresentaram Performance Global Percebida significativamente maior.

Tabela 65 - Comparação da Performance Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – Proxy E+F (ciclo 1, estudo 2) (Perspetiva indireta para Decisores).

Variáveis/Performance		Média	E.P	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor-P ¹
Performance Geral		4,04	0,04	3,96	4,04	4,27	-
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	3,82	0,23	3,11	4,09	4,17	0,336
	Atenção Secundária	3,97	0,11	3,97	4,04	4,18	
	Atenção Terciária	3,98	0,06	3,81	4,04	4,04	
	Outros	4,08	0,05	3,99	4,07	4,31	
Nível Complexidade da assistência	Baixa	3,82	0,23	3,11	4,09	4,17	0,585
	Média	3,98	0,10	4,01	4,04	4,15	
	Alta	4,03	0,09	3,81	4,04	4,14	
	Outros	4,07	0,05	3,99	4,07	4,29	
Nível Cargo/Função	Sistêmico	4,17	0,05	4,02	4,11	4,35	0,019
	Organizacional	3,85	0,10	3,69	4,03	4,04	
	Gerencia de Equipe	4,00	0,09	3,90	4,04	4,16	
	Outros	3,98	0,10	3,88	4,04	4,28	

9.1.2.3. Análise inferencial complementar do estudo 3 (indicadores *versus* dimensões de performance) (ciclo 2: *proxy* G) (Visão de decisores)

Para validar as dimensões de Performance estudadas (Eficiência, Efetividade, Acesso, Impacto, Qualidade Técnica/Científica e Sistêmico/Estratégico), além de estruturar e validar a variável latente Performance Global Percebida, procedentes da *proxy* G (233 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos

desenhados nesta investigação, em três categorias de análises inferenciais iniciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante (tópico 6.1.2.3).

De forma complementar, a partir deste ponto, apresenta-se a análise das correlações entre as variáveis estudadas (indicadores e dimensões de performance) e suas possíveis influências na variável latente Performance Global Percebida.

A figura 65 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 66, nos quais foi possível observar que os 56 indicadores de performance apresentaram maiores correlações com suas respectivas sete dimensões de performance, na *proxy* G (233 informantes).

Tabela 66 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – *Proxy* G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Indicadores/Dimensões	Produtividade Assis.	Eficiência	Efetividade	Acesso	Impacto	Qualidade Tecn/Cient.	Sistêmico/Estratégico
IDD01_TaxaConsulBas	0,46						
IDD02_TaxaConsultUrgenc	0,48						
IDD03_TaxaConsulMedBasGOPed	0,42			0,49	0,46		
IDD04_TaxaConsulMedAmbEspec	0,21						
IDD05_TaxaPacienObsHospPronAtend	0,42						
IDD06_TaxaProcCirurg	0,62						
IDD07_TaxaInterHosp	0,54						
IDD08_TaxaExamCitop	0,77			0,52	0,55		
IDD09_TaxaExamMamogra	0,81			0,43	0,51		
IDD10_TaxaExamRadiol	0,72						
IDD11_IndicSessQuimioSist	0,93				0,44		
IDD12_IndicSessRadiotSist	0,93				0,43		
IDD13_TaxaSessHemodCron	0,79						
IDD14_TaxaProcOdontEspec	0,66						
IDD15_TaxaPermanInter		0,37					
IDD16_TaxaProcConsMed		0,30					
IDD17_TaxaRotativLeitos		0,67					
IDD18_PropEnfLeitos		0,82	0,45				
IDD19_PercentPacienSaidos		0,96	0,43				
IDD20_PercentExcesPermLimia		0,94	0,46				
IDD21_PropCirurgRescind			0,82	0,48			
IDD22_TaxaReintern			0,67				
IDD23_PropPastosNormSUS	0,40		0,66	0,47	0,47		
IDD24_TaxaDensIncidInfecCirurg		0,49	0,89	0,48			
IDD25_TaxaDensIncidInfecCorrentUTI		0,49	0,89	0,43			
IDD26_TaxaSepticPosOper		0,44	0,89	0,52			
IDD27_PercAltasHospUTI		0,42	0,88	0,51	0,43		
DD28_TaxaPacienListaEsperAmb				0,64			
DD29_TaxaPacienListaEspeEletiva			0,43	0,83	0,54		
DD30_TempMedListaEsperaAgendAm				0,69	0,41		
DD31_TempMedListaEsperaAgendCir			0,42	0,81	0,51		
DD31_TempMedListaEsperaLeitosTran	0,52		0,52	0,85	0,54		

DD33_TempMedAtendUsuaGravesCrit	0,45	0,51	0,79	0,53	
DD34_PropTransfOutrosEstab		0,40	0,77		
ID35_TaxaMortInst			0,44	0,65	0,46
ID36_TaxaMortUTI	0,41	0,50	0,47	0,68	
ID37_TaxaMortIAM	0,40	0,45	0,55	0,89	0,42
ID38_TaxaMortAVC		0,42	0,50	0,78	0,41
ID39_TaxaMortPacienTransfPosCirurg		0,49	0,55	0,84	0,42
ID40_TaxaMortPacienOncol	0,44		0,52	0,92	0,40
ID41_TaxaMortPacienCronHemod	0,47		0,54	0,92	0,40
ID42_PropEncamTranspCronicHemod	0,44	0,40	0,55	0,91	0,47
ID43_TaxaMortMaterna	0,43		0,59	0,94	0,48
ID44_TaxaMortPerinatalGest	0,44		0,57	0,93	0,48
ID45_PropMortNeonatalBaixoPeso	0,43		0,56	0,93	0,47
ID46_PropMortInfantil	0,50		0,56	0,91	0,48
ID47_PropNascVivos	0,43		0,54	0,91	0,40
ID48_PropMedEspec				0,43	0,99
ID49_PropProfEspec				0,41	0,99
IDD50_IndiceSatisfUsua					0,46
IDD51_IndiceSatisfProf				0,41	0,49
IDD52_IndiceInternICSAP				0,55	0,49
IDD53_IndiceAtendUsuaComVincReg				0,47	0,54
IDD54_IndiceAtendUsuaSemVincReg				0,46	0,53
IDD55_VariaPercentCustoTotal					0,40
IDD56_IndiceExtrapTetosOrçProj				0,47	0,54

Nota: Manteve-se na tabela apenas os valores acima de 0,40, mas todos os valores (independente das magnitudes das correlações) dos indicadores vinculados às suas respectivas dimensões.

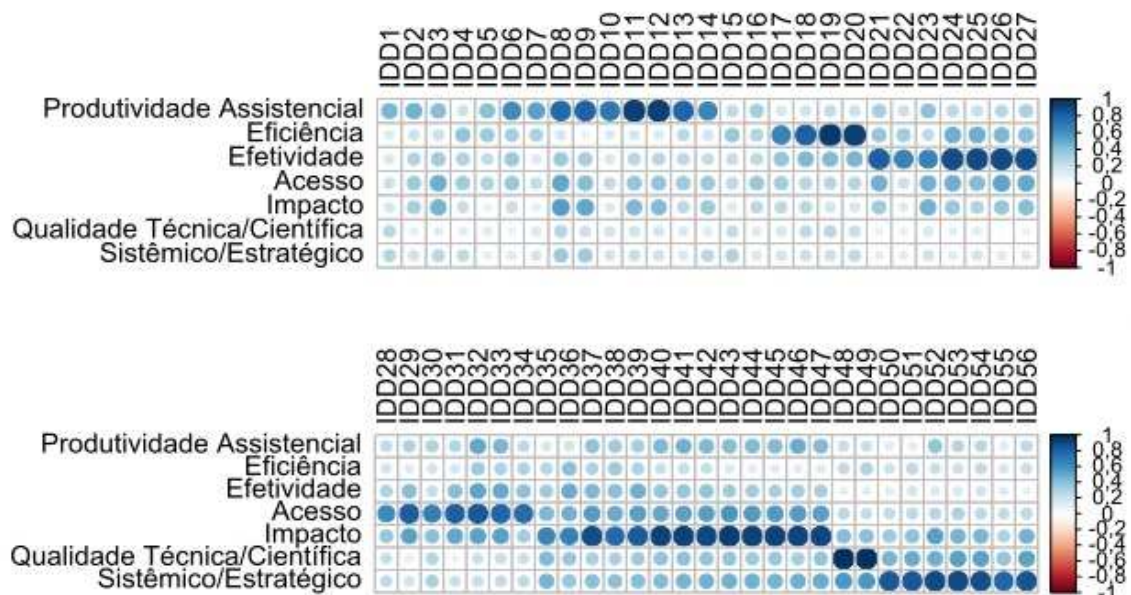


Figura 65 - Correlações entre dimensões e indicadores de performance – Proxy G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável Performance Global Percebida, inclusive quanto as possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função.

A Tabela 67 apresenta uma análise descritiva da valoração média obtida e a comparação com as variáveis níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função, enquanto possíveis variáveis mediadoras da variável latente Performance Global Percebida, *proxy* G (233 informantes, visão de Decisores da saúde). Logo, pode-se observar que:

- A Performance Global Percebida média e mediana foi de 4,22;
- 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração média superior a 4,45 (acima de 4, muito importante/relevante) para a Performance Global Percebida média;
- Quanto aos níveis de atenção, o nível Terciário de atenção apresentou a maior variabilidade (0,11) na Performance Global Percebida e o nível Secundário apresentou a menor valoração média (4,12), enquanto o nível Outros obteve a maior valoração média (4,28);
- Quanto aos níveis de complexidade, o nível de Alta complexidade apresentou a maior variabilidade (0,07) na Performance Global Percebida e o nível de Média complexidade apresentou a menor valoração média (4,14), enquanto o nível de Alta complexidade obteve a maior valoração média (4,32);
- Quanto aos níveis de cargo/função, os cargos Organizacionais apresentaram a maior variabilidade (0,09) e obteve a menor valoração média (4,15), enquanto que o nível Sistêmico obteve a maior valoração média (4,32);
- Não houve diferença significativa da Performance Global Percebida entre os níveis de atenção à saúde (valor-p=0,953), entre os níveis de complexidade da assistência (valor-p=0,179) e também entre os níveis de cargo/função (valor-p=0,507).

Tabela 67 - Comparação da Performance Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – *Proxy* G (ciclo 2, estudo 3) (Visão de Decisores).

Variáveis/Performance	Média	E.P	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor-P
Performance Geral	4,22	0,03	4,10	4,22	4,45	-

Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	4,24	0,05	4,18	4,22	4,37	0,953
	Atenção Secundária	4,12	0,10	3,88	4,22	4,51	
	Atenção Terciária	4,17	0,11	4,18	4,22	4,43	
	Outros	4,28	0,06	4,07	4,22	4,61	
Nível Complexidade da assistência	Baixa	4,24	0,05	4,06	4,22	4,49	0,179
	Média	4,14	0,06	4,00	4,22	4,35	
	Alta	4,32	0,07	4,20	4,27	4,58	
	Outros	-	-	-	-	-	
Nível Cargo/Função	Sistêmico	4,32	0,06	4,18	4,22	4,66	0,507
	Organizacional	4,15	0,09	3,94	4,22	4,42	
	Gerencia de Equipe	4,26	0,06	4,17	4,22	4,44	
	Outros	4,17	0,06	4,11	4,22	4,42	

9.2. Os resultados complementares da validação dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida)

As análises estatísticas dos estudos 4 e 5 (*proxies* H a N) de validação dos itens de medição de qualidade/satisfação (escala de qualidade percebida) foram apresentadas no tópico 6.2.1. e seus subtópicos (descritivas) e, ainda, no tópico 6.2.2. e seus subtópicos (inferenciais). A seguir, estas análises são complementadas por análises adicionais: descritivas (tópico 9.1.1. e seus subtópicos) e inferenciais (tópico 9.1.2. e seus subtópicos).

9.2.1. Análises descritivas complementares dos estudos 4 e 5 (*proxies* H+I e J, *proxies* M e M+N)

Os resultados complementares das análises descritivas dos itens de avaliação de qualidade percebida integrada das *proxies* H e I (195 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, além da *proxy* J (506 informantes) de aplicação de campo (ciclo 2), conforme métodos de estatística descritiva detalhados no início do tópico 6, constam dos subtópicos 9.2.1.1 e 9.2.1.2, respectivamente. Os resultados complementares das análises descritivas dos itens de avaliação de qualidade percebida integrada das *proxy* K+L (140 informantes), no ciclo 1 de validação do instrumento, além da *proxy* M (506 informantes) e as análises integradas da *proxy* M+N (2.547 informantes) de aplicação de campo (ciclo 2), constam dos subtópicos 9.2.1.3 e 9.2.1.4, respectivamente.

9.2.1.1. Análise descritiva complementar do estudo 4 (ciclo 1: *proxies* H e I) (constructos *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais *versus* usuários)

A análise descritiva da valoração média atribuída aos constructos de qualidade integrada das *proxies* H e I (195 informantes), na visão de especialistas e profissionais de saúde, bem como os valores obtidos de seus reflexos sobre as subdimensões e macrodimensões de qualidade, com observações para a perspectivas indiretas de Usuários e Profissionais constam do tópico 6.2.1.1.

De seguida, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função) na valoração das 22 subdimensões de constructos.

Para a perspectiva de Usuários, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 68 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em uma pequena maioria (12) das 22 subdimensões de constructos, que foram mediadas pelo nível de atenção, sendo exceções 10 subdimensões (Equipamentos, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Confiança em Prazos, Confiabilidade Organizacional, Fornecimento de Serviços, Competência profissional, Credibilidade Profissional, Comunicação e Atenção e Compreensão do Cliente).

Tabela 68 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de atenção à saúde - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários).

Subdimensões de constructos do Usuário/Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Outros		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	3,96	0,14	4,31	0,06	4,24	0,07	4,21	0,10	0,200
Estrutura Física	3,74	0,24	4,33	0,07	4,52	0,08	4,50	0,10	0,004
Apresentação Pessoal	3,57	0,23	4,24	0,09	4,11	0,12	4,05	0,12	0,086
Instalações Físicas	3,91	0,18	4,26	0,07	4,25	0,09	4,30	0,11	0,330
Confiança em Prazos	4,25	0,20	4,47	0,09	4,38	0,13	4,49	0,14	0,837
Suporte ao usuário-cliente	4,14	0,14	4,49	0,06	4,54	0,09	4,36	0,10	0,018
Confiabilidade Organizacional	4,52	0,12	4,81	0,06	4,70	0,08	4,72	0,09	0,086
Fornecimento de Serviços	4,25	0,17	4,51	0,07	4,25	0,11	4,53	0,10	0,172
Garantia dos Registros	3,07	0,14	3,90	0,14	3,82	0,13	2,98	0,14	0,000
Acesso Informação	4,05	0,18	3,85	0,16	4,55	0,09	4,71	0,08	0,000
Pronto Atendimento	3,96	0,18	4,32	0,09	4,44	0,10	4,55	0,12	0,006
Disposição p/ atendimento	4,61	0,13	3,93	0,18	4,61	0,08	4,26	0,14	0,036
Ocupação profissional	4,29	0,23	3,87	0,17	4,36	0,15	4,40	0,14	0,038
Competência profissional	4,59	0,13	4,66	0,06	4,84	0,06	4,71	0,10	0,064
Credibilidade Profissional	4,55	0,12	4,70	0,07	4,63	0,07	4,62	0,09	0,628
Cortesia nas Relações	4,20	0,13	4,69	0,05	4,53	0,08	4,57	0,09	0,003
Suporte de Recursos	4,14	0,18	3,81	0,17	4,45	0,10	3,12	0,20	0,000

Comunicação e Atenção	4,39	0,17	3,99	0,18	4,39	0,10	4,60	0,12	0,141	
Humanização	no	3,88	0,16	3,79	0,17	4,32	0,11	4,08	0,11	0,046
Atendimento										
Compreensão do Cliente	4,46	0,13	3,96	0,18	4,59	0,09	4,42	0,15	0,099	
Prioridade nos interesses	4,11	0,17	3,84	0,17	4,68	0,08	4,58	0,11	0,000	
Acessibilidade dos clientes	4,30	0,22	3,79	0,18	4,48	0,11	4,44	0,14	0,033	

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Para a perspectiva dos Profissionais, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 69 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em uma pequena maioria (13) das 22 subdimensões de constructos, que foram mediadas pelo nível de atenção, sendo exceções nove subdimensões (Estrutura Física, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Fornecimento de Serviços, Ocupação profissional, Competência profissional, Credibilidade Profissional, Comunicação e Atenção e Acessibilidade dos clientes).

Tabela 69 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de atenção à saúde - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Profissionais).

Subdimensões de constructos do Profissional / Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Outros		Valor-p ¹	
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.		
Equipamentos	4,09	0,17	4,61	0,06	4,47	0,07	4,52	0,09	0,008	
Estrutura Física	3,99	0,21	4,50	0,06	4,40	0,08	4,45	0,10	0,389	
Apresentação Pessoal	4,04	0,21	4,61	0,06	4,41	0,11	4,55	0,09	0,131	
Instalações Físicas	4,07	0,23	4,54	0,06	4,46	0,08	4,63	0,09	0,210	
Confiança em Prazos	3,64	0,23	4,41	0,09	4,11	0,13	4,14	0,13	0,011	
Suporte ao usuário-cliente	4,00	0,13	4,34	0,08	4,21	0,09	4,04	0,11	0,046	
Confiabilidade Organizacional	4,41	0,15	4,81	0,06	4,63	0,09	4,35	0,13	0,005	
Fornecimento de Serviços	4,07	0,17	4,35	0,08	4,29	0,09	4,26	0,11	0,583	
Garantia dos Registros	4,25	0,16	4,47	0,09	4,55	0,11	4,67	0,12	0,032	
Acesso Informação	3,55	0,18	3,51	0,17	4,16	0,10	3,69	0,15	0,019	
Pronto Atendimento	3,38	0,16	3,86	0,10	4,06	0,10	3,76	0,12	0,002	
Disposição p/ atendimento	4,25	0,16	3,60	0,16	4,29	0,10	3,70	0,15	0,003	
Ocupação profissional	3,71	0,24	3,79	0,17	4,11	0,16	3,98	0,15	0,287	
Competência profissional	4,27	0,16	4,44	0,07	4,64	0,07	4,50	0,10	0,144	
Credibilidade Profissional	4,43	0,14	4,67	0,07	4,61	0,07	4,55	0,10	0,239	
Cortesia nas Relações	4,21	0,14	4,64	0,06	4,49	0,07	4,56	0,08	0,009	
Suprimento de Recursos	4,31	0,18	3,88	0,17	4,78	0,06	4,43	0,10	0,000	
Comunicação e Atenção	4,26	0,19	3,91	0,18	4,52	0,09	4,49	0,11	0,213	
Humanização	no	3,98	0,17	3,68	0,17	4,43	0,10	4,27	0,10	0,007
Atendimento										
Compreensão do Cliente	4,48	0,14	3,91	0,18	4,45	0,11	4,67	0,11	0,019	
Prioridade nos interesses	3,81	0,21	3,85	0,18	4,54	0,08	4,63	0,10	0,001	
Acessibilidade dos clientes	3,04	0,26	3,25	0,18	3,73	0,15	3,47	0,16	0,141	

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Para a perspectiva de Usuários, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 70 permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas da ampla maioria (17) das 22 subdimensões de constructos, que não foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência, sendo exceções cinco subdimensões (Garantia dos Registros, Acesso Informação, Pronto Atendimento, Cortesia nas Relações e Suprimento de Recursos).

Tabela 70 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários).

Subdimensões de constructos do Usuário / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Alta		Outros		Valor-p ¹	
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.		
Equipamentos	4,08	0,12	4,31	0,06	4,12	0,09	4,22	0,10	0,197	
Estrutura Física	3,99	0,20	4,39	0,07	4,32	0,12	4,53	0,10	0,192	
Apresentação Pessoal	3,76	0,20	4,23	0,08	3,94	0,17	4,05	0,12	0,176	
Instalações Físicas	4,00	0,15	4,30	0,07	4,09	0,13	4,33	0,10	0,144	
Confiança em Prazos	4,35	0,16	4,49	0,09	4,12	0,20	4,55	0,13	0,308	
Suporte ao usuário-cliente	4,31	0,12	4,53	0,06	4,30	0,12	4,38	0,10	0,154	
Confiabilidade Organizacional	4,64	0,11	4,79	0,05	4,58	0,12	4,74	0,09	0,293	
Fornecimento de Serviços	4,37	0,14	4,47	0,07	4,08	0,16	4,57	0,10	0,106	
Garantia dos Registros	3,35	0,16	3,91	0,12	3,58	0,16	2,98	0,14	0,000	
Acesso Informação	4,26	0,14	4,05	0,14	4,29	0,14	4,73	0,08	0,007	
Pronto Atendimento	4,18	0,15	4,35	0,08	4,21	0,16	4,61	0,10	0,035	
Disposição p/ atendimento	4,68	0,10	4,07	0,15	4,48	0,12	4,29	0,14	0,142	
Ocupação profissional	4,26	0,23	4,07	0,14	4,06	0,23	4,45	0,13	0,315	
Competência profissional	4,67	0,08	4,73	0,06	4,73	0,10	4,71	0,10	0,687	
Credibilidade Profissional	4,59	0,12	4,72	0,05	4,53	0,11	4,61	0,09	0,574	
Cortesia nas Relações	4,36	0,12	4,67	0,05	4,33	0,12	4,62	0,08	0,011	
Suprimento de Recursos	4,34	0,13	3,95	0,14	4,23	0,14	3,12	0,21	0,001	
Comunicação e Atenção	4,53	0,14	4,06	0,15	4,30	0,15	4,60	0,12	0,071	
Humanização Atendimento	no	4,06	0,14	3,91	0,14	4,14	0,17	4,11	0,11	0,780
Compreensão do Cliente	4,59	0,11	4,05	0,14	4,52	0,13	4,48	0,14	0,093	
Prioridade nos interesses	4,26	0,14	4,06	0,15	4,52	0,12	4,57	0,11	0,168	
Acessibilidade dos clientes	4,39	0,18	4,00	0,15	4,24	0,17	4,45	0,14	0,339	

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Para a perspectiva de Profissionais, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 71 permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas da maioria (14) das 22 subdimensões de constructos, que não foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência, sendo exceções oito subdimensões (Apresentação Pessoal, Confiança em Prazos, Confiabilidade Organizacional, Fornecimento de Serviços, Pronto Atendimento, Suprimento de Recursos, Compreensão do Cliente e Prioridade nos interesses).

Tabela 71 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Profissionais).

Subdimensões de constructos do Profissional / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Alta		Outros		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	4,24	0,15	4,51	0,06	4,56	0,08	4,52	0,09	0,446
Estrutura Física	4,15	0,18	4,45	0,06	4,37	0,11	4,46	0,10	0,690
Apresentação Pessoal	4,13	0,17	4,61	0,06	4,29	0,16	4,54	0,09	0,021
Instalações Físicas	4,24	0,19	4,49	0,06	4,39	0,12	4,65	0,09	0,180
Confiança em Prazos	3,82	0,19	4,35	0,09	4,00	0,17	4,14	0,13	0,038
Suporte ao usuário-cliente	4,13	0,12	4,31	0,07	4,11	0,12	4,04	0,12	0,170
Confiabilidade Organizacional	4,52	0,13	4,77	0,05	4,58	0,14	4,33	0,13	0,021
Fornecimento de Serviços	4,19	0,14	4,41	0,07	4,00	0,13	4,26	0,11	0,024
Garantia dos Registos	4,44	0,14	4,50	0,08	4,39	0,15	4,67	0,13	0,199
Acesso Informação	3,75	0,17	3,67	0,14	4,00	0,13	3,67	0,15	0,660
Pronto Atendimento	3,53	0,14	3,95	0,09	3,89	0,14	3,75	0,12	0,041
Disposição p/ atendimento	4,26	0,13	3,83	0,14	4,09	0,13	3,67	0,15	0,066
Ocupação profissional	3,76	0,23	4,05	0,14	3,64	0,23	3,98	0,15	0,262
Competência profissional	4,34	0,14	4,52	0,06	4,55	0,10	4,49	0,11	0,778
Credibilidade Profissional	4,47	0,14	4,65	0,06	4,64	0,09	4,54	0,10	0,759
Cortesia nas Relações	4,36	0,13	4,57	0,06	4,44	0,09	4,59	0,08	0,233
Suprimento de Recursos	4,44	0,13	4,04	0,14	4,77	0,09	4,44	0,10	0,008
Comunicação e Atenção	4,42	0,16	4,03	0,15	4,42	0,13	4,48	0,11	0,491
Humanização no Atendimento	4,17	0,14	3,85	0,14	4,30	0,15	4,26	0,10	0,538
Compreensão do Cliente	4,58	0,12	4,00	0,15	4,33	0,16	4,74	0,09	0,008
Prioridade nos interesses	4,03	0,19	3,98	0,15	4,52	0,12	4,62	0,10	0,013
Acessibilidade dos clientes	3,34	0,24	3,37	0,15	3,55	0,21	3,43	0,16	0,923

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Para a perspetiva de Usuários, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 72 permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor-p>0,050) nas valorações obtidas da ampla maioria (17) das 22 subdimensões de constructos, que não foram mediadas pelo nível de cargo/função, sendo exceções cinco subdimensões (Garantia dos Registos, Acesso Informação, Pronto Atendimento, Cortesia nas Relações e Suprimento de Recursos).

Tabela 72 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de cargo/função ocupados - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários).

Subdimensões de constructos do Usuário / Nível de Cargo/Função	Sistémico		Organizacional		Gerencia		Outros		Valor-p
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	4,16	0,14	4,23	0,08	4,18	0,12	4,23	0,06	1,000
Estrutura Física	4,54	0,13	4,07	0,13	4,43	0,12	4,40	0,08	0,070
Apresentação Pessoal	4,16	0,22	3,80	0,15	4,33	0,11	4,09	0,09	0,135
Instalações Físicas	4,42	0,17	4,13	0,08	4,25	0,12	4,20	0,09	0,173
Confiança em Prazos	4,58	0,18	4,27	0,14	4,39	0,17	4,46	0,09	0,627
Suporte ao usuário-cliente	4,47	0,11	4,31	0,08	4,51	0,09	4,43	0,08	0,174
Confiabilidade Organizacional	4,89	0,11	4,66	0,09	4,75	0,10	4,68	0,06	0,197
Fornecimento de Serviços	4,71	0,13	4,33	0,09	4,35	0,13	4,39	0,09	0,069
Garantia dos Registos	2,84	0,14	3,20	0,15	3,92	0,18	3,80	0,12	0,000
Acesso Informação	4,84	0,09	4,16	0,09	4,44	0,16	4,09	0,14	0,000
Pronto Atendimento	4,76	0,11	3,99	0,11	4,39	0,15	4,43	0,09	0,000

Disposição p/ atendimento	4,32	0,24	4,47	0,10	4,47	0,16	4,11	0,15	0,613
Ocupação profissional	4,63	0,16	4,08	0,19	4,28	0,18	4,06	0,15	0,349
Competência profissional	4,94	0,06	4,70	0,08	4,69	0,10	4,66	0,07	0,250
Credibilidade Profissional	4,84	0,12	4,56	0,08	4,64	0,10	4,63	0,06	0,116
Cortesia nas Relações	4,75	0,11	4,37	0,09	4,56	0,10	4,59	0,06	0,014
Suprimento de Recursos	2,87	0,32	4,29	0,10	4,28	0,17	3,78	0,15	0,002
Comunicação e Atenção	4,63	0,18	4,41	0,11	4,31	0,17	4,10	0,15	0,496
Humanização no Atendimento	4,08	0,12	4,06	0,12	4,19	0,17	3,88	0,15	0,458
Compreensão do Cliente	4,74	0,13	4,41	0,09	4,28	0,18	4,15	0,15	0,299
Prioridade nos interesses	4,74	0,15	4,33	0,12	4,42	0,15	4,05	0,15	0,088
Acessibilidade dos clientes	4,68	0,17	4,40	0,11	4,14	0,20	3,99	0,16	0,195

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Para a perspetiva de Profissionais, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 73 permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas da ampla maioria (20) das 22 subdimensões de constructos, que não foram mediadas pelo nível de cargo/função, sendo exceções duas subdimensões (Garantia dos Registos e Pronto Atendimento).

Tabela 73 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de cargo/função ocupados - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Profissionais).

Subdimensões de constructos do Usuário / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Alta		Outros		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	4,08	0,12	4,31	0,06	4,12	0,09	4,22	0,10	0,197
Estrutura Física	3,99	0,20	4,39	0,07	4,32	0,12	4,53	0,10	0,192
Apresentação Pessoal	3,76	0,20	4,23	0,08	3,94	0,17	4,05	0,12	0,176
Instalações Físicas	4,00	0,15	4,30	0,07	4,09	0,13	4,33	0,10	0,144
Confiança em Prazos	4,35	0,16	4,49	0,09	4,12	0,20	4,55	0,13	0,308
Suporte ao usuário-cliente	4,31	0,12	4,53	0,06	4,30	0,12	4,38	0,10	0,154
Confiabilidade Organizacional	4,64	0,11	4,79	0,05	4,58	0,12	4,74	0,09	0,293
Fornecimento de Serviços	4,37	0,14	4,47	0,07	4,08	0,16	4,57	0,10	0,106
Garantia dos Registos	3,35	0,16	3,91	0,12	3,58	0,16	2,98	0,14	0,000
Acesso Informação	4,26	0,14	4,05	0,14	4,29	0,14	4,73	0,08	0,007
Pronto Atendimento	4,18	0,15	4,35	0,08	4,21	0,16	4,61	0,10	0,035
Disposição p/ atendimento	4,68	0,10	4,07	0,15	4,48	0,12	4,29	0,14	0,142
Ocupação profissional	4,26	0,23	4,07	0,14	4,06	0,23	4,45	0,13	0,315
Competência profissional	4,67	0,08	4,73	0,06	4,73	0,10	4,71	0,10	0,687
Credibilidade Profissional	4,59	0,12	4,72	0,05	4,53	0,11	4,61	0,09	0,574
Cortesia nas Relações	4,36	0,12	4,67	0,05	4,33	0,12	4,62	0,08	0,011
Suprimento de Recursos	4,34	0,13	3,95	0,14	4,23	0,14	3,12	0,21	0,001
Comunicação e Atenção	4,53	0,14	4,06	0,15	4,30	0,15	4,60	0,12	0,071
Humanização no Atendimento	4,06	0,14	3,91	0,14	4,14	0,17	4,11	0,11	0,780
Compreensão do Cliente	4,59	0,11	4,05	0,14	4,52	0,13	4,48	0,14	0,093
Prioridade nos interesses	4,26	0,14	4,06	0,15	4,52	0,12	4,57	0,11	0,168
Acessibilidade dos clientes	4,39	0,18	4,00	0,15	4,24	0,17	4,45	0,14	0,339

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis

Por fim, das análises das tabelas 68 a 73, sintetizou-se que houve tendência de influência da variável mediadora nível de atenção à saúde na maioria (≥ 12) das 22 subdimensões de constructos, para as perspectivas de Usuários (12 subdimensões) e dos Profissionais (13 subdimensões), que não houve tendência de influência da variável mediadora nível de complexidade da assistência na ampla maioria (≥ 14) das 22 subdimensões de constructos, para as perspectivas de Usuários (17 subdimensões) e dos Profissionais (14 subdimensões), e, que não houve tendência de influência da variável mediadora nível de cargo/função na ampla maioria (≥ 17) das 22 subdimensões de constructos nas perspectivas de Usuários (17 subdimensões) e dos Profissionais (20 subdimensões), na *proxy* H+I, que se propõe aprofundar investigações.

Por sua vez, a análise das macrodimensões de qualidade estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

Para as perspectivas de Usuários e de Profissionais, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 74 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as cinco macrodimensões de constructos (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia), que foram mediadas pelo nível de atenção à saúde.

Tabela 74 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de atenção à saúde - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Tipo	Macrodimensões /Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Outros		Valor-p ¹
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Usuário	Tangibilidade	3,84	0,15	4,30	0,05	4,29	0,07	4,27	0,08	0,051
	Confiabilidade	4,09	0,12	4,46	0,05	4,38	0,07	4,29	0,08	0,019
	Presteza	4,15	0,15	4,03	0,09	4,49	0,09	4,53	0,08	0,000
	Segurança	4,32	0,11	4,47	0,05	4,57	0,07	4,23	0,06	0,000
	Empatia	4,17	0,13	3,86	0,17	4,46	0,08	4,38	0,10	0,037
Profissional	Tangibilidade	4,06	0,16	4,57	0,04	4,44	0,05	4,53	0,07	0,006
	Confiabilidade	4,06	0,12	4,43	0,05	4,31	0,07	4,22	0,09	0,059
	Presteza	3,64	0,13	3,69	0,09	4,14	0,09	3,76	0,11	0,002
	Segurança	4,30	0,10	4,43	0,05	4,61	0,05	4,53	0,06	0,012
	Empatia	3,93	0,15	3,71	0,16	4,35	0,08	4,31	0,07	0,018

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Para as perspectivas de Usuários e de Profissionais, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 75 permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na maioria das cinco macrodimensões de qualidade (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia), que não foram mediadas pelo nível de

complexidade da assistência, na perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, sendo exceção que houve significância estatística (valor- $p \leq 0,050$) em duas macrodimensões (Confiabilidade e Segurança) apenas na perspectiva de Usuários.

Tabela 75 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de complexidade da assistência- *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Tipo	Macrodimensões/Nível de C. de Assistência	Baixa		Média		Alta		Outros		Valor-p ¹
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Usuário	Tangibilidade	3,99	0,13	4,32	0,05	4,13	0,08	4,29	0,08	0,077
	Confiabilidade	4,25	0,10	4,46	0,05	4,17	0,10	4,32	0,08	0,017
	Presteza	4,30	0,12	4,16	0,09	4,26	0,13	4,57	0,08	0,058
	Segurança	4,45	0,09	4,51	0,05	4,41	0,10	4,24	0,06	0,002
	Empatia	4,32	0,10	4,00	0,14	4,31	0,12	4,39	0,10	0,762
Profissional	Tangibilidade	4,20	0,14	4,51	0,04	4,44	0,07	4,53	0,07	0,121
	Confiabilidade	4,19	0,11	4,42	0,05	4,16	0,10	4,22	0,09	0,069
	Presteza	3,77	0,12	3,86	0,08	3,92	0,12	3,75	0,11	0,630
	Segurança	4,41	0,09	4,45	0,05	4,59	0,06	4,53	0,06	0,307
	Empatia	4,12	0,13	3,85	0,13	4,24	0,11	4,30	0,07	0,589

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Para as perspetivas de Usuários e de Profissionais, na *proxy* H+I, a análise global da tabela 76 permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas avaliações obtidas na maioria das cinco macrodimensões de qualidade (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia), que não foram mediadas pelo nível de cargo/função, na perspectiva de Usuários e na dos Profissionais, sendo exceção que houve significância estatística (valor- $p \leq 0,050$) em duas macrodimensões (Confiabilidade e Presteza) apenas na perspectiva de Usuários.

Tabela 76 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de cargo/função ocupados - *Proxy* H+I (ciclo 1, estudo 4) (Perspetiva indireta para Usuários e Profissionais).

Tipo	Macrodimensões / Nível do Cargo/Função	Sistêmico		Organizacional		Gerencia		Outros		Valor-p
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Usuário	Tangibilidade	4,30	0,13	4,10	0,08	4,28	0,09	4,25	0,06	0,125
	Confiabilidade	4,39	0,09	4,21	0,07	4,41	0,10	4,38	0,06	0,018
	Presteza	4,69	0,10	4,14	0,07	4,41	0,13	4,20	0,09	0,000
	Segurança	4,31	0,10	4,44	0,06	4,53	0,08	4,41	0,06	0,206
	Empatia	4,51	0,11	4,28	0,08	4,25	0,15	4,01	0,14	0,531
Profissional	Tangibilidade	4,44	0,15	4,39	0,06	4,41	0,09	4,47	0,06	0,204
	Confiabilidade	4,27	0,12	4,28	0,07	4,26	0,09	4,32	0,07	0,681
	Presteza	3,73	0,17	3,85	0,08	3,87	0,11	3,85	0,09	0,837
	Segurança	4,60	0,09	4,46	0,06	4,51	0,06	4,45	0,05	0,602
	Empatia	4,35	0,12	4,13	0,08	4,21	0,13	3,85	0,14	0,404

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Por fim, das análises das tabelas 74 a 76, sintetizou-se que houve uma tendência de influência da variável mediadora nível de atenção à saúde, em todas as cinco macrodimensões de constructos (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia) para as perspectivas de Usuários e dos Profissionais. Por sua vez, não houve tendência de influência da variável mediadora nível de complexidade da assistência, na ampla maioria das cinco macrodimensões de constructos para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, sendo exceções duas macrodimensões (Confiabilidade e Segurança), na perspectiva de Usuários. Também não houve tendência de influência da variável mediadora nível de cargo/função, na ampla maioria das cinco macrodimensões de constructos para a perspectiva de Usuários e a dos Profissionais, sendo exceções duas macrodimensões (Confiabilidade e Presteza), na perspectiva de Usuários, na *proxy* H+I, que se propõe aprofundar investigações.

9.2.1.2. Análise descritiva complementar do estudo 4 (ciclo 2: *proxy* J) (constructos *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (Visão profissionais *versus* usuários)

A análise descritiva da valoração média atribuída aos constructos de qualidade das *proxy* J (506 informantes), na visão de Usuários de saúde, bem como os valores obtidos de seus reflexos sobre as subdimensões e macrodimensões de qualidade, constam do tópico 6.2.1.2.

De seguida, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de Usuários) na valoração das 22 subdimensões de constructos.

A análise global da tabela 77 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (18) das 22 subdimensões de constructos, que foram mediadas pelo nível de atenção, sendo exceções quatro subdimensões (Suporte ao usuário-cliente, Acesso Informação, Competência Profissional e Comunicação e Atenção), na visão dos Usuários, na *proxy* J.

Tabela 77 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de atenção à saúde – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Subdimensões de constructos/ Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	3,05	0,04	3,59	0,04	3,45	0,05	0,000
Estrutura Física	3,24	0,04	3,56	0,04	3,49	0,04	0,000
Apresentação Pessoal	3,20	0,04	3,49	0,05	3,66	0,04	0,000
Instalações Físicas	3,20	0,04	3,62	0,04	3,41	0,05	0,000
Confiança em Prazos	2,95	0,03	2,96	0,04	2,74	0,06	0,001
Suporte ao usuário-cliente	3,16	0,02	3,20	0,03	3,14	0,03	0,398
Confiabilidade Organizacional	3,35	0,04	3,85	0,03	3,45	0,05	0,000
Fornecimento de Serviços	3,02	0,03	3,40	0,03	3,07	0,03	0,000
Garantia dos Registros	3,14	0,02	3,16	0,04	3,00	0,03	0,001
Acesso Informação	3,16	0,02	3,13	0,03	3,15	0,03	0,614
Pronto Atendimento	2,93	0,02	3,24	0,04	2,99	0,03	0,000
Disposição p/ atendimento	3,13	0,02	3,19	0,03	3,06	0,02	0,009
Ocupação profissional	2,88	0,03	3,01	0,01	3,01	0,01	0,000
Competência profissional	3,25	0,03	3,36	0,04	3,26	0,04	0,070
Credibilidade Profissional	3,27	0,03	3,47	0,04	3,35	0,04	0,001
Cortesia nas Relações	3,18	0,03	3,37	0,04	3,20	0,04	0,000
Suprimento de Recursos	2,81	0,03	2,99	0,01	2,99	0,01	0,000
Comunicação e Atenção	3,14	0,02	3,10	0,03	3,06	0,02	0,102
Humanização no Atendimento	3,16	0,02	3,20	0,03	3,08	0,02	0,020
Compreensão do Cliente	3,07	0,02	3,24	0,04	3,11	0,03	0,000
Prioridade nos interesses	3,11	0,02	3,01	0,01	3,06	0,02	0,001
Acessibilidade dos clientes	2,91	0,03	3,07	0,02	3,06	0,02	0,000

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis

A análise global da tabela 78 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (15) das 22 subdimensões de constructos, que foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência, sendo exceções sete subdimensões (Confiança em Prazos, Suporte ao usuário-cliente, Garantia dos Registros, Acesso Informação, Disposição p/ atendimento, Competência profissional e Humanização no Atendimento), na visão dos Usuários, na proxy J.

Tabela 78 - Comparação das subdimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Subdimensões de constructos do Usuário / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Valor-p
	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	3,05	0,04	3,53	0,03	0,000
Estrutura Física	3,24	0,04	3,53	0,03	0,000
Apresentação Pessoal	3,20	0,04	3,57	0,03	0,000
Instalações Físicas	3,20	0,04	3,52	0,03	0,000
Confiança em Prazos	2,95	0,03	2,86	0,04	0,073
Suporte ao usuário-cliente	3,16	0,02	3,17	0,02	0,588
Confiabilidade Organizacional	3,35	0,04	3,66	0,03	0,000
Fornecimento de Serviços	3,02	0,03	3,24	0,03	0,000
Garantia dos Registros	3,14	0,02	3,09	0,02	0,164
Acesso Informação	3,16	0,02	3,14	0,02	0,342

Pronto Atendimento	2,93	0,02	3,12	0,03	0,000
Disposição p/ atendimento	3,13	0,02	3,13	0,02	0,903
Ocupação profissional	2,88	0,03	3,01	0,01	0,000
Competência profissional	3,25	0,03	3,31	0,03	0,199
Credibilidade Profissional	3,27	0,03	3,41	0,03	0,002
Cortesia nas Relações	3,18	0,03	3,29	0,03	0,005
Suprimento de Recursos	2,81	0,03	2,99	0,01	0,000
Comunicação e Atenção	3,14	0,02	3,08	0,02	0,054
Humanização no Atendimento	3,16	0,02	3,15	0,02	0,823
Compreensão do Cliente	3,07	0,02	3,18	0,02	0,001
Prioridade nos interesses	3,11	0,02	3,03	0,01	0,001
Acessibilidade dos clientes	2,91	0,03	3,06	0,02	0,000

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 79 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (14) das 22 subdimensões de constructos, que foram mediadas pelo nível de escolaridade, sendo exceções oito subdimensões (Equipamentos, Instalações Físicas, Confiança em Prazos, Ocupação profissional, Suprimento de Recursos, Comunicação e Atenção, Prioridade nos interesses e Acessibilidade dos clientes), na visão dos Usuários, na *proxy* J.

Tabela 79 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – *Proxy* J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Subdimensões de constructos do Usuário / Escolaridade	Basilar		Fundamental		Médio		Superior		Valor- p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Equipamentos	3,36	0,03	3,17	0,08	3,29	0,04	3,31	0,23	0,351
Estrutura Física	3,49	0,03	3,23	0,08	3,36	0,04	3,11	0,15	0,003
Apresentação Pessoal	3,44	0,04	3,19	0,07	3,44	0,05	3,33	0,17	0,008
Instalações Físicas	3,45	0,04	3,23	0,08	3,34	0,04	3,11	0,20	0,053
Confiança em Prazos	2,89	0,04	2,99	0,06	2,88	0,04	3,00	0,00	0,494
Suporte ao usuário-cliente	3,26	0,03	3,13	0,04	3,08	0,02	3,00	0,00	0,000
Confiabilidade Organizacional	3,63	0,03	3,32	0,07	3,46	0,04	3,56	0,18	0,000
Fornecimento de Serviços	3,19	0,03	3,04	0,05	3,10	0,03	3,28	0,12	0,048
Garantia dos Registros	3,18	0,03	3,06	0,03	3,06	0,03	2,89	0,11	0,002
Acesso Informação	3,22	0,03	3,08	0,03	3,10	0,02	3,00	0,00	0,001
Pronto Atendimento	3,08	0,03	2,94	0,03	3,00	0,02	3,22	0,15	0,042
Disposição p/ atendimento	3,19	0,03	3,08	0,03	3,07	0,02	3,22	0,15	0,002
Ocupação profissional	2,95	0,02	2,92	0,04	2,95	0,02	3,00	0,00	0,763
Competência profissional	3,36	0,03	3,19	0,06	3,22	0,03	3,44	0,18	0,005
Credibilidade Profissional	3,44	0,03	3,24	0,06	3,27	0,04	3,44	0,18	0,003
Cortesia nas Relações	3,35	0,03	3,16	0,04	3,14	0,03	3,33	0,17	0,000
Suprimento de Recursos	2,92	0,02	2,88	0,04	2,90	0,03	2,94	0,06	0,925
Comunicação e Atenção	3,14	0,02	3,10	0,04	3,07	0,02	3,11	0,11	0,154
Humanização no Atendimento	3,22	0,03	3,13	0,04	3,08	0,02	3,17	0,12	0,001
Compreensão do Cliente	3,18	0,03	3,09	0,04	3,08	0,02	3,33	0,17	0,006
Prioridade nos interesses	3,09	0,02	3,09	0,03	3,05	0,02	3,00	0,00	0,405
Acessibilidade dos clientes	2,99	0,03	2,94	0,04	3,01	0,02	3,11	0,11	0,325

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Por fim, das análises das tabelas 77 a 79, sintetizou-se que, na ampla maioria das 22 subdimensões de constructos, houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde (18 subdimensões), nível de complexidade da assistência (15 subdimensões) e nível de escolaridade de Usuários (14 subdimensões), na *proxy* J (506 informantes, visão de Usuários).

Por sua vez, a análise das macrodimensões de qualidade estruturou-se a partir da valoração média atribuída aos constructos pelos indivíduos e calculadas para as macrodimensões propostas pelos informantes.

A análise global da tabela 80 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as cinco macrodimensões de qualidade, que foram mediadas pelo nível de atenção à saúde.

Tabela 80 - Análise descritiva das macrodimensões de qualidade – *Proxy* J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Macrodimensões	Média	D.P.	I.C-95% ¹
Tangibilidade	3,35	0,50	[3,31; 3,39]
Confiabilidade	3,16	0,28	[3,14; 3,19]
Presteza	3,07	0,24	[3,05; 3,09]
Segurança	3,19	0,31	[3,16; 3,21]
Empatia	3,10	0,24	[3,08; 3,12]

*Nota.*¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 81 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as cinco macrodimensões de qualidade, que foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência.

Tabela 81 - Comparação das macrodimensões de constructos em relação aos níveis de complexidade da assistência– *Proxy* J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Macrodimensões/ Nível de Complexidade	Baixa		Média		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	
Tangibilidade	3,15	0,03	3,53	0,03	0,000
Confiabilidade	3,12	0,02	3,20	0,02	0,000
Presteza	3,03	0,01	3,11	0,02	0,011
Segurança	3,12	0,02	3,25	0,02	0,000
Empatia	3,09	0,02	3,11	0,01	0,017

*Nota.*¹ Teste de Mann-Whitney.

A análise global da tabela 82 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as cinco macrodimensões de qualidade, que foram mediadas pelo nível de escolaridade de usuários.

Tabela 82 - Comparação das macrodimensões de constructos em relação aos níveis de escolaridade de usuários – *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Macrodomínios/Escolaridade	Basilar		Fundamental		Médio		Superior		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Tangibilidade	3,42	0,03	3,20	0,07	3,34	0,04	3,23	0,17	0,012
Confiabilidade	3,23	0,02	3,11	0,03	3,10	0,02	3,13	0,05	0,000
Presteza	3,12	0,02	3,01	0,02	3,03	0,01	3,11	0,07	0,001
Segurança	3,26	0,02	3,12	0,03	3,12	0,02	3,28	0,11	0,000
Empatia	3,14	0,02	3,08	0,03	3,06	0,01	3,15	0,09	0,001

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Por fim, das análises das tabelas 80 a 82, sintetizou-se que houve diferença significativa quanto as variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de Usuários, para se considerar enquanto fatores mediadores em todas as macrodimensões de constructos (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia), para a perspectiva de Usuários, na *proxy J*. No entanto, quanto ao nível de complexidade esta tendência deve ser melhor investigada, por exemplo, com agregação de entrevistas em unidades de Alta complexidade.

Diante destes resultados, a comprovação da tendência das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de Usuários funcionarem enquanto fatores mediadores da ampla maioria das 22 subdimensões de constructos propostas, além de todas as cinco macrodimensões de qualidade originais da escala SERVQUAL, trata-se de um achado inovador desta investigação.

Ressalte-se, ainda, que esta validação das cinco macrodimensões de qualidade, na perspectivas de Usuários, na *proxy J*, estão alinhadas com a validação destas mesmas macrodimensões originais da escala SERVQUAL, nos estudos de Babakus e Mangold (1992) no contexto de saúde.

9.2.1.3. Análise descritiva complementar do estudo 5 (ciclo 1: *proxies K e L*) (questões validadas *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa *versus* percepção)

A análise descritiva da valoração média atribuída às questões validadas de qualidade da *proxy L* (62 informantes), na visão de especialistas e profissionais de saúde, bem como os valores obtidos de seus reflexos sobre as subdimensões e macrodimensões de qualidade, com observações para as perspectivas indiretas da Expectativa e da Percepção de Usuários constam do tópico 6.2.1.3.

De seguida, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de cargo/função) na valoração das 13 subdimensões de questões de qualidade.

Para a perspetiva de Expectativa, na *proxy* L, a análise global permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas em quase todas as subdimensões de questões de qualidade, com raras exceções: para os níveis de atenção e de complexidade da assistência duas subdimensões (Confiabilidade Organizacional e Atenção e Disposição p/ Atendimento) e para o nível de cargo/função duas subdimensões (Estrutura Física e Atenção e Disposição p/ Atendimento). Dessa forma, pela reduzida significância destes resultados optou-se por não reproduzir a tabela de valores da análise, que se propõe aprofundar as análises.

Para a perspetiva de Perceção, na *proxy* L, houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (12) das 13 subdimensões de questões validadas quanto a medição dos valores obtidos pelas três variáveis de caracterização selecionadas (nível de atenção, de complexidade da assistência e de cargo/função).

A análise global da tabela 83 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (12) das 13 subdimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de atenção, sendo exceção a subdimensão Acessibilidade aos Serviços (além da subdimensão Satisfação Global).

Tabela 83 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Perceção).

Subdimensões de questões validadas/ Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Outros		Valor- p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,31	0,33	3,50	0,29	3,45	0,34	2,55	0,11	0,008
Apresentação Pessoal	3,50	0,19	3,40	0,27	3,50	0,17	2,66	0,12	0,001
Equipamentos	3,38	0,42	3,88	0,35	3,30	0,34	2,64	0,09	0,004
Instalações Físicas	3,13	0,40	3,78	0,36	3,50	0,27	2,59	0,11	0,003
Confiabilidade Organizacional	3,50	0,27	3,70	0,21	3,80	0,25	2,88	0,12	0,001
Fornecimento de Serviços	2,88	0,28	3,10	0,36	3,40	0,35	2,36	0,11	0,015
Confiança na Competência Profissional	3,56	0,20	3,90	0,30	3,70	0,29	2,88	0,10	0,001
Segurança na resolução do problema	3,63	0,26	3,70	0,30	3,70	0,31	2,63	0,10	0,000
Atenção e Disposição p/ Atendimento	2,94	0,22	3,35	0,25	3,70	0,26	2,56	0,12	0,001
Acesso a Informações	3,06	0,18	3,25	0,34	3,40	0,32	2,52	0,09	0,008
Humanização no Atendimento	3,13	0,28	3,35	0,33	3,80	0,28	2,52	0,13	0,001

Prioridade nos interesses do cliente	3,25	0,16	3,70	0,30	3,44	0,41	2,53	0,12	0,002
Acessibilidade aos Serviços	2,38	0,46	2,90	0,28	2,60	0,22	2,24	0,16	0,235
Satisfação Global	2,75	0,37	3,10	0,18	3,30	0,34	2,69	0,09	0,197

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 84 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (12) das 13 subdimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência, sendo exceção a subdimensão Acessibilidade aos Serviços (além da subdimensão Satisfação Global).

Tabela 84 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Perceção).

Subdimensões de questões validada / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Alta		Outros		Valor-p
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,31	0,33	3,50	0,29	3,36	0,32	2,55	0,11	0,013
Apresentação Pessoal	3,50	0,19	3,40	0,27	3,45	0,16	2,65	0,13	0,001
Equipamentos	3,38	0,42	3,88	0,35	3,27	0,30	2,63	0,09	0,004
Instalações Físicas	3,13	0,40	3,78	0,36	3,45	0,25	2,58	0,11	0,003
Confiabilidade Organizacional	3,50	0,27	3,70	0,21	3,73	0,24	2,87	0,12	0,002
Fornecimento de Serviços	2,88	0,28	3,10	0,36	3,36	0,32	2,34	0,11	0,009
Confiança na Competência Profissional	3,56	0,20	3,90	0,30	3,64	0,27	2,87	0,11	0,001
Segurança na resolução do problema	3,63	0,26	3,70	0,30	3,55	0,31	2,65	0,10	0,000
Atenção e Disposição p/ Atendimento	2,94	0,22	3,35	0,25	3,59	0,26	2,56	0,12	0,002
Acesso a Informações	3,06	0,18	3,25	0,34	3,32	0,30	2,52	0,09	0,012
Humanização no Atendimento	3,13	0,28	3,35	0,33	3,68	0,28	2,52	0,13	0,003
Prioridade nos interesses do cliente	3,25	0,16	3,70	0,30	3,30	0,40	2,55	0,13	0,005
Acessibilidade aos Serviços	2,38	0,46	2,90	0,28	2,60	0,22	2,24	0,16	0,235
Satisfação Global	2,75	0,37	3,10	0,18	3,30	0,34	2,69	0,09	0,197

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 85 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (12) das 13 subdimensões de questões validadas (além da subdimensão Satisfação Global), que foram mediadas pelo nível de cargo/função, sendo exceção a subdimensão Acessibilidade aos Serviços.

Tabela 85 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de cargo/função – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários - (Perceção).

Sistêmico	Organizacional	Gerencia	Outros
-----------	----------------	----------	--------

Subdimensões de questões validadas / Nível de cargo/função	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Valor-p ¹
Estrutura Física	2,61	0,13	2,75	0,27	3,85	0,29	2,82	0,19	0,012
Apresentação Pessoal	2,39	0,16	2,88	0,13	3,60	0,22	3,29	0,13	0,000
Equipamentos	2,56	0,12	3,43	0,30	3,60	0,34	2,96	0,20	0,016
Instalações Físicas	2,59	0,12	3,00	0,33	4,00	0,26	2,79	0,19	0,002
Confiabilidade Organizacional	2,89	0,14	3,00	0,33	4,10	0,23	3,25	0,14	0,001
Fornecimento de Serviços	2,42	0,14	2,25	0,28	3,90	0,30	2,58	0,17	0,002
Confiança na Competência Profissional	2,89	0,13	3,13	0,31	4,10	0,22	3,21	0,17	0,002
Segurança na resolução do problema	2,56	0,12	3,00	0,38	4,00	0,30	3,17	0,16	0,001
Atenção e Disposição p/ Atendimento	2,61	0,11	2,63	0,28	3,75	0,28	2,83	0,18	0,015
Acesso a Informações	2,50	0,12	2,44	0,24	3,70	0,29	2,90	0,16	0,006
Humanização no Atendimento	2,50	0,14	2,38	0,18	4,00	0,27	2,96	0,19	0,001
Prioridade nos interesses do cliente	2,50	0,16	2,75	0,31	3,78	0,36	2,96	0,20	0,029
Acessibilidade aos Serviços	2,19	0,21	2,43	0,30	3,11	0,35	2,29	0,18	0,161
Satisfação Global	2,75	0,11	2,71	0,18	3,78	0,28	2,59	0,17	0,005

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Por sua vez, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto à possível influência dos valores obtidos pelas três variáveis de caracterização selecionadas (nível de atenção, de complexidade da assistência e de cargo/função), para a Percepção, na perspectiva indireta sugerida para os Usuários, na *proxy* L.

A análise global da tabela 86 permite afirmar que, quanto a influência da possível variável moderadora nível de atenção, para a perspectiva de Expectativa, não houve diferenças significativas (valor-p>0,050) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões de qualidade Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa), com raras exceções, para duas macrodimensões (Confiabilidade e Presteza). Por sua vez, quanto a perspectiva de Percepção, houve significância estatística (valor-p≤0,050) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de atenção, para a Percepção, sendo exceção a macrodimensão Acessibilidade.

Tabela 86 - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspectiva indireta para Usuários (Expectativa, Percepção).

Tipo	Macrodimensões / Nível de Atenção	Primária		Secundária		Terciária		Outros		Valor-p ¹
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	

Expectativa	Tangibilidade	3,68	0,15	4,00	0,24	3,58	0,17	3,64	0,12	0,352
	Confiabilidade	3,33	0,13	3,17	0,12	3,40	0,16	2,91	0,08	0,008
	Segurança	3,63	0,19	3,87	0,26	3,90	0,21	3,29	0,15	0,053
	Presteza	3,25	0,18	3,60	0,25	3,68	0,19	3,06	0,13	0,047
	Empatia	3,21	0,09	3,47	0,26	3,55	0,23	3,03	0,17	0,166
	Acessibilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepção	Tangibilidade	3,33	0,31	3,56	0,27	3,44	0,24	2,58	0,09	0,001
	Confiabilidade	3,08	0,26	3,30	0,30	3,53	0,30	2,53	0,10	0,003
	Segurança	3,58	0,20	3,83	0,26	3,70	0,28	2,79	0,09	0,000
	Presteza	3,00	0,20	3,30	0,29	3,55	0,28	2,54	0,09	0,001
	Empatia	3,17	0,23	3,47	0,30	3,73	0,32	2,52	0,11	0,001
	Acessibilidade	2,56	0,35	3,00	0,20	2,95	0,19	2,48	0,11	0,081

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 87 permite afirmar que, quanto a influência da possível variável moderadora nível de complexidade da assistência, para a perspectiva de Expectativa, não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões de qualidade Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa), com raras exceções, para uma macrodimensão (Confiabilidade). Por sua vez, quanto a perspectiva de Percepção, houve significância estatística (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência, para a Percepção, sendo exceção a macrodimensão Acessibilidade.

Tabela 87 - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa, Percepção).

Tipo	Macrodimensões / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Alta		Outros		Valor-p ¹
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Expectativa	Tangibilidade	3,68	0,15	4,00	0,24	3,55	0,15	3,66	0,12	0,273
	Confiabilidade	3,33	0,13	3,17	0,12	3,33	0,16	2,92	0,08	0,023
	Segurança	3,63	0,19	3,87	0,26	3,82	0,21	3,30	0,15	0,094
	Presteza	3,25	0,18	3,60	0,25	3,59	0,19	3,07	0,14	0,104
	Empatia	3,21	0,09	3,47	0,26	3,44	0,24	3,05	0,17	0,304
	Acessibilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepção	Tangibilidade	3,33	0,31	3,56	0,27	3,38	0,23	2,57	0,09	0,001
	Confiabilidade	3,08	0,26	3,30	0,30	3,48	0,28	2,52	0,11	0,002
	Segurança	3,58	0,20	3,83	0,26	3,61	0,27	2,80	0,10	0,000
	Presteza	3,00	0,20	3,30	0,29	3,45	0,27	2,54	0,10	0,003
	Empatia	3,17	0,23	3,47	0,30	3,61	0,31	2,53	0,12	0,002
	Acessibilidade	2,56	0,35	3,00	0,20	2,95	0,19	2,48	0,11	0,081

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 88 permite afirmar que, quanto a influência da possível variável moderadora nível de cargo/função, para a perspectiva de Expectativa, não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões de qualidade Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa). Por sua vez, quanto a perspectiva de Percepção, houve significância estatística (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de cargo/função, para a Percepção.

Tabela 88 - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de cargo/função – Proxy L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários (Expectativa, Percepção).

Tipo	Macrodimensõe s/ Nível de cargo/função	Sistêmico		Organizacional		Gerencia		Outros		Valor- p ¹
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Expecta tiva	Tangibilidade	3,68	0,15	3,96	0,18	3,98	0,21	3,49	0,13	0,115
	Confiabilidade	2,96	0,09	3,08	0,15	3,47	0,17	3,01	0,10	0,069
	Segurança	3,28	0,17	3,46	0,33	4,10	0,25	3,48	0,15	0,071
	Presteza	3,06	0,12	3,19	0,29	3,85	0,26	3,18	0,17	0,128
	Empatia	3,06	0,22	3,17	0,34	3,75	0,27	3,06	0,16	0,173
	Acessibilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Percep ção	Tangibilidade	2,53	0,11	2,94	0,22	3,78	0,25	2,92	0,16	0,003
	Confiabilidade	2,58	0,12	2,50	0,28	3,97	0,26	2,79	0,15	0,001
	Segurança	2,78	0,11	3,08	0,28	4,07	0,22	3,19	0,16	0,001
	Presteza	2,56	0,10	2,53	0,24	3,73	0,27	2,86	0,16	0,004
	Empatia	2,50	0,12	2,50	0,20	3,97	0,29	2,96	0,18	0,002
	Acessibilidade	2,47	0,14	2,57	0,20	3,44	0,23	2,45	0,14	0,010

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Diante dos resultados das análises das tabelas 83 a 85, sintetizou-se que, na *proxy* L, para a Expectativa, não houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função, na ampla maioria das 12 subdimensões de questões validadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), com raras exceções, que se propõe aprofundar análises. Por sua vez, para a Percepção, houve tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de cargo/função, na ampla maioria (12) das 13 subdimensões de questões validadas.

Por fim, das análises das tabelas 86 a 88, sintetizou-se que, na *proxy* L, não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa),

que não foram mediadas pelo nível de atenção, sendo exceções duas macrodimensões (Confiabilidade e Presteza), e quanto ao nível de complexidade da assistência uma macrodimensão (Confiabilidade), mas sem nenhuma exceção quanto ao nível de cargo/função. Por outro lado, houve significância estatística (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de atenção, pelo nível de complexidade da assistência, sendo exceções a macrodimensão Acessibilidade quanto ao nível de atenção e quanto ao nível de complexidade da assistência e sem exceções quanto ao nível de cargo/função.

No entanto, estas tendências apontadas podem ter fragilidades, pelo que se propõe aprofundar as investigações, por exemplo, com a ampliação da amostra visto que a análise da *proxy* L envolveu apenas 62 informantes.

De forma complementar, aplicou-se ainda uma análise dos níveis de associação das valorações de Expectativa e Percepção dos indivíduos obtidas para as subdimensões de questões validadas e as macrodimensões de qualidade na *proxy* L (62 informantes).

A Tabela 89 apresenta uma análise de associação das valorações de Expectativa e Percepção dos indivíduos obtidas para as subdimensões de questões validadas, na *proxy* L (62 informantes). Foi possível observar que houve correlação significativa (valor- $p \leq 0,050$) e positiva na ampla maioria (10) das 12 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), sendo exceções duas subdimensões (Apresentação Pessoal, valor- $p=0,480$) e Fornecimento de Serviços, valor- $p=0,079$).

Tabela 89 - Associação entre Expectativa e Percepção nas subdimensões de questões validadas – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários.

Subdimensões de questões validadas	r ¹	Valor-p
Estrutura Física	0,33	0,009
Apresentação Pessoal	0,09	0,480
Equipamentos	0,34	0,009
Instalações Físicas	0,33	0,011
Confiabilidade Organizacional	0,48	0,000
Fornecimento de Serviços	0,23	0,079
Confiança na Competência Profissional	0,54	0,000
Segurança na resolução do problema	0,40	0,001
Atenção e Disposição p/ Atendimento	0,45	0,000
Acesso a Informações	0,45	0,000
Humanização no Atendimento	0,44	0,000
Prioridade nos interesses do cliente	0,43	0,001

Nota. ¹ Correlação de Spearman

A Tabela 90 apresenta uma análise de associação das valorações de Expectativa e Percepção dos indivíduos obtidas para as macrodimensões de qualidade, na *proxy* L (62 informantes). Foi possível observar que houve correlação significativa (valor- $p \leq 0,050$) e positiva em todas as cinco macrodimensões de qualidade (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa).

Tabela 90 - Associação entre Expectativa e Percepção nas macrodimensões – *Proxy* L (ciclo 1, estudo 5) - Perspetiva indireta para Usuários.

Macrodimensões	r ¹	Valor-p
Tangibilidade	0,28	0,028
Confiabilidade	0,45	0,000
Segurança	0,51	0,000
Presteza	0,44	0,000
Empatia	0,44	0,000

Nota. ¹ Correlação de Spearman.

Diante dos resultados das análises das tabelas 89 e 90, houve uma tendência que quanto maior foram os valores da Expectativa maior tenderam a ser os valores da Percepção obtidas nas subdimensões de questões validadas e macrodimensões de qualidade, em contraposição à associação negativa citada pela literatura de aplicação da escala SERVQUAL (E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1988, 1991a; Parasuraman et al., 1994), mas alinhada com outros estudos empíricos que suportam relação positiva entre *expectativas* e *satisfação* (Oliver & Linda, 1981; Swan & Trawick, 1981; Bearden e Teel, 1983), pelo que se sugere aprofundar as análises.

9.2.1.4. Análise descritiva complementar do estudo 5 (ciclo 2: *proxies* M e N) (questões validadas *versus* subdimensões e macrodimensões de qualidade) (perspetiva de expectativa *versus* percepção)

A análise descritiva da valoração média atribuída às questões validadas de qualidade da *proxy* M+N (2.547 informantes), na visão de usuários de saúde, bem como os valores obtidos de seus reflexos sobre as subdimensões e macrodimensões de qualidade, com observações para as perspetivas direta da Expectativa e da Percepção de Usuários constam do tópico 6.2.1.4.

De seguida, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto às influências dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de

atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários) na valoração das 13 subdimensões de questões de qualidade.

A análise global da tabela 91 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as 12 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), que foram mediadas pelo nível de atenção, para a Expectativa, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 91 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa).

Subdimensões de questões validadas / Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,69	0,03	3,85	0,02	3,61	0,02	0,000
Apresentação Pessoal	3,65	0,03	3,77	0,02	3,64	0,02	0,000
Equipamentos	3,49	0,02	3,71	0,02	3,55	0,02	0,000
Instalações Físicas	3,51	0,02	3,70	0,02	3,55	0,02	0,000
Confiabilidade Organizacional	3,49	0,03	3,64	0,02	3,41	0,02	0,000
Fornecimento de Serviços	2,82	0,02	2,97	0,02	2,73	0,01	0,000
Confiança na Competência Profissional	3,33	0,02	3,52	0,02	3,34	0,02	0,000
Segurança na resolução do problema	3,47	0,03	3,72	0,03	3,45	0,02	0,000
Atenção e Disposição p/ Atendimento	3,18	0,02	3,43	0,02	3,21	0,02	0,000
Acesso a Informações	3,30	0,03	3,44	0,02	3,19	0,02	0,000
Humanização no Atendimento	3,17	0,02	3,40	0,02	3,16	0,01	0,000
Prioridade nos interesses do cliente	2,97	0,01	3,32	0,02	3,00	0,01	0,000

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 92 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as 13 subdimensões de questões validadas analisadas (além da subdimensão Satisfação Global), que foram mediadas pelo nível de atenção, para a Percepção, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 92 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de atenção à saúde – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Percepção).

Subdimensões de questões validadas / Nível de Atenção à Saúde	Primária		Secundária		Terciária		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,03	0,02	3,52	0,02	3,03	0,02	0,000
Apresentação Pessoal	3,01	0,02	3,50	0,02	3,14	0,02	0,000
Equipamentos	2,94	0,02	3,54	0,03	3,08	0,02	0,000
Instalações Físicas	2,97	0,02	3,51	0,03	3,04	0,02	0,000
Confiabilidade Organizacional	3,09	0,02	3,60	0,02	3,13	0,02	0,000
Fornecimento de Serviços	2,95	0,02	3,26	0,02	2,90	0,02	0,000
Confiança na Competência Profissional	3,14	0,02	3,51	0,02	3,11	0,02	0,000
Segurança na resolução do problema	3,07	0,02	3,54	0,03	3,09	0,02	0,000
Atenção e Disposição p/ Atendimento	3,18	0,02	3,46	0,02	3,15	0,02	0,000
Acesso a Informações	3,01	0,01	3,39	0,02	3,01	0,02	0,000
Humanização no Atendimento	3,09	0,02	3,51	0,02	3,16	0,02	0,000

Prioridade nos interesses do cliente	3,01	0,01	3,47	0,03	3,05	0,02	0,000
Acessibilidade aos Serviços	2,71	0,03	3,02	0,03	2,82	0,03	0,000
Satisfação Global	2,99	0,02	3,63	0,03	3,32	0,03	0,000

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 93 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (10) das 12 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), que foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência, sendo exceções duas subdimensões (Estrutura Física e Fornecimento de Serviços), para a Expectativa, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 93 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa).

Subdimensões de questões validadas / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Valor- p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,69	0,03	3,73	0,01	0,222
Apresentação Pessoal	3,65	0,03	3,70	0,01	0,046
Equipamentos	3,49	0,02	3,63	0,01	0,000
Instalações Físicas	3,51	0,02	3,62	0,02	0,000
Confiabilidade Organizacional	3,49	0,03	3,52	0,02	0,049
Fornecimento de Serviços	2,82	0,02	2,84	0,01	0,822
Confiança na Competência Profissional	3,33	0,02	3,43	0,01	0,000
Segurança na resolução do problema	3,47	0,03	3,58	0,02	0,000
Atenção e Disposição p/ Atendimento	3,18	0,02	3,32	0,01	0,000
Acesso a Informações	3,30	0,03	3,31	0,02	0,034
Humanização no Atendimento	3,17	0,02	3,27	0,01	0,000
Prioridade nos interesses do cliente	2,97	0,01	3,15	0,01	0,000

Nota.¹ Teste de Mann-Whitney.

A análise global da tabela 94 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as 13 subdimensões de questões validadas analisadas (além da subdimensão Satisfação Global), que foram mediadas pelo nível de complexidade da assistência, para a Percepção, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 94 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de complexidade da assistência – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Percepção).

Subdimensões de questões validadas / Nível de Complexidade	Baixa		Média		Valor- p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,03	0,02	3,27	0,02	0,000
Apresentação Pessoal	3,01	0,02	3,32	0,02	0,000
Equipamentos	2,94	0,02	3,31	0,02	0,000
Instalações Físicas	2,97	0,02	3,28	0,02	0,000
Confiabilidade Organizacional	3,09	0,02	3,36	0,02	0,000
Fornecimento de Serviços	2,95	0,02	3,08	0,02	0,000
Confiança na Competência Profissional	3,14	0,02	3,31	0,01	0,000

Segurança na resolução do problema	3,07	0,02	3,31	0,02	0,000
Atenção e Disposição p/ Atendimento	3,18	0,02	3,30	0,02	0,000
Acesso a Informações	3,01	0,01	3,20	0,02	0,000
Humanização no Atendimento	3,09	0,02	3,33	0,02	0,000
Prioridade nos interesses do cliente	3,01	0,01	3,25	0,02	0,000
Acessibilidade aos Serviços	2,71	0,03	2,92	0,02	0,000
Satisfação Global	2,99	0,02	3,46	0,02	0,000

Nota.¹ Teste de Mann-Whitney.

A análise global da tabela 95 permite afirmar que não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria não houve diferenças significativas (valor- $p > 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (09) das 12 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa, que anulou a Diferença), que não foram mediadas pelo nível de escolaridade, sendo exceções três subdimensões (Fornecimento de serviços, Humanização no atendimento e Prioridade nos interesses do cliente), para a Expectativa, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 95 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa).

Subdimensões de questões validadas/Nível de Escolaridade	Basilar		Fundamental		Médio		Superior		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,72	0,02	3,73	0,03	3,70	0,02	3,80	0,05	0,251
Apresentação Pessoal	3,68	0,02	3,68	0,03	3,69	0,02	3,78	0,06	0,367
Equipamentos	3,60	0,02	3,59	0,03	3,59	0,02	3,63	0,05	0,883
Instalações Físicas	3,61	0,02	3,61	0,03	3,57	0,02	3,64	0,06	0,316
Confiabilidade Organizacional	3,55	0,03	3,54	0,04	3,53	0,03	3,53	0,06	0,956
Fornecimento de Serviços	2,80	0,02	2,84	0,03	2,87	0,02	2,97	0,05	0,008
Confiança na Competência Profissional	3,40	0,02	3,44	0,03	3,42	0,02	3,48	0,05	0,544
Segurança na resolução do problema	3,56	0,03	3,59	0,04	3,58	0,03	3,58	0,07	0,884
Atenção e Disposição p/ Atendimento	3,27	0,02	3,32	0,03	3,29	0,02	3,36	0,06	0,290
Acesso a Informações	3,31	0,02	3,35	0,03	3,31	0,02	3,41	0,06	0,302
Humanização no Atendimento	3,22	0,02	3,30	0,03	3,24	0,02	3,30	0,05	0,039
Prioridade nos interesses do cliente	3,06	0,01	3,12	0,03	3,13	0,02	3,28	0,06	0,000

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 96 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria (10) das 13 subdimensões de questões validadas analisadas, que foram mediadas pelo nível de escolaridade, sendo exceções três subdimensões (Instalações Físicas, Fornecimento de Serviços e Atenção e

Disposição p/ Atendimento), além de Satisfação Global, para a Percepção, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 96 - Comparação das subdimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Percepção).

Subdimensões de questões validadas/Nível de Escolaridade	Basilar		Fundamental		Médio		Superior		Valor-p ¹
	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Estrutura Física	3,16	0,02	3,18	0,03	3,24	0,02	3,42	0,07	0,004
Apresentação Pessoal	3,18	0,02	3,21	0,03	3,27	0,02	3,42	0,06	0,000
Equipamentos	3,14	0,02	3,19	0,03	3,25	0,02	3,40	0,07	0,000
Instalações Físicas	3,17	0,02	3,16	0,03	3,21	0,02	3,33	0,08	0,146
Confiabilidade Organizacional	3,28	0,02	3,25	0,03	3,32	0,02	3,47	0,07	0,008
Fornecimento de Serviços	3,03	0,02	3,02	0,03	3,09	0,02	3,18	0,06	0,136
Confiança na Competência Profissional	3,22	0,02	3,25	0,03	3,29	0,02	3,46	0,06	0,004
Segurança na resolução do problema	3,23	0,02	3,22	0,03	3,27	0,02	3,47	0,07	0,004
Atenção e Disposição p/ Atendimento	3,26	0,02	3,27	0,03	3,28	0,02	3,43	0,07	0,081
Acesso a Informações	3,10	0,02	3,17	0,03	3,18	0,02	3,40	0,07	0,000
Humanização no Atendimento	3,20	0,02	3,27	0,03	3,30	0,02	3,45	0,06	0,002
Prioridade nos interesses do cliente	3,12	0,02	3,20	0,03	3,22	0,02	3,43	0,07	0,000
Acessibilidade aos Serviços	2,93	0,03	2,89	0,04	2,85	0,03	2,98	0,07	0,029
Satisfação Global	3,28	0,02	3,41	0,04	3,31	0,03	3,51	0,08	0,003

*Nota.*¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Por sua vez, aplicou-se uma análise para mensurar os níveis de significância estatística quanto à possível influência dos três possíveis fatores mediadores selecionadas (nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários) na valoração das seis macrodimensões de questões validadas de qualidade.

A análise global da tabela 97 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor-p \leq 0,050) nas valorações obtidas em todas as seis macrodimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa), que foram mediadas pelo nível de atenção, para as perspectivas Expectativa e Percepção, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 97 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de atenção à saúde – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa, Percepção).

Tipo	Macrodimensões/Nível de Atenção	Primária		Secundária		Terciária		Valor-p
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Expectativa	Tangibilidade	3,61	0,02	3,78	0,02	3,59	0,02	0,000
	Confiabilidade	3,04	0,02	3,19	0,02	2,96	0,01	0,000
	Segurança	3,38	0,02	3,59	0,02	3,37	0,02	0,000
	Presteza	3,24	0,02	3,44	0,02	3,20	0,02	0,000

	Empatia	3,11	0,01	3,37	0,02	3,10	0,01	0,000
	Acessibilidade	-	-	-	-	-	-	-
Percepção	Tangibilidade	3,00	0,02	3,52	0,02	3,07	0,02	0,000
	Confiabilidade	3,00	0,01	3,37	0,02	2,98	0,02	0,000
	Segurança	3,12	0,02	3,52	0,02	3,10	0,01	0,000
	Presteza	3,09	0,01	3,42	0,02	3,09	0,02	0,000
	Empatia	3,06	0,01	3,49	0,02	3,12	0,02	0,000
	Acessibilidade	2,86	0,02	3,33	0,02	3,12	0,03	0,000

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

A análise global da tabela 98 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as seis macrodimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa, que anulou a Diferença), que foram mediadas pelo nível complexidade da assistência, para as perspectivas Expectativa e Percepção, sendo exceção a macrodimensão Confiabilidade, para a perspectiva Expectativa, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 98 - Comparação das macrodimensões de qualidade em relação aos níveis de complexidade da assistência – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa, Percepção).

Tipo	Macrodimensões/ Nível de Complexidade	Baixa		Média		Valor- p ¹
		Média	E.P.	Média	E.P.	
Expectativa	Tangibilidade	3,61	0,02	3,68	0,01	0,005
	Confiabilidade	3,04	0,02	3,07	0,01	0,476
	Segurança	3,38	0,02	3,48	0,01	0,000
	Presteza	3,24	0,02	3,31	0,01	0,000
	Empatia	3,11	0,01	3,23	0,01	0,000
	Acessibilidade	-	-	-	-	-
Percepção	Tangibilidade	3,00	0,02	3,29	0,02	0,000
	Confiabilidade	3,00	0,01	3,17	0,01	0,000
	Segurança	3,12	0,02	3,31	0,01	0,000
	Presteza	3,09	0,01	3,25	0,02	0,000
	Empatia	3,06	0,01	3,31	0,02	0,000
	Acessibilidade	2,86	0,02	3,22	0,02	0,000

Nota.¹ Teste de Mann-Whitney.

A análise global da tabela 99 permite afirmar que houve diferenças significativas (valor- $p \leq 0,050$) nas valorações obtidas em todas as seis macrodimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa, que anulou a Diferença), que foram mediadas pelo nível complexidade da assistência, para as perspectivas Expectativa e Percepção, sendo exceção a macrodimensão Confiabilidade, para a perspectiva Expectativa, na visão dos Usuários, na *proxy* M+N.

Tabela 99 - Comparação das macrodimensões de questões validadas em relação aos níveis de escolaridade de usuários – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários (Expectativa, Percepção).

Tipo	Macrodimensões/Nível de Escolaridade	Basilar		Fundamental		Médio		Superior		Valor-p
		Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	Média	E.P.	
Expectativa	Tangibilidade	3,67	0,02	3,67	0,03	3,65	0,02	3,73	0,05	0,351
	Confiabilidade	3,05	0,02	3,07	0,02	3,09	0,02	3,16	0,05	0,265
	Segurança	3,45	0,02	3,49	0,03	3,48	0,02	3,51	0,05	0,844
	Presteza	3,29	0,02	3,34	0,03	3,30	0,02	3,38	0,06	0,291
	Empatia	3,17	0,01	3,24	0,02	3,21	0,02	3,29	0,05	0,019
	Acessibilidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepção	Tangibilidade	3,16	0,02	3,19	0,03	3,24	0,02	3,40	0,06	0,010
	Confiabilidade	3,11	0,02	3,10	0,03	3,16	0,02	3,28	0,06	0,055
	Segurança	3,22	0,02	3,24	0,03	3,29	0,02	3,46	0,06	0,004
	Presteza	3,18	0,02	3,22	0,03	3,23	0,02	3,42	0,07	0,023
	Empatia	3,17	0,02	3,25	0,03	3,27	0,02	3,44	0,06	0,001
	Acessibilidade	3,10	0,02	3,21	0,03	3,09	0,02	3,25	0,07	0,007

Nota.¹ Teste de Kruskal-Wallis.

Diante dos resultados das análises das tabelas 91 a 96, sintetizou-se que, na *proxy* M+N, para a Expectativa, não houve uma tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários, na ampla maioria das 12 subdimensões de questões validadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa), com raras exceções, que se propõe aprofundar análises. Por sua vez, para a Percepção, houve tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários, na ampla maioria (≥ 11) das 13 subdimensões de questões validadas.

Por fim, das análises das tabelas 97 a 99, sintetizou-se que, na *proxy* M+N, houve diferenças significativas (valor-p $>0,050$) nas valorações obtidas na ampla maioria das seis macrodimensões de questões validadas analisadas (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa), que foram mediadas pelo nível de atenção e de complexidade da assistência, sendo exceção apenas uma macrodimensão (Confiabilidade), para a perspectiva Expectativa, quanto ao nível de complexidade da assistência. Por sua vez, para a Percepção, houve tendência de influência das variáveis mediadoras nível de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade de usuários, na ampla maioria (≥ 05) das seis macrodimensões de qualidade.

No entanto, estas tendências apontadas podem ter fragilidades, em especial quanto a perspectiva da Expectativa, pelo que se propõe aprofundar as investigações, por exemplo,

com a ampliação da amostra ou por amostragem aleatória, visto que o *proxy* M+N envolveu apenas 2.547 informantes e que a amostragem foi por conveniência.

De forma complementar, aplicou-se ainda uma análise dos níveis de associação das valorações de Expectativa e Percepção dos indivíduos obtidas para as subdimensões de questões validadas e as macrodimensões de qualidade na *proxy* M+N (2.547 informantes).

A Tabela 100 apresenta uma análise de associação das valorações de Expectativa e Percepção dos indivíduos obtidas para as subdimensões de questões validadas, na *proxy* M+N (2.547 informantes). Foi possível observar que houve correlação significativa (valor- $p \leq 0,050$) e positiva em todas as 12 subdimensões de questões validadas analisadas (Acessibilidade aos Serviços e Satisfação Global não foram mensuradas quanto a Expectativa).

Tabela 100 - Associação entre Expectativa e Percepção nas subdimensões de questões validadas – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários.

Subdimensões de questões validadas	r ¹	Valor-p
Estrutura Física	0,46	0,000
Apresentação Pessoal	0,43	0,000
Equipamentos	0,47	0,000
Instalações Físicas	0,49	0,000
Confiabilidade Organizacional	0,59	0,000
Fornecimento de Serviços	0,13	0,000
Confiança na Competência Profissional	0,62	0,000
Segurança na resolução do problema	0,54	0,000
Atenção e Disposição p/ Atendimento	0,67	0,000
Acesso a Informações	0,62	0,000
Humanização no Atendimento	0,62	0,000
Prioridade nos interesses do cliente	0,64	0,000

Nota. ¹ Correlação de Spearman.

A Tabela 101 apresenta uma análise de associação das valorações de Expectativa e Percepção dos indivíduos obtidas para as macrodimensões de qualidade, na *proxy* M+N (2.547 informantes). Foi possível observar que houve correlação significativa (valor- $p \leq 0,050$) e positiva em todas as cinco macrodimensões de qualidade (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade – esta última não foi mensurada quanto a Expectativa).

Tabela 101 - Associação entre Expectativa e Percepção nas macrodimensões de questões validadas – *Proxy* M+N (ciclo 2, estudo 5) - Visão de Usuários.

Macrodimensões	r ¹	Valor-p
Tangibilidade	0,45	0,000
Confiabilidade	0,45	0,000
Segurança	0,63	0,000

Presteza	0,74	0,000
Empatia	0,64	0,000

Nota. ¹ Correlação de Spearman.

Diante dos resultados das análises das tabelas 100 e 101, houve uma tendência que quanto maior foram os valores da Expectativa maior tenderam a ser os valores da Percepção obtidas nas subdimensões de questões validadas e macrodimensões de qualidade, em contraposição à associação negativa citada pela literatura de aplicação da escala SERVQUAL (E. Babakus & W. G. Mangold, 1992; Parasuraman et al., 1988, 1991a; Parasuraman et al., 1994), mas alinhada com outros estudos empíricos que suportam relação positiva entre *expectativas* e *satisfação* (Oliver & Linda, 1981; Swan & Trawick, 1981; Bearden e Teel, 1983), pelo que se sugere aprofundar as análises.

9.2.2. Análises inferenciais complementares dos estudos 4 e 5 (*proxies* J e M+N)

No tópico 6.2.2 procedeu-se a análise inferencial que neste tópico será complementada pela análise das correlações entre as variáveis e suas influências na Qualidade Global Percebida, conforme métodos de análise inferencial detalhados no início do tópico 6, além de uma análise descritiva da valoração média obtida da variável latente Qualidade Global Percebida e a comparação com as variáveis níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade do usuário, enquanto possíveis variáveis mediadoras da Qualidade Global Percebida, nas três *proxies* estudadas (*proxy* J e *proxy* M+N).

9.2.2.1. Análise inferencial complementar do estudo 4 (ciclo 2: *proxy* J)

Para validar as subdimensões de constructos analisadas (Equipamentos, Estrutura Física, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Confiança em Prazos etc) e macrodimensões de qualidade percebida (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança e Empatia), além de estruturar e validar a variável latente Qualidade Global Percebida, procedentes da *proxy* J (506 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias de análises inferenciais iniciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante (tópico 6.2.2.1).

De forma complementar, a partir deste ponto, apresenta-se a análise das correlações entre as variáveis estudadas (subdimensões de constructos e macrodimensões de qualidade percebida) e suas possíveis influências na variável latente Qualidade Global Percebida.

A figura 66 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 102, nos quais foi possível observar que os constructos apresentaram maiores correlações com suas respectivas subdimensões, na *proxy J* (n = 506).

Tabela 102 - Correlações entre constructos e subdimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Constructos originais / Subdimensões de constructo	Equipamentos	Estrutura Física	Apresentação Pessoal	Instalações Físicas	Confiança em Prazos	Suporte ao usuário-cliente	Confiabilidade e Organizacional
CO1	0,97	0,62	0,44	0,75			
CO2	0,98	0,62	0,46	0,76			
CO3	0,97	0,62	0,47	0,76			
CO4	0,92	0,58	0,48	0,72			
CO5	0,97	0,62	0,47	0,76			
CO6	0,61	0,98	0,44	0,65			
CO7	0,56	0,76	0,59	0,64			
CO8	0,61	0,98	0,45	0,64			
CO9	0,46	0,49	0,99	0,41			
CO10	0,48	0,50	0,98	0,44			
CO11	0,75	0,67	0,43	0,99			
CO12	0,78	0,68	0,42	0,98			
CO13					1,00		
CO14						1,00	
CO15						1,00	
CO16						1,00	
CO17							1,00
CO18							0,54
CO19					0,65		
CO20							
CO21							
CO22							
CO23							
CO24							
CO25						0,67	
CO26							
CO27						0,44	0,45
CO28							0,51
CO29							0,54
CO30						0,64	
CO31						0,65	
CO32						0,61	
CO33							
CO34							
CO35						0,50	
CO36						0,70	
CO37						0,70	
CO38							
CO39						0,52	
CO40							

Nota: Manteve-se na tabela apenas os valores acima de 0,40, mas todos os valores (independente das magnitudes das correlações) dos constructos vinculados às suas respectivas dimensões.

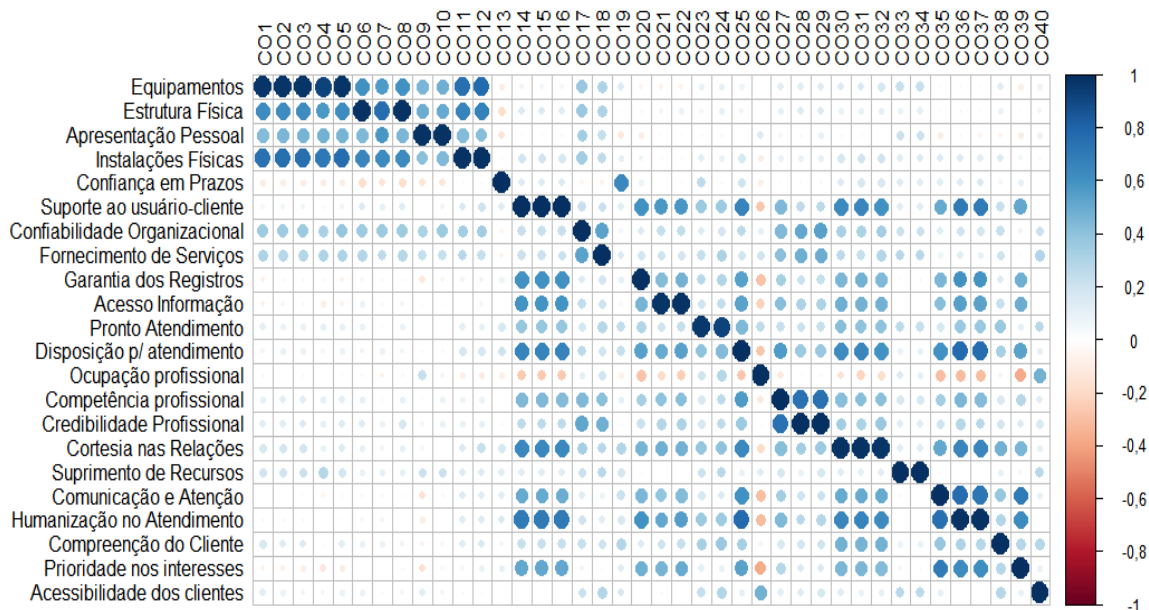


Figura 66 - Correlações entre constructos originais e subdimensões de constructos- Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

A figura 67 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 103, nos quais foi possível observar que as subdimensões dos constructos apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões, na proxy J (n = 506).

Tabela 103 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de constructos – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Subdimensões de constructos/Macrodimensões	Tangibilidade	Confiabilidade	Presteza	Segurança	Empatia
Equipamentos	0,88				
Estrutura Física	0,86				
Apresentação Pessoal	0,68				
Instalações Físicas	0,89				
Confiança em Prazos		0,13			
Suporte ao usuário-cliente		0,91	0,71	0,48	0,67
Confiabilidade Organizacional	0,43	0,21		0,54	
Fornecimento de Serviços	0,33	0,23		0,49	
Garantia dos Registros		0,88	0,57		0,59
Acesso Informação		0,59	0,74	0,46	0,55
Pronto Atendimento		0,38	0,69		
Disposição p/ atendimento		0,68	0,88	0,59	0,75
Ocupação profissional			-0,13		
Competência profissional		0,44	0,53	0,93	0,43
Credibilidade Profissional				0,90	
Cortesia nas Relações		0,63	0,67	0,59	0,64
Suprimento de Recursos			0,15	0,18	

Comunicação e Atenção	0,53	0,54		0,91
Humanização no Atendimento	0,74	0,75	0,50	0,94
Compreensão do Cliente		0,40		0,36
Prioridade nos interesses	0,56	0,51		0,80
Acessibilidade dos clientes				0,06

Nota: Manteve-se na tabela apenas os valores acima de 0,40, mas todos os valores (independente das magnitudes das correlações) dos constructos vinculados às suas respectivas dimensões.

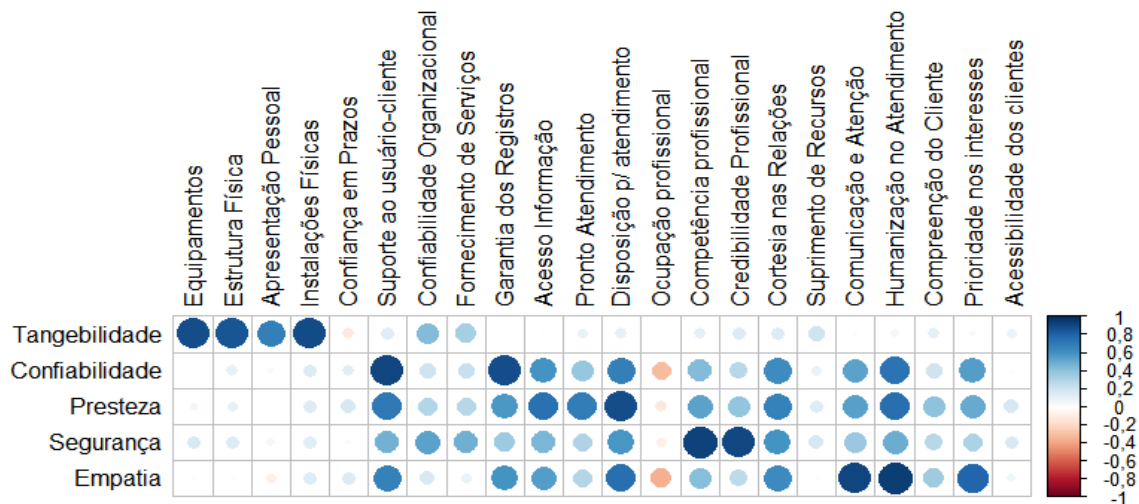


Figura 67 - Gorrelações entre as subdimensões e as macrodimensões de constructos – *Proxy J* (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável Qualidade Global Percebida, inclusive quanto as possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários.

A Tabela 104 apresenta uma análise descritiva da valoração média obtida e a comparação com as variáveis níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade do usuário, enquanto possíveis variáveis mediadoras da variável latente Qualidade Global Percebida, na *proxy J* (506 informantes, no ciclo 2 de aplicação de campo, visão de usuários). Logo, pode-se observar que:

- A Qualidade Global Percebida média foi 3,17 e a mediana foi de 3,01;
- 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3,00 (importante/relevante) para a Qualidade Global Percebida média.
- Quanto aos níveis de atenção à saúde, o nível Secundário de atenção apresentou a maior variabilidade (0,03) na Qualidade Global Percebida e o

nível Terciário menor valorção média (3,13), enquanto o nível Secundário obteve a maior valorção média (3,23).

- Quanto aos níveis de complexidade da assistência os níveis de Baixa e Média complexidade apresentaram valorções muito similares, cerca de 3,17.
- O nível de escolaridade de Usuários Superior apresentou a maior variabilidade (0,08) na Qualidade Global Percebida, enquanto o nível Médio obteve a menor valorção média (3,11) e o nível Basilar a maior valorção média (3,25).
- Houve diferença significativa (valor-p=0,000) da Qualidade Global Percebida entre os níveis de Atenção à saúde. Ao fazerem-se as comparações múltiplas, houve diferença significativa (valor-p≤0,050) do nível de atenção Secundária em relação aos demais níveis, uma vez que os indivíduos no nível de atenção secundária apresentaram valorção média da Qualidade Global Percebida significativamente maior que os demais níveis;
- Não houve diferença significativa (valor-p=0,104) da valorção atribuída a Qualidade Global Percebida em relação aos níveis de complexidade;
- Houve diferença significativa (valor-p=0,000) da Qualidade Global Percebida entre os níveis de escolaridade dos indivíduos. Ao fazerem-se as comparações múltiplas, houve diferença significativa (valor-p≤0,050) do nível Basilar em relação aos níveis Fundamental e Médio, uma vez que os indivíduos com escolaridade basilar apresentaram valorção média da Qualidade Global Percebida significativamente.

Tabela 104 - Comparação da Qualidade Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – Proxy J (ciclo 2, estudo 4) (Visão de Usuários).

Variáveis/Performance		Média	E.P	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor-P
Qualidade Global Percebida		3,17	0,01	3,00	3,02	3,22	-
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	3,16	0,02	3,00	3,00	3,22	0,000
	Atenção Secundária	3,23	0,03	3,00	3,12	3,35	
	Atenção Terciária	3,13	0,02	3,00	3,00	3,19	
Nível Complexidade da assistência	Baixa	3,16	0,02	3,00	3,00	3,22	0,104
	Média	3,18	0,02	3,00	3,06	3,22	
Escolaridade	Basilar	3,25	0,02	3,00	3,10	3,40	0,000
	Fundamental	3,12	0,03	3,00	3,00	3,16	
	Médio	3,11	0,02	3,00	3,00	3,16	

9.2.2.2. Análise inferencial complementar do estudo 5 (ciclo 2: *proxy M*)

Para validar as subdimensões de questões validadas analisadas (Equipamentos, Estrutura Física, Apresentação Pessoal, Instalações Físicas, Confiabilidade Organizacional etc) e macrodimensões de qualidade percebida (Tangibilidade, Confiabilidade, Presteza, Segurança, Empatia e Acessibilidade), além de estruturar e validar a variável latente Qualidade Global Percebida, procedentes da *proxy M+N* (2.547 informantes), aplicou-se métodos de análise inferencial a fim de consolidar os modelos desenhados nesta investigação, em três categorias de análises inferenciais iniciais: estudo das cargas fatoriais entre variáveis, validação por critérios de qualidade e validade além de análise da qualidade (ajustamento) do modelo final resultante (tópico 6.2.2.2).

De forma complementar, a partir deste ponto, apresenta-se a análise das correlações entre as variáveis estudadas (subdimensões e macrodimensões de qualidade percebida) e suas possíveis influências na variável latente Qualidade Global Percebida.

A figura 68 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 105, nos quais foi possível observar que as questões validadas apresentaram maiores correlações com suas respectivas subdimensões, para a Expectativa, na *proxy M+N* ($n = 2.547$), apesar da ampla maioria das correlações entre as questões validadas e as subdimensões tiveram valores elevados.

Tabela 105 - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas (Expectativa) – *Proxy M+N*.

Questões validadas/Subdimensão de questões validadas	Estrutura Física	Apresentação Pessoal	Equipamentos	Instalações Físicas	Confiabilidade Organizacional	Fornecimento de Serviços
SDQ01CV1	0,93	0,60	0,61	0,61	0,45	0,33
SDQ01CV2	0,89	0,67	0,60	0,61	0,44	0,32
SDQ03CV3	0,70	1,00	0,62	0,61	0,46	0,32
SDQ04CV4	0,67	0,62	1,00	0,77	0,45	0,35
SDQ05CV5	0,67	0,61	0,77	1,00	0,47	0,37
SDQ06CV6	0,49	0,46	0,45	0,47	1,00	0,35
SDQ07CV7	-0,06	-0,03	-0,06	-0,04	0,07	0,04
SDQ07CV8	0,36	0,32	0,35	0,37	0,35	1,00
SDQ09CV9	0,44	0,42	0,41	0,41	0,64	0,50
SDQ09CV10	0,41	0,41	0,37	0,41	0,69	0,38
SDQ17CV17	0,43	0,39	0,40	0,39	0,65	0,34
SDQ11CV11	0,39	0,37	0,38	0,41	0,62	0,45

SDQ11CV12	0,39	0,36	0,36	0,39	0,47	0,54
SDQ15CV15	0,47	0,43	0,41	0,40	0,58	0,40
SDQ15CV16	0,46	0,42	0,39	0,40	0,55	0,45
SDQ13CV13	0,33	0,30	0,34	0,31	0,36	0,52
SDQ13CV14	0,41	0,37	0,37	0,38	0,55	0,46
SDQ18CV18	0,33	0,30	0,32	0,36	0,35	0,53
Questões validadas/Subdimensão de questões validadas	Confiança na Competência Profissional	Segurança na resolução do problema	Atenção e Disposição p/ Atendimento	Acesso a Informações	Humanização no Atendimento	Prioridade nos interesses do cliente
SDQ01CV1	0,43	0,40	0,41	0,48	0,42	0,31
SDQ01CV2	0,39	0,37	0,37	0,43	0,36	0,28
SDQ03CV3	0,44	0,39	0,41	0,46	0,38	0,30
SDQ04CV4	0,41	0,40	0,41	0,44	0,40	0,32
SDQ05CV5	0,44	0,39	0,45	0,43	0,40	0,36
SDQ06CV6	0,72	0,65	0,61	0,62	0,55	0,35
SDQ07CV7	0,09	0,10	0,10	0,09	0,09	0,10
SDQ07CV8	0,46	0,34	0,54	0,45	0,54	0,53
SDQ09CV9	0,89	0,61	0,67	0,62	0,61	0,47
SDQ09CV10	0,96	0,68	0,68	0,63	0,59	0,39
SDQ17CV17	0,70	1,00	0,65	0,71	0,61	0,40
SDQ11CV11	0,72	0,63	0,93	0,64	0,64	0,45
SDQ11CV12	0,57	0,52	0,87	0,62	0,67	0,52
SDQ15CV15	0,64	0,66	0,65	0,95	0,68	0,44
SDQ15CV16	0,59	0,65	0,63	0,89	0,63	0,48
SDQ13CV13	0,43	0,38	0,56	0,48	0,79	0,49
SDQ13CV14	0,64	0,63	0,69	0,72	0,95	0,47
SDQ18CV18	0,45	0,40	0,53	0,50	0,53	1,00

Nota: Manteve-se na tabela todos os valores visto que a magnitude da ampla maioria das correlações entre as questões validadas e as subdimensões tiveram valores elevados.

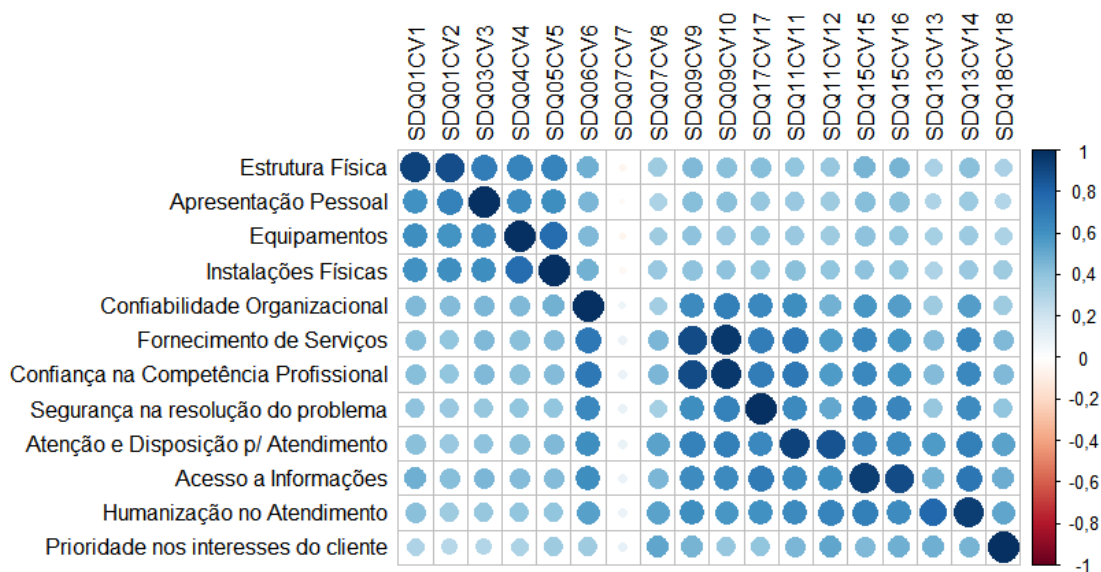


Figura 68 - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas – Proxy M+N (Expectativa).

A figura 69 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 106, nos quais foi possível observar que as subdimensões de questões validadas apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões, para a Expectativa, na proxy M+N (n = 2.547), apesar da ampla maioria das correlações entre as subdimensões e as macrodimensões tiveram valores elevados.

Tabela 106 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões questões validadas (Expectativa) – Proxy M+N.

Subdimensão de questões validadas/Macrodimensões	Tangibilidade	Confiabilidade	Segurança	Presteza	Empatia
Estrutura Física	0,89	0,49	0,47	0,51	0,43
Apresentação Pessoal	0,85	0,46	0,44	0,47	
Equipamentos	0,87	0,45	0,43	0,46	0,41
Instalações Físicas	0,87	0,47	0,44	0,48	0,43
Confiabilidade Organizacional	0,54	1,00	0,72	0,67	0,51
Fornecimento de Serviços	0,40	0,35	0,41	0,53	0,61
Confiança na Competência Profissional	0,50	0,72	0,87	0,75	0,62
Segurança na resolução do problema	0,46	0,65	0,96	0,74	0,57
Atenção e Disposição p/ Atendimento	0,49	0,61	0,73	0,90	0,72
Acesso a Informações	0,53	0,62	0,75	0,94	0,69
Humanização no Atendimento	0,46	0,55	0,67	0,78	0,87
Prioridade nos interesses do cliente			0,45	0,56	0,88

Nota: Manteve-se na tabela todos os valores visto que a magnitude da ampla maioria das correlações entre as subdimensões de questões validadas e as macrodimensões tiveram valores elevados.

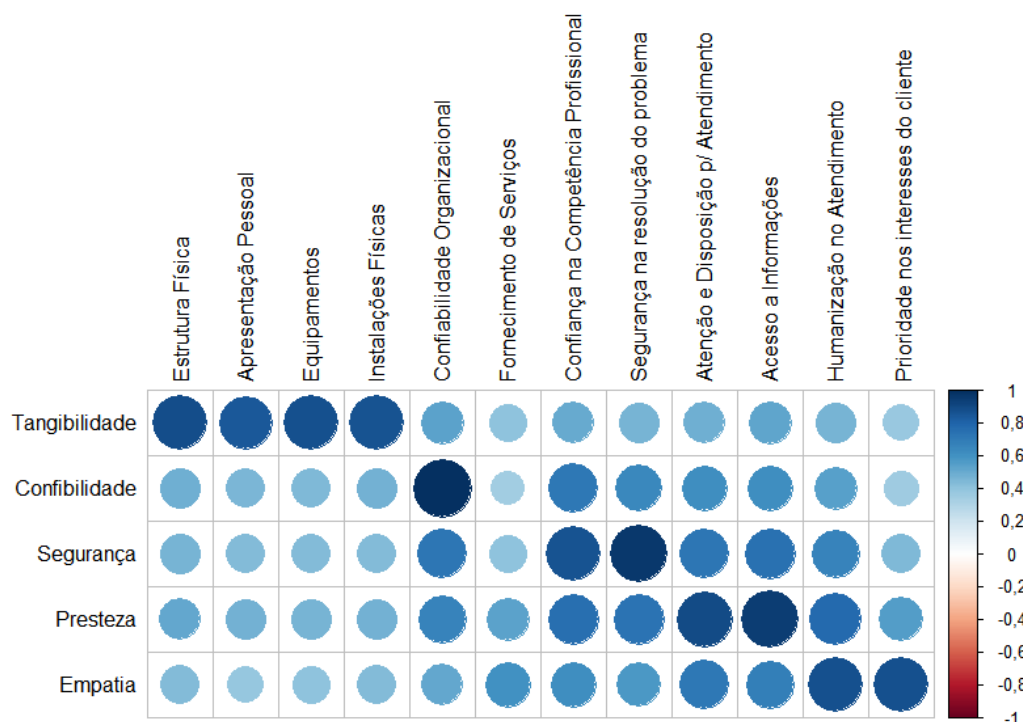


Figura 69 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de questões validadas – Proxy M+N (Expectativa).

A figura 70 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 107, nos quais foi possível observar que as questões validadas apresentaram maiores correlações com suas respectivas subdimensões, para a Percepção, na proxy M+N (n = 2.547), apesar da ampla maioria das correlações entre as questões validadas e as subdimensões tiveram valores elevados.

Tabela 107 - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas (Percepção) – Proxy M+N.

Questões validadas/Subdimensão de questões validadas	Estrutura Física	Apresentação Pessoal	Equipamentos	Instalações Físicas	Confiabilidade Organizacional	Fornecimento de Serviços	Confiança na Competência P.
SDQ01CV1	0,92	0,62	0,59	0,59	0,57	0,53	0,55
SDQ01CV2	0,91	0,68	0,63	0,59	0,59	0,56	0,57
SDQ03CV3	0,71	1,00	0,67	0,63	0,62	0,54	0,60
SDQ04CV4	0,66	0,67	1,00	0,76	0,63	0,57	0,59
SDQ05CV5	0,65	0,63	0,76	1,00	0,65	0,57	0,61
SDQ06CV6	0,63	0,62	0,63	0,65	1,00	0,60	0,67
SDQ07CV7	0,42	0,34	0,41	0,38	0,41	0,85	0,44
SDQ07CV8	0,58	0,57	0,57	0,59	0,62	0,86	0,72
SDQ09CV9	0,59	0,59	0,58	0,59	0,66	0,67	0,93
SDQ09CV10	0,53	0,52	0,51	0,54	0,58	0,60	0,92
SDQ17CV17	0,55	0,54	0,58	0,57	0,61	0,56	0,63
SDQ11CV11	0,44	0,43	0,45	0,49	0,48	0,59	0,61

SDQ11CV12	0,46	0,45	0,46	0,49	0,48	0,60	0,58
SDQ15CV15	0,49	0,47	0,54	0,53	0,53	0,61	0,57
SDQ15CV16	0,53	0,50	0,56	0,57	0,57	0,62	0,61
SDQ13CV13	0,50	0,50	0,52	0,51	0,53	0,61	0,60
SDQ13CV14	0,51	0,50	0,52	0,53	0,52	0,60	0,60
SDQ18CV18	0,54	0,56	0,58	0,59	0,61	0,62	0,68
SDQ19CV19	0,35	0,31	0,35	0,32	0,35	0,46	0,31
Questões validadas/Subdimensão de questões validadas	Segurança na resolução do problema	Atenção e Disposição p/ Atendimento	Acesso a Informações	Humanização no Atendimento	Prioridade nos interesses do cliente	Acessibilidade aos Serviços	
SDQ01CV1	0,50	0,44	0,52	0,48	0,50	0,31	
SDQ01CV2	0,51	0,45	0,51	0,51	0,50	0,33	
SDQ03CV3	0,54	0,47	0,53	0,53	0,56	0,31	
SDQ04CV4	0,58	0,49	0,60	0,56	0,58	0,35	
SDQ05CV5	0,57	0,53	0,60	0,55	0,59	0,32	
SDQ06CV6	0,61	0,52	0,60	0,56	0,61	0,35	
SDQ07CV7	0,37	0,45	0,47	0,44	0,37	0,46	
SDQ07CV8	0,58	0,63	0,67	0,67	0,68	0,32	
SDQ09CV9	0,60	0,58	0,63	0,62	0,66	0,31	
SDQ09CV10	0,56	0,61	0,56	0,57	0,60	0,27	
SDQ17CV17	1,00	0,53	0,67	0,58	0,64	0,33	
SDQ11CV11	0,50	0,92	0,62	0,68	0,57	0,27	
SDQ11CV12	0,50	0,94	0,67	0,74	0,57	0,27	
SDQ15CV15	0,57	0,66	0,92	0,73	0,64	0,31	
SDQ15CV16	0,66	0,62	0,91	0,65	0,66	0,33	
SDQ13CV13	0,54	0,72	0,68	0,94	0,62	0,30	
SDQ13CV14	0,55	0,70	0,73	0,93	0,61	0,28	
SDQ18CV18	0,64	0,61	0,71	0,66	1,00	0,28	
SDQ19CV19	0,33	0,29	0,35	0,31	0,28	1,00	

Nota: Manteve-se na tabela todos os valores visto que a magnitude da ampla maioria das correlações entre as questões validadas e as subdimensões tiveram valores elevados.

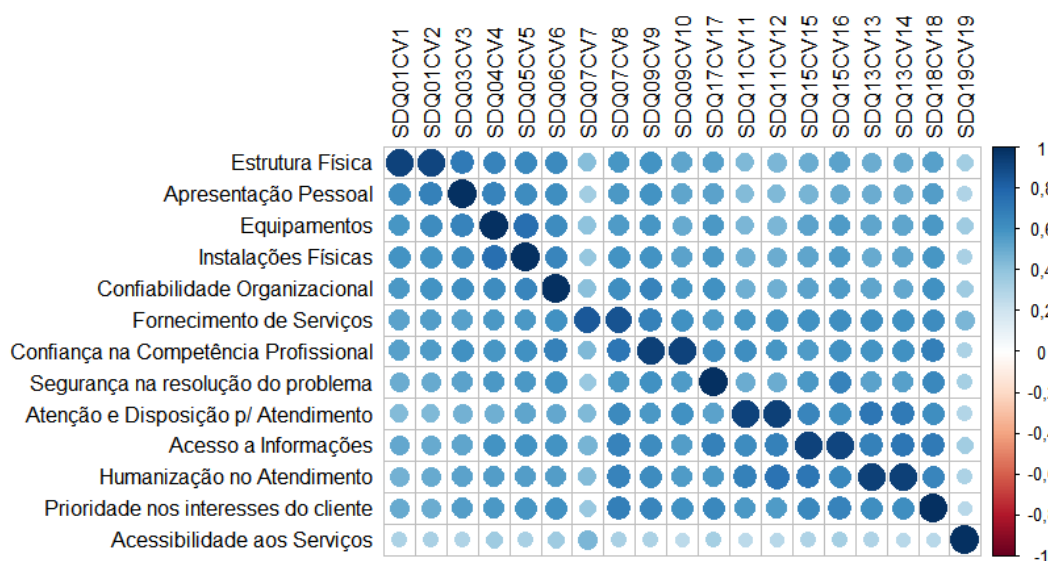


Figura 70 - Correlações entre questões validadas e subdimensões de questões validadas – Proxy M+N (Percepção).

A figura 71 sintetizou os resultados apresentados na Tabela 108, nos quais foi possível observar que as subdimensões de questões validadas apresentaram maiores correlações com suas respectivas macrodimensões, para a Percepção, na *proxy* M+N (n = 2.547), apesar da ampla maioria das correlações entre as subdimensões e as subdimensões tiveram valores elevados.

Tabela 108 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de questões validadas (Percepção) – *Proxy* M+N.

Subdimensão de questões validadas/Macrodimensões	Tangibilidade	Confiabilidade	Segurança	Presteza	Empatia	Acessibilidade
Estrutura Física	0,86	0,69	0,64	0,56	0,59	0,35
Apresentação Pessoal	0,85	0,65	0,63	0,54	0,60	0,31
Equipamentos	0,89	0,67	0,64	0,59	0,62	0,35
Instalações Físicas	0,88	0,69	0,66	0,61	0,63	0,32
Confiabilidade Organizacional	0,72	0,92	0,71	0,61	0,64	0,35
Fornecimento de Serviços	0,66	0,86	0,69	0,71	0,70	0,46
Confiança na Competência Profissional	0,69	0,76	0,90	0,70	0,73	0,31
Segurança na resolução do problema	0,64	0,66	0,91	0,65	0,67	0,33
Atenção e Disposição p/ Atendimento	0,57	0,63	0,65	0,92	0,76	0,29
Acesso a Informações	0,66	0,70	0,73	0,92	0,80	0,35
Humanização no Atendimento	0,63	0,67	0,68	0,82	0,92	0,31
Prioridade nos interesses do cliente	0,65	0,68	0,73	0,72	0,90	0,28
Acessibilidade aos Serviços	0,38	0,44	0,36	0,35	0,32	1,00

Nota: Manteve-se na tabela todos os valores visto que a magnitude da ampla maioria das correlações entre as subdimensões de questões validadas e as macrodimensões tiveram valores elevados.

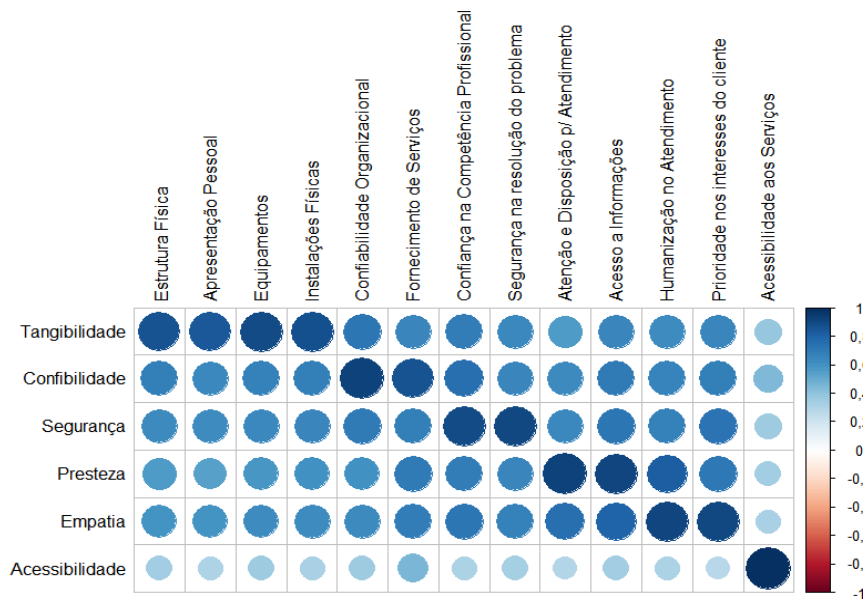


Figura 71 - Correlações entre as subdimensões e as macrodimensões de questões validadas – *Proxy* M+N (Percepção).

Explorou-se, ainda, uma análise descritiva da variável Qualidade Global Percebida, inclusive quanto as possíveis influências das variáveis nível de atenção à saúde, nível de complexidade da assistência e nível de escolaridade de usuários.

A Tabela 109 apresenta uma análise descritiva da valoração média obtida e a comparação com as variáveis níveis de atenção à saúde, de complexidade da assistência e de escolaridade do usuário, enquanto possíveis variáveis mediadoras da variável latente Qualidade Global Percebida, na *proxy* M+N (2.547 informantes, no ciclo 2 de aplicação de campo, visão de usuários). Logo, pode-se observar que:

- A Qualidade Global Percebida média e mediana foi de 3,35 e 3,00, respectivamente
- 75% das respostas atribuídas resultaram em valoração superior a 3 (importante/relevante) para a Qualidade Global Percebida média.
- O nível Primário de atenção apresentou a menor variabilidade (0,02) na Qualidade Global Percebida e a menor valoração média (2,99), enquanto o nível Secundário obteve a maior valoração média (3,63).
- O nível de média complexidade da assistência apresentou a maior valoração média (3,47).
- Os níveis de escolaridade de Usuários Superior apresentaram a maior variabilidade (0,08) na Qualidade Global Percebida, enquanto o nível Médio obteve a menor valoração média (3,31) e o nível Superior a maior valoração média (3,51).
- Houve diferença significativa (valor-p=0,000) da Qualidade Global Percebida entre os níveis de atenção à saúde. Ao fazer-se as comparações múltiplas, houve diferença significativa (valor-p≤0,050) entre todos os níveis, sendo que os indivíduos da atenção secundária apresentaram valoração média atribuída significativamente maior e os indivíduos da atenção primária apresentaram valoração média atribuída significativamente menor;
- Houve diferença significativa (valor-p=0,000) da Qualidade Global Percebida entre os níveis de Complexidade da assistência, sendo que os

indivíduos da Média complexidade apresentaram valoração média atribuída significativamente maior;

- Houve diferença significativa (valor-p=0,003) da Qualidade Global Percebida entre os níveis de Escolaridade. Ao fazerem-se as comparações múltiplas, houve diferença significativa entre os de níveis de basilar e superior (valor-p=0,000), sendo que os indivíduos com escolaridade basilar apresentaram Qualidade Global Percebida significativamente menor.

Tabela 109 - Comparação da Qualidade Global Percebida em relação às variáveis de caracterização selecionadas – Proxy M+N (ciclo 2, estudo 5) -Visão de Usuários (Percepção)

Variáveis/Performance		Média	E.P	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Valor-P
Qualidade Global Percebida		3,35	0,04	3,00	3,00	4,00	-
Nível de Atenção à Saúde	Atenção Primária	2,99	0,02	3,00	3,00	3,00	0,000
	Atenção Secundária	3,63	0,03	3,00	3,00	4,00	
	Atenção Terciária	3,32	0,03	3,00	3,00	4,00	
Nível Complexidade da assistência	Baixa	2,99	0,02	3,00	3,00	3,00	0,000
	Média	3,47	0,02	3,00	3,00	4,00	
Escolaridade	Basilar	3,28	0,02	3,00	3,00	4,00	0,003
	Fundamental	3,41	0,04	3,00	3,00	4,00	
	Médio	3,31	0,03	3,00	3,00	4,00	
	Superior	3,51	0,08	3,00	3,00	4,00	

ANEXOS

Anexo 1

Para início, elaborou-se uma estratégia para uma ampla revisão sistemática pesquisa genérica prévia, em publicações dos últimos 12 anos (Jan/2005 a Dez/2016) na qual se investigou as principais metodologias e indicadores de avaliação multidimensional em hospitais e serviços de saúde. De seguida, construiu-se as estratégias de busca bibliográfica, através dos termos padronizados internacionais (MesH), conforme bibliometria apresentada na tabela 110 abaixo, inclusive com termos transversais e similares para ter uma visão alargada da literatura disponível, através de técnicas estruturadas de revisão sistemática.

Foram investigadas as bases de dados relevantes da área de governação, gestão e avaliação de saúde, e exploradas as seguintes bases de dados: B-On; ABI-Inform/Proquest; Repositórios digitais de teses doutorais de 551 universidades em 28 países Europeus (DART-Europe), de teses e dissertações de 25 universidades e institutos superiores Portugueses (RCAAP/P) e de teses e dissertações de 96 universidades e institutos superiores Brasileiros (BDTD). Ao longo da pesquisa pretende-se avançar e explorar outras importantes bases científicas, de forma a buscar entender o estado da arte em medição de performance em hospitais e serviços de saúde, como por exemplo: Pubmed (Medline); Cochrane Library; Embase; CRD (York); Portal Capes-Brasil (Bireme, Scielo e Lilacs); AHRQ (Eua), dentre outras que surjam como relevantes; A pesquisa inicial, pretendeu explorar uma visão quantitativa holística da pesquisa em governação, avaliação econômica e metodologias de avaliação genéricas aplicadas à saúde e mais especificamente, tendo os resultados sintetizados a seguir. Aprofundou-se a pesquisa avaliando as publicações na área de economia de saúde, e gestão de sistemas de saúde e hospitais, além de seus termos (MeSH) mais utilizados na literatura mundial, buscando ter um maior espectro de resultados, em bases de artigos científicos como B-On e ABI-Inform, que integram diversas bases de publicações científicas. Percebeu-se um fosso (hiato) ainda mais perceptível entre as publicações do contexto do Brasil e os demais países pesquisados, exposto na tabela 110, a seguir.

Nesta pesquisa o tema Eficiência em Saúde (*Health Efficiency*) aparece com 5.868 publicações na biblioteca digital B-on, 1.599 na biblioteca digital ABI-Inform, 370 teses doutorais nos repositórios de teses da Europa, e nos repositórios de Portugal com 132 ou 184 teses e dissertações, quando, respectivamente, são pesquisados com os termos em inglês ou

português, dos quais 32 são teses doutoriais, sendo que uma análise rápida de todas estas publicações demonstra que estudos de Eficiência em Saúde tem sido aplicado em diversas áreas da avaliação econômica dos sistemas e serviços de saúde. Enquanto isso, no repositório brasileiro (BDTD), os trabalhos de pesquisa parecem ser muito resumidos.

Os resultados obtidos são sugestivos e podem apoiar no argumento central deste trabalho. Uma pesquisa pelo termo “*Health Economics*”, resultou em 17 teses doutoriais Europeias, e ao pesquisar pelo termo “*Economia da Saúde*” resultou em 12 teses de Portugal (e mais 163 dissertações de mestrado), registrando-se uma análise variada de assuntos (eficiência, eficácia, oferta, demanda, alocação de recursos, financiamento, custos, ganhos de qualidade de vida, análise econômica da decisão, etc), enquanto que a mesma busca no repositório do Brasil apresentou apenas uma tese doutoral e uma dissertação de mestrado. Da mesma, forma para o termo “*Health Economics Evaluation*” emergiram 27 teses doutoriais Europeias, e para o termo “*Avaliação Econômica de Saúde*” obteve-se 02 teses doutoriais de Portugal e 40 dissertações de mestrado, sendo que para a produção científica do Brasil, não se registrou nenhum resultado, mesmo pesquisando por variações deste termo.

Em um enfoque mais pragmático e direcionado ao objeto desta investigação, sobre as metodologias e instrumentos de medição de performance a análise prévia da literatura selecionada pela revisão sistemática ampla, pesquisou-se e catalogou-se para posterior análise detalhada em torno de 248 artigos e 36 teses doutoriais, distribuídos nas seguintes categorias: 26 estudos sobre definições conceituais das metodologias e instrumentos de medição de performance, 64 relatos de aplicação das metodologias e instrumentos de medição de performance em hospitais e serviços de saúde, 37 caracterizações de enquadramento conceptual (*framework*) da avaliação de performance e/ou sistemas de indicadores em saúde, 23 estudos de definições conceituais das metodologias priorizadas de medição de performance econômicas, 53 relatos de aplicação de indicadores de eficiência e performance econômica em saúde e hospitais, 37 estudos sobre a regulação e governação de redes de serviços de saúde e hospitais e 21 estudos conceituais de instrumentos específicos aplicados à gestão de performance de rede de saúde e hospital (*Balanced Scorecard, Benchmarck, Dashboard*) e 33 aplicações destes instrumentos em hospitais e serviços de saúde, além de 27 estudos sobre conceitos e aplicação de parametrização de performance por riscos assistenciais.

Ainda pela técnica de revisão integrativa (tabela 110), foram pesquisados instrumentos de gestão da qualidade e indicadores de satisfação em organizações e serviços

de saúde, visto ter sido propostos como parte do presente estudo, através de termos tais como: *Perceived Quality in Hospital, Perceived Satisfaction in Hospital, Hospital Dashboard, Clinical Dashboard, SERVQUAL Scale, ServPerf Scale*, dentre outros similares foram pesquisados, pelo que identificou-se poucas centenas de artigos publicados na B-on e na ABI- Inform e apenas algumas teses específicas publicadas na DART-Europe, mas não se achou nenhuma publicação brasileira no repositório BDTD e em outros repositórios de publicações científicas.

Tabela 110 - Bibliometria da pesquisa integrativa de estudos relevantes de avaliação, monitoramento e mensuração de performance, no âmbito mundial (países selecionados)

Base de Dados vs Termos (MeSh) de Pesquisas	Trip Database ⁷⁹ (Pubmed, Medline, etc)	B-on ⁸⁰ (Multiplas Base)	ABI-Inform ⁸¹ (Proquest / EconLit, etc)	DART-Europe ⁸²	RCAAP ⁸³
Parte I - Síntese da Pesquisa de Publicações ⁸⁴ em Bases de Artigos Científicos e Teses ⁸⁵ Doutorais (<i>Temas genéricos</i>)					
A. <i>Visão Global de Governação e Gestão Sistêmica (Saúde e Hosp.)</i>					
Health System Management	93	9.390	3.546	429	35/421

⁷⁹ Permite uma busca alargada em diversas bases de dados, mas em sua maioria apenas com abstracts, autores e repositórios científicos, e posterior acesso ao texto completo. Pesquisa em todo o documento e anos.

⁸⁰ Integrada por diversas bases científicas, mas a maioria dos trabalhos emergiram das seguintes bases: Elsevier Science Direct, Encyclopedia of Life Sciences, Web of Knowledge, Academic Search Complete (EBSCO), Business Source Complete (EBSCO) Biomed Central, IEEE Xplore, Medline (Isi Work), PubMed, PubMed Central, PubMed (Biomed Central), Scielo Global. Scielo Portugal, Springer (SRD API), Wiley Online Library (Wiley), EconLit, dentre outras. Pesquisa Opção Global por Título ou Assunto em 2005-2016.

⁸¹ Integrada pelas bases ABI-Inform/Proquest/EconLit, compostos de jornais e revistas de negócio, economia e marketing. Pesquisa por Título, Resumo ou Assunto em 2005-2016. Opções para Textos Completos e Artigos.

⁸² Portal digital de teses e produção científica das principais Universidades e Institutos Superiores de todos os países da Europa (618 instituições em 28 países), com disponibilidade de texto integral. Pesquisa (Tese Doutoral) por Título, Resumo ou Assunto em 2005-2017, com termos em Inglês.

⁸³ Portal digital de teses e produção científica das principais Universidades e Institutos Superiores de Portugal. Pesquisa (Tese / Dissertação) por Título, Resumo ou Assunto em 2005-2017, com termos em Inglês e busca complementar com termos em Português.

⁸⁴ Na busca em bases de artigos, aplicou-se alguns filtros direcionadores de busca. Período de Publicação: (01/01/2005 a 29/12/2016) – Limites: textos completos e revisado por pares – Locais de Busca: Título OR Resumo OR Palavras Chaves) – Linguas: Inglês OU Espanhol OR Português. Refinamento/Filtro Pós-Resultados por Classe de Assunto: EDS e/ou B-ON (public health OR health-care OR health services OR hospital(s) OR hospital care OR decision making OR outcome assessment (medical care) OR medical care - quality control OR medical care - evaluation OR evaluation OR health services accessibility OR health facilities OR length of stay in hospitals OR medical care costs OR health services administration OR delivery of health care OR hospital administration OR patient satisfaction OR treatment effectiveness OR organizational effectiveness OR efficiency organizational OR cost effectiveness OR economic evaluation OR health care cost OR cost-effectiveness analysis OR cost benefit analysis OR cost-benefit analysis OR medical care -- quality management OR hospitals - emergency service OR emergency medical services OR delivery of health care OR performance evaluation OR clinical governance OR hospital emergency services OR emergency medical services OR health care industry OR national health services); ABI/Proquest (classe genérica: health care industry). Procedeu-se a ordenação da visualização: por relevância.

⁸⁵ No caso de pesquisas nos Repositórios Teses os únicos filtros foi a busca pelo termo pesquisado e Teses Doutorais (Idiomas: Português e no caso do RCAAP e BDTD, destacou-se Inglês/Espanhol.).

Hospital Management	124	62.180	5.079	435	339/28
Health System Governance (“PT=Governança, BR=Governança”)	1.505	1.985	2.040/1.366	64	20/39
Hospital Governance (“PT=Governança, BR=Governança”)	844	1.135	1.066/1.066	25	11/07
<i>B. Visão Global de Avaliação Econômica (Eficiência/ Efetividade/ Custos) (Saúde e Hosp.)</i>					
Healthcare ⁸⁶ Economics	35	1.645	240	51	10/177
Healthcare Economic Evaluation	34	1.603	103	35	06/18
Health Care Costs (Custos de Saúde)	62	9.193	2.903	568	111/295
Health Efficiency (Eficiência em Saúde)	18	5.884	2.709	760	335/426
(Healthcare Efficiency)	12	1.646	2.602	133	26/37
Hospital Efficiency (Eficiência em Hospital)	18	1.860	1.520	119	77/35
Parte II - Síntese da Pesquisa de Publicações ⁸⁷ em Bases de Artigos Científicos e Teses ⁸⁸ Doutorais (<i>Temas específicos</i>)					
<i>C. Aplicação de Estudos Econômicos e Custos em Saúde e Hospitais</i>					
Cost-Effectiveness Analysis ⁸⁹	212	9.306	1.127	3.495	45/36
Cost-Effectiveness Analysis “in Health Care”	66	3.888	361	219	45/14
Cost-Effectiveness Analysis “in Hospital”	116	1.870	67	130	10/05
Cost-Utility Analysis ⁹⁰ (Cost Utility Analysis)	150	1.675	549	3.495	05/04

⁸⁶ No repositório RCAAP surgiram duas traduções “PT: cuidados de saúde” e “BR: atenção à saúde”.

⁸⁷ Na busca em bases de artigos, aplicou-se alguns filtros direcionadores de busca. Período de Publicação: (01/01/2005 a 29/12/2016) – Limites: textos completos e revisado por pares – Locais de Busca: Título OR Resumo OR Palavras Chaves – Linguas: Inglês OU Espanhol OR Português. Refinamento/Filtro Pós-Resultados por Classe de Assunto: EDS e/ou B-ON (public health OR health-care OR health services OR hospital(s) OR hospital care OR decision making OR outcome assessment (medical care) OR medical care - quality control OR medical care - evaluation OR evaluation OR health services accessibility OR health facilities OR length of stay in hospitals OR medical care costs OR health services administration OR delivery of health care OR hospital administration OR patient satisfaction OR treatment effectiveness OR organizational effectiveness OR efficiency organizational OR cost effectiveness OR economic evaluation OR health care cost OR cost-effectiveness analysis OR cost benefit analysis OR cost-benefit analysis OR medical care - quality management OR hospitals - emergency service OR emergency medical services OR delivery of health care OR performance evaluation OR clinical governance OR hospital emergency services OR emergency medical services OR health care industry OR national health services); ABI/Proquest (classe genérica: health care industry). Procedeu-se a ordenação da visualização: por relevância.

⁸⁸ No caso de Repositórios de Teses os únicos filtros foi a busca pelo termo pesquisado e Teses Doutorais (Idiomas: Inglês/Espanhol e no caso do RCAAP e BDTD acrescentou-se Português)

⁸⁹ Pela amplitude do tema, em seguida, refinou-se a busca pelo acréscimo das expressões “in health system”, “in healthcare” e “in hospital”

⁹⁰ Pela amplitude do tema, em seguida, refinou-se a busca pelo acréscimo das expressões “in healthcare” e “in hospital”

Cost-Utility Analysis “ <i>in health care</i> ”	58	1.001	144	219	03/05
Cost-Utility Analysis “ <i>in hospital</i> ”	95	371	19	130	02/01
Cost Benefit Analysis Health ⁹¹	87	1.287	1.103	67	19/22
Cost Benefit Analysis “ <i>in health care</i> ”	86	4.308	308	27	09/00
Cost Benefit Analysis “ <i>in hospital</i> ”	74	1974	88	17	04/04
Qaly Cost-Utility	150	2.094	132	71	03/04
<i>D. Medição de Resultados e Performance/ Desempenho em Saúde</i>					
Health System Performance		1.540	1.094	456	47/55
Health Care Performance		4.158	3.408	412	50/45
Hospital Performance Desempenho em hospitais		4.084	1.686	339	48/21
in-Hospital Performance ⁹² (Desempenho de hospitais)		4.613	2.215	22.534	07/22
in-Hospital Performance “ <i>in health care</i> ”		1.132	645	412	06/11
in-Hospital Performance “ <i>in health service</i> ”		523	216	163	02/12
Health care Outcomes		6.762	4.318	860	41/212
in-Hospital Outcomes ⁹³ (Resultados de hospitais)		7.718	1.030	6.978	03/78
in-Hospital Outcomes “ <i>in health care</i> ”		619	565	860	02/29
in-Hospital Outcomes “ <i>in health service</i> ”		145	205	227	01/24
<i>E. Avaliação da Qualidade da Atenção (Certificação / Acreditação)</i>					
Quality of Care ⁹⁴ (qualidade do/a cuidado/atenção)		492.022	50.590	2.077	173/157
Health Care Quality		42.718	9.861	1.414	129/48
Hospital Quality (Qualidade em hospital)		15.404	3.703	789	87/54
Quality Care Indicators		2.143	2.054	144	31/41
Hospital Quality Measure (medida de qualidade em hospital)		257	436	79	47/58
Hospital Quality Indicators		302	250	53	60/31

91 Pela amplitude do tema, em seguida, refinou-se a busca pela supressão da palavra Health e acréscimo das expressões “*in hospital*” e “*in healthcare*”

92 Pela amplitude do tema, em seguida, refinou-se a busca pelo acréscimo das expressões “*in health care*” e “*in health services*”.

93 Pela amplitude do tema, em seguida, refinou-se a busca pelo acréscimo das expressões “*in health care*” e “*in health services*”.

94 No repositório RCAAP surgiram duas traduções “PT: qualidade do cuidado à saúde” e “BR: qualidade da atenção à saúde”.

<i>F. Avaliação de Qualidade e Valor Percebido e Satisfação do Paciente</i>					
Quality Perceived		3.910	2.132	1.023	343/143
Patient Satisfaction		19.159	1.482	311	131/105
Patient Satisfaction Health Care		1.573	1.107	126	46/09
Patient Satisfaction Hospital		1.510	693	106	31/19
Patient Satisfaction Health Services		492	478	49	22/13
Patient Satisfaction Assessment		374	171	67	23/46
Measuring Patient Satisfaction		298	48	16	03/07
“Perceived ⁹⁵ Satisfaction “in Health”		634	127	132	72/23
“Perceived Satisfaction in Hospital”		149	47	35	16/18
“Perceived Value in Health”		920	188	1.246	26/48
“Perceived Value in Hospital”		155	59	224/	03/03
<i>G. Instrumentos e Escalas de Medição de Satisfação do Usuário-Paciente</i>					
SERVQUAL and Health		44	34	01	09/11
SERVQUAL and Health Care		28	34	00	06/02
SERVQUAL ⁹⁶ and Hospital		04	32	02	05/05
Serv-Perval OR Gloval and Health		00	00	00	00/00
Inovações de escalas (OEQ) ⁹⁷		01	00	00	00/00
<i>H. Modelos, Estratégias e Métodos de Avaliação e Decisão em Saúde</i>					
Health decision-making		14.192	1.165	1.063	154/308
Health care decision-making		3.715	1.158	495	60/54

95 As palavras-chaves “Perceived Satisfaction”, “Perceived Value” e “Key Performance Indicators”, aplicadas à saúde e/ou hospital, surgiram como áreas de inovação, ou seja, temas latentes de pesquisas na área de saúde. Possivelmente, pela reduzida produção científica ainda não estão classificados como MeSH nas bases de dados internacionais. Obs: Percebido (PT) e Percepção (BR)..

96 Aplicação da *Servqual Scale* para mensurar a satisfação dos pacientes. Tese na Língua Grega (Autor: Λαζάρου, Παναγιώτα, 2005): The assessment of hospital service quality through the measurement of user satisfaction (DOI 10.12681/eadd/21343).

O Abstract (em inglês) afirma que o estudo aplicou a escala SERVQUAL. Conclui que há significativa diferença entre os escores IQS da escala SERVQUAL entre os hospitais (private = -0,31 public = -0,57), sendo negativo para ambos, que implica não satisfazer as expectativas dos pacientes. A análise factorial quanto às expectativas definiu os fatores como: os tangíveis, as características de apoio, a capacidade de resposta, a competência pessoal, aparência profissional, a confiabilidade e a comunicação, mas para às percepções os principais fatores foram: a capacidade de resposta do hospital, a segurança, a confiabilidade, o conforto, o acesso aos cuidados de assistência médica, a assistência e a compaixão hospital para os parentes. O grau de importância para quase todos os oito fatores de expectativas parece ser igual para o hospital público e privado, exceto os tangíveis que aparece como mais importante para os pacientes no hospital privado. Quanto aos fatores de percepção hospital privado tem melhores resultados do que o público de resposta, de confiabilidade e de conforto.

97 Outcomes and Experiences Questionnaire – Development and Validation (Oxford, 2017).

Hospital decision-making		1.022	371	228	44/00
Health care Stakeholders		208	972	86	17/02
Stakeholders in Hospital		58	291	59	11/01
Key Performance Indicators “in Health”		359	69	141	10/05
Key Performance Indicators “in Health Care”		161	69	66	04/01
Key Performance Indicators “in Hospital”		174	36	34	03/01
Balanced Scorecard “in Health”		530	87	06	04/04
Balanced Scorecard “in Health care”		302	82	05	00/00
Balanced Scorecard “in Hospital”		265	809	02	00/00
Benchmark ⁹⁸ “ing” Health		895	275	39	07/18
Benchmark “ing” Health care		273	274	13	04/04
Benchmark “ing” Hospital “s”		272	84	14	02/02
Dashboard “in health”		411	40	00	01/01
Dashboard “in health care”		147	40	00	01/01
Hospital Dashboard		186	38	00	01/01
Clinical dashboard		44	18	00	01/01
<i>I. Modelos, Estratégias e Métodos de Análise Econômica em Saúde</i>					
Data Envelopment Analysis and Health		264	114	07	09/09
Data Envelopment Analysis and “Hospital”		131	75	05	03/03
Stochastic Frontier Analysis “in Health”		125	07	04	00/00
Stochastic Frontier Analysis “in Hospital”		17	12	01	00/00

98 Pela amplitude do tema, anotou-se os resultados da pesquisa pela interação das palavras Benchmark, Benchmarking, Hospital e Hospitals.

Anexo 2

Anexo 2-A

Síntese dos estudos do enquadramento teórico-conceitual (*framework*) de avaliação de sistemas de saúde mundiais selecionados

Há diversos quadros conceituais (*framework*) de avaliação de performance sistemas de saúde e de indicadores aplicados a avaliação de políticas e de instituições de saúde. Assim, devido a complexidade de comparação preferiu-se apresentar algumas experiências selecionadas, a seguir:

Inicialmente destaca-se a comparação do sistema de performance do Reino Unido (NHS) com os dos sistemas de saúde do Canadá, da Austrália e dos EUA, oferecida por Arah *et al.* (2003) que caracterizaram as bases conceituais e contextuais para a estruturação do quadro teórico (*framework*) dos sistemas de performance destes países, apresentados na quadro 17.

	Reino Unido	Canadá	Austrália	USA
Tipo de sistema de saúde	Nacionalizado, mas com responsabilidade recentemente desconcentrada; financiamento público	Federal, territorial e provincial, com princípios comuns; financiamento misto, mas principalmente público	Funções federadas, nacionais e estaduais compartilhadas; operacionalizada pelo setor público e privado; financiamento misto	Pluralista, com regulação estadual e federal combinada; operacionalizada pelo setor privado; financiamento misto, mas principalmente privado
Quadro de desempenho	Quadro teórico-conceitual nacional coerente, com um conjunto abrangente de indicadores e metas visando seis áreas de desempenho; uso local multidirecional de PIs (Indicadores de Performance) sendo entrelaçados.	Quadro teórico-conceitual nacional coerente, com indicadores para a saúde e o desempenho dos sistemas de saúde; apoiado por outros para as características da comunidade e do sistema de saúde	Evolução de estrutura e indicadores nacionais coerentes; abordagem de nove dimensões; monitoramento de entradas, saídas e resultados	Fraca coerência da abordagem nacional; propuseram um quadro de desempenho de seis domínios; conjunto robusto de indicadores operacionais (ou seja, usados localmente ou específicos do plano de cuidados de saúde)
Base conceitual para o quadro	Baseado em uma abordagem de <i>balanced scorecard</i> ; para ser reportado como	'Iniciativa do Roteiro' para melhorar a qualidade, utilização,	Conceito relacional de três níveis para refletir o impacto do desempenho do sistema e dos determinantes de saúde no	Quadro teórico (<i>framework</i>) dependente da comprador e da qualidade de

teórico (framework)	um sistema de classificação de estrelas de desempenho	comparabilidade, disseminação de informação e funcionamento do sistema de saúde	estado de saúde e nos resultados	gestão; apoiado por um modelo de saúde da população e por relatórios de desempenho orientados para o paciente
Melhoria de desempenho ("mecanismo de mudança")	Controles de garantias, prestação de contas e uso de indicadores de benchmarking; Incentivos financeiros; 'Autonomia conquistada'	Benchmarking, prestação de contas, planejamento e medição; premissa em sistema de informação de saúde de alta qualidade	Profissionalismo (com práticas de benchmarking), accountability (prestação de contas e resultados) e dinâmica de mercado; uso local de incentivos financeiros	Dinâmica do mercado (e, mais recentemente, a qualidade) através da seleção e escolha de compradores e consumidores de serviços de saúde
Iniciativas de qualidade de atendimento	Qualidade como principal prioridade nacional, recentemente; governança clínica (NSF, NICE, CHI, NPSA, NPF)	Melhoria contínua da qualidade como prioridade nos serviços de saúde (HC, CCHSA, NQI, CMA)	Parte integrada do quadro teórico-conceitual (framework) de desempenho do sistema definido em termos de qualidade de atendimento (NHPC, ACSQHC, NHPAC, NICS)	Relatórios de qualidade de domínio público e outras iniciativas (QMQR, IOM, AHRQ, JCAHO, HEDIS)
Vínculo do sistema de desempenho aos objectivos (eficácia para qualidade)	Garantir o acesso a cuidados efetivos, imediatos e de alta qualidade	Melhorar a promoção da saúde, o acesso, a eficácia do sistema e a qualidade	Definir o desempenho explicitamente em termos de qualidade e eficácia entre outras dimensões	Melhorar a eficácia de todo o sistema e a qualidade dos processos e resultados de cuidados; política nacional em evolução
Metas gerenciais	Refletir a necessidade de governança corporativa, usando foco em benchmarking	Permitir a tomada de decisão oportuna, flexível e correta em todos os níveis; gestão integrada	Informar a tomada de decisões, assegurando a pontualidade dos relatórios de desempenho	Facilitar o acesso a informações e relatórios públicos; compensando as falhas do mercado

Quadro 17 - Síntese dos quadros conceituais (frameworks) nacionais para o desempenho do sistema de saúde (países seleccionados)

Outro destaque é o quadro teórico-conceitual (*framework*) proposto pelo PATH que está baseado em competências profissionais na aplicação do conhecimento atual, tecnologias e recursos disponíveis; eficiência no uso de recursos; risco mínimo para o paciente; responsividade ao paciente; contribuição ótima para os resultados de saúde (Veillard et al., 2005).

O projeto PATH foi desenvolvido através de uma série de quatro oficinas e reuniu peritos de todo o mundo, com reconhecidas experiências na avaliação de performance hospitalar (Veillard et al., 2005). Uma extensa revisão da literatura sobre projetos de

performance hospitalar foi realizada, mais de 100 indicadores de desempenho foram analisados e, um inquérito foi realizado em 20 países europeus.

Em um primeiro momento o projeto PATH teve uma fase piloto de implementação em hospitais de oito países para aperfeiçoar o seu quadro de dimensões e indicadores de performance, antes de uma maior abrangência (Veillard, 2012). O projeto PATH conta com duas listas de indicadores: um conjunto operacional com 24 indicadores principais de desempenho e um conjunto personalizado de 27 indicadores (Veillard et al., 2005: 492). O conjunto principal foi projetado para permitir *benchmarking* em diferentes contextos mundiais e os personalizados devem adequar-se de forma flexível às diferentes realidades de cada país (Veillard et al., 2005: 493-95).

Dimensões (subdimensões)	Indicadores de desempenho	Numerador	Denominador
Eficácia clínica e segurança;	Parto cesariana	Número total de casos (no denominador) com parto cesariana	Número total de entregas (parto cesariana)
(Adequação do cuidado;			
Conformidade de processos de cuidado)	Rastreadores de uso profilático de antibióticos: resultados da auditoria de adequação	<i>Versão 1:</i> Número total de registros médicos auditados com evidência de uso excessivo de antibióticos (muito cedo e/ou muito longo, dose muito alta, espectro muito amplo) em comparação com as diretrizes dos hospitais. <i>Versão 2:</i> Número total de registros médicos auditados com evidência de subutilização de antibióticos (muito cedo e/ u muito longo, dose muito alta, espectro muito amplo) em comparação com as diretrizes dos hospitais	Número total de prontuários auditados para um procedimento operatório específico rastreado
Resultados dos processos de cuidado e segurança	Mortalidade para condições e procedimentos selecionados rastreados	Número total de casos (no denominador) que morreram durante a internação	Número total de pacientes admitidos para uma condição ou procedimento específico rastreado
	Readmissão para condições e procedimentos selecionados rastreados	Número total de casos (no denominador) que foram admitidos através do departamento de emergência após a alta - dentro de um período de acompanhamento fixo - do mesmo hospital e com um diagnóstico de readmissão relevante para o atendimento inicial	Número total de pacientes admitidos por uma condição ou procedimento selecionados rastreados
	Admissão após cirurgia no dia para procedimentos selecionados rastreados	Número de casos (no denominador) que tiveram uma admissão durante a noite	Número total de pacientes que realizaram uma cirurgia / procedimento realizado na instalação do procedimento diurno ou com intenção de alta de um dia

	Retorno a um nível mais alto de atendimento (por exemplo, de cuidados agudos para intensivos) para condições e procedimentos selecionados, em 48 horas	Número total de pacientes (no denominador) que são inesperadamente (uma ou várias vezes) transferidos para um nível mais elevado de cuidados (terapia intensiva ou cuidados intermediários) dentro de 48 horas (ou 72 horas para contabilizar o efeito de fim de semana) do alto nível de atendimento a uma enfermaria de cuidados agudos.	Número total de pacientes internados em unidade de terapia intensiva ou cuidados intermediários
	Eventos sentinela	Variável binária A: Existência de um procedimento formal para registrar eventos sentinela. Variável binária B: Existência de um procedimento formal para atuar sobre eventos sentinela + descrição de procedimentos	
Eficiência (Adequação dos serviços)	Cirurgia- dia, para procedimentos de selecionados rastreados	Número total de pacientes submetidos a um procedimento rastreado que o realizaram na instalação do procedimento diurno	
Produtividade	Tempo de permanência para procedimentos selecionados rastreados	Mediana do tempo de permanência no número de dias de internação (dia de admissão e alta contam como 1 dia)	
Uso de capacidade	Inventário em estoque, para produtos farmacêuticos	Valor total do estoque (no final do ano) para produtos farmacêuticos	Despesas totais para produtos farmacêuticos durante o ano / 365
	Intensidade do uso de sala de recuperação cirúrgica	Número de horas do paciente sob anestesia	Número de sala de recuperação cirúrgica nas 24 h
Orientação da equipe e segurança da equipe			
(Perspetiva e reconhecimento das necessidades individuais)	Gastos com treinamento	Custo direto para todas as atividades dedicadas ao treinamento de pessoal	Número médio de empregados na folha de pagamento durante o período (alternativa: número médio de funcionários em tempo integral)
Promoção da saúde e iniciativas de segurança	Despesas com atividades de promoção da saúde	Custo direto de pessoal para todas as atividades dedicadas à promoção da saúde (conforme lista) estabelecidas em 2003	Número médio de empregados na folha de pagamento durante o período (alternativa: número médio de funcionários em tempo integral)

Respostas comportamentais	Absenteísmo: de curto prazo	Número de dias de ausência justificada médica (ou não), por 7 dias ou menos consecutivos, excluindo feriados, entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem	Total equivalente em tempo integral de enfermeiros e enfermeiros assistentes (número dias contratuais por ano para uma equipe em tempo integral, por exemplo, 250)
	Absenteísmo: longo prazo	Número de dias de ausência justificada médica (ou não) por 30 dias ou mais, excluindo feriados, entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem	Total equivalente em tempo integral de enfermeiros e enfermeiros assistentes (número dias contratuais por ano para uma equipe em tempo integral, por exemplo, 250)
Segurança pessoal	Lesões percutâneas	Número de casos de lesões percutâneas relatados na base de dados oficial ou medicina ocupacional registrados em 1 ano (inclui ferimentos por agulhas e ferimentos por dispositivos cortantes)	Número médio de funcionários equivalentes em tempo integral e médicos não assalariados
	Tempo semanal de trabalho de pessoal excessivo	Para cada semana, o número de funcionários em tempo integral (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que trabalharam mais de 48 horas, resumidos em todas as semanas do período em estudo	Número total de semanas disponíveis durante o período em estudo (número total de dias durante o período - feriados de estatutária), número de funcionários em tempo integral
Governança responsável e segurança ambiental			
(Integração e continuidade do sistema)	Pontuação média em itens de continuidade percebida em pesquisas de pacientes	O indicador é calculado com base no questionário utilizado atualmente no hospital. (Não é para comparações internacionais e nacionais, mas para acompanhamento dentro da organização. Se pesquisas padrão são usadas em um país, o benchmarking nacional é proposto)	
Orientação em Saúde Pública: (Promoção da saúde;	Aleitamento materno na alta	Número total de mães incluídas (no denominador) na amamentação na alta	Número total de entrega (mães em amamentação) preenchendo critérios para inclusão
Centralidade do paciente)	Pontuação média no total itens de percepção / satisfação em pesquisas com pacientes	O indicador é calculado com base no questionário utilizado atualmente no hospital. (Não é para comparações internacionais e nacionais, mas para acompanhamento dentro da organização. Se pesquisas padrão são usadas em um país, o benchmarking nacional é proposto)	
Aspectos interpessoais	Pontuação média em itens de aspecto interpessoal em pesquisas com pacientes	O indicador é calculado com base no questionário utilizado atualmente no hospital. (Uma pontuação média é computada para todos os itens relacionados a aspectos interpessoais. Não é para comparações internacionais	

		e nacionais, mas para acompanhamento dentro da organização. Se pesquisas padrão são usadas em um país, o benchmarking nacional é proposto)	
Orientação ao cliente: acesso	Cirurgia cancelada de última hora	Número total de pacientes que tiveram sua cirurgia cancelada ou adiada por mais de 24 horas, durante o período de estudo e que preenchem os critérios de inclusão	Número total de pacientes admitidos para cirurgia durante o período de estudo e que atendem aos critérios de inclusão
Orientação ao cliente: informação e capacitação	Pontuação média em itens de informação e empoderamento em pesquisas de pacientes	O indicador é calculado com base no questionário utilizado atualmente no hospital. (Uma pontuação média é computada para todos os itens relacionados a informações e empoderamento do paciente. Não é para comparações internacionais e nacionais, mas para acompanhamento dentro da organização. Se pesquisas padrão são usadas em um país, o benchmarking nacional é proposto)	
Orientação ao cliente: continuidade	Pontuação média na continuidade dos itens assistenciais nas pesquisas com pacientes	O indicador é calculado com base no questionário utilizado atualmente no hospital. (Uma pontuação média é calculada para todos os itens relacionados à continuidade do atendimento. Não é para comparações internacionais e nacionais, mas para acompanhamento dentro da organização. Se pesquisas padrão são usadas em um país, o benchmarking nacional é proposto)	

Quadro 18 - Conjunto principal dos 27 indicadores de desempenho do hospital (projeto PATH)

Em outra iniciativa relevante, Vallejo *et al.* (2006) destacam os diversos esforços para a adaptação dos conteúdos do modelo EFQM, seus critérios e subcritérios, para a atenção à saúde e propuseram uma aproximação dos oito conceitos fundamentais de excelência da EFQM (EFQM, 1999) para o campo de cuidados de saúde através de um enquadramento teórico-conceitual do projeto PATH. Como resultado desta análise, os conceitos de excelência da EFQM são adaptados aos cuidados de saúde, através do conjunto de elementos compilados do PATH e agregação de novos elementos.

Por sua vez, Vallejo *et al.* (2006) propuseram uma aproximação dos oito conceitos fundamentais de excelência da EFQM (EFQM, 1999) para o campo de cuidados de saúde através de um enquadramento teórico-conceitual do projeto PATH. Como resultado desta análise, os conceitos de excelência da EFQM são adaptados aos cuidados de saúde, através do conjunto de elementos compilados do PATH e agregação de novos elementos.

A estrutura adaptada da assistência de saúde da EFQM, tem uma hierarquia de três níveis sintetizados por Vallejo *et al.* (2006) e ilustrada na figura 12.

1. Dimensões internas da qualidade: Foco no e segurança estão no centro da estrutura e se sobrepõem a todas as outras dimensões de qualidade, representando que todas as atividades da empresa deve orientar-se para realizar, primeiramente, estes dois requisitos. Além disso, as atividades orientadas para atender qualquer uma das outras seis dimensões da qualidade também precisarão ter esses dois aspetos como objectivo final.
2. Dimensões de qualidade externa: Todos os demais conceitos que, juntamente com as dimensões de qualidade do núcleo interno, definem qualidade em nível organizacional são as dimensões de qualidade do núcleo externo. Essas dimensões são eficácia clínica, orientação para resultados, pessoal, governança responsável, desenvolvimento de parcerias, liderança e constância de objectivos.
3. Dimensões metodológicas: Os elementos aprendizado contínuo, inovação e melhoria, e gestão por processos e fatos são considerados dimensões metodológicas, pois afirmam o sistema que deve estar na base de todas as atividades da empresa e, portanto, constituem o sistema. Metodologia que ajudará a cumprir todas as demais dimensões da qualidade. Essas duas dimensões são pré-requisitos que permitem e facilitam a realização das dimensões de qualidade e foram representadas perifericamente às dimensões centrais.



Figura 72 - Quadro teórico-conceptual (framework) EFQM adaptado aos cuidados de saúde, conforme as dimensões do modelo PATH

Nos resultados finais, Vallejo *et al.* (2006: 333-34) propuseram um quadro de dimensões operacionais procedentes da adaptação do modelo EFQM para o campo de cuidados de saúde alinhadas pelo um enquadramento teórico-conceptual (*framework*) do projeto PATH, na lista de dimensões e subdimensões a seguir:

DIMENSÕES DE QUALIDADE (INTERNAS, EXTERNAS E METODOLÓGICAS)

DIMENSÕES DO NÚCLEO INTERNO DA QUALIDADE

Foco no cliente

- Identificação de clientes presentes e futuros para a organização
- Segmentação de clientes para melhorar a eficácia das respostas
- Antecipação das necessidades futuras do cliente e atuação para atendê-las
- Capacidade de resposta às necessidades e expectativas do cliente. Incluindo, pelo menos: atenção aos direitos do paciente (dignidade, autonomia e confidencialidade), empoderamento, atenção imediata (pontualidade e continuidade dos cuidados), acessibilidade (incluindo a escolha do provedor), qualidade das comodidades básicas do hospital e acesso à rede de apoio hospitalar
- Construir e manter relacionamentos excelentes com todos os clientes
- Monitoramento e revisão das percepções e satisfação do cliente

Segurança

- Estruturas hospitalares minimizam risco ambiental
- Processos de serviço minimizam risco de atendimento
- Redução do risco do paciente
- Segurança da equipe

DIMENSÕES EXTERNAS DE QUALIDADE

Liderança e constância de propósito

- Os líderes definem a direção clara da organização e a comunicam
- Os líderes estabelecem valores, ética e princípios, para proporcionar uma identidade única para a organização
- Os líderes, em todos os níveis, conduzem constantemente os outros em direção à excelência
- Os líderes reconhecem as partes interessadas (stakeholders) e trabalham com eles
- Os líderes demonstram a capacidade de adaptar e realinhar a direção de sua organização à luz do ambiente de mudanças externas
- Os líderes exibem papéis modelos de comportamento e desempenho, sendo referência na organização

Eficácia clínica

- Provisão de cuidados técnicos da maneira correta
- Cuidado baseado na mais reconhecida diretriz científica
- Cuidados prestados aos que mais se beneficiam (sem uso excessivo ou subutilização)
- Os resultados desejados dos pacientes são alcançados
- Resultados de cuidados, com riscos minimizados

Orientação para resultado

- Recolha de informação e antecipação das necessidades e expectativas das partes interessadas
- Definição e implementação de políticas, estratégias, objectivos, metas, medidas e planos com base em informações das partes interessadas
- Otimização de recursos, incluindo o uso máximo da tecnologia disponível para fornecer o melhor atendimento possível
- Agilidade, flexibilidade e capacidade de resposta, conforme mudam as necessidades e expectativas das partes interessadas

- Desenvolver e alcançar um conjunto equilibrado de resultados que agrade a todas as partes interessadas da organização, incluindo os resultados relacionados com insumos de cuidados / serviços (dados de recursos hospitalares disponíveis) e razões eficientes de pessoal
- Acompanhamento de experiências e percepção de *stakeholders*

Equipe de pessoal

- Satisfação do pessoal
- Clima de trabalho adequado, que promove uma cultura de confiança, abertura, empoderamento da equipe e maximiza o envolvimento das pessoas através de valores compartilhados (incluindo o respeito às pessoas)
- Descrição do conteúdo do trabalho e identificação das competências necessárias para a organização
- Recrutamento de pessoal com base nesta informação
- Perspetivas e reconhecimento de necessidades individuais. Oportunidades de aprendizagem e treinamento contínuos (crescimento e aprendizado da equipe), tanto para desenvolvimento pessoal como profissional.
- As pessoas estão preparadas para atender e se adaptar às mudanças. Supervisão, avaliação, compensação e orientação em busca de cuidar, recompensar e reconhecer pessoas
- Atividades de promoção da saúde e iniciativas de segurança

Desenvolvimento de parcerias

- Buscar e desenvolver parcerias com outras organizações (com clientes, sociedade, fornecedores ou até concorrentes)
- A parceria é baseada em benefício mútuo claramente identificado
- Os parceiros trabalham juntos para alcançar objectivos compartilhados, apoiando-se mutuamente com conhecimentos, recursos e conhecimento
- A parceria permite agregar valor às partes interessadas através da otimização de competências essenciais

- As organizações constroem um relacionamento sustentável baseado na confiança mútua, respeito e abertura

Governança responsiva

- Atender e superar as necessidades e expectativas da comunidade local e global
- Integração da organização na comunidade, trabalhando em projetos mutuamente benéficos com a sociedade
- Abordagem ética na organização
- Transparência e prestação de contas (*accountability*) como organização responsável
- Atender e superar as regulamentações locais e globais, incluindo preocupações sobre igualdade e equidade para todos os cidadãos, independentemente de sua raça, cultura, sociedade, características demográficas e econômicas
- Sustentabilidade ecológica e minimização de qualquer impacto adverso
- Promoção de saúde
- Continuidade do atendimento (atendimento integrado à entrega de cuidados)
- Inovação institucional (crescimento e aprendizado)

DIMENSÕES METODOLÓGICAS

- Gestão por processos e fatos
- Sistema de gestão projetado para atender às necessidades e expectativas de todas as partes interessadas (stakeholders)
- Implementação sistemática das políticas, estratégias, objetivos e planos da organização por meio de um conjunto claro e integrado de processos
- Implantação, gerenciamento e melhoria de processos no dia a dia
- Decisões baseadas em informações factualmente confiáveis, que também são usadas para identificação de riscos

- As informações incluem dados sobre desempenho, processos e capacidade do sistema, necessidades das partes interessadas (stakeholders), expectativas e experiências e desempenho de outras organizações
- Aprendizado, aprimoramento e inovação contínuos
- Continuamente aprendendo do próprio desempenho e resultados e dos outros
- Desafio contínuo do *status quo* em busca de oportunidades de inovação e melhoria que agreguem valor
- Abertura para aceitar e usar ideias de todas as partes interessadas (stakeholders)
- Maximizar o aprendizado em toda a organização pelo compartilhamento do conhecimento das pessoas
- Referência, tanto interna como externa.

Por fim, Vallejo *et al.* (2006) citam que o modelo PATH, da Fundação *Avedis Donabedian* (FAD), foi criado originalmente para hospitais e que utilizaram em saúde mental com resultados satisfatórios. Sugerem aprofundar estudos para as organizações de cuidados de saúde de longa duração ou cuidados primários, além das unidades de saúde mental.

No âmbito do projeto EuroREACH, Papanicolas & Smith (2010) estudaram algumas abordagens de quadro teórico-conceitual (*framework*) de sistemas de saúde a fim de consolidar uma proposta alinhada com os objetivos do projeto. Neste propósito lembram que Hsiao & Sidat (2008) classificam os quadros conceituais (*framework*) de sistemas de saúde em três categorias: descritivo; analítico; e determinístico e preditivo.

Uma estrutura *descritiva* fornece uma descrição básica do sistema de saúde e dos componentes do qual ele é composto, mas não explica por que um determinado sistema de saúde teria um desempenho melhor que o outro.

[...] Estruturas *funcionais analíticas* descrevem o que existe em um sistema de saúde além de analisar os componentes funcionais de um sistema. Este tipo de estrutura oferece uma análise mais holística e profunda dos sistemas de saúde do que os quadros puramente descritivos, mas não revela a eficácia de determinadas políticas, reformas ou intervenções, nem a interação entre as várias funções do sistema de saúde.

[...] Estruturas *determinísticas* diferem das estruturas funcionais analíticas, na medida em que tentam determinar quais fatores influenciam o desempenho do sistema de saúde, a fim de identificar quais reformas, intervenções ou políticas são mais bem-sucedidas (Papanicolas & Smith, 2010: 28)

Assim, Papanicolas & Smith (2010) comparam dez abordagens destacadas na literatura de quadro teórico-conceitual (*framework*) de sistemas de saúde e classificou-as segundo estas três categorias, além de expor as limitações de cada um dos dez modelos estudados, sendo nove deles assinalados também como quadro teórico-conceitual (*framework*) de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, exceto o modelo *behavioural health care* (quadro 19). Citam que todos os modelos analisados têm similaridades, diferenças de escopo e de funcionalidades, mas assinalam (Papanicolas & Smith, 2010: 32) que a distinção mais óbvia entre estes modelos de quadro teórico-conceitual (*framework*) é a separação dos objectivos finais e intermediários, visto que os objectivos intermediários contribuem para a realização dos objectivos finais e, muitas vezes, fornecem informações valiosas sobre o desempenho do sistema de saúde. Por fim, Papanicolas & Smith (2010: 33-35) sintetizaram objectivos finais e intermediários, similares às dimensões e subdimensões de performance sistematizadas por outros estudos.

<i>Framework</i> (nome)	Objectivo Intermediário	Objectivo Final
Framework for Assessing Behavioural Healthcare (1998)	- Eficácia - Eficiência - Equidade	- Saúde e bem estar
EGIPSS model (1998)	- Produtividade - Volume de cuidados e serviços - Qualidade de cuidados e serviços	- Melhoria da saúde - Eficácia - Eficiência - Equidade
WHO Performance Framework (2000)	- Acesso - Cobertura - Qualidade - Segurança	- Nível e distribuição de saúde - Nível e distribuição de capacidade de resposta - Justiça no financiamento - Eficiência
OECD Performance Framework (2001)		- Nível e distribuição de saúde - Nível e distribuição de capacidade de resposta e acesso - Equidade - Eficiência macroeconômica e microeconômica
Control Knobs Framework (2003)	- Eficiência - Qualidade - Acesso	- Estado de saúde - Satisfação do usuário - Proteção contra riscos
Commonwealth Fund Framework (2006)	- Alta qualidade do cuidado - Cuidado eficiente - Acesso - Inovação e melhoria do sistema e da força de trabalho	- Vidas longas, saudáveis e produtivas
OECD HCQI Framework (2006)		- Melhoria da saúde - Eficiência macroeconômica (sustentabilidade) e eficiência microeconômica (valor para o dinheiro) - Equidade
WHO Building Blocks Framework	- Acesso - Cobertura	- Nível e distribuição de saúde

(2007)	- Qualidade - Segurança	- Nível e distribuição de capacidade de resposta - Justiça no financiamento - Eficiência
Systems Framework (2008)	- Equidade - Escolha - Eficiência - Eficácia	- Saúde - Proteção contra risco financeiro - Satisfação do usuário
IHP Common Evaluation Framework (2008)	N/A	N/A

Quadro 19 - Quadro de objectivos versus quadro teórico-conceitual (framework)

Anexo 2-B

Síntese de estudos mundiais de medição de qualidade e satisfação dos usuários de saúde e a escala SERVQUAL.

Em outro escopo desta investigação os quadros 20 a 23, a seguir, sistematizam algumas informações relevantes quanto a medição de qualidade e satisfação dos usuários de saúde, especialmente, quanto a escala SERVQUAL.

Fonte	Definição Conceptual	Resposta	Enfoque	Tempo
(Plichon, 1999 citado por Lichtlé e Plichon, 2005)	Estado afectivo proveniente dum processo de avaliação afectivo e cognitivo que advém de uma transacção específica	Estado afectivo	Transacção específica	Pós-consumo
(Aurier e Evrard, 1988)	Um estado psicológico resultante do processo de compra e de consumo	Estado psicológico	Processo de compra e de consumo	
Oliver, 1997)	Resposta de utilização dos consumidores. É um julgamento relativo que leva em consideração tanto as qualidades (atributos) e benefícios obtidos da aquisição, como os custos e esforços do consumidor pra conseguir essa aquisição	Resposta/julgamento de realização	Produto ou serviço	Durante ou pós-consumo
(Oliver, 1997)	Um julgamento de que o serviço forneceu um nível agradável de realização relativa ao consumo	Julgamento de realização	Serviço	pós-consumo

(Ostrom e Iacobucci, 1995)	A Satisfação/insatisfação é um julgamento relativo que leva em consideração tanto as qualidades (atributos) e os benefícios obtidos da aquisição, como os custos e esforços do consumidor para conseguir essa aquisição.	Julgamento avaliativo relativo		
(Halstead <i>et al.</i> , 1994)	Uma resposta afectiva relativa a uma transacção específica resultante da comparação entre o desempenho do produto e determinados padrões de compra (idêntica a Hunt, 1977; Oliver, 1989)	Resposta afectiva	Desempenho por comparação a padrões pré-compra	Durante o consumo
(Mano e Oliver, 1993)	Satisfação (com um produto) é uma atitude idêntica ao julgamento avaliativo pós-consumo (Hunt 1977) que varia ao longo de um contínuo hedónico (Oliver, 1989; Westbrook e Oliver, 1991)	Atitude - julgamento avaliativo variando ao longo de um contínuo hedónico	Produto ou serviço	Pós-consumo
(Anderson e Sullivan, 1993)	Uma avaliação pós-compra da qualidade do produto a partir das expectativas pré-compra	Avaliação	Qualidade do produto Desconfirmação as expectativas	Pós-compra
(Fornell, 1992)	Uma avaliação global pós-venda. Percepção pós-compraDesconfirmação entre o desempenho do produto e as expectativas	Avaliação global	Desconfirmação entre o desemp. Do produto e as expectativas	Pós-consumo
(Oliver,1992)	A satisfação é um somatório do fenómeno atributivo com emoções de consumo	Fenómeno atributivo + de emoções consumo	Atributos do produto	Durante o consumo
(Westbrook e Oliver, 1991)	Julgamento avaliativo pós-escolha referente a uma selecção específica	Julgamento avaliativo	Seleccção de compra específica	Pós-escolha
(Oliver e Swan, 1988)	Sem definição conceptual mas uma função da justiça e desconfirmação		Vendedor	Durante a compra
(Tse e Wilton, 1988)	A resposta do consumidor à avaliação da discrepância percebida entre as expectativas iniciais e o desempenho actual ou percebido depois do consumo.	Resposta a uma avaliação	Discrepância percebida entre as expectativas prévias e o desempenho	Pós-consumo

(Cadotte <i>et al.</i> , 1987)	Conceptualizada como uma sensação desenvolvida através da avaliação da experiência de utilização.	Sensação desenvolvida pela avaliação	Experiência de uso	Durante consumo
(Westbrook, 1987)	Julgamento global avaliativo sobre o consumo e uso do produto.	Julgamento global avaliativo	Utilização do produto/consumo	Durante consumo
(Day, 1984)	A resposta avaliativa a uma experiência de consumo relativamente à discrepância percebida entre as expectativas prévias e o desempenho percebido (p.496).	Resposta avaliativa	Discrepância percebida entre expectativas prévias e desempenho	Pós-compra
(Bearden e Teel, 1983)	Sem definição conceptual mas uma função das expectativas consideradas como crenças de atributos dos produtos (já referido por Olson e Dover, 1979) e da desconfirmação (p. 22).			Durante consumo
(LaBarbera e Mazursky, 1983)	Avaliação pós-compra: uma avaliação da surpresa inerente à aquisição de um produto ou à experiência de consumo citando de Oliver (1981) (p.394)	Avaliação	Surpresa	Pós-consumo ou aquisição
(Westbrook e Reilly, 1983)	Uma resposta emocional a experiências de consumo.	Resposta emotional	Experiência de consumo	Pós-compra
	Uma resposta emocional despoletada por um processo de avaliação cognitiva de desconfirmação das percepções ou crenças sobre o produto ou serviço e os valores, necessidades ou desejos do consumidor.		Percepções (ou crenças) sobre um objecto, acção comparada com valores individuais	
(Churchill e Surprenant, 1982)	Um resultado de compra e utilização de um produto por comparação com as recompensas e custos da compra e consequências antecipadas. Similar a atitude.	Resultado	Comparação das recompensas e custos relativamente às consequências antecipadas	Pós-consumo
(Oliver, 1981a)	Uma avaliação da surpresa inerente à aquisição de um produto ou à experiência de consumo.	Avaliação	Surpresa	Pós-consumo ou compra

		Estado psicológico	Desconfirmação de expectativas em conjunto com sensações prévias	
		Emoção		
(Swan e Trawick, 1980)	Avaliação consciente ou julgamento cognitivo do desempenho. A satisfação envolve também afectos relativos a sensações referentes aos produtos.	Avaliação consciente ou julgamentos cognitivos	Através do produto	Durante ou pós-consumo
		Dimensões afetivas		
(Westbrook, 1980a)	Refere-se à avaliação subjectiva individual favorável dos resultados e experiência de consumo associada (citando Hunt, 1977).	Avaliação subjectiva individual favorável	Resultados e experiências	Durante o consumo
(Hunt, 1977)	Tipo de avaliação que considera que a experiência é pelo menos tão boa quanto deveria ser	Avaliação da experiência	Experiência foi pelo menos tão boa quanto era suposto ser	Durante a experiência de consumo
(Howard e Sheth, 1969)	Estado cognitivo dos compradores recompensados de forma adequada ou desadequada em função do seu sacrifício	Estado cognitivo	Ser adequado ou desadequado à recompensa por sacrifícios	
(Cardozo, 1965)	Sem definição formal. Constatação que a satisfação deverá ser um conceito mais global que a simples avaliação de um produto, envolvendo também toda a experiência de consumo, através da desconfirmação/confirmação de expectativas e avaliação de esforço dispendido (e outros elementos a identificar em estudos posteriores)	Avaliação Desconfirmação/confirmação das expectativas. Avaliação de esforço dispendido	Produto e experiência de consumo	

Quadro 20 - Pesquisa integrativa de definições conceituais de satisfação de consumidores (usuários-utilizadores) – ordenamento cronológico

Autores/ Título Resumido	População Objeto do Estudo	Local e Ano	Tamanho da Amostra	Tipo de Análise	Descrição e Conclusões
--------------------------	----------------------------	-------------	--------------------	-----------------	------------------------

Hercos, B. V. S. e Berezovsky, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde – SUS.	Pacientes ambulatoriais do SUS – Fundação Hilton Rocha.	Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil - 2004.	100 pacientes	Escala SERVQUAL adaptada	O grau de insatisfação com o serviço prestado foi discreto principalmente na dimensão segurança. Foi detectado que é na confiabilidade a maior deficiência. Os dados obtidos sugerem que monitorar a qualidade do serviço, através do emprego periódico da Escala SERVQUAL permitiria planejar estratégias de intervenção de alta efetividade como também monitorar respostas a essas ações.
Borges, J. B. C. et al. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde - SUS	Pacientes de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia.	Marília, São Paulo, Brasil - 2006.	82 Pacientes	Análise e modelo Servqual	O paciente de cirurgia cardíaca tem expectativa alta quanto ao serviço médico-hospitalar. Ele da importância à dimensão segurança não sendo relevante a tangibilidade e confiabilidade. Os dados obtidos sugerem que a qualidade deste serviço pode ser monitorada periodicamente pela Escala Servqual.
Cruz, W. B. S. e Melleiro, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado.	Usuário em unidades de Internação de clínica médica e cirúrgica.	São Paulo, Brasil - 2007	71 usuários	Escala Servqual	Quanto às dimensões confiabilidade, responsabilidade e empatia, todas foram valorizadas pelos usuários, principalmente relacionada ao desempenho dos colaboradores. Quanto à dimensão tangibilidade esta apresentou os menores índices de satisfação.
Albuquerque, J. D. (2012). Qualidade hospitalar: Uma análise da sua realidade em Campina Grande - Paraíba - Brasil.	Pacientes, profissionais e gestores de seis hospitais vinculados ao SUS.	Campina Grande, Paraíba, Brasil – 2012.	495 indivíduos (185 profissionais e 310 pacientes)	Escala SERVQUAL traduzida (15 questões)	A expectativa foi superior a percepção nas 15 questões aplicadas aos pacientes. A análise fatorial confirmatória validou apenas três factores (F1: Segurança, (F2: Empatia e F3: Tangibilidade), tendo apresentado apenas

					validade convergente e discriminantes.
Rosalem, V. (2013). Análise das percepções dos principais atores da cadeia produtiva da saúde sobre a qualidade dos serviços prestados por hospitais no Estado de Goiás - Brasil.	Pacientes, profissionais e gestores de vinte hospitais vinculados ao SUS.	Goiás, Brasil – 2013.	347 indivíduos (115 gestores, 116 profissionais e 116 pacientes)	Escala SERVQUAL traduzida (22 questões)	Os resultados sugerem que determinadas diferenças de percepções, se trabalhadas por grupos de interesse. Por exemplo, a dimensão prestação, considerada a mais importante pelos pacientes/usuários, poderia ser melhorada entre os profissionais de saúde que a relegaram como sendo uma das menos importantes. Também houve existência de diferenças significantes das percepções sobre a qualidade por parte dos grupos envolvidos, exceto para profissionais.
Da Silva, F. J. C. P. (2014). Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente	Pacientes de unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital da Universidade de Sergipe.	Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2014.	305 pacientes	Escala SERVQUAL adaptada (três subescalas)	As cinco dimensões e seus 22 atributos apresentaram resultados negativos e próximos de zero. Empatia foi considerada a dimensão de maior importância, seguida da dimensão confiabilidade enquanto a tangibilidade foi a menor.

Quadro 21 - Síntese de aplicação da escala SERVQUAL em organizações hospitalares e unidades de saúde do Brasil.

Redistribuição das 22 Questões da Escala SERVQUAL - 10 dimensões originais (linhas) vs 5 dimensões atuais (colunas) -					
	Aspetos Tangíveis	Confiabilidade	Presteza	Segurança	Empatia

Aspetos tangíveis	Questões (1 a 4)			
Confiabilidade		Questões (5 a 9)		
Presteza			Questões (10 a 13)	
Competência				Questões (14 a 17)
Cortesia				
Credibilidade				
Segurança				
Acessibilidade				Questões (18 a 22)
Comunicação				
Compreensão/ Conhecimento do cliente				

Quadro 22 - Equalização de 22 questões da escala SERVQUAL (10 dimensões originais para 5 dimensões atuais)

ITEM	EXPECTATIVA	DESEMPENHO				
01	Ela deveria ter equipamentos modernos.	XYZ tem equipamentos modernos.				
02	As suas instalações físicas deveriam ser visualmente atrativas.	As instalações físicas de XYZ são visualmente atrativas.				
03	Os seus empregados deveriam estar bem-vestidos e asseados.	Os empregados de XYZ são bem-vestidos e asseados.				
04	A aparência das instalações da empresa deveria estar conservada de acordo com o serviço oferecido.	A aparência das instalações físicas de XYZ é conservada de acordo com o serviço oferecido.				
05	Quando estas empresas prometem fazer algo em certo tempo deveriam fazê-lo.	Quando XYZ promete fazer algo em certo tempo, realmente o faz.				
06	Quando os clientes têm algum problema com esta empresa ela deveria ser solidária e deixá-los seguros.	Quando você tem algum problema com a empresa XYZ, ela é solidária e o deixa seguro.				
07	Esta empresa deveria ser de confiança.	XYZ é de confiança.				
08	Ela deveria fornecer o serviço no tempo prometido.	XYZ fornece o serviço no tempo prometido.				
09	Ela deveria manter seus registros de forma correta.	XYZ mantém seus registros de forma correta.				
10	Não seria de se esperar que ela informasse os clientes exatamente quando os serviços fossem executados.	XYZ não informa exatamente quando os serviços serão executados.				
11	Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos empregados da empresa.	Você recebe serviço imediato dos empregados da XYZ.				
12	Os empregados das empresas não têm que estar sempre disponíveis em ajudar os clientes.	Os empregados da XYZ não estão sempre dispostos a ajudar os clientes.				
13	É normal que eles estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos.	Empregados da XYZ estão sempre ocupados em responder aos pedidos dos clientes.				
14	Clientes deveriam ser capazes de acreditar nos empregados desta empresa.	Você pode acreditar nos empregados da XYZ.				
15	Clientes deveriam ser capazes de se sentir seguros na negociação com os empregados da empresa.	Você se sente seguro em negociar com os empregados da XYZ.				
16	Seus empregados deveriam ser educados.	Empregados da XYZ são educados.				
17	Seus empregados deveriam obter suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.	Os empregados da XYZ não obtêm suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.				
18	Não seria de esperar que a empresa desse atenção individual aos clientes.	XYZ não dá atenção individual a você.				
19	Não se pode esperar que os empregados dêem atenção personalizada aos clientes.	Os empregados da XYZ não dão atenção pessoal.				
20	É absurdo esperar que os empregados saibam quais são as necessidades dos clientes.	Os empregados da XYZ não sabem das suas necessidades.				
21	É absurdo esperar que esta empresa tenha os melhores interesses de seus clientes como objetivo.	XYZ não tem os seus melhores interesses como objetivo.				
22	Não deveria se esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes.	XYZ não tem os horários de funcionamento convenientes a todos os clientes.				
(1) DISCORDO FORTEMENTE	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) CONCORDO FORTEMENTE

Quadro 23 - Lista de 22 questões da escala SERVQUAL original

Anexo 3

Pesquisa integrativa de estudos relevantes de avaliação, monitoramento e mensuração de performance, no âmbito do Brasil

Autor /Tema	Título/Referência	Síntese do Estudo
<p>Autor: SANCHO, Leyla Gomes.</p> <p>Tema Central: Aplicação de avaliação econômica em terapias</p>	<p><i>Avaliação econômica em saúde: fundamentação teórica, abordagens e possibilidades a luz das terapias renais substitutivas.</i> Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.</p>	<p>Realiza inicialmente uma revisão bibliográfica, a partir dos anos 1970, sobre a avaliação em Saúde, avaliação econômica em Saúde e análise de custo-efetividade e utilidade. Para a construção da evidência empírica sobre as reais possibilidades da execução de estudos aplicando a técnica do custo-efetividade no nosso meio, utiliza, como exemplo, o caso das terapias renais substitutivas (TRS) em portadores de falência renal crônica.</p>
<p>Autor: SILVA, Everton Nunes da.</p> <p>Tema Central: Aplicação de avaliação econômica em terapias</p>	<p>Ensaio em economia da saúde: transplantes de rim. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2008.</p>	<p>Executou uma análise de custo-utilidade para transplante de rim comparando a estudos internacionais.</p>
<p>Autor: MATOS, Afonso Jose de.</p> <p>Tema Central: Aplicação de avaliação econômica em equipamento</p>	<p>Análise da relação custo-efetividade do tratamento com DCI - Desfibrilador Cardioversor Implantável. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2007.</p>	<p>Faz a revisão da conceituação das técnicas de avaliação econômica e de apropriação de custos de procedimentos hospitalares, bem como experiências sobre a análise da relação custo-efetividade. Executa a análise da relação custo-efetividade do tratamento com o uso do Desfibrilador Cardioversor Implantável (DCI).</p>
<p>Autor: PROITE, André; SOUSA, Maria da</p>	<p>Eficiência técnica, economias de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema</p>	<p>Computa as fronteiras não paramétricas de eficiência técnica para 1.170 hospitais brasileiros da rede SUS, utilizando o método DEA (Data Envelopment Analysis), para retornos variáveis de escala com o método, recentemente proposto, que combina as técnicas de reamostragem Bootstrap e Jackknife para eliminar os efeitos de</p>

<p>Conceição Sampaio de.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método DEA em hospitais</p>	<p>hospitalar brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32, 2004, Joao Pessoa. [Anais...]. Joao Pessoa: ANPEC, 2004. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro2004/artigos/A04A100.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.</p>	<p>outliers e outras discrepâncias estatísticas. Após o cálculo dos índices de eficiência, utiliza técnicas econométricas, em especial regressão quantílica, para investigar os determinantes desses escores. Nossos resultados confirmaram a importância do efeito escala (medido por meio do total de atendimentos realizados) sobre a eficiência técnica deste setor, controlada pelo tempo médio de permanência no hospital, pelo custo médio e pelo capital humano. No que diz respeito a gestão dos hospitais, destacam-se os efeitos negativos das instituições não lucrativas (benéficas e cooperativas) sobre o desempenho para os quantis maiores de eficiência, resultado que se diferencia da literatura empírica pelo uso de regressão quantílica.</p>
<p>Autor: LOBO, M. S. C. et al.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método DEA e benchmarks em hospitais</p>	<p>Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. Rev. Saúde Pública, Sao Paulo, v. 43, n. 3, p. 437-445, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7103.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2013.</p>	<p>O uso de análise envoltória de dados (DEA) estabeleceu os benchmarks para as unidades ineficientes (antes e depois da reforma) e os escores de eficiência mostraram uma possível correlação entre a eficiência técnica encontrada e a intensidade e dedicação de ensino.</p>
<p>Autor: ALMEIDA, Alessio Tony C. de; GASPARINI, Carlos Eduardo.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método DEA nas regiões de saúde</p>	<p>Descentralização e produtividade da saúde pública no Brasil – 1996 a 2007. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 39, 2011, Foz de Iguacu (PR). [Anais...]. Niteroi: ANPEC, 2011. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro_2011.htm#TRABALHOS>. Acesso em: 22 jan. 2013.</p>	<p>Utiliza o índice de Malmquist e a abordagem DEA (Análise de Envoltoria dos Dados) em dois estágios com dados em painel para avaliar a relação entre descentralização e performance da oferta pública da saúde no País, bem como para fornecer um panorama da dinâmica regional da produtividade do setor entre os anos de 1996 a 2007.</p>
<p>Autor: OLIVEIRA NETO, Jose</p>	<p>Eficiência relativa dos sistemas municipais de saúde. Dissertação (Mestrado) –</p>	<p>Utiliza o Método de Análise Envoltória de Dados (DEA) com rendimentos variáveis com orientação para insumos e, para análise dos factores determinantes da produtividade, adotou-se um modelo de regressão do tipo Tobit. Essa abordagem é conhecida</p>

<p>Carneiro da Cunha.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método DEA na saúde de municípios</p>	<p>Universidade Católica de Brasília, Brasília (DF), 2007.</p>	<p>como análise envoltoria de dados (DEA) em dois estágios. A fronteira calculada deixou claro os fortes contrastes existentes entre as diferentes regiões do País. A heterogeneidade característica do Brasil está presente na fronteira de eficiência calculada, dado que os municípios mais eficientes do Norte e Nordeste apresentam, em média, indicadores de expectativa de vida e a mortalidade infantil piores que os encontrados nos menos eficientes do Sul e Sudeste. O segundo estágio da Análise Envoltória, representado pela regressão Tobit, mostrou evidências da existência de ganhos de escala na prestação de serviços de Saúde e que municípios com pior distribuição de renda e menor infraestrutura urbana tendem a ser menos eficientes.</p>
<p>Autor: MACHADO JR., Saris Pinto; IRFFI, Guilherme; BENEGAS, Mauricio.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método DEA na saúde, etc, de municípios</p>	<p>Análise da eficiência técnica dos gastos com educação, saúde e assistência social dos municípios cearenses. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, n. 36, jan./jun. 2011. Disponível em: <www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/223/204>. Acesso em: 25 jan. 2013.</p>	<p>Avalia a eficiência técnica dos gastos municipais per capita em Educação, Saúde e Assistência Social para os municípios cearenses, referente a 2005. Para isso, utiliza a metodologia de Análise Envoltória de Dados (DEA), orientada pelos insumos e retornos constantes de escala, uma vez que se pretende obter resultados voltados para diminuir o gasto público e manter o nível de eficiência na prestação dos serviços</p>
<p>Autor: ROCHA, Romero C. B.; MEDICI, Andre.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método SFA em hospitais públicos e gestão por OS</p>	<p>Federal University Hospitals and Stochastic Frontier Model. ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 38, Salvador. [Anais...]. Niteroi: ANPEC, 2010. Disponível em: <www.anpec.org.br/encontro_2010.htm#TRABALHOS>. Acesso em: 22 jan. 2013.</p>	<p>Após caracterizar os Hospitais Universitários Federais do Brasil, revisita alguns estudos para entender a melhor maneira de os hospitais organizarem sua governança. Finalmente, roda um modelo de fronteira estocástica no intuito de construir rankings de eficiência para os hospitais e analisar o quanto eles poderiam aumentar sua produção com os insumos que possuem. Os resultados encontrados nos estudos revisitados mostram que a melhor maneira de organizar a governança e por meio do modelo de Organizações Sociais (OS), na qual o governo contrata um operador privado sem fins lucrativos para administrar as unidades. Os resultados encontrados no modelo de fronteira mostram que os hospitais universitários estão mais perto da eficiência na produção ambulatorial do que na produção hospitalar. Entretanto, esta análise não leva em consideração a gravidade dos casos, que é o que pode estar produzindo estes resultados. Comparando-se o ranking dos hospitais no modelo com o ranking dos hospitais</p>

		produzido por meio da taxa de rotatividade dos leitos, obtêm-se resultados similares.
<p>Autor: SANTOS, Everton Gomes Ferreira de Abreu dos.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método SFA na saúde de municípios</p>	<p>Uma avaliação comparativa da eficiência dos gastos públicos com saúde nos municípios brasileiros. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2008.</p>	<p>Primeiro foi feita uma caracterização geral da qualidade de saúde da população dos municípios, e depois foi construída uma fronteira de possibilidades de produção, utilizando-se da técnica de análise de Fronteiras Estocásticas, sendo a ineficiência dos municípios comparada por meio da distância de cada um deles em relação a essa fronteira.</p>
<p>Autor: MARINHO, Alexandre Marinho; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo método SFA no SNS-Brasil <i>versus</i> SNS- Países OCDE</p>	<p>Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. Revista Brasileira de Economia, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 3-19, jan./mar., 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbe/v66n1/v66n1a01.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2013.</p>	<p>Avalia a eficiência na provisão de serviços de Saúde no Brasil, comparado com os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Estima em que medidas variáveis como: gasto per capita em Saúde; esperança de vida ao nascer; e índice de sobrevivência infantil, servem de representação para um serviço de Saúde eficiente, dado o gasto per capita com Saúde. Foram geradas fronteiras de eficiência, calculadas em modelos de fronteiras estocásticas (stochastic frontiers), e os resultados, em termos relativos, não são totalmente desfavoráveis ao Brasil.</p>
<p>Autor: QUINTELA, Mirelle Cristina de Abreu.</p> <p>Tema Central: Análise de eficiência pelo</p>	<p>Gasto público social dos estados brasileiros: um estudo sob a ótica da eficiência técnica. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Vicoso, Vicoso (MG), 2011.</p>	<p>Avalia o desempenho e a eficiência do gasto público social dos estados, nas áreas de Educação e Cultura, Saúde e Saneamento, Habitação e Urbanismo e Segurança Pública. Para a estimação dos parâmetros de determinação do desempenho agregado do setor público e das eficiências dos estados, lança-se mão da técnica de estimação paramétrica de fronteira de produção estocástica (Stochastic Frontier Approach – SFA). A SFA permite a detecção da ineficiência técnica, livre dos efeitos aleatórios, ou seja, livre de</p>

método SFA na saúde, etc, estadual		factores que não são de responsabilidade do indivíduo analisado, tais como erros de medição e variáveis omitidas.
Autor: SOUSA, M. H. L. et al. Tema Central: Estudo de financiamento da saúde estadual	Financiamento público da saúde no estado do Ceara (Brasil) no período de 2004 a 2008. Cadernos da Escola de Saúde Pública, Ceara, v. 4, n. 1, p. 22-30, jan./jun., 2010.	O financiamento público da Saúde no Ceara entre 2004 e 2008 teve média anual de 3,960 bilhões de reais. O gasto per capita médio foi de 483,57 reais, com variação percentual entre 2004/2008 de 9,9%, que representa cerca de 7,95% do GDP-PIB do Estado do Ceará, em 2006.
Autor: VARELA, Patricia Siqueira. Tema Central: Avaliação de eficiência por benchmark	Financiamento e controladoria dos municípios paulistas no setor saúde: uma avaliação de eficiência. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2008.	A determinação de parâmetros de avaliação pela Controladoria na Gestão Pública não tem sido uma tarefa simples, pois o tipo de controle aplicável as atividades do setor público dependem de quatro complexos critérios: ambiguidade dos objectivos, mensuração dos outputs, conhecimento do efeito das intervenções e repetição das atividades. Uma alternativa para contornar as dificuldades da avaliação de desempenho e a sua realização por benchmark. Pretende indicar possibilidades e restrições de avaliações comparativas de desempenho no setor público.
Autor: ROTTA, Carmen Silvia Gabriel. Tema Central: Indicadores de desempenho hospitalar e análise de opinião de dirigentes	Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), 2004.	Descreve e analisa os indicadores de desempenho utilizados pelos hospitais de Ribeirão Preto (SP), bem como analisa a opinião dos dirigentes desses hospitais em relação a utilização desses indicadores na gestão desses hospitais. Trata de um estudo exploratório, de natureza qualitativa e quantitativa, em nove hospitais não especializados, selecionados intencionalmente. A análise da opinião dos dirigentes demonstrou que algumas barreiras (como a falta de profissionalização dos administradores de hospitais, a ausência de padrões para hospitais brasileiros, bem como a ausência de incentivos dos órgãos financiadores em relação ao desempenho baseado em indicadores) são consideradas obstáculos para a utilização de indicadores pelos administradores hospitalares. Os indicadores relacionados a custos, receita, utilização de leitos e recursos humanos foram considerados pelos dirigentes entrevistados como muito importantes na gestão de um hospital, mas percebe-se uma incoerência entre o discurso desses dirigentes e a pratica verificada nos hospitais estudados.

Quadro 24 - Síntese de estudos da revisão sistemática (OPAS – AbrES - MS)

Autor	Amostra	Objectivo	Modelo, amostra e	Variáveis de insumos	Variáveis de produtos	Resultados principais
-------	---------	-----------	-------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------

			variáveis de regressão			
Marinho 2001a	Hospitais públicos e privados	Comparar metodologia da DEA com indicadores de desempenho	Modelo: AP modelo Amostra: Seis hospitais	Numero de leitos Numero de funcionários Numero de médicos	Numero de pacientes internados Numero de pacientes ambulatoriais Numero de pacientes tratados	A DEA apresentou resultados mais consistentes A eficiência varia de 15,89 a 310,5%
Marinho 2001b	18 municípios no estado do Rio de Janeiro, 1998	Avaliar diferenças regionais	Modelo: CCR + Tobit Amostra: 390 hospitais Variáveis de regressão: PIB População TMP	Numero de leitos Capacidade ambulatorial Valor médio de reembolso por paciente-dia Valor médio para procedimento ambulatorial	Numero de pacientes internados Numero de procedimentos ambulatoriais Taxa de mortalidade (qualidade)	Não há padrão regional Eficiência média de 83,7% Excesso de oferta geral Leitos ajustados Hospitais maiores têm índice de eficiência menor PIB tem correlação positiva com eficiência TMP: correlação negativa com eficiência
Marinho 2001c	Hospital universitário federal, cinco semestres a partir de 1998	Avaliar cada semestre Avaliar todos os semestres e unidades	Modelo: CCR + dados de painel com efeito fixo Amostra: 45 hospitais Variáveis de regressão: taxa de ocupação Taxa de giro TMP	Área construída Numero de salas (ambulatório, cirurgia e emergência) Recursos financeiros do SUS Numero de enfermeiros Numero de médicos Numero de leitos adultos e de UTI Numero de professores	Numero de cirurgias Numero de pacientes ambulatoriais Numero de consultas em internação Numero de exames gerais Taxa de infecção Inverso do numero total de mortes Numero total de altas Numero de residentes	Eficiência: 93,9% pelo modelo 1; 84,2% pelo modelo 2 Não há tendências temporais Norte é mais eficiente Tamanho não influencia e eficiência: correlação negativa
Marinho e Façanha 2001	Hospital universitário federal, 1996	Avaliação	Modelo: BBC Amostra: 43 hospitais	Área construída Numero de professores (pagos pelo MEC)	Numero de cirurgias Numero de pacientes ambulatoriais Numero de internações	Aumento de internações, cirurgias e FIDEPS Hospitais maiores são

				Recursos financeiros Numero de funcionarios Numero de leitos Numero de médicos residentes Numero de médicos (pago pelo MEC) Numero de médicos residentes Numero de salas ambulatoriais Numero de salas ambulatoriais de cirurgia Numero de salas de cirurgia	FIDEPS	menos eficientes
Calvo 2002	Estado do Mato Grosso, 1998	Comparar unidades publicas e privadas	Modelo: BBC Amostra: 40 privados e 40 publicos	Numero de médicos Numero de leitos Recursos financeiros do SUS	Numero de altas	Não há diferença entre hospitais públicos e privados
Pereira, Tusi e Lanzer 1995	Hospital universitário federal, Santa Catarina	Avaliação no tempo de clínica cirúrgica hospitalar	Modelo: FDH e análise de janela Amostra: 1 hospital, 8 períodos	Custo total Pacientes/ dia Numero de horas-cirurgia	Numero de cirurgias	Primeiro e ultimo período foram eficientes, servindo como ponto de referencia para gestores
Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro 2002	Hospital Geral na cidade do Rio de Janeiro	Avaliar clinicas de medicina geral e cirurgia	Modelo: CCR Amostra: 19 hospitais gerais para medicina geral; 18 hospitais gerais para cirurgia	Clinica: Taxa de mortalidade TMP Cirurgia: Taxa de mortalidade TMP	Medicina geral: Doenças infecciosas e parasitarias Doenças respiratórias Doenças digestivas Doenças circulatórias Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas Valor de AIH Cirurgia: Porcentagem de cirurgias de alto risco Valor de AIH	Taxas de mortalidade e TMP diminuiram, mantendo recursos e perfil de doença

Holanda, Petri e Nogueira 2004	Municípios do Ceará, 2002	Diferenças regionais	Modelo: BCC (não crescente) + Tobit Amostra: 163 municípios Variáveis de regressão: População municipal como % da população na microregião PIB municipal como % do PIB da microrregião	Profissionais de saúde/mil habitantes Número de equipamentos em uso/ mil habitantes Número de leitos hospitalares/ mil habitantes	Número de consultas ambulatoriais/ mil habitantes Número de internações/ mil habitantes	Municípios com mais qualidade atraem pacientes de outras regiões? Excesso de recursos em algumas regiões? Concentração de recursos de alto custo e alta complexidade em municípios mais eficientes? Pontuação alta associada a alta população e alto PIB
--------------------------------	---------------------------	----------------------	---	---	--	---

Quadro 25 - Síntese de estudos de aplicação do método DEA no contexto da saúde brasileira

Anexo 4

Síntese de estudos recentes de monitoramento e avaliação de desempenho aplicadas em organizações do sistema de saúde do Brasil

Em uma revisão sistemática sobre avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil (Machado et al., 2013), os primeiros estudos surgiram no período de 1991 a 2003, quando foram publicados apenas nove documentos no período. Entre os anos de 2004 e 2011, houve 48 publicações.

As análises apresentadas nesta revisão sobre avaliações de qualidade realizadas no Brasil referem-se a um total de 62 publicações e 48 estudos diferentes, sendo 14 documentos publicados em multiplicidade e apenas três teses de doutoramento e seis de mestrado (quadro 26).

Documento	Estudo	Referência ^{nm}	Ano(s) dos dados	População e cenário de estudo	Fonte(s) de informação	Desenho do estudo
1	1	Gomes ⁴⁷	2005	Adultos internados em clínica médica e cirúrgica, em hospitais do Rio Grande do Sul	SIH/SUS	Transversal
2	1	Gomes et al. ⁴⁸	2005	Adultos internados em clínica médica e cirúrgica, em hospitais do Rio Grande do Sul	SIH/SUS	Transversal
3	1	Gomes et al. ⁴⁹	2005	Adultos internados em clínica médica e cirúrgica, em hospitais do Rio Grande do Sul	SIH/SUS	Transversal
4	2	Iucif Jr. et al. ⁶⁰	1998-1999	Pacientes com 50+ anos internados com doenças dos aparelhos respiratório e circulatório em hospitais de Ribeirão Preto (São Paulo)	Sistema de informações local	Transversal
5	3	Martins et al. ⁵¹	1996-1998	Pacientes com 50+ anos internados com doenças dos aparelhos respiratório e circulatório em hospitais de	Sistema de informações local	Transversal

				Ribeirão Preto (São Paulo)		
6	4	Mesquita et al. ³⁵	2005-2007	Pacientes internados para cirurgia de revascularização do miocárdio no Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro	Sistema de informações local	Transversal
7	4	Rocha et al. ³⁴	2006-2007	Pacientes internados com IAM no Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro	Sistema de informações local	Transversal
8	5	Rolim ⁵²	2006-2007	Adultos internados por AVC em hospitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
9	5	Rolim & Martins ⁵³	2006-2007	Adultos internados por AVC a menos de 7 dias em hospitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
10	6	Daud-Gallotti et al. ⁵⁴	1996-1999	Pacientes com AVC admitidos na emergência de um hospital universitário em São Paulo	Prontuários	Caso-controle
11	7	Noronha ⁵⁵	1996-1998	Pacientes internados para cirurgia de revascularização do miocárdio em hospitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
12	7	Noronha et al. ⁵⁶	1996-1998	Pacientes internados para cirurgia de revascularização do miocárdio em hospitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
13	7	Noronha et al. ⁵⁷	1996-1998	Pacientes internados para cirurgia de revascularização do miocárdio em hospitais do Brasil com mais de 150 procedimentos no período	SIH/SUS	Transversal
14	8	Paiva ⁵⁸	2005	Pacientes que se internaram ao menos por 4 dias em clínica médica de um hospital do interior de São Paulo	Coleta de dados primários	Qualitativo
15	8	Paiva et al. ⁵⁹	2005	Pacientes que se internaram ao menos por 4 dias em clínica médica	Coleta de dados primários	Qualitativo

				de um hospital do interior de São Paulo		
16	9	Godoy et al. ³³	1999-2003	Pacientes submetidos a angioplastias coronárias financiadas pelo SUS no Rio de Janeiro	SIH/SUS	Transversal
17	9	Mendes et al. ⁶²	2003	Pacientes internados em 3 hospitais de ensino no Rio de Janeiro	Prontuários	Transversal
18	10	Kelles et al. ⁶¹	2004-2007	Pacientes internados para cirurgia bariátrica aberta em Belo Horizonte (Minas Gerais)	Sistema de informações local e prontuários	Transversal
19	11	Mendes et al. ⁶²	2003	Pacientes internados em 3 hospitais de ensino no Rio de Janeiro	Prontuários	Transversal
20	11	Martins et al. ⁶³	2003	Pacientes internados em 3 hospitais de ensino no Rio de Janeiro	Prontuários	Transversal
21	12	Moura et al. ⁶⁴	2007	Pacientes com 18+ anos internados em hospital público na Bahia	SUS e sistema de informações local	Transversal
22	12	Moura et al. ⁶⁵	2007	Pacientes internados em UTI no Hospital Geral de Vitória da Conquista, Bahia	SUS e sistema de informações local	Transversal
23	13	Nascimento et al. ⁶⁶	2006	Pacientes a partir de 18 anos que sofreram evento adverso durante internação em hospital privado em São Paulo	Sistema de informações local	Transversal
24	14	Rosa et al. ⁶⁷	1994	Mulheres internadas em 4 maternidades da rede SUS na Região Metropolitana do Rio de Janeiro	SIH/SUS, SIM, Sistema de Informações local, coleta de dados primários	Qualitativo
25	15	Chiavone et al. ⁶⁸	2002-2003	Pacientes internados em UTI pós-cirurgia emergencial no Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Coleta de dados Primários	Transversal

26	16	Amaral et al. ⁶⁹	1999	Pacientes a partir de 60 anos internados em 4 hospitais da AP2.2, no Rio de Janeiro	SIH/SUS	Transversal
27	17	Dias ⁷⁰	2007	Adultos internados em clínica médica e cirúrgica em hospitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
28	18	Escosteguy et al. ⁷¹	1997	Pacientes internados com diagnóstico de IAM em hospitais do Rio de Janeiro	SIH/SUS	Transversal
29	19	Piegas et al. ³⁰	2005-2007	Pacientes internados para intervenção coronariana percutânea em hospitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
30	19	Piegas & Haddad ²⁹	2005-2008	Pacientes internados para intervenção coronariana percutânea em hospitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
31	20	Borges et al. ⁷²	2006	Pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva no SUS da Santa Casa de Misericórdia de Marília (São Paulo)	Coleta de dados Primários	Transversal
32	21	Cesconetto et al. ⁷³	2003	Pacientes internados em hospitais gerais de Santa Catarina	SIH/SUS	Transversal
33	22	Costa et al. ⁷⁴	2005	Pacientes internados em clínica médica ou cirúrgica de um hospital público e de um hospital privado na Bahia	Coleta de dados Primários	Transversal
34	23	Gouvêa et al. ³¹	1992-1995	Pacientes internados em hospitais no Rio de Janeiro	SIH/SUS	Transversal
35	24	Gonçalves et al. ⁷⁵	2000	Pacientes internados em clínicas médicas de hospitais de capitais do Brasil	SIH/SUS	Transversal
36	25	Kotaka et al. ⁷⁶	1994	Pacientes internados em hospitais que participam de programa de	Coleta de dados Primários	Qualitativo

				qualidade em São Paulo		
37	26	Lansky et al. ⁷⁷	1999	Coorte de nascidos em hospitais de Belo Horizonte (Minas Gerais) e suas Mães	Prontuários, Sistema de informações local, SINASC e SIM	Coorte
38	26	Lansky et al. ⁷⁸	1999	Coorte de nascidos em hospitais de Belo Horizonte (Minas Gerais) e suas Mães	Prontuários, Sistema de Informações local, SINASC e SIM	Caso-control
39	26	Lansky et al. ⁷⁹	1999	Coorte de nascidos em hospitais de Belo Horizonte (Minas Gerais) e suas Mães	Prontuários, Sistema de informações local, SINASC e SIM	Coorte
40	27	Oliveira et al. ⁸⁰	1999-2001	Amostra de parturientes internadas em hospitais do SUS no Rio de Janeiro	Prontuários e coleta de dados primários	Transversal
41	28	Louro et al. ⁸¹	2002-2003	Pacientes internados em hospital universitário de Maringá (Paraná), em antibioticoterapia	Prontuários e coleta de dados primários	Transversal
42	29	Masella et al. ⁸²	2000-2001	Pacientes vítimas de trauma no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (São Paulo)	SIM e prontuários	Transversal
43	30	Matos et al. ⁸³	1999-2001	Pacientes internados em hospitais da Região Metropolitana do Rio de Janeiro em uso de albumina humana	SIH/SUS	Transversal
44	31	Passarelli et al. ⁸⁴	2002-2004	Pacientes idosos internados no Hospital Municipal Central de Santo André (São Paulo)	Coleta de dados Primários	Transversal
45	32	Ricci et al. ⁸⁵	2007-2008	Pacientes atendidos no Hospital Escola de São Carlos	Coleta de dados Primários	Transversal
46	33	Schramm et al. ⁸⁶	1997	Pacientes com internação obstétrica em hospitais do Rio de Janeiro	SIH/SUS	Transversal

47	34	Silva et al. ⁸⁷	2002-2007	Pacientes internados na clínica médica de hospital em Goiás	Sistema de Informações local	Transversal
48	35	Carneiro et al. ⁸⁸	2005-2009	Pacientes internados na clínica cirúrgica, com eventos adversos, em hospital de Goiânia (Goiás)	Sistema de informações local	Transversal
49	35	Souza et al. ⁸⁹	2005-2009	Pacientes que passaram pelo centro cirúrgico, com eventos adversos, em hospital de Goiânia (Goiás)	Sistema de informações local	Transversal
50	36	Cruz ⁹⁰	2007	Pacientes internados no Hospital Adventista de São Paulo	Coleta de dados Primários	Transversal
51	37	Marinho ⁹¹	1995	Hospitais de grande porte de São Paulo	Sistema de informações local	Transversal
52	38	Zucchi ⁹²	1995	Hospitais de grande porte de São Paulo	Sistema de informações local	Transversal
53	39	Martins ⁹³	1986	Pacientes internados em 36 hospitais do Rio de Janeiro	Sistema de informações local	Transversal
54	40	Costa ⁹⁴	1993	Pacientes menores de 5 anos internados por IRA na clínica médica do Hospital Municipal Jesus	Prontuários	Transversal
55	41	Gonçalves ⁹⁵	1991 e 2000	Idosos internados no Brasil com IAM	SIH/SUS, SIM e MAS	Transversal
56	42	Golovattei ⁹⁶	2008-2009	Hospitais da Região Metropolitana de São Paulo	Sistema de informações local	Transversal
57	43	Alves ⁹⁷	1997	Maternidades com mais de 100 partos em 1996, em São Luís (Maranhão)	Coleta de dados primários, prontuário e Sistema de informações local	Transversal
58	44	Costa ⁹⁸	2009-2010	Pacientes entre 0-28 dias de vida, internados na UTI neonatal de hospital universitário no Rio Grande do Sul	Coleta de dados primários e prontuários	Transversal

59	45	Haddad ⁹⁹	1988-2003	Pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo	Sistema de Informações local	Transversal
60	46	Santos et al. ¹⁰⁰	Não descreve	Pacientes internados em seis hospitais de João Pessoa (Paraíba) conveniados ao SUS	Coleta de dados Primários	Transversal
61	47	d’Orsi et al. ¹⁰¹	1998-1999	Mulheres em uma maternidade pública e mulheres em uma maternidade conveniada no Rio de Janeiro	Prontuário e coleta de dados primários	Caso-control
62	48	Guerra et al. ¹⁰²	1999-2002	Hospitais das capitais brasileiras, que realizaram pelo menos 200 internações, pelo SUS, de pacientes idosos com procedimento principal “Atendimento a pacientes sob cuidados prolongados”	SIH/SUS	Transversal

Quadro 26 - Estudos recentes de monitoramento e avaliação desempenho aplicadas em organizações do sistema de saúde do Brasil

Nesta investigação aplicou-se uma revisão sistemática ampliada e complementar nas principais bases de publicações de artigos científicos revisados por pares no Brasil (SciELO, Lilacs e Medline e outras bases, via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS) foram localizadas 12 publicações no período de 01 de janeiro de 1986 a 15 de dezembro de 2018, sendo apenas 12 produções na linha de avaliação de performance em saúde e somente dois artigos no campo de avaliação de qualidade percebida caracterizados no quadro 27, a seguir.

As leituras dos resumos (*abstract*) e análises das publicações desta revisão sistemática foram categorizadas segundo classificações de alguns estudiosos brasileiros destacados do campo de avaliação (Bosi & Mercado, 2006: 91; Hartz & Vieira-da-Silva, 2005: 34; Samico et al., 2010: 10), dadas as multiplicidades conceituais, conforme abaixo:

- a) Relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura, acessibilidade e equidade;
- b) Relacionados com o efeito das ações: eficácia, efetividade e impacto;
- c) Relacionados com os custos e produtividade das ações: eficiência;
- d) Relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente: qualidade técnico-científica;
- e) Relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde: direcionalidade e consistência (análise estratégica);
- f) Relacionados com o processo de implantação das ações: avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo, análise de implantação – estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005: 34).

[...] Análise da pertinência (análise estratégica), ou seja, se há adequação estratégica entre a intervenção e o problema que a originou; os fundamentos teóricos (análise lógica), que avaliam se há adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingi-los; a produtividade, que verifica a relação entre os recursos empregados e os serviços produzidos; o efeito, que estuda a influência dos serviços sobre o estado de saúde de quem os utiliza, de forma a analisar sua eficácia; o rendimento, que relaciona a utilização dos recursos e os efeitos alcançados, ou seja, a eficiência; e as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual se situa (análise de implantação), que foca dois aspectos essenciais: a influência do grau de implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e a influência do contexto em que está inserida a intervenção sobre seus efeitos. Avaliação normativa - Consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes. Tem como principais características apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, [...], e apresenta forte relação entre o respeito às normas e critérios restabelecidos e os efeitos da intervenção (Samico et al., 2010: 10).

[...] Avaliação normativa, destina-se a verificar o “êxito técnico” (Ayes, 2002) de ações, aí compreendidos os produtos do trabalho na saúde, ou seja, os objetos e objetividades produzidos nas ações desenvolvidas no campo da saúde. (Bosi & Mercado, 2006: 91) (*GRIFOS NOSSOS*).

Dessa forma, sintetizou-se a seguinte classificação das publicações que evidenciam a importância desta investigação conforme dados do quadro 27 abaixo: publicações no campo de desempenho de sistemas ou serviços de saúde: 12 publicações (N^{os}: 01, 12, 23, 32, 33, 44, 48, 64, 65, 79, 102 e 103), publicações no campo de qualidade e percepção dos usuários de saúde: 02 publicações (N^{os}: 68 e 98). Distribuição de tipologias de avaliação das publicações: Análise bibliométrica = 06; Análise estratégica = 33; Avaliação de implementação = 24; Análise de avaliabilidade = 09; Avaliação de processo = 07; Avaliação de efetividade = 08; Avaliação de eficácia = 01; Avaliação de impacto = 01; Avaliação de produtividade = 01; Avaliação de qualidade (percepção) = 02; Avaliação de percepção (conhecimento) = 02; Avaliação de tecnologia = 01; Avaliação econômica (recursos) = 02; Avaliação econômica

(custos) = 01; Avaliação normativa = 02; Ensaio teórico = 01; Avaliação múltipla = 01, Guia de instruções = 05; Sem informação = 05.

Nota-se, ainda, que o período de 1999 a 2005 teve média de apenas uma publicação anual, entre 2006 a 2010 houve 39 produções, e entre 2011 a 2018 a média foi de quatro publicações anuais, sendo após 2011 publicados 18 artigos, cinco monografias e oito teses, que mostra o interesse pela avaliação em saúde.

- Distribuição de tipologias de avaliação das publicações:

Análise bibliométrica = 06; Análise estratégica = 33; Avaliação de implementação = 24; Análise de avaliabilidade = 09; Avaliação de processo = 07; Avaliação de efetividade = 08; Avaliação de eficácia = 01; Avaliação de impacto = 01; Avaliação de produtividade = 01; Avaliação de qualidade (percepção) = 02; Avaliação de percepção (conhecimento) = 02; Avaliação de tecnologia = 01; Avaliação econômica (recursos) = 02; Avaliação econômica (custos) = 01; Avaliação normativa = 02; Ensaio teórico = 01; Avaliação múltipla = 01, Guia de instruções = 05; Sem informação = 05.

- Publicações no campo de desempenho de sistemas ou serviços de saúde: 12 publicações (N^{os}: 01, 12, 23, 32, 33, 44, 48, 64, 65, 79, 102 e 103)

- Publicações no campo de qualidade e percepção dos usuários de saúde: 02 publicações (N^{os}: 68 e 98)

- Resultado Global das buscas em bases brasileiras (SCIELO, LILACS, MEDLINE, BVS e Outros): 113 produções originais, 46 duplicidades (*) e 30 múltiplas - acima de duas (**) (N^{os}: 3*, 5*, 6**, 14*, 26*, 29*, 31*, 35*, 37*, 42*, 43*, 45*, 49*, 51*, 57*, 58*, 61*, 69*, 70*, 71*, 72*, 75**, 77*, 78*, 82*, 83*, 86*, 87*, 90*, 92*, 93*, 94*, 95** e 108*).

Cenários de aplicação das avaliações: 08 produções no contexto internacional; 06 produções não discriminadas; 99 produções no Brasil (Sudeste - 23 produções, Nordeste - 07 produções, Sul - 05 produções, regiões não especificadas - 64 produções).

1) Base de dados pesquisada: SCIELO

- Descritores (Decs): (avaliação em saúde AND política de saúde) AND (avaliação de programas de saúde) AND (avaliação de políticas de saúde)

Link: <https://search.scielo.org/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) → 40 publicações.

https://search.scielo.org/?fb=&q=%28avalia%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+and+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde%29+AND+%28avalia%C3%A7%C3%A3o+de+programas+de+sa%C3%BAde%29+AND+%28avalia%C3%A7%C3%A3o+de+pol%C3%ADticas+de+sa%C3%BAde%29&lang=pt&count=15&from=1&output=site&sort=&format=summary&page=1&where=&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2010&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2006&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2007&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2012&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2016&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2013&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2011&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2017&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2004&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2005&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2009&filter%5Byear_cluster%5D%5B%5D=2014

- Descritores (Decs): avaliação em saúde AND monitoramento AND avaliação em saúde AND política de saúde

Link: <https://search.scielo.org/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) → 24 publicações.

<https://search.scielo.org/?fb=&q=avalia%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+and+monitoramento+and+avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude++and+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde&lang=pt&count=15&from=1&output=site&sort=&format=summary&page=1&where=&filter%5Bin%5D%5B%5D=scl>

2) Base de dados pesquisada: LILACS (BVS)

- Descritores (Decs): avaliação em saúde AND monitoramento AND avaliação em saúde AND política de saúde

Link: <http://lilacs.bvsalud.org/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) (Filtro – LILACS) → 56 publicações.

http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=collection&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=clinical_aspect&u_filter%5B%5D=limit&u_filter%5B%5D=pais_assunto&u_filter%5B%5D=la&u_filter%5B%5D=year_cluster&u_filter%5B%5D=type&u_filter%5B%5D=ta_cluster&u_filter%5B%5D=jd&u_filter%5B%5D=pais_afiliacao&fb=&output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=&page=1&q=avalia%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde++monitoramento++avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude++pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+&index=tw&where=&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bpais_assunto%5D%5B%5D=brasil

- Descritores (Decs): avaliação em saúde AND avaliação de programas e projetos AND monitoramento AND avaliação em saúde AND política de saúde

Link: <http://lilacs.bvsalud.org/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) Filtro – LILACS → 12 publicações.

http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LILACS&filter%5Bpais_assunto%5D%5B%5D=brasil&q=avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude+++avalia%C3%A7%C3%A3o+de+programas+e+projetos++monitoramento++avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude++pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+&index=tw&search_form_submit=Pesquisar

3) Base de dados pesquisada: MEDLINE (BVS)

- Descritores (Decs): avaliação em saúde AND avaliação de programas e projetos AND monitoramento AND avaliação em saúde AND política de saúde

Link: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) (Filtro – MEDLINE) → 16 publicações.

http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=collection&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=clinical_aspect&u_filter%5B%5D=limit&u_filter%5B%5D=pais_assunto&u_filter%5B%5D=la&u_filter%5B%5D=year_cluster&u_filter%5B%5D=type&u_filter%5B%5D=ta_cluster&u_filter%5B%5D=jd&u_filter%5B%5D=pais_afiliacao&fb=&output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&page=1&q=avalia%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+and+monitoramento+and+avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude++and+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+&index=tw&where=&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bpais_assunto%5D%5B%5D=brasil

- Descritores (Decs): (tw:(avaliação em saúde)) AND (tw:(avaliação de programas e projetos)) AND (tw:(monitoramento)) AND (tw:(avaliação em saúde AND política de saúde))

Link: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) (Filtro – MEDLINE) → 03 publicações.

http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=collection&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=clinical_aspect&u_filter%5B%5D=limit&u_filter%5B%5D=pais_assunto&u_filter%5B%5D=la&u_filter%5B%5D=year_cluster&u_filter%5B%5D=type&u_filter%5B%5D=ta_cluster&u_filter%5B%5D=jd&u_filter%5B%5D=pais_afiliacao&fb=&lang=pt&where=&q=%28tw%3A%28avalia%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde%29%29+AND+%28tw%3A%28avalia%C3%A7%C3%A3o+de+programas+e+projetos%29%29+AND+%28tw%3A%28monitor

amento%29%29+AND+%28tw%3A%28avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude+AND+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde%29%29+AND+%28instance%3A%22regional%22%29&filter%5Bdb%5D%5B%5D=MEDLINE&filter%5Bpais_assunto%5D%5B%5D=brasil

4) Base de dados pesquisada: Outras bases (BVS)

- Descritores (Decs): avaliação em saúde AND avaliação de programas e projetos AND monitoramento AND avaliação em saúde AND política de saúde

Link: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) (Filtro – MEDLINE) → 01 publicação (duplicidade).

http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?u_filter%5B%5D=fulltext&u_filter%5B%5D=collection&u_filter%5B%5D=db&u_filter%5B%5D=mj_cluster&u_filter%5B%5D=type_of_study&u_filter%5B%5D=clinical_aspect&u_filter%5B%5D=limit&u_filter%5B%5D=pais_assunto&u_filter%5B%5D=la&u_filter%5B%5D=year_cluster&u_filter%5B%5D=type&u_filter%5B%5D=ta_cluster&u_filter%5B%5D=jd&u_filter%5B%5D=pais_afiliacao&fb=db%3A20&lang=pt&where=&q=%28tw%3A%28avalia%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde%29%29+AND+%28tw%3A%28avalia%C3%A7%C3%A3o+de+programas+e+projetos%29%29+AND+%28tw%3A%28monitoramento%29%29+AND+%28tw%3A%28avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude+AND+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde%29%29+AND+%28instance%3A%22regional%22%29&filter%5Bdb%5D%5B%5D=LIS&filter%5Bdb%5D%5B%5D=BBO&filter%5Bdb%5D%5B%5D=SES-SP&filter%5Bdb%5D%5B%5D=campusvirtualsp_brasil&filter%5Bpais_assunto%5D%5B%5D=brasil#db

5) Base de dados pesquisada: BVS Global

- Descritores (Decs): avaliação em saúde AND monitoramento AND política de saúde

Link: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/> (FILTROS: Ano – 1999 a 2018; País/Região - Brasil) (Filtro – Todas as Bases) → 82 publicação (com muitas duplicidades e múltiplas ocorrências).

http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=site&lang=pt&from=1&sort=&format=summary&count=20&fb=&page=1&filter%5Bpais_assunto%5D%5B%5D=brasil&q=avalia%C3%A7%C3%A3o+em+sa%C3%BAde+and+monitoramento+and+avalia%C3%A7%C3%A3o+em+saude++and+pol%C3%ADtica+de+sa%C3%BAde+&index=tw&search_form_submit=Pesquisar

Síntese de resultados das buscas (SCIELO, LILACS, MEDLINE e BVS):

1) Resultados da base SCIELO: 64 publicações → 52 produções originais e 12 duplicidades (*) (N^{os}. 5*, 14*, 35*, 42*, 43*, 49*, 57*, 58*, 82*, 83*, 90* e 92*)

Cenários de aplicação das avaliações: 6 produções no contexto internacional; 46 produções no Brasil (Sudeste - 10 produções, Nordeste - 04 produções, Sul - 01 produções – Não discriminada - 31 produções).

2) Resultados da base LILACS (BVS): 66 publicações → 53 produções originais, 10 duplicidades (*) e 03 múltiplas - acima de duas (**) (N^{os}. 6**, 29*, 31*, 37*, 51*, 75**, 77*, 78*, 86*, 93*, 94*, 95** e 108*).

Cenários de aplicação das avaliações: 01 produção no contexto internacional; 03 produções não discriminadas; 48 produções no Brasil (Sudeste - 09 produções, Nordeste - 03 produções, Sul - 02 produções – Não discriminada - 34 produções).

3) Resultados da base MEDLINE (BVS): 19 publicação → 0 produção original, 9 duplicidade (*) e 5 múltiplas - acima de duas (**) (N^{os}. 22*, 44**, 51**, 53*, 60**, 65*, 66*, 85**, 98*, 99*, 103*, 105*, 106**, 111).

Cenários de aplicação das avaliações: 1 produção no contexto internacional; 3 produções não discriminadas; 9 produções no Brasil (Sudeste - 02 produções, Sul - 02 produções – Não discriminada - 05 produções).

4) Resultados da base bases (BVS) e outras bases: 3 publicação → 02 produções originais, 01 múltipla - acima de duas (**) (N^{os}. 6**).

Cenário de aplicação da avaliação: 01 produção no Brasil (Sudeste - 01 produção).

5) Resultados da base BVS Global: 82 publicações → 05 produções originais, 34 duplicidades (*) e 30 múltiplas acima de duas (**) (N^{os} 1*, 2*, 3**, 6**, 7*, 8*, 18*, 19**, 20*, 22*, 23*, 24*, 25*, 26**, 27**, 29**, 30*, 31**, 37**, 38*, 39*, 44**, 45**, 46*, 51**, 53*, 59*, 60**, 61**, 62*, 63*, 65*, 66*, 69**, 70**, 71**, 72**, 73*, 74*, 75**, 77**, 78**, 79**, 80*, 81*, 85**, 86**, 87**, 88*, 93**, 94**, 95**, 96*, 97*, 98*, 99*, 103*, 105*, 106**, 108**, 109*, 111*, 112*, 113**).

Cenários de aplicação das avaliações: 02 produções no contexto internacional; 06 produções não discriminadas; 59 produções no Brasil (Sudeste - 13 produções, Nordeste - 03 produções, Sul – 04 produções – Não discriminada - 39 produções).

N.	Periódico	Dados do artigo: título, autores e ano	Link para acesso ao artigo completo	Tipologia de Avaliação	Achados e/ou contribuições em M&A	Cenário da Avaliação
01	Rev Panam Salud Publica	Dezesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. Grimm, Sylvia <i>et. al</i> (2018)	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/?output=sit&lang=pt&from=1&ort=&format=summar&httphttps://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e183/	Avaliação de implementação	A institucionalização do monitoramento de indicadores sobre o desempenho da atenção primária à saúde (APS) em uma grande metrópole das Américas.	São Paulo (Sudeste)
02	Rev. bras. ciênc. saúde	Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. Cavalcanti <i>et. al</i> (2018)	http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/31872	Análise bibliométrica	Descrição e categorização dos principais desafios enfrentados pela regulação assistencial.	Brasil

03	Ciência & Saúde Coletiva, Jan 2018, Volume 23 Nº 1 Páginas 103 - 114	Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. Dias <i>et. al</i> (2018)	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100103&lang=pt	Análise de avaliabilidade	Necessidade de incorporação de instrumentos de monitoramento e avaliação específicos para a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).	Brasil
04	Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, Abr 2017, Volume 83 Nº 2 Páginas 120 - 125	Human Papillomavirus and students in Brazil: an assessment of knowledge of a common infection Burlamaqui <i>et. al</i> (2017)	http://www.scielo.br/pdf/bjor/v83n2/pt_1808-8694-bjorl-83-02-0120.pdf	Avaliação de percepção (conhecimento)	O conhecimento de HPV pela população avaliada neste estudo é parcial e fragmentado.	São Paulo (Sudeste)
05 (*)	Ciência & Saúde Coletiva, Jan 2017, Volume 22 Nº 1 Páginas 221 - 233	Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil Garcia <i>et. al</i> (2017)	https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100221&lng=pt&tlng=en	Avaliação econômica (recursos)	Encontrou-se maior eficiência na alternativa de aplicação dos recursos diretamente na rede pública.	Minas Gerais (Sudeste)
06 (*)	<i>Tese em Português</i>	Avaliação do Programa Saúde na Escola com foco na integração entre Unidade Básica de Saúde e Escola de Ensino Fundamental: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil Oliveira (2017).	http://hdl.handle.net/1843/BUOS-ATXKKG	Avaliação múltipla	O Programa Saúde na Escola (PSE), é percebido como ajuda e favor, sujeito a gratidão. Após a análise de 35 artigos houve uma relação positiva entre os programas de saúde escolar, custos e benefícios para os escolares e as comunidades. Os escolares perceberam as atividades assistenciais desenvolvidas pelo programa, mas não as preventivas e de promoção de saúde. Eles foram passivos e receptivos sem, no entanto, o protagonismo necessário à produção da própria saúde.	Belo Horizonte (Sudeste)

07	<i>Tese em Português</i>	Vulnerabilidade na gravidez em adolescentes: divergências entre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a práxis do cuidar. Guimarães (2017).	http://www.bdt.d.uerj.br/ide_busca/arquivo.php?codArquivo=12289	Análise estratégica	A assistência nos períodos pré, peri e pós-natal de maneira interdisciplinar não se faz efetiva e eficaz.	Brasil
08	Brasília; Brasil. Ministério da Saúde	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (Pmaq-CEO): manual instrutivo 2º Ciclo (2015-2017). Brasil (2017).	http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_pmaqceo_preliminar.pdf	Guia de instruções	Sem informação.	Brasil
09	Ciência & Saúde Coletiva, Mai 2017, Volume 22 Nº 5 Páginas 1521 - 1530	Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. Magnago <i>et. al</i> (2017).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501521&lang=pt	Avaliação de efetividade	A necessidade de monitoramento e avaliação periódica da operacionalização das políticas do trabalho e da educação.	Brasil
10	Saúde em Debate, Mar 2017, Volume 41 Nº spe Páginas 180 - 191	Avaliação do grau de implantação do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde. Souza e Calabro (2017).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500180&lang=pt	Avaliação de implementação	O êxito da ação (PPSUS) pode ser medido pelo aporte de recursos federais e estaduais, pela adesão da comunidade científica e dos gestores do SUS.	Brasil
11	Saúde em Debate, Mar 2017, Volume 41 Nº spe Páginas 387 - 399	Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. Felisberto <i>et. al</i> (2017).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500387&lang=pt	Análise estratégica	A relevância da avaliação na gestão de projetos de pesquisa e produção de resultados.	Brasil

12	Saúde em Debate, Mar 2017, Volume 41 Nº spe Páginas 34 - 49	Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. Campelo <i>et. al</i> (2017).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500034&lang=pt	Análise estratégica	Descrição do processo inicial de formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNM&A-SUS).	Brasil
13	Brasília, D.F; OPAS; 2017-06. (OPAS/BRA/17-011).	Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016) OPAS (2017).	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/phr-34091	Análise estratégica	Análise de políticas e programas implementados na gestão do sistema de saúde no município de São Paulo.	São Paulo (Sudeste)
14 (*)	Revista de Saúde Pública, Nov 2016, Volume 50 elocation 65	Health Policy on the pages of Revista de Saúde Pública Bousquat e Tanaka (2016).	http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050000180.pdf	Análise bibliométrica	Revisão narrativa da produção científica do campo de Política, Planejamento e Gestão veiculada na Revista de Saúde Pública (RSP), entre 1967 e 2015.	Brasil
15	Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Ago 2016, Volume 34 Nº 2 Páginas 175 - 183	Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte Henao <i>et. al</i> (2016).	http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a07.pdf	Análise bibliométrica	O Estado da Arte sobre o conteúdo das políticas públicas de saúde mental em vigor na América do Sul, com o objectivo de estabelecer o panorama da abrangência e das limitações das normas sobre esta temática, na região.	América do Sul
16	Revista Gerencia y Políticas de Salud, Jun 2016, Volume 15 Nº 30 Páginas 108 - 125	Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014 Molina-Marím <i>et. al</i> (2016).	http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a09.pdf	Avaliação de processo	A limitação na formação e treinamento e condições laborais deficientes do pessoal que laborava nos programas de saúde pública.	Colômbia
17	Revista Panamericana de Salud Pública, Mai	A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios	https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n5/226-231/pt	Avaliação de implementação	É preciso incorporar ferramentas para avaliação das ações, com estabelecimento de indicadores adequados.	Brasil

	2016, Volume 39 Nº 5 Páginas 226 - 231	Maia (2016).				
18	Comun. ciênc. saúde; 27(1): 71-82, jan. 2016. <i>ilus, graf</i>	Relações de colaboração na rede brasileira de avaliação de tecnologias em saúde. Girardi <i>et. al</i> (2016).	http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/relacoes_colaboracao_rede_%20brasil_eira_avaliacao.pdf	Avaliação estratégica	A Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Rebrats), foi caracterizada como uma rede contendo 1.094 autores (nós) e 4.998 arestas (relações).	Brasil
19	Rev. Ciênc. Plur; 2(1): 42-55, 2016. <i>Tab</i>	A construção de uma agenda de gestão compartilhada para a reorganização da demanda em saúde bucal. Melo <i>et. al</i> (2016).	https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/9037/7117	Avaliação de processo	A implantação de uma agenda de atividades reorganizou o processo de trabalho e promoveu a melhoria do acesso aos serviços de saúde bucal. Houve aumento de 63% na cobertura dos pacientes atendidos na primeira consulta, redução de 30% dos casos de urgência; aumento de 11% na cobertura de tratamentos completados e aumento no número de procedimentos	São Paulo (Sudeste)
20	Bauru; s.n; 2016. 130 p. tab, <i>ilus, graf</i> .	Avaliação da capacitação de profissionais de saúde na área de reabilitação auditiva via teleeducação: ênfase em crianças de zero a três anos de idade. Ferreira (2016).	http://bdpi.usp.br/item/002771598	Avaliação de qualidade (percepção)	Avaliação quantitativa da percepção do curso CEDHRAC no que tange à reação dos estudantes frente ao curso e o suporte recebido para transferência do treinamento no ambiente de trabalho e o impacto do curso no trabalho.	Brasil
21	Acta Paulista de Enfermagem, Jun 2016, Volume 29 Nº 3 Páginas 274 - 281	Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros. Arantes <i>et. al</i> (2016).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002016000300274&lang=pt	Avaliação de implementação	Há necessidade de maiores investimentos na organização das equipes de Saúde da Família.	Unai – MG (Sudeste)

22	Cad Saude Publica; 32(7)2016 Aug 01. Artigo em Português MEDLINE ID: mdl-27487444	Mapeamento das preferências de atores estratégicos sobre os critérios de priorização para o monitoramento do horizonte tecnológico em saúde. Nascimento, Aline do; Vidal, Avila Teixeira; Almeida, Rosimary Terezinha de.	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-27487444#fulltext_urls_mdl-27487444	Avaliação estratégica	Mapeamento das preferências das partes interessadas no SUS em relação aos critérios de filtragem e priorização.	Brasil
23	Saúde Soc; 25(2): 290-305	Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Carnut e Narvai (2016).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200290	Análise estratégica	Análise de narrativas sobre a contratualização de resultados e suas expressões sobre as avaliações de desempenho dos sistemas de saúde.	Brasil
24	Brasília; Ministério da Saúde; jul. 2015. 127 p. Livro, ilus, mapas, tab, graf.	Programa mais médicos dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasil (2015).	<i>Impresso.</i>	Guia de instruções	Sem informação.	Brasil
25	Stomatos; 21(40)jan. jun. 2015.	Oral health policy of the city of Porto Alegre, southern Brazil: Analysis of the database of the Outpatient Information System of the Brazilian Unified Health System Ilha <i>et. al</i> (2015).	http://www.periodicos.ufrn.br/index.php/stomatos/article/view/1771/1276	Avaliação de implementação	Análise da política de saúde bucal do município de Porto Alegre, no contexto do SUS.	Porto Alegre (Sul)
26 (*)	Rev. saúde pública (Online); 49: 98, 2015. tab, graf	Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. Scherer e Scherer (2015).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100411	Análise estratégica	Os principais desafios estavam relacionados à integralidade; extensão e melhoria do atendimento; trabalho em equipe integrado; condições de trabalho; planejamento, monitoramento e avaliação de ações.	Brasil

27	Brasília; Ministério da Saúde; 2015. 52 p.	Glossário temático: sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações em saúde (Sisplam). Brasil (2015).	Impresso.	Guia de instruções	Sem informação.	
28	Revista Gerencia y Políticas de Salud, Dez 2014, Volume 13 Nº 27 Páginas 62 - 85	La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015 Molina-Marín <i>et. al</i> (2014).	Sem informação	Avaliação normativa	Em nenhuma das cidades avaliadas tem uma política integral de saúde pública, tem múltiplas políticas e programas focados em temas específicos, tem descontinuidade das políticas e programas entre períodos de governo.	Colômbia
29	Cad Saude Publica; 30(4): 839-850, abr. 2014. tab, graf	Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. Nickel <i>et. al</i> (2014).	https://www.scielo.br/csp/2014.v30n4/839-850/pt	Avaliação de implementação	A pactuação em instâncias deliberativas para a continuidade da avaliação, a coleta e análise dos dados resultou na mudança de indicadores e reestruturação da matriz avaliativa.	Santa Catarina (Sul)
30	Brasília; Ministério da Saúde; nov. 2014. 122 p. ilus	Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Coordenação-Geral de Gestão do Conhecimento.	http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/premio_incentivo_ciencia_tecnologia_sus2014.pdf	Guia de instruções	Sem informação.	Brasil
31	Bauru; s.n; 2014. 127 p. mapas, tab, graf.	Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica do sistema de informação da atenção básica.	http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-10102014-144648/publico/Patrici	Avaliação de efetividade	Há grande variação na cobertura de ESB da ESF. O indicador que mede a capacidade do serviço em concluir os	Brasil

		Matos (2014).	<u>aElizabethSouzaMatos.pdf</u>		tratamentos odontológicas iniciados teve fortes variações.	
32	Saúde em Debate, Out 2014, Volume 38 Nº spe Páginas 343 – 357	A interação entre avaliação e a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. Fonseca e Mendonça (2014).	<u>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600343&lang=pt</u>	Análise estratégica	Há coesão entre as diretrizes da política de Atenção Básica, as prioridades com base em indicadores quantitativos e as práticas na unidade. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) se fortalece pela gestão por metas e monitoramento.	Rio de Janeiro (Sudeste)
33	Saúde em Debate, Out 2014, Volume 38 Nº spe Páginas 358 – 372	O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. Pinto <i>et. al</i> (2014).	<u>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600358&lang=pt</u>	Análise estratégica	Contextualização da formulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com alguns resultados em seus primeiros três anos de implantação.	Brasil
34	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Jun 2013, Volume 38 Nº 127 Páginas 92 - 106	Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas Daldon e Lancman (2013).	<u>http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a12.pdf</u>	Avaliação de processo	É preciso requalificar a estrutura organizacional da saúde pública no Brasil, incluindo indicadores qualitativos de avaliação do impacto das ações e contemplando os diferentes processos da Vigilância em Saúde do Trabalhador	São Paulo (Sudeste)
35 (*)	Ciência & Saúde Coletiva, Fev 2013, Volume 18 Nº 2 Páginas 441 - 452	Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção Garbin <i>et. al</i> (2013).	<u>http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/15.pdf</u>	Avaliação de implementação	A Política de Qualificação na saúde suplementar, tem ênfase na dimensão assistencial, porém na odontologia o enfoque da avaliação ainda é o atendimento individual e fragmentado.	Brasil

36	Revista Gerencia y Políticas de Salud, Jan 2013, Volume 12 N° 24 Páginas 130 - 142	Modelo de atención a la malnutrición crónica infantil en la región de Upper River, Gambia, según el marco Innovative Care for Chronic Conditions Martínez-Pérez (2013).	http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a09.pdf	Avaliação de implementação	Análise do conjunto de atores e instituições e das suas políticas e intervenções na abordagem da mal nutrição crônica infantil no Gâmbia.	Gambia
37	Tese em Português LILACS ID: lil-704470 Recife; s.n; 2013. 162 p. ilus, tab, graf, mapas.	Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011. Silva (2013).	http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013silva-kcl.pdf	Avaliação de implementação	Análise do Telessaúde Brasil Redes (PTBR-Redes) Redes em Pernambuco entre 2007 e 2011. Há fragilidades nas normas, porém as diretrizes do Telessaúde são pertinentes, mas a avaliação do Programa é imprescindível para a sua sustentabilidade.	Brasil
38	Brasília; Ministério da Saúde; jun. 2013. 159 p. Livro, ilus, tab.	Planeamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015. Brasil (2013).	http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/planeamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf	Guia de instruções	A criação do Departamento DEMAS, no âmbito da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), representa uma importante iniciativa para planejar, avaliar e monitorar o SUS.	Brasil
39	Saúde Soc; 22(2): 603-607, abr.-jun. 2013. tab	Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. Vieira <i>et. al</i> (2013).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200028&lng=en&nrm=iso&tlng=pt	Análise estratégica	Comparação das ações de alimentação e nutrição que remetem ao tema da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no Brasil e em Portugal.	Brasil e Portugal
40	Revista de Administração Pública, Abr 2013,	Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). Pinto e Gerhardt (2013).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-	Análise estratégica	Análise das práticas avaliativas (cotidiana, normativa, pontual, de monitoramento ou investigação avaliativa). A mediação sociopolítica	Camaquã e Canguçu (Sul)

	Volume 47 Nº 2 Páginas 305 – 326		76122013000200002&lang=pt		destacou-se para as avaliações do sistema de saúde.	
41	Revista da Associação Médica Brasileira, Out 2012, Volume 58 Nº 5 Páginas 561 - 567	A comparative analysis of outpatient costs in HIV treatment programs Sarti <i>et. al</i> (2012).	http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n5/v58n5a13.pdf	Avaliação econômica (custos)	O custo anual de tratamento ambulatorial para pacientes HIV no programa público nacional foi US\$ 2.572,92 em 2006, em São Paulo. Os principais determinantes dos custos de tratamento ambulatorial de pacientes HIV são: medicamentos ARVs, outros medicamentos, profissionais de saúde e exames diagnósticos.	São Paulo (Sudeste)
42 (*)	Ciência & Saúde Coletiva, Mai 2012, Volume 17 Nº 5 Páginas 1215 - 1224	Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família Santos e Magalhães (2012).	http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a15v17n5.pdf	Avaliação de implementação	O desenho, a cobertura e a avaliação dos programas complementares ao Programa Bolsa Família (PBF) mostraram-se frágeis.	Rio de Janeiro (Sudeste)
43 (*)	Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2012, Volume 22 Nº 3 Páginas 1211 - 1235	O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da telessaúde na agenda política brasileira Silva e Moraes (2012).	https://www.scielo.org/pdf/physis/2012.v22n3/1211-1235/pt	Avaliação de implementação	Estudo qualitativo sobre a concepção da política de Telessaúde no Brasil. Urge a necessidade de inclusão digital no território e identificar as tecnologias da informação e comunicação no SUS.	Brasil
44	J Epidemiol Community Health; 66(10): 914-8, 2012 Oct	<i>The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil.</i> Venancio <i>et. al</i> (2012).	http://dx.doi.org/10.1136/jech-2011-200332	Avaliação de efetividade	A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) teve impacto em vários indicadores de aleitamento materno.	Brasil

45 (*)	Ciênc. Saúde Colet; 17(10): 2597-2606, out. 2012. Artigo em Português LILACS ID: lil-653911	Uso de indicadores para o monitoramento das ações de promoção e atenção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Moura <i>et. al</i> (2012).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt	Avaliação de processo	A situação crítica apontada foi o componente de monitoramento das ações por meio dos indicadores propostos, limitações inerentes à disponibilização / acesso de dados, que compromete o monitoramento sistemático.	Brasil
46	São Paulo; s.n.; 2012. 195 p. Tese em Português LILACS ID: lil-666590	A avaliação ambiental estratégica como ferramenta para avaliar políticas ambientais municipais. Assis (2012).	http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-18072012-114642/publico/MarceloPrudente.pdf	Análise estratégica	Proposição de um arcabouço teórico conceitual para aplicação da avaliação ambiental estratégica.	São Paulo (Sudeste)
47	Ciência & Saúde Coletiva, Out 2012, Volume 17 Nº 10 Páginas 2589 - 2596	Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. Gomes <i>et. al</i> (2012).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000008&lang=pt	Avaliação de percepção (conhecimento)	Os diferentes sentidos orientam práticas e ações, podendo sinalizar o engajamento efetivo e continuado do profissional com a Política, sendo um elemento fundamental para seu monitoramento e avaliação.	Brasil
48	Porto Alegre; s.n.; 2012. Tese em Português Coleciona SUS ID: biblio-939268	Produção ambulatorial de prótese dentária no Sistema Único de Saúde em 2011. Aguiar (2012).	<i>Impresso.</i>	Avaliação de produtividade e	Os dados demonstraram correlação estatisticamente significativa (p=0,07) entre a quantidade de prótese dentária produzida no SUS e a população de cada região brasileira, com a quantidade total de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II credenciados.	Brasil
49 (*)	Ciência & Saúde Coletiva, Nov 2011, Volume 16 Nº 11 Páginas 4442 - 4453	Intersetorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ.	http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a17v16n11.pdf	Avaliação de implementação	A implementação do programa Bolsa Família depende do fortalecimento de canais de interlocução entre níveis de governo, gestores públicos e associações civis, reconhecimento da	Rio de Janeiro (Sudeste)

		Magalhães <i>et. al</i> (2011).			complexidade das demandas sociais locais e pactuação de uma agenda intersetorial.	
50	Acta bioethica, Nov 2011, Volume 17 N° 2 Páginas 225 - 236	Ethical health technology assessment in Latin America: lessons from Canada and Argentina Martin <i>et. al</i> (2011).	https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v17n2/a09.pdf	Avaliação de tecnologia	A análise ética (ex., uma “ATS ética”), pode capacitar os formuladores de políticas públicas da Argentina e de outros países latino-americanos, a entender melhor as preocupações sociais éticas das novas biotecnologias.	Argentina
51	Rev Bras Psiquiatr; 33(1): 2-3, Mar. 2011. tab Artigo em Inglês LILACS ID: lil-584102	Principles that should guide mental health policies in low-and middle-income countries (LMICs): lessons from the Brazilian experiment. Gentil (2011).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100003	Sem informação	Sem informação.	Não consta
52	Saúde e Sociedade, Jun 2011, Volume 20 N° 2 Páginas 470 – 482	Conselho de segurança alimentar e nutricional: análise do controle social sobre a política estadual de segurança alimentar e nutricional no Estado do Espírito Santo. Siqueira <i>et. al</i> (2011).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200018&lang=pt	Análise estratégica	Há predominância de deliberações sobre a organização da estrutura e dinâmica interna e informe, em relação às deliberações sobre o monitoramento, as propostas e as ações de Segurança Alimentar e Nutricional.	Espírito Santo (Sudeste)
53	J Crit Care; 26(1): 76-81, 2011 Feb. Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-21036531	Reduced mortality after the implementation of a protocol for the early detection of severe sepsis. Westphal <i>et. al</i> (2011).	http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2010.08.001	Avaliação de efetividade	Houve diferenças significativas entre os pacientes das fases I e II (102 - fase I e 115 - fase II) em termos do tempo necessário para a identificação de pelo menos 2 sinais de risco de sepse (SSR) (34 ± 48 vs 11 ± 17 horas; P <0,001) e em termos de mortalidade intra-hospitalar (61,7% vs 38,2%; P <0,001). A detecção precoce da sepse reduziu a mortalidade intra-hospitalar.	Brasil

54	Boletim do Instituto de Saúde - BIS; 13(2): 1131-1140, out.2011. Artigo em Português SESSP-ISPROD, Sec. Est. Saúde SP, SESSP-ISACERVO ID: ses-20618	O direito e o acesso à saúde de gays e homens que fazem sexo com homens: um olhar sobre o VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids e I Congresso Brasileiro das Hepatites Virais. Barboza e Rocha (2011).	Não consta	Análise estratégica	Há necessidade de aprimoramento dos processos de coordenação, monitoramento e avaliação dos planos em execução no país, com vistas ao enfrentamento do estigma e da discriminação.	Brasil
55	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Nov 2010, Volume 10 Páginas s209 - s217	Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil Medeiros <i>et. al</i> (2010).	http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/18.pdf	Análise de avaliabilidade e	O programa +Vida foi descrito e sua operacionalização sistematizada no modelo lógico e construída uma matriz de medidas com critérios / indicadores.	Recife (Nordeste)
56	Hacia la Promoción de la Salud, Jul 2010, Volume 15 N° 1 Páginas 41 - 54	Diagnóstico de oferta de servicios en salud mental en municipios de antioquia (2004, 2006 Y 2007) Fernández e Bareño (2010).	http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a03.pdf	Análise estratégica	O tema de saúde mental não passa de ações isoladas sem estratégias desenhadas e avaliadas, além de não contar com a vontade política para a intervenção.	Antioquia
57 (*)	Ciência & Saúde Coletiva, Jun 2010, Volume 15 Páginas 997 - 1008	Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose Oliveira <i>et. al</i> (2010).	http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/006.pdf	Avaliação de implementação	Os principais problemas foram a falta de autonomia técnico-gerencial, a carência de recursos humanos, financeiros e materiais e a deficiência na integração entre programas para um melhoria das ações de controle.	Brasil

58 (*)	Ciência & Saúde Coletiva, Mar 2010, Volume 15 Nº 2 Páginas 563 - 574	Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia Costa <i>et. al</i> (2010).	http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a33.pdf	Avaliação de processo	A necessidade de integração da rede social (Conselhos de Direitos e Tutelares), programas de intervenções e proteção, do trabalho com a mídia e o comprometimento de gestores e técnicos.	Feira de Santana (Nordeste)
59	Rev Bras Psiquiatr; 32(3): 208-209, Sept. 2010. tab Artigo em Português LILACS ID: lil-560781	Quais são os princípios que devem nortear as políticas de saúde mental nos países de baixa e média rendas? Belfer (2010).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000300001	Sem informação	Sem informação.	Não consta
60 (*)	Rev Inst Med Trop Sao Paulo; 52(4): 175-181, July-Aug. 2010. ilus, graf, tab Artigo em Inglês LILACS ID: lil-557403	Effectiveness of the Brazilian influenza vaccination policy, a systematic review. Luna e Gattás (2010).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652010000400002	Análise Bibliométrica	A maioria das avaliações advém de estudos ecológicos e demonstram um modesto efeito na redução da mortalidade e internações hospitalares por causas relacionadas à influenza.	Brasil
61 (*)	Ciênc. Saúde Colet; 15(4): 2189-2196, jul. 2010. Artigo em Português LILACS ID: lil-554569	Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). Pimentel <i>et. al</i> (2010).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400033	Avaliação de processo	Algumas práticas realizadas pelas equipes ainda são incipientes, como o levantamento epidemiológico, a referência e contra referência dos pacientes e o monitoramento e avaliação das ações.	Recife (Nordeste)

62	Rio de Janeiro; s.n.; 2010. 239 p. mapas, tab, graf. Tese em Português LILACS ID: lil-565273	Avaliação de desempenho do programa de triagem neonatal do estado do Rio de Janeiro. Botler (2010).	http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2128	Avaliação de efetividade	Houve diferenças nas incidências de hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria entre os dois modelos de PTN e ao longo do tempo. As incidências da doença falciforme (1: 1.288 recém-natos) e do traço falcêmico (1: 21 recém-natos) foram elevadas e homogêneas em ambos modelos, compatíveis com a etnia da população.	Rio de Janeiro (Sudeste)
63	Rio de Janeiro; s.n.; 2010. 112 p. tab, graf. Tese em Português LILACS ID: lil-589573	Avaliação da aplicabilidade dos indicadores propostos para o monitoramento da assistência à saúde de média e alta complexidade no SUS, ao longo do plano plurianual 2008 – 2011. Lima (2010).	http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2356	Análise estratégica	A apresentação de resultados discrepantes de um mesmo indicador e a definição de metas facilmente alcançáveis não traduzem os resultados reais do programa e inviabiliza o monitoramento da política de saúde e a prestação de contas.	Brasil
64	Saúde e Sociedade, Mar 2010, Volume 19 Nº 1 Páginas 114 – 126	Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantil. Paixão e Deslandes (2010).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100009&lang=pt	Análise estratégica	O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes é benéfico mas o atendimento ainda demanda, maiores investimentos e reestruturações para o preenchimento das lacunas ainda existentes.	Brasil
65	Rev Saude Publica; 44(6): 1102-11, 2010 Dec. Artigo em Inglês, Português MEDLINE ID: mdl-20835494	Home health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. Thumé <i>et. al</i> (2010).	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-20835494#fulltext_urls_mdl-20835494	Avaliação de efetividade	As variáveis associadas à assistência domiciliar foram consistentes com os indicadores de fragilidade incluídos na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. A satisfação dos usuários e o impacto positivo em seu estado de saúde confirmam o lar como um cenário para o atendimento.	Bagé (Sul)

66	J Nutr; 140(11): 2002-7, 2010 Nov. Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-20844187	Maternal dietary counseling in the first year of life is associated with a higher healthy eating index in childhood. Vitolo <i>et. al</i> (2010).	http://dx.doi.org/10.3945/jn.110.125211	Avaliação de impacto	O número de crianças que atingiram o percentil 75 para o escore do componente vegetal e de frutas foi maior na intervenção do que no grupo controle. Há evidências de que o aconselhamento dietético para as mães durante o primeiro ano de vida melhora a qualidade geral da dieta das crianças de baixa renda.	São Leopoldo (Sul)
67	Cad. Saúde Pública vol.26 no.6 Rio de Janeiro June 2010 SCIELO	Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil Felisberto <i>et. al</i> (2010).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600003	Avaliação de implementação	A sustentabilidade da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica na Gestão Federal e em uma SES foram de nível médio, em outra SES foi de nível forte.	Brasil
68	Revista de Nutrição, Fev 2009, Volume 22 Nº 1 Páginas 141 - 150	Avaliação do impacto de programas nutricionais Santos (2009).	http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n1/13.pdf	Análise estratégica	Apresenta estudos de avaliação de programas com desenhos transversais, quase-experimentos e ensaios randomizados controlados. É urgente que avaliações de impacto sejam conduzidas para fornecerem subsídios aos tomadores de decisões.	Brasil
69	Ciênc. Saúde Colet; 14(5): 1641-1649, nov.-dez. 2009. Artigo em Português LILACS ID: lil-529114	Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. Minayo e Deslandes (2009).	http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500002	Avaliação de implementação	Há avanços na implantação e fragilidades no desenvolvimento eficaz das diretrizes da pesquisa "Análise Diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências (PNRMVA)"	Brasil

70 (*)	Cad Saude Publica; 25(10): 2095-2109, out. 2009. <i>ilus, graf, tab</i> Artigo em Português LILACS ID: lil-528856	Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. Lima <i>et. al</i> (2009).	http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000002	Análise Bibliométrica	Cerca de 90% dos estudos identificados priorizaram as dimensões de qualidade confiabilidade, validade, cobertura e completitude das informações dos sistemas brasileiros.	Brasil
71 (*)	Rev. bras. saúde mater. infant; 9(3): 339-357, jul.-set. 2009. <i>tab</i> Artigo em Português LILACS ID: lil-527539	Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Felisberto <i>et. al</i> (2009).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300013	Análise estratégica	A Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica revela um franco esforço objetivando a integração das ações no âmbito institucional e a descentralização das ações de avaliação.	Brasil
72 (*)	Rev Saude Publica; 43(3): 548-554, maio-jun. 2009. <i>graf</i> Artigo em Português LILACS ID: lil-512999	Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações: [revisão]. Veras (2009).	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512999#fulltext_urls_lil-512999	Análise estratégica	A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 1998 e 2003, que indica melhoria das condições de saúde dos idosos e uma distribuição de doença crônica semelhante para todos os grupos de renda.	Brasil
73	Rio de Janeiro; s.n.; 2009. 102 p. <i>tab, graf.</i> Tese em Português LILACS ID: lil-557792	Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Cunha (2009).	http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25836_cunhais_m.pdf	Análise estratégica	Propôs-se uma Matriz de Objectivos para o seu Fortalecimento, com o detalhamento de ações e atividades da prática da educação permanente em saúde.	Piauí (Nordeste)

74	São Paulo; s.n.; 2009. 83 p. Tese em Português LILACS ID: lil-558087	Gasto federal com ações odontológicas ambulatoriais no Brasil: uma análise exploratória. Cristo <i>et. al</i> (2009).	Imprensa	Avaliação econômica (recursos)	O gasto federal com ações odontológicas ambulatoriais que apresentou variações tendo relações com as normas e portarias ministeriais.	Brasil
75	Cad Saude Publica; 24(9): 2091-2102, set. 2008. ilus, tab	Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Felisberto <i>et. al</i> (2008).	https://www.scielo.org.br/pdf/csp/2008.v24n9/2091-2102/pt	Análise de avaliabilidade e	Construção da matriz de auto avaliação, com base em um modelo teórico de avaliação, desenvolvido para a avaliação formativa para a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica.	Brasil
76	Cad. saúde colet., (Rio J.); 16(2): 257-272, abr.-jun. 2008. tab	Análise de dois modelos para avaliação de programas de hanseníase no Brasil Patroclo <i>et. al</i> (2008).	http://www.cadernos.ie.sc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2008_2/artigos/CSC_IESC_2008_2_9.pdf	Análise de avaliabilidade e	A comparação dos dois modelos mostrou que a natureza do objeto, a clareza de propósitos e a identificação das principais questões avaliativas devem nortear a definição da melhor abordagem, o tipo de estudo a ser planejado e a seleção de técnicas apropriadas para operacionalização da avaliação, buscando aumentar a sua efetividade.	Brasil
77	Rio de Janeiro; s.n.; 2008. 133 p. mapas, tab, graf	Análise de implementação da oficina de avaliação com foco na melhoria do programa nos municípios brasileiros. Paranaíba (2008).	http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/Paranaibaanfm.pdf	Avaliação de implementação	Análise de implementação das oficinas de monitoramento e avaliação (M&A) ofertadas pelo Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS).	Brasil

78	Rev. bras. ativ. fís. saúde; 13(1)jan-abr.2008.	A promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. Malta <i>et. al</i> (2008).	http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/779	Análise estratégica	Sem informação.	Brasil
79	Rev Bras Enferm; 61(spe): 753-756, nov. 2008. graf Artigo em Português LILACS ID: lil-512176	Políticas públicas na Hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. Dias e Pedrazzani (2008).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700016	Avaliação de eficácia	Análise do desempenho do setor de hanseníase de um município do estado de Minas Gerais. Houve o aumento do número de casos detectados e a melhoria na qualidade do atendimento ao portador de hanseníase.	Minas Gerais (Sudeste)
80	Rio de Janeiro; s.n; 2008. 162 p. ilus, tab. Tese em Português LILACS ID: lil-526657	Avaliação da implementação do pacto de indicadores da atenção básica em Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil. Bastos (2008).	http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1755	Avaliação de implementação	O estudo revelou a subutilização do pacto como instrumento para melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica com repercussão direta sobre a situação de saúde da população.	Brasil
81	Cad Saude Publica; 24(supl.1): s69-s78, 2008. Artigo em Português LILACS ID: lil-486789	Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Rocha <i>et. al</i> (2008).	http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300012	Avaliação de implementação	Em relação aos desafios observaram-se: fortalecimento da capacidade formuladora local, alocação dos recursos na Atenção Básica, despreciação do trabalho, efetivação de rede de atenção, fortalecimento da participação social, qualificação do monitoramento e avaliação para tomada de decisão; acolhimento; filas para exames, consultas e internação; implementação do trabalho em equipe e atividades promocionais e intersetoriais.	Brasil

82 (*)	Cadernos de Saúde Pública, Dez 2007, Volume 23 Nº 12 Páginas 2972 - 2981	Tendência do campo de avaliação de intervenções públicas de alimentação e nutrição em programas de pós-graduação no Brasil: 1980-2004 Henrique <i>et. al</i> (2007).	http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/17.pdf	Análise estratégica	As principais categorias temáticas dessas teses e dissertações analisadas passaram de um enfoque mais biológico para a dimensão sociopolítica.	Brasil
83 (*)	Cadernos de Saúde Pública, Nov 2007, Volume 23 Nº 11 Páginas 2681 - 2693	Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002: 4 - Programa Nacional de Alimentação Escolar Santos <i>et. al</i> (2007).	http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/15.pdf	Avaliação de implementação	A cobertura foi expressiva - 95%, contudo 77% dos entrevistados do interior e 39% da capital relataram não receber alimentação todo dia. A irregularidade observada na oferta diária comprometeu a aspiração do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) efetivar-se como política social universal e um direito da criança.	Bahia (Nordeste)
84	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Set 2007, Volume 7 Nº 3 Páginas 319 - 326	Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil Arruda e Arruda (2007).	http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/11.pdf	Avaliação normativa	Identifica-se que na realidade brasileira, a avaliação das políticas públicas é um campo tradicionalmente marcado pela carência de procedimentos sistemáticos.	Brasil
85	Promot Educ; Suppl 1: 21-6, 2007. Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-17596094	Analyzing the outcomes of health promotion practices. Pereira Lima <i>et. al</i> (2007).	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-17596094 <i>(disponível apenas o resumo)</i>	Avaliação de efetividade	Identificação de estratégias que contribuíram para a efetividade de um programa social na perspectiva da promoção da saúde baseada no programa "Escola para os pais".	

86	Rio de Janeiro; Centro Feminista de Estudos e Assessoria; s.d. 212 p. tab, graf.	Gênero e raça no ciclo orçamentário e controle social das políticas públicas: indicadores de gênero e de raça no PPA 2008-2011 Suzana Cavenaghi (Org.) (2007).	file:///C:/Users/SAMSU/NG/Downloads/1632-genero_raca.pdf	Sem informação	Sem informação	Brasil
87 (*)	Ciênc. Saúde Colet; 12(4): 999-1010, jul.-ago. 2007. Artigo em Português LILACS ID: lil-453469	Perspetivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Santos-Filho (2007).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400021	Análise de avaliabilidade e	Distinguindo duas vertentes da Avaliação na PNH: uma, apontando para metodologias de definição de indicadores de monitoramento das ações relacionadas à humanização; e outra, apontando para a realização de pesquisas avaliativas com ênfase no impacto das ações.	Brasil
88	Recife; s.n; 2007. 205 p. Tese em Português LILACS ID: lil-527772	Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. Brito (2007).	http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007brito-rl.pdf	Análise estratégica	Na consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), a ideia do compromisso sanitário deve ser maior do que a ideia da autoridade territorial.	Brasil
89	Porto Alegre; s.n; 2007. 86 p. tab, graf. Tese em Português BBO - Odontologia ID: biblio-864270	A vigilância dos teores de flúor nas águas de abastecimento público nas capitais do Brasil / Surveillance of fluoride levels in public water supply in brazilian capitals Cesa (2007).	http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nr=000623379&loc=2008&l=c1d01b625bc76551	Avaliação de implementação	17 capitais brasileiras (63%) fluoretavam as águas de abastecimento e 10 (37%) não. Cinco capitais monitoraram o fluoreto nas águas de abastecimento em todas as suas etapas, e cinco registraram as informações no SISAGUA.	Brasil

90 (*)	Ciência & Saúde Coletiva, Set 2006, Volume 11 N° 3 Páginas 733 - 738	Princípios e padrões em meta avaliação: diretrizes para os programas de saúde Hartz (2006).	http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30987.pdf	Análise de avaliabilidade e	Há a ausência de dispositivos legais, diretrizes, ou parâmetros que busquem claramente garantir a qualidade, credibilidade e reconhecimento da prática da avaliação no Programa Saúde da Família.	Brasil
91	Ambiente & Sociedade, Jun 2006, Volume 9 N° 1 Páginas 169 - 180	A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde Ianni e Quitério (2006).	http://www.scielo.br/pdf/asoc/v9n1/a09v9n1.pdf	Análise estratégica	Identificados os principais problemas e aspectos da conexão saúde/ambiente na esfera do cotidiano das populações envolvidas e nas práticas dos profissionais da saúde.	São Paulo (Sudeste)
92 (*)	Revista de Saúde Pública, Fev 2006, Volume 40 N° 1 Páginas 161 - 169	Mental health research in Brazil: policies, infrastructure, financing and human resources Mari <i>et. al</i> (2006).	http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27130.pdf	Análise bibliométrica	Há uma modesta, mas crescente, presença na pesquisa em saúde mental no cenário internacional.	Brasil
93	Cad Saude Publica; 22(4): 761-770, abr. 2006. mapas, tab, graf	Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs Programas de redução de danos causados pelo uso de drogas no Brasil: caracterização preliminar de 45 programas. Fonseca <i>et. al</i> (2006).	https://www.scielosp.org/pdf/csp/2006.v22n4/761-770/en	Avaliação de implementação	Há uma adesão satisfatória às iniciativas e documentação adequada, mas deficiências em termos de cobertura e monitoramento, e aquisição desigual de recursos no programas brasileiros de troca de seringas (PSE).	Brasil

94	Rio de Janeiro; s.n.; 2006. 114 p. tab, graf.	Os programas municipais de DST/AIDS da região metropolitana II: as metas estão sendo cumpridas? Silva (2006).	file:///C:/Users/SAMSU/NG/Downloads/889-silvaflrm.pdf	Análise estratégica	O grau de cumprimento das metas dos Programas de DST/Aids em Itaboraí, Maricá, Niterói e São Gonçalo mostra que a rede de serviços ainda não está preparada.	Rio de Janeiro (Sudeste)
95	Brasília; UNESCO; 2006. 77 p. ilus, tab, graf.(Policy papers, 17).	O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Vaitsman <i>et. al</i> (2006).	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-490499	Sem informação	Sem informação	Brasil
96	Rio de Janeiro; s.n.; 2006. xxi,207 p. ilus, tab. Tese em Português LILACS ID: lil-490875	Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil. Pinto (2006).	http://bvssp.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=640	Avaliação de implementação	A integração de Bancos de Dados e Sistemas Nacionais de Informação em Saúde é possível, tendo como origem a identificação de setores censitários, bairros, subdistritos, distritos, municípios e demais unidades de análise geográfica.	Brasil
97	São Paulo; s.n.; 2006. [164] p. tab, graf. Tese em Português LILACS ID: lil-587076	O sistema de avaliação da ética em pesquisa no Brasil: estudo dos conhecimentos e práticas de lideranças de comitês de ética em pesquisa. Freitas (2006).	http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/de-17042007-090618/publico/corina_bontempoducadefreitas.pdf	Análise estratégica	A mais efetiva participação dos representantes de usuários e o monitoramento das pesquisas são dificuldades nos Comitês de Ética em Pesquisa – CEPs.	Brasil
98	Cad Saude Publica; 22(12): 2647-55, 2006 Dec.	Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-	Avaliação de qualidade (percepção)	As expectativas das mulheres pacientes em uma maternidade pública concentram-se em três elementos principais: internação rápida, internação	Rio de Janeiro (Sudeste)

	Artigo em Português MEDLINE ID: mdl-17096043	política pública de humanização da assistência. Dias e Deslandes (2006).	17096043#fulltext_urls_mdl-17096043		garantida à maternidade e tratamento por equipe atenciosa e capacitada.	
99	Rev Saude Publica; 40 Suppl: 94-100, 2006 Apr. Artigo em Português MEDLINE ID: mdl-16729164	Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. Barbosa <i>et. al</i> (2006).	Não consta	Análise de avaliabilidade e	Dos 13 indicadores quantitativos originalmente propostos pela UNGASS, cinco não foram incluídos no Programa Nacional. Um não foi incluído devido à sua natureza qualitativa. Dois dos indicadores foram considerados de pouca utilidade e dois não foram incluídos devido à falta de dados disponíveis no Brasil.	Brasil
100	São Paulo; Instituto de Saúde; 2006. 84 p. tab. (Temas em Saúde Coletiva, 4). Monografia em Português SESSP-ISPROD, Sec. Est. Saúde SP ID: ses-6429	Sistema de monitoramento e avaliação do sistema único de saúde a partir da atenção básica no estado de São Paulo Granjeiro (2006).	Não consta	Sem informação	Sem informação	São Paulo (Sudeste)
101	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Dez 2005, Volume 5 Páginas s71 - s81	Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde Pires (2005).	http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5s1/27843.pdf	Ensaio teórico	Reflexão teórico-filosófica sobre a concepção da politicidade do cuidado no âmbito da avaliação de políticas, programas e serviços de saúde.	Brasil

102	Ciência & Saúde Coletiva, Mar 2005, Volume 10 N° 1 Páginas 215 – 227	Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação? Elias e Patroclo (2005).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100028&lang=pt	Análise de avaliabilidade e	O conjunto composto pelo modelo teórico e as matrizes subsidiam a seleção de indicadores de monitoramento e avaliação de um programa de utilização de resultados de pesquisas do Ministério da Saúde.	Brasil
103	Am J Infect Control; 33(2): 83-7, 2005 Mar. Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-15761407	Impact of an educational program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit in Brazil. Lobo <i>et. al</i> (2005).	<i>Não consta</i>	Avaliação de efetividade	48 infecções primárias da corrente sanguínea ocorreram em 2450 cateteres-dias (20 por 1000 cateteres-dias) nos 16 meses antes da intervenção. Após a intervenção educativa e mudanças na política, como o uso padronizado de iodopovidona durante os cuidados com o curativo, o número de CVC-BSI caiu para 16 em 1381 dias-cateter (11 por 1000 cateteres-dias), uma diminuição de 40%. A taxa de CVC-BSI permaneceu quase a mesma, 22 em 1701 dias-cateter (12 por 1000 cateteres-dias), durante o ano seguinte após a intervenção educativa (p = 0,07).	Brasil
104	Trabalho, Educação e Saúde, Mar 2004, Volume 2 N° 1 Páginas 95 - 106	Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios Lobato (2004).	http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n1/06.pdf	Análise de avaliabilidade e	Discussão de avaliação de políticas sociais, das possibilidades da avaliação para além de programas e projetos, além de alguns desafios da avaliação de políticas sociais.	Brasil
105	Lepr Rev; 75(1): 67-78, 2004 Mar.	The decentralization of the health system in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. Kalk e Fleischer (2004).	<i>Não consta</i>	Análise estratégica	O acesso a cuidados de saúde preventivos e curativos e a participação da comunidade na tomada de decisões melhoraram claramente apenas no Brasil. O controle da hanseníase no Brasil aproveitou o processo de	Brasil e Colômbia

	Artigo em Inglês MEDLINE ID: mdl-15072128				descentralização; na Colômbia, chegou perto de um colapso.	
106	Trop Med Int Health; 8(5): 378-85, 2003 May.	An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in a Rio de Janeiro public clinic. Carmody <i>et. al</i> (2003).	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-12753630	Avaliação de implementação	Há tendência de prescrição conservadora de HAART, alta adesão do praticante às diretrizes e alguns problemas com o reabastecimento de medicamentos em tempo hábil. Os atrasos de monitoramento foram identificados como uma limitação estrutural para uma adesão ideal às diretrizes práticas.	Rio de Janeiro (Sudeste)
107	Trabalho, Educação e Saúde, Mar 2003, Volume 1 N° 1 Páginas 153 – 160	O PROFAE em Minas Gerais: o trabalho da Agência Regional Madeira e Gonçalves (2003).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000100011&lang=pt	Análise estratégica	Identificados significativos avanços nos cursos de Complementação do Ensino Fundamental (CEF) e de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem (CQP).	Brasil
108	Rio de Janeiro; s.n; 2002. 104 p. tab, graf.	Análise das práticas assistenciais na área de saúde da mulher nas equipes do programa saúde da família: um estudo de caso em um estado selecionado Souza (2002).	http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-442352	Avaliação de implementação	A maioria das equipes apresenta graus intermediários de implantação; fatores como porte populacional e condição de gestão do município parecem não exercer influência nesta classificação.	Brasil
109	Ciênc. Saúde Colet; 7(3): 401-429, 2002. Artigo em Português LILACS ID: lil-331017	Atenção básica na agenda da saúde. Bodstein (2002).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt	Análise estratégica	Apesar de todas as dificuldades e obstáculos o processo tem implicado o fortalecimento da capacidade de gestão municipal no que diz respeito à organização da atenção básica em saúde.	Brasil

110	Cadernos de Saúde Pública, Out 2002, Volume 18 Nº 5 Páginas 1189 - 1195	Sentinel areas: a monitoring strategy in public health. Teixeira <i>et. al</i> (2002).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500011&lang=pt	Análise de processo	Definição dos critérios de seleção das áreas e as potencialidades de uso desta estratégia, por possibilitar o emprego dos recursos epidemiológicos pelos serviços de saúde de forma ágil, e a aplicação oportuna de seus resultados na reorientação e aprimoramento das práticas de intervenção em saúde.	Salvador (Nordeste)
111	Rev Lat Am Enfermagem; 9(5): 13-8, 2001 Sep-Oct. Artigo em Português MEDLINE ID: mdl-11998489	Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde? Fracolli e Egry (2001).	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-11692001000500003	Análise estratégica	Há uma tentativa de operar com instrumentos analíticos que possibilitem a compreensão dos processos de trabalho gerencial em seus aspectos "micropolíticos", correlacionando-os às suas questões "macropolíticas". Há a possibilidade de identificar áreas de poder no trabalho gerencial, e elas podem produzir transformações nos serviços de saúde.	
112	São Paulo; s.n; 1999. 81 p. ilus, tab. Tese em Português LILACS ID: lil-247968	Avaliação do consumo alimentar de crianças frequentadoras de creches municipais de São Paulo. López (1999).	<i>Impresso.</i>	Avaliação de efetividade	Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao consumo alimentar segundo o sexo. No entanto, a quantidade de energia e de nutrientes da dieta consumida nas duas creches, apresentou diferenças estatisticamente significativas (p< 0,05).	São Paulo (Sudeste)
113 (*)	Rev. Inst. Adolfo Lutz; 46(1/2): 27-43, jun.-dez. 1986. <i>tab, mapas</i> Artigo em Português LILACS ID: lil-65643	Experiências da rede de laboratórios do Instituto Adolfo Lutz em época recente período 1976-1984: subsídios para a elaboração de novas diretrizes para o Sistema Estadual de Laboratórios de Saúde Pública. Waldman e Miranda (1986).	Não consta	Análise estratégica	Há progressiva municipalização das unidades responsáveis pelo suporte laboratorial da rede básica de assistência médica, com a manutenção dos laboratórios regionais de maior porte, que ficariam com a atribuição de oferecer retaguarda laboratorial aos	São Paulo (Sudeste)

					sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária.	
--	--	--	--	--	--	--

Quadro 27 - Bibliometria de publicações de monitoramento e avaliação de desempenho em organizações do sistema de saúde do Brasil (1986 – 2018)

Anexo 5

Síntese descritiva das principais matrizes de indicadores utilizados no SUS (Brasil)

DETERMINANTES DA SAÚDE	
AMBIENTAIS	
Abastecimento de água	PNAD
Coleta de lixo	PNAD
Esgotamento sanitário	PNAD
SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	
Média de anos de estudo	IPEADATA
Analfabetismo	IPEADATA
Esperança de vida ao nascer	IPEADATA
Formalidade do emprego	IPEADATA
Índice de Gini	IPEADATA
Pobreza	IPEADATA
Razão de Dependência	IPEADATA
Razão de renda	IPEADATA
Renda média do decil mais pobre	IPEADATA
Renda média per capita	IPEADATA
Taxa de desemprego	IPEADATA
Analfabetismo	IPEADATA
Esperança de vida ao nascer	IBGE
Formalidade do emprego	IPEADATA
Índice de Gini	IPEADATA
Pobreza	IPEADATA
Razão de dependência	IPEADATA
Razão de renda	IPEADATA
Renda média do decil mais pobre	IPEADATA

Renda média per capita	IPEADATA
Taxa de desemprego	IPEADATA
COMPORTAMENTAIS E BIOLÓGICOS	
Excesso de peso	VIGITEL
Inatividade física	VIGITEL
Ingestão abusiva de álcool	VIGITEL
Tabagismo	VIGITEL
CONDIÇÕES DE SAÚDE	
MORBIDADE	
Autoavaliação da saúde	PNAD
Incidência de dengue	PNAD
Insuficiência renal crônica	RIPSA
Prevalência de diabetes	RIPSA
Prevalência de hipertensão	PNAD
Restrição para exercer atividades rotineiras	PNAD
ESTADO FUNCIONAL	
Incapacidade funcional para atividades de vida diária	PNAD
Mobilidade articular	PNAD
Mobilidade física	PNAD
BEM-ESTAR	
Autoavaliação da saúde	PNAD
MORTALIDADE	
Mortalidade proporcional por doenças diarreicas em menores de cinco anos	RIPSA
Taxa de mortalidade neonatal precoce	RIPSA
Taxa de mortalidade neonatal tardia	RIPSA
Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral	RIPSA
Taxa de mortalidade por causas externas	RIPSA
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	RIPSA
Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração	RIPSA
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da mama	RIPSA

Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da próstata	RIPSA
Taxa de mortalidade por neoplasias malignas do colo de útero	RIPSA
Taxa de mortalidade pós-neonatal	RIPSA
ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	
FINANCIAMENTO	
Taxa de crescimento anual do gasto público em saúde	SIOPS
Gasto estadual em saúde como porcentagem do total do gasto público em saúde	SIOPS
Gasto federal em saúde como porcentagem do total do gasto público saúde	SIOPS
Gasto municipal em saúde como porcentagem do total do gasto público em saúde	SIOPS
Gasto nacional em saúde como porcentagem do PIB	SIOPS
Gasto público em saúde como porcentagem do gasto em saúde	SIOPS
Gasto público em saúde como proporção do gasto público total	SIOPS
Gasto público per capita	SIOPS
Investimento público em saúde feito pelo governo federal como porcentagem do gasto público em saúde no governo federal	SIOPS
Participação do gasto direto no financiamento das pessoas que relataram utilização de internação	PNAD
Participação do SUS no financiamento das pessoas que relataram utilização de atendimento	PNAD
Participação do SUS no financiamento das pessoas que relataram utilização de internação	PNAD
Participação dos planos e seguros privados de saúde no financiamento das pessoas que relataram utilização de internação	PNAD
Participação dos planos e seguros privados de saúde no financiamento das pessoas que relataram utilização de atendimento	PNAD
Cumprimento da Emenda Constitucional N°29 pelos governos estaduais	SIOPS
Cumprimento da Emenda Constitucional N°29 pelos governos municipais	SIOPS
RECURSOS	
Aparelhos para hemodiálise	AMS
Leitos de UTI adulto/UCO	AMS
Leitos totais	AMS
Leitos UTI neonatal	AMS
Mamógrafos por habitante	AMS
Médicos (especialistas)	CNES
Número de equipamentos de ressonância magnética	AMS
Número de equipamentos de ultrassonografi	AMS
Número de tomógrafos computadorizado	AMS

DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
EFETIVIDADE	
Internações por gastroenterite	SIH
Internações por insuficiência cardíaca	SIH
Internações por asma	SIH
Internações por condições sensíveis à atenção primária	SIH
Internações por pneumonia	SIH
Mortalidade associada à diarreia de menores de cinco anos	RIPSA
Mortalidade por diabetes	RIPSA
Mortalidade por hipertensão	RIPSA
Mortalidade por IRA em menores de cinco anos	RIPSA
Taxa de incidência de Aids	RIPSA
Taxa de incidência de tuberculose	RIPSA
ACESSO	
Angioplastia	SIH
Cirurgia de revascularização do miocárdio	SIH
Cirurgias de catarata	SIH
Cirurgias de prótese de quadril em idosos	SIH
Cobertura de mamografia	PNAD
Cobertura de exame de Papanicolau	PNAD
Cobertura de tetravalente em crianças	PNI
Consulta odontológica	PNAD
Consultas médicas	PNAD
Internação hospitalar	PNAD
Partos hospitalares	SINASC
Percentual de pessoas que nunca foram ao dentista	PNAD
Postos ou centros de saúde como serviço de uso regular	PNAD
Uso de serviços ambulatoriais	PNAD
Cobertura por plano de saúde	PNAD
Cobertura pelo Programa Saúde da Família	SIAB

EFICIÊNCIA	
Cirurgia de hemorroidectomias Day case	SIH
Cirurgia de hérnia inguinal - Day case	SIH
Cirurgia para amidalectomias e adenoidectomias - Day case	SIH
Cirurgias de catarata - Day case	SIH
Cirurgias de vasectomia - Day case	SIH
ADEQUAÇÃO	
Atenção ao paciente com AVC	SIH
Consultas de pré-natal	SINASC
Fratura no quadril	SINAN
Meningites bacterianas diagnosticadas laboratorialmente	SINASC
Parto cesáreo	RIPSA
Relação hemodiálise e transplante renal	SIH
Taxa de histerectomia	SIH
Vacinação contra tétano em gestantes	PNDS

Quadro 28 - Matriz de indicadores e fontes primárias de informação - PROADESS

Sigla	Definição	Objectivos	Informações
SIAB	Sistema de Informação da atenção básica	Registro das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da produção de atendimentos pelas equipes de saúde da família.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS, no link SIAB
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Registro dos dados sobre agravos de notificação em para doenças de notificação compulsória, para subsidiar a análise do perfil de morbi-	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS, no link SINAN.

		mortalidade de doenças pré-selecionadas pelo MS.	
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	Registro de eventos e factores de mortalidade através das declarações de óbito, para subsidiar informações de vigilância sanitária e epidemiológica e demográfica.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS, no link SIM
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos	Registro de condicionantes e características dos nascidos vivos via declarações de nascidos vivos, para subsidiar informações para vigilância epidemiológica e demográfica.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS, no link SINASC
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações	Registro de quantitativos populacionais vacinados, a fim de controle de surtos e epidemias, além de controle do estoque de vacinas.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS, no link SI-PNI.
SIGAB	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica	Registro quantitativo de atendimentos clínicos, odontológicos, imunizações e, serviços complementares ambulatoriais, além de fornecer informações de endemias e morbidade relativas à população atendida pelo ambulatório.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS, no link SIAB.

SISCAN	Sistema de Informação do Câncer	Registro de pacientes e ações de combate ao Câncer de Colo do Uterino, e emissão de relatórios de produção laboratorial na área de câncer. Após 2013, integrou seus antecessores (Siscolo e Sismama).	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS, no link no link SISCAN
SISPRE-NATAL	Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	Registro de informações de evolução da gestação, cuidados preventivos e vacinação de gestantes.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS no link SISPRE-NATAL
SIH	Sistema de Informação Hospitalar	Registro de tratamentos hospitalares, dos internamentos e procedimentos produzidos, valores de pagamento dos atendimentos realizados, além de dados demográficos dos pacientes.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS no link SIH, ou através da ferramenta TabWin, de acesso público.
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais	Registro de tratamentos ambulatoriais e de unidades especializadas, dos procedimentos produzidos, valores de pagamento dos atendimentos realizados, além de dados demográficos dos pacientes.	Alguns dados públicos podem ser consultados na home page do DATASUS no link SIA, ou através da ferramenta TabWin, de acesso público.

CIHA	Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial	Registro de ações e serviços de hospitalares e ambulatoriais, executados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado, financiado com recursos de fontes externas ao SUS.	Acesso e download através do sítio http://ciha.datasus.gov.br/CIHA/index.php .
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde	Registro e consulta de dados cadastrais dos estabelecimentos de saúde do SUS e da Saúde Suplementar.	Acesso público pelo sítio http://cnes.datasus.gov.br .
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais - OPM	Registro de pesquisa de um conjunto de procedimentos, foi instituída a funcionalidade de geração de relatórios no SIGTAP, sendo possível, ainda durante a definição do relatório, estabelecer filtros por meio da marcação de determinados atributos	Acesso pela versão em desktop (CIHA01 e CIHA02), disponibilizada pelo MS aos gestores.
SISREG	Sistema Nacional de Regulação (SISREG)	Auxiliar na organização e gerenciamento dos processos de regulação, concretizar os fluxos assistenciais e apoiar a gestão de acesso a unidades de saúde, por estados e municípios, sendo integrado ao SCNES e ao SIGTAP.	Acesso pelo sítio http://sisregiii.saude.gov.br

SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	Registro e diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira	Acesso e download através do sítio www.saude.gov.br/sisvan
SIOPS	Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde	Registro, coleta e sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. Em 2016, foi ajustado para adequar-se à lei de aplicação de recursos do SUS.	Os dados podem ser consultados na homepage do DATASUS no Link http://siops.datasus.gov.br

Quadro 29 - Quadro-síntese das principais bases de dados e informações do SUS

Anexo 6

Síntese descritiva das principais matrizes de indicadores utilizados em hospitais e/ou organizações privadas e de saúde suplementar do Brasil

No Brasil, o sistema de saúde suplementar, foi estruturado ao longo dos anos, a partir de médicos formados com uma visão curativista, que forjaram um modelo assistencial médico-privatista. No final do governo populista de Getúlio Vargas (1930-1945) iniciou-se a estruturação de um modelo assistencial curativista-privatista, onde o funcionamento dos IAP's estava focado no atendimento médico, com serviços comprados do setor privado. Neste contexto, surgiu o setor empresarial da saúde brasileira: policlínicas, clínicas especializadas, hospitais privados e medicinas de grupo, que desaguou na formatação do setor de saúde suplementar, que tem avançado significativamente nos últimos anos, mas que aparentemente está chegando ao limite da capacidade de renda das famílias brasileiras (Brasil, 2016a).

Em dezembro de 2011, haviam 46,0 milhões de vínculos a planos de saúde de assistência médica, representando 23,2% da população. Três anos depois, em dezembro de 2014, haviam 50,4 milhões de beneficiários, o que significou uma taxa de cobertura de 24,8%. No entanto, verifica-se que após o final do ano de 2014, sucessivas quedas no número de vínculos a planos médico-hospitalares ocorreram, sendo de 2,3% entre 2014 e 2015 e de 3,1% entre 2015 e 2016. Essa queda é em grande parte justificada pela redução do número de empregos no Brasil.

No entanto, o setor de saúde suplementar não contava com regulações de agências governamentais até a sua regulamentação através da Lei 9.656/98, e da implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através da lei 9.961/00. No princípio as atividades da ANS limitavam-se a definir o Rol de Procedimentos obrigatórios, padronizar contratos, definir cobertura mínima das redes de prestadores de serviços, e acompanhar reclamações de usuários-utilizadores junto às operadoras de planos de saúde, além de acompanhamentos econômico-financeiros.

A implementação progressiva da gestão efetiva de resultados no âmbito da ANS, surgiu com o Programa de Qualificação das Operadoras desde 2004, através de Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). Esse índice foi composto por quatro diferentes

dimensões, com diferentes pesos: 50% referente ao Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS); 30% para o Índice de Desempenho Econômico-Financeiro (IDEF); 10% para o Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO) e 10% referente ao Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB) (Brasil, 2010b).

Ainda segundo a ANS (Brasil, 2010b), a primeira fase de medição de resultados aconteceu em 2005, com dados de 2003 e 2004, mas o IDSS não foi divulgado por operadora. A segunda foi executada com dados de 2005 e 2006, neste período com IDSS divulgado por segmentos de operadora. A terceira fase, foi marcada pela ampla revisão dos indicadores (69,7% revisados), em 2007, além de iniciar a aplicação de metodologias estatísticas de padronização por faixa etária e gênero, e do método Bayes Empírico para alguns indicadores, e ainda da divulgação do IDSS também passar a se dar em cinco faixas diferenciadas: 0,00 a 0,19; 0,20 a 0,39; 0,40 a 0,59; 0,60 a 0,79; 0,80 a 1,00 (Brasil, 2010b).

Durante a terceira fase, o conjunto de indicadores definidos (com pequenas alterações em alguns anos) serviu de base até a competência de 2010, conforme quadro-síntese 5, a seguir (Brasil, 2010c).

Fases/Períodos da Implantação do IDSS - ANS				
	1ª. Fase	2ª. Fase	3ª. Fase	4ª. Fase
Anos Avaliados	2003 a 2004	2005 e 2006	2007 a 2009	Após 2010
Base de Dados	Início de construção	Em consolidação	Novos Dados (SIP)	
Quantidade de Indicadores	- 24 (2003) - 22 (2004)	- 41 (2005) - 39 (2006)	- 33 (2007) - 31 (2008) - 30 (2009), com revisão completa, maior comparabilidade	
Regulamentação	Decisões internas em atas de diretoria colegiada	Decisões internas em atas de diretoria colegiada e RN No. 139	Decisões internas em atas de diretoria colegiada e RN Nos. 139, 178, 182, 193, e INs DIGES Nos. 04 e 09	
Divulgação do IDSS	Em 2005 – Por porte,	Em 2006/2007 – Por operadora	Em 2009/2010 – Por operadora segundo,	

	segmentação, modalidade e dimensão	segundo, modalidade, porte e 04 faixas de IDSS	modalidade, segmentação assistencial dos planos e 05 faixas de IDSS	
--	------------------------------------	--	---	--

Quadro 30 - Síntese do processo de evolução do IDSS da ANS (2003 a 2009)

Após 2009, com a edição da Resolução Normativa (RN)⁹⁹ da ANS nº 193, com aplicação a partir da competência de 2010, as avaliações anuais de desempenho das operadoras passaram a ser normatizadas por Instruções Normativas (IN)¹⁰⁰ do colegiado da ANS, que definem os critérios a serem utilizados para cálculo do Índice de Desempenho das dimensões e as fichas técnicas dos indicadores, suas fontes de dados e as metodologias a serem empregadas, além de outros direcionamentos. A partir de 2011, a ANS iniciou-se a Quarta Fase do programa, com nova revisão do conjunto de indicadores do IDSS, com divulgação por valores absolutos dos quatro Índices de Desempenho das dimensões mensuradas (IDAS – IDEF – IDEO – IDSB) (Brasil, 2010b).

De seguida, com a edição das Resoluções Normativas (RN) nºs 267 e 275, em 2011, implantou-se o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde Suplementar (QUALISS), tendo como objectivos *medir a efetividade, eficiência, equidade, acesso, centralidade no paciente e segurança*, por meio da implantação progressiva, desde 2012, inclusive com indicadores que visam mensurar a satisfação do cliente-utilizador, através da *percepção da qualidade da assistência recebida na rede de prestadores assistenciais dos planos de saúde*, e *monitorar os registros de reclamações dos beneficiários*, mas por enquanto não há divulgação de resultados ao público, apesar de liberar dados por consultas específicas.

O programa QUALISS está em revitalização no âmbito da ANS tendo sido publicado, em 2016, novas normativas (Brasil, 2016d, 2016e) que estabeleceram diretrizes para o estabelecimento de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial e para a avaliação da qualificação dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar, inclusive a fim de implementar um sistema oficial de acreditação através do Programa de Monitoramento de Indicadores da Qualidade de Prestadores de Serviços de Saúde – PM-QUALISS. Neste caso, hospitais e serviços de saúde podem aderir de forma

99 RN - Resolução Normativa (RN) da ANS, que são normas infralegais mas obrigatória para operadoras de planos de saúde

100 IN - Instrução Normativa (RN) da ANS, que orientam as diretrizes das normas infralegais mas obrigatória para operadoras de planos de saúde

voluntária, através da avaliação e concessão de selos de qualidade por instituições independentes, com critérios muito vinculados ao cumprimento de normatizações de licenciamento e padronização de processos, com pouco controle sobre os resultados, e sem mecanismo de incentivo do MS ou ANS. Publicou-se ainda um Rol de Indicadores com suas respectivas fichas técnicas (Brasil, 2016b, 2016c) sintetizados no quadro 28 a seguir:

PAINEL DE INDICADORES IDSS (2016)	
Dimensão 1 – Estrutura	
Indicador	E-EST-01 - Proporção de enfermeiros/profissionais de enfermagem por leito
Conceituação	Avaliar a proporção de enfermeiros em relação ao total de profissionais de enfermagem do hospital por leito
Método de cálculo	$\frac{\text{Números de enfermeiros} \times 1}{\text{Números de profissionais de enfermagem} \times \text{Número de leitos}}$
Uso	1-Analisar variações geográficas na disponibilidade de postos de trabalho de enfermeiros e profissionais de enfermagem em geral na assistência hospitalar, como uma aproximação da qualidade da assistência prestada aos pacientes internados. 2- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a prestação de serviços de saúde, assim como para a formação de enfermeiros e profissionais de enfermagem em geral e sua inserção no mercado de trabalho.
Fonte de Informações	* Adaptado do indicador Número de Enfermeiros por Leito Hospitalar da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Disponível em http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_E.17.pdf . Acesso em: 04 abr. 2016.
Indicador	E-EST-02 - Monitoramento do Uso de Prontuários Eletrônicos
Conceituação	Avaliar a utilização dos prontuários eletrônicos
Método de cálculo	A resposta para cada questão pode ser atribuída em uma escala de 1 a 5, onde 5 é a melhor nota e 1 a pior nota. O significado de cada nota é explicado com maiores detalhes na sessão “Definição dos termos usados no indicador”. _____ Nota atribuída pelo respondente para a pergunta em questão
Uso	1-Identificar a forma de prontuário utilizada na instituição 2- Encontrar oportunidades de melhoria para a gestão dos hospitais
Fonte de Informações	Setor de gestão do hospital
Dimensão 2 – Centralidade no paciente	
Indicador	E-CPA -01 - Monitoramento da capacidade do prestador em envolver o paciente nas decisões relativas à sua saúde
Conceituação	Avaliar a capacidade do prestador em envolver o paciente em decisões relativas à sua saúde.

Método de cálculo	<p>A resposta para cada questão pode ser atribuída em uma escala de 1 a 5, onde 5 é a melhor nota e 1 a pior nota. O significado de cada nota é explicado com maiores detalhes na sessão “Definição dos termos usados no indicador”. Vale a ressalva que as perguntas são formuladas como “O paciente participou...”, pois se assume a possibilidade do paciente não estar em condições de responder por si mesmo em certas situações, ou que o questionário seja respondido por um familiar ou acompanhante sobre o cuidado recebido de algum ente querido. A nota final de cada pergunta é calculada a partir da média das notas atribuídas pelos usuários para a pergunta em questão.</p> $\frac{\text{Somatório das notas atribuídas pelos usuários para a questão}}{\text{Número de Avaliações realizadas pelos usuários para a mesma questão}}$
Uso	<p>1- Avaliar a centralidade do usuário nos prestadores em questão. 2- Identificar oportunidades de melhorias para a gestão dos hospitais.</p>
Fonte de Informações	Sistemas via web de avaliação por metodologia centrada no usuário, com questionários direcionados aos usuários.
Indicador	E-CPA -02 – Monitoramento da capacidade de escuta e comunicação do prestador
Conceituação	Monitorar a capacidade de escuta atenta e comunicação do prestador pela perspectiva do paciente.
Método de cálculo	<p>Propõe-se que duas questões sejam direcionadas aos usuários:</p> <p>1) “Como foi a atenção recebida do profissional/equipe?”; e 2) “O paciente/familiar entendeu as orientações e prescrições?”</p> <p>Para cada pergunta, a resposta pode ser atribuída pelo usuário em uma escala de 1 a 5, onde “5” é a melhor nota e “1” a pior nota. O significado de cada nota é explicado com maiores detalhes na sessão “Definição dos termos usados no indicador”. Vale a ressalva que a pergunta é formulada como “O paciente participou...”, pois se assume a possibilidade do paciente não estar em condições de responder por si mesmo em certas situações, ou que o questionário seja respondido por um familiar ou acompanhante sobre o cuidado recebido de algum ente querido. A nota final é calculada a partir da média das notas atribuídas pelos usuários.</p> $\frac{\text{Somatório das notas atribuídas pelos usuários}}{\text{Número de Avaliações realizadas pelos usuários}}$
Uso	<p>e- Avaliar a capacidade de escuta atenta e comunicação com os usuários nos prestadores em questão. 2- Identificar oportunidades de melhorias para a gestão dos hospitais.</p>
Fonte de Informações	Sistemas via web de avaliação por metodologia centrada no usuário, questionários direcionados aos usuários.
Dimensão 3 - Segurança	
Indicador	E-SEG-01 - Conformidade com os padrões de identificação do paciente.
Conceituação	Monitorar o processo de identificação do paciente pelo prestador hospitalar de acordo com os padrões estabelecidos.
Método de cálculo	$\frac{\text{Pacientes internados com pulseira padronizada}}{\text{Número total de internações}} \times 100$

Uso	<p>1- “Incentivar a implantação de uma cultura de segurança nos estabelecimentos hospitalares” (European Union Network for Patient Safety, 2010)</p> <p>2- Melhorar a estrutura e os processos organizacionais na prestação do cuidado.</p> <p>3- Subsidiar o planejamento de ações educativas sobre a importância do uso do protocolo de identificação do paciente.</p>
Fonte de Informações	Censo diário, registro no prontuário do processo de identificação do paciente.
Indicador	E-SEG-02 - Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto.
Conceituação	Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI Adulto, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Método de cálculo	$\frac{\text{(Número de casos novos de IPCSL no período)}}{\text{(Número de CVCs-dia no período)}} \times 100$
Uso	<p>1. Identificar hospitais com alta taxa de densidade de IPCSL associada a CVC para a tomada de ações de investigação das causas do resultado obtido, com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC.</p> <p>2. Avaliar indiretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes em uso de CVC, em especial a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC, elementos que têm impacto sobre a aquisição das IPCSL.</p>
Fonte de Informações	Registros mantidos, de forma manual ou eletrônica, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar -CCIH.
Indicador	E-SEG-03 - Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Pediátrica.
Conceituação	Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI Pediátrica, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de casos novos de IPCSL no período}}{\text{(Número de CVCs-dia no período)}} \times 100$
Uso	<p>1. Identificar hospitais com alta taxa de densidade de IPCSL associada a CVC para a tomada de ações de investigação das causas do resultado obtido, com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC.</p> <p>2. Avaliar indiretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes em uso de CVC, em especial a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de</p>

	inserção, manipulação e cuidados diários de CVC, elementos que têm impacto sobre a aquisição das IPCSL.
Fonte de Informações	Registros mantidos, de forma manual ou eletrônica, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
Indicador	E-SEG-04 - Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Neonatal.
Conceituação	Taxa de densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (com confirmação microbiológica) – IPCSL, associada à utilização de CVC em pacientes internados em UTI Neonatal, por 1000 cateteres-dia. A utilização de cateter-dia ajusta o tempo de exposição ao dispositivo invasivo, principal fator de risco para a infecção.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de casos novos de IPCSL no período}}{\text{(Número de CVCs-dia no período)}} \times 100$
Uso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar hospitais com alta taxa de densidade de IPCSL associada a CVC para a tomada de ações de investigação das causas do resultado obtido, com vistas à melhoria da qualidade da assistência a pacientes em uso de CVC. 2. Avaliar indiretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes em uso de CVC, em especial a aderência dos profissionais de saúde às práticas corretas de inserção, manipulação e cuidados diários de CVC, elementos que têm impacto sobre a aquisição das IPCSL.
Fonte de Informações	Registros mantidos, de forma manual ou eletrônica, pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).
Indicador	E-SEG-05- Conformidade com os padrões de cirurgia segura
Conceituação	Monitorar a implantação, nos prestadores hospitalares, de protocolos que ajudem a garantir a segurança das intervenções cirúrgicas. Esses protocolos (padrões de cirurgia segura) envolvem a conclusão de uma sequência de etapas críticas na assistência pelas equipes cirúrgicas (enfermeiros, cirurgiões, anesthesiologistas e outros), de forma a minimizar os riscos mais comuns e evitáveis, impedindo expor os pacientes cirúrgicos a eventos adversos que resultam em incapacidade permanente ou morte.
Método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes submetidos à cirurgia com verificação de checklist em um mês}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes submetidos à cirurgia, em um mês}} \times 100$
Uso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivar a implantação de uma cultura de segurança nos estabelecimentos hospitalares (European Union Network for Patient Safety, 2010). 2. Encorajar os profissionais de saúde a reconhecer os riscos associados ao cuidado à saúde e a aceitar sua responsabilidade na redução destes riscos (European Union Network for Patient Safety, 2010). 3. Melhorar a estrutura e os processos organizacionais do centro cirúrgico e das equipes cirúrgicas (European Union Network for Patient Safety, 2010).
Fonte de Informações	Registros do perioperatório/transoperatório, contendo a lista de verificação (checklist), em papel ou eletrônica, preenchida e assinada pelos responsáveis pela

	verificação da segurança cirúrgica confirmando que os membros da equipe cirúrgica cumpriram as suas tarefas e/ou verificaram os itens da lista de verificação nas três etapas: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operações.
Dimensão 4 - Efetividade	
Indicador	E-EFT-01- Monitoramento da implantação de diretrizes e protocolos clínicos
Conceituação	Monitorar a implantação de protocolos clínicos institucionais nos prestadores hospitalares a partir de diretrizes para a prática clínica baseadas em evidências.
Método de cálculo	Evidências de elaboração, desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos para sepse e isolamento, há, pelo menos, quatro meses. Devem ser explicitadas as estratégias de disseminação dos protocolos na instituição. A observação deverá ser objetiva: ocorreu ou não a implantação dos protocolos.
Uso	1. Padronização e sistematização das condutas, melhorando as práticas dos profissionais de saúde, minimizando a variabilidade dos processos assistenciais e a solicitação de exames e procedimentos desnecessários. 2. Supervisão, monitoramento e acompanhamento da qualidade das ações e serviços em saúde prestados pela instituição hospitalar, incentivando a excelência profissional, o uso eficiente de recursos e o atendimento às necessidades dos pacientes.
Fonte de Informações	A verificação das evidências deve ser feita através dos relatórios de CCIH.
Indicador	E-EFT-02- Monitoramento do tempo de espera na urgência e emergência
Conceituação	Tempo de espera de pacientes classificados nas duas categorias de maior gravidade: vermelho (emergente) e muito urgente (urgente)
Método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes classificados na categoria e atendidos no tempo de espera emergente e muito urgente}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes classificados em emergente e muito urgente}}$
Uso	O hospital pode usar os dados para avaliar se pacientes graves estão sendo atendidos em tempo adequado no setor de emergência
Fonte de Informações	Prontuário / registros no setor de emergência
Indicador	E-EFT-03- Proporção de partos normais em relação ao número total de partos realizados no hospital
Conceituação	Representa a proporção de partos normais que são realizados no hospital
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de partos normais realizados no hospital}}{\text{Número total de partos no mesmo período}}$
Uso	Avaliar a proporção de partos normais realizada no hospital. Realizar ações que induzam a realização do parto normal.
Fonte de Informações	Serviços de Arquivo Médico e Estatísticas
Indicador	E-EFT-04- Proporção de Readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar

Conceituação	Proporção de readmissões ocorridas em até 30 dias após a última alta hospitalar
Método de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total readmissões em qualquer hospital em até 30 dias da última alta hospitalar}}{\text{Número total de internações}} \times 100$
Uso	<p>1. Este indicador mede a capacidade progressiva do prestador em ajudar as pessoas a se recuperarem de forma tão eficaz quanto possível.</p> <p>2. Há uma série de factores, incluindo cuidados de saúde, acompanhamento social e de reabilitação que contribuem para a recuperação efetiva depois de períodos de doença ou lesão. Se uma pessoa não se recupera bem, é mais provável que o tratamento hospitalar posterior seja necessário dentro de até 30 dias, que é a razão pela qual este indicador é utilizado para mensurar capacidade resolutiva na recuperação do paciente (NHS,2014).</p>
Fonte de Informações	Prontuário médico
Indicador	E-EFT-05 - Taxa de Mortalidade Neonatal entre recém-nascidos de moderado baixo peso em maternidade
Conceituação	Número de óbitos de recém-nascidos com moderado baixo peso ao nascer ($1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g}$), nascidos vivos no próprio hospital ou admitidos nos dois primeiros dias de vida, por 1.000 saídas de recém-nascidos vivos com moderado baixo peso ao nascer ($1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g}$), do próprio hospital ou admitidos nos dois primeiros dias de vida, em um mês.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número total de óbitos de RN com baixo peso ao nascer}(1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g})}{\text{Número total de saídas de recém-nascidos com baixo peso ao nascer}(1500 \leq \text{RN} < 2.500\text{g})}$
Uso	<p>1. Melhoria interna da qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.</p> <p>2. Comparação de desempenho hospitalar.</p> <p>3. Monitoramento da qualidade da assistência com vistas ao planeamento de ações que contribuam para uma maior efetividade e eficiência do cuidado ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.</p>
Fonte de Informações	Resumo de alta ou de óbito.
Indicador	E-EFT-06 - Percentual de altas hospitalares a partir da UTI
Conceituação	Representa a proporção de altas da UTI de pacientes que não passam por unidade intermediária ou quarto comum
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de altas a partir da UTI}}{\text{Número total de altas hospitalares}}$
Uso	Avaliar a proporção de pacientes que têm alta diretamente da UTI.
Fonte de Informações	Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas
Indicador	E-EFT-07- Taxa de retorno não planeado a sala de cirurgia

Conceituação	Representa a proporção de pacientes que necessitam retornar à sala de cirurgia, após uma cirurgia eletiva, em função de intercorrência relacionada à cirurgia.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de retornos não planejados à sala de cirurgia}}{\text{Número total de cirurgias}}$
Uso	Avaliar se há alta taxa de retorno à sala de cirurgia que pode estar relacionada, por exemplo, a deficiências estruturais no centro cirúrgico ou a erros na execução do procedimento.
Fonte de Informações	Prontuários
Indicador	E-EFT-08- Tempo Médio de Internação
Conceituação	Soma do tempo de permanência da internação, para todas as altas, dividido pelo número total de altas. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados.
Método de cálculo	$\frac{\text{Soma do tempo de permanência para todas as altas (saídas)}}{\text{Número total de altas (saídas) do hospital}}$
Uso	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiência da gestão do leito operacional nos hospitais • Avaliar o tempo de permanência dos pacientes no hospital • Boas práticas clínicas e rotatividade do leito operacional
Fonte de Informações	Serviço de Arquivo Médico e Estatística – Relatório de consolidação do Censo Hospitalar realizado a zero hora (00:00) diariamente e armazenado no sistema de informação do hospital ou como relatório em papel no Serviço de Arquivo Médico e Estatística do hospital.
PAINEL DE INDICADORES - RISCOS ASSISTENCIAIS	
Dimensão 1 - Assistencial	
Indicador	1.1 Número de consultas médicas ambulatoriais por beneficiário
Conceituação	Número de consultas médicas ambulatoriais em relação ao número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de consultas médicas mbulatoriais}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}}$
Uso	Avaliar a evolução da realização das consultas médicas ambulatoriais, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica. Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar. Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.
Fonte de Informações	Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. 1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna II (Eventos ocorridos);

	Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.1 “Consultas médicas ambulatoriais”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).
Indicador	1.2 Número de consultas ambulatoriais com pediatra por beneficiário até 14 anos
Conceituação	Número de consultas ambulatoriais com pediatra em relação ao número total de beneficiários até 14 anos fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de consultas ambulatoriais com pediatria}}{\text{Número total de beneficiários com idade igual ou inferior a 14 anos em planos que incluem a segmentação ambulatorial fora do período de carência}}$
Uso	<p>Avaliar a evolução da realização das consultas ambulatoriais com pediatra, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica por crianças e adolescentes.</p> <p>Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde de crianças e adolescentes, no setor suplementar.</p> <p>Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora para crianças e adolescentes.</p>
Fonte de Informações	<p>Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A. 1.19 “Consultas médicas ambulatoriais Pediatria”; coluna II (Eventos ocorridos);</p> <p>Denominador: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); número médio de beneficiários \leq 14 anos em planos que incluam a segmentação ambulatorial, no período considerado.</p>
Indicador	1.3 Proporção de consulta médica em pronto socorro
Conceituação	Percentual do número de consultas médicas em pronto socorro em relação ao número total de consultas médicas ocorridas em um período.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de consultas médicas em pronto socorro}}{\text{Número de consultas médicas}} \times 100$
Uso	<p>Avaliar a evolução da realização de consultas em pronto socorro, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de atenção básica.</p> <p>Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde, no setor de saúde suplementar.</p> <p>Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.</p>
Fonte de Informações	<p>Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A.2 “Consultas médicas em pronto socorro”; coluna II (Eventos);</p> <p>Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A “Consultas médicas”; coluna II (Eventos).</p>
Indicador	1.4 Taxa de exames de ressonância magnética

Conceituação	Número de exames de ressonância magnética para cada 1.000 beneficiários fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de Exames de Ressonância Magnética}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 1000$
Uso	<p>Identificar variações e tendências da utilização do exame pelos beneficiários das diversas operadoras, identificando situações que indiquem possível restrição de acesso a este exame de imagem de alta complexidade.</p> <p>Avaliar a disponibilidade e a suficiência da rede prestadora de serviços de exames de ressonância magnética das operadoras.</p> <p>Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.</p>
Fonte de Informações	<p>Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C. Exames”; sub item 1. “Ressonância Magnética”; coluna II (Eventos ocorridos);</p> <p>Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item C. “Exames”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).</p>
Indicador	1.5 Índice de sessões de quimioterapia sistêmica por consulta médica
Conceituação	Percentual de sessões de quimioterapia sistêmica para o tratamento de câncer em relação ao número de consultas médicas, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de sessões de quimioterapia sistêmica}}{\text{Número de consultas médicas}} \times 100$
Uso	<p>Avaliar a evolução da realização de sessões de quimioterapia, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de tratamento de neoplasias.</p> <p>Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar.</p> <p>Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.</p>
Fonte de Informações	<p>Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); 2 “Quimioterapia Sistêmica”; coluna II (Eventos);</p> <p>Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item A “Consultas médicas”; coluna II (Eventos).</p>
Indicador	1.6 Número de sessões de hemodiálise crônica por beneficiário
Conceituação	Número de sessões de hemodiálise crônica em relação ao total de beneficiários fora de carência no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de sessões de hemodiálise crônica}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para terapias}}$
Uso	<p>Avaliar a evolução da realização das sessões de hemodiálise crônica, com vistas a verificar possíveis situações de restrição de acesso aos serviços de diálise.</p> <p>Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar.</p>

	Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora.
Fonte de Informações	Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); subitem 5, Sessões de Hemodiálise Crônica; coluna II (Eventos ocorridos). Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item D (Terapias); coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)
Indicador	1.7 Taxa de internação hospitalar
Conceituação	Número médio de internações hospitalares para cada 100 beneficiários da operadora fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de internações hospitalares em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$
Uso	Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, no setor suplementar. Avaliar a evolução da realização de internações hospitalares, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso aos serviços de alta complexidade. Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora. O indicador é influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às internações hospitalares.
Fonte de Informações	Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; Regime de internação “1. Hospitalar”; coluna II (Eventos); Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; Regime de internação “1. Hospitalar”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).
Indicador	1.8 Taxa de internação pediátrica
Conceituação	Número médio de internações pediátricas para cada 100 beneficiários menores de 19 anos fora do período de carência para internações hospitalares, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número de internações pediátricas}}{\text{Total de beneficiários menores 19 anos em planos que incluem a segmentação hospitalar}} \times 100$
Uso	Identificar possíveis variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde, no setor suplementar. Avaliar a evolução da realização de internações pediátricas, com vistas a verificar possíveis situações de restrição do acesso de crianças e adolescentes aos serviços hospitalares. Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pela operadora às crianças e adolescentes.
Fonte de Informações	Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item E “Internações”; Tipo de internação “4. Pediátrica”; coluna II (Eventos);

	Denominador: Sistema de Informações de Beneficiários (SIB); número médio de beneficiários de 0 a <19 anos de planos que contenham a segmentação hospitalar no período considerado.
Indicador	1.9 Número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário
Conceituação	Número médio de consultas odontológicas iniciais por beneficiário da operadora, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número total de consultas odontológicas iniciais em beneficiários fora do período de carência}}{\text{Número total de beneficiários fora do período de carência para o procedimento}}$
Uso	<p>Analisar o acesso e cobertura à assistência odontológica para beneficiários fora do período de carência identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso e cobertura aos serviços odontológicos.</p> <p>Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na assistência odontológica suplementar.</p> <p>Avaliar a evolução da realização de consultas odontológicas iniciais visando à prevenção das doenças bucais, à avaliação dos factores de risco individuais, à realização de diagnóstico precoce com redução das sequelas e limitação dos danos, levando em consideração o ciclo de vida e/ou a condição de saúde do beneficiário.</p> <p>Contribuir para a redução dos custos com tratamento odontológico, para a melhoria nas condições de saúde bucal e para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos.</p> <p>Identificar possíveis tendências que demandem a implementação de ações voltadas para promoção e prevenção da saúde bucal, no setor de saúde suplementar.</p> <p>Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços odontológicos prestados pela operadora.</p> <p>Possibilitar o redimensionamento da rede de prestadores, para que os beneficiários obtenham acesso adequado às consultas odontológicas.</p> <p>Divulgar os indicadores e metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviço.</p> <p>Sensibilizar e pactuar com os prestadores sobre a importância da prevenção e qualificação da assistência.</p> <p>Contribuir para a utilização racional dos recursos financeiros com tratamento odontológico, para a melhoria nas condições de saúde bucal e para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos.</p> <p>O indicador é influenciado pelas características da infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional da operadora, quando existirem barreiras para o acesso às consultas odontológicas.</p>
Fonte de Informações	<p>Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 “Consultas odontológicas iniciais”; coluna II (Eventos).</p> <p>Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.1 “Consultas odontológicas iniciais”, coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência).</p>
Indicador	1.10 - Taxa de raspagem supragengival

Conceituação	Número médio de raspagens supragengivais para cada 100 beneficiários com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número total de raspagens supragengivais por hemiarcada em beneficiários, com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento}} \times 100$
Uso	<p>Analisar a cobertura de raspagem supragengival, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a prevenção e intervenção precoce nas periodontopatias.</p> <p>Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando a realização de procedimentos periodontais básicos com a incidência de gengivite e periodontite, na população de beneficiários com 12 anos de idade ou mais.</p> <p>Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na assistência odontológica suplementar.</p> <p>Subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações para a promoção da saúde bucal, prevenção e controle das doenças periodontais.</p>
Fonte de Informações	<p>Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem supragengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)”; coluna II (Eventos).</p> <p>Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.4 “Raspagem-supragengival por hemi-arcada (12 anos ou mais)”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)</p>
Indicador	1.11 - Taxa de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído
Conceituação	Número médio de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído, para cada 10 beneficiários com 12 anos de idade ou mais, fora do período de carência para o procedimento, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Número total de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído em beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência}}{\text{Total de beneficiários com 12 anos de idade ou mais fora do período de carência para o procedimento}} \times 10$
Uso	<p>Dimensionar a realização de tratamento endodôntico, na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a prevenção da cárie e doença periodontal, o diagnóstico precoce das lesões inflamatórias da polpa e o acesso aos serviços odontológicos especializados.</p> <p>Possibilitar a realização de análises epidemiológicas comparativas, observando a série histórica do indicador, e correlacionando as ações implementadas com a taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído.</p> <p>Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na atenção odontológica suplementar, bem como a existência de barreiras para o acesso aos procedimentos odontológicos de maior complexidade.</p>

Fonte de Informações	Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.9 “Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)”; coluna II (Eventos) Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.9 “Tratamento endodôntico concluído em dentes permanentes por elemento (12 anos ou mais)”; coluna III (Beneficiários da operadora fora do período de carência)
Indicador	1.12 Proporção de próteses odontológicas unitárias
Conceituação	Percentual de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) em relação ao total de procedimentos odontológicos realizados em beneficiários fora do período de carência, no período considerado.
Método de cálculo	$\frac{\text{Total de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida)}}{\text{Total de procedimentos odontológicos}} \times 100$
Uso	<p>Analisar o acesso e a cobertura de próteses odontológicas unitárias (coroa total e restauração metálica fundida) na atenção suplementar à saúde, identificando variações e tendências que demandem a implementação de ações para a ampliação do acesso aos serviços de maior complexidade.</p> <p>Analisar a orientação dos modelos assistenciais praticados na assistência odontológica suplementar.</p>
Fonte de Informações	Numerador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I.11 “Próteses Odontológicas Unitárias (Coroa Total e Restauração Metálica Fundida)”; coluna II (Eventos); Denominador: Sistema de Informações de Produtos (SIP); Item I “Procedimentos Odontológicos”; coluna II (Eventos).
Indicador	1.13 Pontuação bônus para operadoras com programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças
Conceituação	Pontuação bônus acrescida à nota obtida na Dimensão Assistencial caso a operadora possua programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças aprovados junto à ANS, na data de corte estabelecida para o processamento do Risco Assistencial.
Método de cálculo	$\text{Bônus Promoprev} = 0,15 \times \text{Nota Dimensão Assistencial}$ $\text{Nota Final Dimensão Assistencial} = \text{Nota Dimensão Assistencial} + \text{Bônus Promoprev}$
Uso	Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde a encaminharem seus programas à ANS, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.
Fonte de Informações	
Dimensão 2 – Atuarial e econômico-financeira	
Indicador	2.1 PMPE - Prazo médio de pagamento de eventos

Conceituação	Indica o tempo médio que a operadora leva para pagar os eventos assistenciais. Calculada pela razão entre os Eventos a Liquidar e os Eventos Indenizáveis Líquidos no período, multiplicada pelo número de dias do período.
Método de cálculo	$\frac{\text{Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar}}{\text{Eventos Indenizáveis Líquidos ou Sinistros Retidos}} \times T$
Uso	<p>Numerador – Eventos conhecidos de assistência à saúde não liquidados e por isso registrados no Passivo das Operadoras.</p> <p>Denominador – Eventos conhecidos ou indenizações avisadas de assistência à saúde, descontados os eventos recuperados, glosas, coparticipação do beneficiário e ressarcimentos, e acrescidos da variação da provisão dos eventos ocorridos e não avisados.</p> <p>T – corresponde ao número de dias, considerando o ano civil, dos meses dos trimestres considerados no cálculo</p>
Fonte de Informações	Documento de Informações Periódicas das Operadoras – DIOPS/ANS
Indicador	2.2 Proporção de NTRP's com valor comercial da mensalidade atípico
Conceituação	Razão entre a quantidade de Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP) com valores comerciais nas primeira, sétima e décima faixas etárias abaixo do limite inferior estatístico e o total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização pela operadora.
Método de cálculo	Razão entre as NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da operadora abaixo do limite inferior e o total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização da operadora.
Uso	<p>Numerador: quantidade de notas técnicas de registro de produtos (NTRP's), no período da análise, com VCM (Valor Comercial da Mensalidade) nas primeira, sétima e décima faixas etárias, abaixo do limite inferior.</p> <p>Este limite será calculado pela média do prêmio puro (coluna K) dos trinta grupos formados pela combinação dos cinco factores de precificação: contratação (Individual, Empresarial, Adesão), cobertura (Ambulatorial, Amb+Hosp, Hospitalar), presença ou não de fator moderador, tipo de acomodação (coletiva ou individual).</p> <p>Denominador: total de notas técnicas de registro de produto (NTRP's) associadas a planos ativos em comercialização no período de análise.</p>
Fonte de Informações	ANS – Nota Técnica de Registro de Produtos (NTRP) ANS – RPS
Indicador	2.3 Índice combinado saúde ampliado - ICSA (“sinistralidade líquida”)
Conceituação	Mostra a relação entre despesas operacionais (administrativas, comercialização e assistenciais) e não operacionais e as receitas operacionais (contraprestações efetivas) e não operacionais, inclusive o resultado financeiro.
Método de cálculo	$\frac{\text{Despesas Administrativas} + \text{Despesas de Comercialização} + \text{Eventos Indenizáveis Líquidos} + \text{Outras despesas Operacionais} + \text{Despesas Financeiras}}{\dots}$

	Contraprestações Efetivas + Receitas Financeiras + Outras Receitas Operacionais
Uso	Numerador: Valor total das despesas com a operação de planos de assistência à saúde e outras despesas não operacionais, inclusive financeiras. Denominador: Valor total das receitas com a operação de planos de assistência à saúde e outras receitas não operacionais, inclusive financeiras.
Fonte de Informações	Documento de Informações Periódicas das Operadoras – DIOPS/ANS
Dimensão 3 – Redes Assistenciais	
Indicador	3.1 - Dispersão de procedimentos e serviços básicos de saúde
Conceituação	Percentual de municípios listados na área geográfica de abrangência e de atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde na rede assistencial da operadora.
Método de cálculo	$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de procedimentos e serviços básicos de saúde}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial}} \times 100$
Uso	Acompanhar a oferta de procedimentos e serviços básicos de saúde na área de atuação dos produtos.
Fonte de Informações	MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS) MS/DATASUS/CNES
Indicador	3.2 - DISPERSÃO DA REDE ASSISTENCIAL HOSPITALAR
Conceituação	Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de estabelecimentos hospitalares na rede assistencial da operadora.
Método de cálculo	$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de estabelecimentos hospitalares}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial hospitalar}} \times 100$
Uso	Acompanhar a distribuição dos estabelecimentos hospitalares na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial hospitalar.
Fonte de Informações	MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS) MS/DATASUS/CNES
Indicador	3.3 - Dispersão de serviços de urgência e emergência 24 horas
Conceituação	Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de serviços de urgência e emergência 24 horas na rede assistencial da operadora.
Método de cálculo	$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de serviços de Urgência e Emergência 24 horas}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial}} \times 100$
Uso	Acompanhar a distribuição dos serviços de urgência e emergência 24 horas na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial.
Fonte de Informações	MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS) MS/DATASUS/CNES

Indicador	3.4 - Dispersão da rede assistencial odontológica
Conceituação	Percentual dos municípios listados na área geográfica de abrangência e atuação dos produtos que apresentam disponibilidade de prestadores odontológicos na rede assistencial da operadora.
Método de cálculo	$\frac{\text{Nº de municípios com disponibilidade de prestadores odontológicos}}{\text{Nº de municípios com previsão de cobertura assistencial odontológica}} \times 100$
Uso	Acompanhar a distribuição dos prestadores odontológicos na área de atuação dos produtos com previsão de cobertura assistencial.
Fonte de Informações	MS/ANS – Sistema de Registro de Produtos (RPS) MS/DATASUS/CNES

Quadro 31 - Rol de indicadores IDSS e de Indicadores de mapeamento assistencial do QUALISS-ANS (2016)

Dimensões Relacionadas	Diretriz PGQP/PNQ	Grupos de Indicadores
Foco nos clientes	Qualidade percebida com foco no cliente e no mercado	Índice de satisfação dos clientes particulares, de convênios (planos de saúde) e do SUS
Foco nos recursos humanos	Desenvolvimento de gestão de pessoas, moral, segurança e custo	Turnover, absenteísmo, frequência de acidentes de trabalho, horas de treinamento por funcionário
Foco na assistência	Qualidade real através de gestão de processos, custo e qualidade intrínseca	Tempo de permanência geral, na obstetrícia, na pediatria, mortalidade (geral, obstétrica e pediátrica), taxa de cesarianas, índice de infecção por uso de cateter no sistema venoso central e taxa de contaminação em cirurgias limpas
Foco na capacidade e desempenho financeiro	Custo/benefício através da gestão do produto e da qualidade intrínseca	Taxa de ocupação de leitos e margem líquida

Quadro 32 - Dimensões dos indicadores do sistema SIPAGEH

DEFINIÇÃO DO INDICADOR	FÓRMULA	PERIODO	FONTE
<i>Usuários - Proposição de usuário do Hospital classificada por categorias</i>	$\frac{\text{Nº de Usuário Categoria A} \times 100}{\text{total de usuário}}$	Mensal	Arquivo
<i>Morbidade de Consulta Externa</i> Estabelecem-se causas onde usuário do hospital comparece às consultas ambulatoriais, ordenando forma prioritária os dez primeiros diagnósticos por idade, sexo e tipo de usuário.	Relação dos dez primeiros diagnósticos de consultas Externa (segundo número por idade, sexo e tipo de usuário)	Mensal	Arquivo

<i>Morbidade de Urgência</i> Estabelecem-se causas onde o usuário do hospital solicita consultas de urgências, ordenando de forma prioritária os dez primeiros diagnósticos por idade, sexo e tipo de usuário	Relação dos dez primeiros diagnósticos de consultas de urgência (segundo número) por idade, sexo e tipo de usuário.	Mensal	Arquivo
<i>Morbidade de Hospitalização</i> Estabelecem-se causas onde o usuário é internado, ordenando em forma prioritária os dez primeiros diagnósticos por idade, sexo e tipo de usuário.	Relação dos dez primeiros diagnósticos de hospitalização (segundo número) por idade, sexo e tipo de usuário.	Mensal	Arquivo
<i>Morbidade de Consulta Odontológica</i> Estabelecem-se causas onde o usuário do hospital realiza consultas odontológicas, ordenando de forma prioritária os dez primeiros diagnósticos por idade, sexo e tipo de usuário.	Relação dos dez primeiros diagnósticos de consulta externa (segundo número) por idade, sexo e tipo de usuário.	Mensal	Arquivo
<i>Morbidade de Consulta Odontológica de Urgência</i> Estabelecem-se as causas onde usuário do hospital solicita consultas odontológicas de urgência, ordenando de forma prioritária os dez primeiros diagnósticos por idade, sexo e tipo de usuário.	Relação dos dez primeiros diagnósticos de consulta odontológica de urgência (segundo número) por idade, sexo e tipo de usuário.	Manual	Arquivo
<i>Mortalidade Institucional - Causas</i> Estabelecem-se as causas de morte por períodos anuais levando-se em conta idade, sexo e tipo de usuário.	Relação dos dez primeiros diagnósticos de consulta externa (segundo número) por idade, sexo e tipo de usuário.	Anual	Arquivo
<i>Taxa de Mortalidade Institucional</i> Relaciona-se o número de óbitos por períodos anuais com o número de usuários.	$\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos por qualquer causa durante o último ano } \times 100}{\text{Total de usuários}}$	Anual	Arquivo
<i>Taxa de Mortalidade por Patologia</i>	$\frac{N^{\circ} \text{ de óbitos por patologia em um ano } \times 100}{100}$	Anual	Arquivo

Relaciona-se o número de óbitos por determinado diagnóstico em um ano com o total de indivíduos com mesma patologia.	<i>Total de enfermos em um ano</i>		
<i>Taxa de Demanda Efetiva</i> Relaciona o número de usuários que demandam atenção médica odontológica durante o último ano, com o total da população de usuários na metade do período. Deve ser especificado por tipo de atenção: consulta externas (ambulatorial), urgências, hospitalares, consulta odontológica e urgências odontológicas.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários que demandam consulta externas } \times 100}{\text{Total da população de usuários na metade do período}}$	Anual	Arquivo
<i>Taxa de Demanda Efetiva Atendida</i> Relaciona o número de usuário do hospital que receberam atenção médico-odontológica durante o último ano com o total da população de usuários que solicitaram serviços.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários de consulta externa } \times 100}{\text{Total de usuários do serviço}}$	Anual	Arquivo
<i>Idade</i> Proporção dos usuários ou beneficiários por grupos etários. Estabelece-se a estrutura levando-se em conta os grupos etários.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários de um mês (Neonato) } \times 100}{\text{Total de usuários}}$	Mensal	Arquivo
<i>Sexo</i> Proporção de usuários segundo o sexo.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários homens ou mulheres } \times 100}{\text{Total de usuários}}$	Anual	Arquivo
<i>Procedência</i> Proporção de usuários segundo residência habitual.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários segundo última permanência } \times 100}{\text{Total de usuários}}$	Anual	Arquivo
<i>Escolaridade</i> Proporção de usuários segundo a escolaridade considerando-se a seguinte escala - Primeiro grau incompleto - Primeiro grau completo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuários segundo A escolaridade } \times 100}{\text{Total de usuários}}$	Anual	Arquivo

- Segundo grau incompleto - Segundo grau completo - Terceiro grau incompleto - Terceiro grau completo			
<i>Ocupação</i> Estabelece-se a proporção de usuários segundo a ocupação (classificação internacional).	$\frac{N^{\circ} \text{ de usuários } \times 100}{\text{Total de usuários}}$	Anual	Arquivo

Quadro 33 - Matriz de indicadores hospitalares – SIPAGEH

A publicação do 3º. caderno de indicadores do CQH (2009) consolidou um Rol de indicadores do programa CHQ, listados a seguir, que subdizia o levantamento de dados e comparação de indicadores.

Indicadores Assistenciais

Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH

Média de Permanência - MP

Média de Permanência por Clínicas

Índice de Renovação

Índice de Intervalo de Substituição

Taxa de Mortalidade Institucional - TMI

Taxa de Mortalidade Operatória - TMO

Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM

Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso menor que 1.000 g

Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.101 até 1.500 g

Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.501 até 2.500 g

Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso igual ou maior a 2.500 g

Taxa de Cirurgia Suspensa

Taxa de Reinternação não Programada

Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação

Índice de Exames Laboratoriais por Internação

Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação

Taxa de Cesáreas

Taxa de Cesáreas em Primíparas

Taxa de Apgar no 1º minuto

Taxa de Apgar no 5º minuto

Taxa de Infecção Hospitalar - TIH

Densidade de Infecção Hospitalar - DIH

Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço

Distribuição Porcentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica

Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar

Relação Enfermeiro/Leito

Relação Enfermagem/Leito

Relação Pessoal/Leito

Taxa de Absenteísmo

Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos

Taxa de Acidente de Trabalho

Índice de Treinamento

Atividades de Treinamento por Setor

Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário

Grupo de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar - NAGEH

Séries Históricas e Fichas de Indicadores

Incidência de Queda de Paciente

Incidência de Extubação Acidental

Incidência de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional

Incidência de Úlcera por Pressão (UPP)

Incidência de Não Conformidade relacionada à Administração de Medicamentos pela Enfermagem

Incidência de Flebite

SAHE - Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino

Fichas de Indicadores e Séries Históricas

Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IQI 15)

Taxa de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca Congestiva (IQI 16)

Taxa de Colectomia Laparoscópica (IQI 23)

Outro estudo (Rosalem, 2013) apresentou-se um quadro integrativo do rol de indicadores das metodologias do CQH, PROHASA, SIPAGEH e de três outras listas de indicadores de alguns órgãos e agencias internacionais (ACHS - *Australian Council on Healthcare Standards*, CND - *Canadá Health Indicators – 2003*, HP - *Health People 2010 – USA*, NHS - *National Health Security*, RALC - *Grupo para Reforma del Sector Salud en América Latina y Caribe – OPAS*).

Indicadores	ACHS	CND	HP	NHS	RALC	PROAHSA/CQH	SPG
% admissões de crianças c/ infecções respiratórias				NHS			
% admissões em relação ao total de casos atendidos				NHS			
% de altas acordadas c/ normas técnicas int. e ext.					RALC		
% de casos em que todos os médicos estão disponíveis					RALC		
% de cirurgias suspensas				NHS		PROAHSA/CQH	
% de gastos c/ medicam.genéricos em relação ao total					RALC		
% de injúrias despercebidas na admissão	ACHS						
% de investimento em atenção primária					RALC		
% obesidade em adultos	ACHS	HP					
% obesidade em criança e adolescentes	ACHS	HP					
% de pacientes que esperam menos de 2h p /admissão				NHS			
% de prof. que são orientados de acordo c/ as metas					RALC		
% dos gastos c/ programas materno-infantil					RALC		
% dos gastos financiados por doação					RALC		
% dos gastos que é destinado à prevenção					RALC		
% screening p/ anomalias do c. do útero em 24 meses	ACHS						
Absenteísmo						PROAHSA/CQH	SPG
Acesso um clínico geral				NHS			
Acidentes de trabalho						PROAHSA/CQH	SPG
Administração dos cuidados primários				NHS			
Avaliação da qualificação dos profissionais de saúde					RALC		
Comparação desempenho obtido e o planeado					RALC		
Concepções em menores de 18 anos				NHS			

Consultas perdidas com pacientes externos				NHS		
Consumo de energia elétrica, água, GLP, oxigênio						PROAHSA/CQH
Consumo de materiais por grupo						PROAHSA/CQH
Custo de internação ajustada por Casemix	ACHS					
Custo do leito-dia					RALC	
Custos de pessoal					RALC	PROAHSA/CQH
Custos gerais e indiretos						PROAHSA/CQH
Custos globais						PROAHSA/CQH
Custos mensais de horas-extras						PROAHSA/CQH
Demora no atendimento em casos de trauma	ACHS					
Dentes perdidos e cariados em crianças				NHS		
Dias de espera para admissão de cirurgias eletivas	ACHS					
Doação de órgãos				NHS		
Existência de programas de incentivo para RH					RALC	
Exposição à fumantes	ACHS	CND				
Frequência de consumo de álcool		CND	HP			
Horas de treinamento por funcionário	ACHS					PROAHSA/CQH
Índice de endividamento						PROAHSA/CQH
Índice de infecção hospitalar	ACHS					PROAHSA/CQH
Índice de infecção hospitalar em cirurgias limpas						
Intervalo de substituição						PROAHSA/CQH
Margem Líquida						PROAHSA/CQH
Margem Operacional						PROAHSA/CQH
Média de Permanência	ACHS				RALC	PROAHSA/CQH
Média de permanência em obstetrícia						
Média de permanência pediátrica						
Mortalidade por trauma	ACHS					
Número de admissões emergenciais				NHS		
Número de adolescentes fumantes			HP			
Número de adultos em tratamento mental			HP	NHS		
Número de adultos fumantes			HP			
Número de atendimentos de casos-câncer cervical				NHS		
Número de atendimentos de casos-câncer de mama				NHS		
Número de atendimentos de urgência/emergência						PROAHSA/CQH
Número de atrasos nas altas				NHS		
Número de casos de cirurgias desnecessárias				NHS		
Número de cirurgias realizadas						PROAHSA/CQH

Número de consultas ambulatoriais					PROAHSA/CQH
Número de consultas por enfermeira				RALC	
Número de consultas por médico				RALC	
Número de detecção precoce de câncer			NHS		
Número de enfermeiras por leito				RALC	
Número de enfermeiras por médico				RALC	
Número de exames de diagnóstico por imagem					PROAHSA/CQH
Número de exames laboratoriais					PROAHSA/CQH
Número de internações que geraram eventos adversos	ACHS				
Número de leitos-dia					PROAHSA/CQH
Número de médicos por leito				RALC	
Número de necropsias em óbitos ocorridos no hospital					PROAHSA/CQH
Número de óbitos de pacientes portadores do HIV		CND			
Número de óbitos operatórios			NHS		PROAHSA/CQH
Número de óbitos por injúrias não intencionais		CDN			
Número de pacientes acima de 12 anos c/ depressão		CDN			
Número de pacientes c/ câncer c/ 2 sem. de espera			NHS		
Número de pacientes com pressão alta		CDN	NHS		
Número de pacientes com quatro semanas sem fumar			NHS		
Número de pacientes externos com 13 sem. de espera			NHS		
Número de pacientes-dia			NHS		PROAHSA/CQH
Número de parturientes que realizam o pré-natal			HP		
Número de prescrições de antibiótico	ACHS		NHS		
Número de procedimentos especializados					PROAHSA/CQH
Número de profissionais de nível superior em saúde		CDN	NHS		PROAHSA/CQH
Número de readmissões após fratura de bacia			NHS		
Número de readmissões emergenciais pós-alta	ACHS	CDN	NHS		
Número de readmissões psiquiátricas			NHS		
Número de refeições servidas					PROAHSA/CQH
Número de saídas					PROAHSA/CQH
Número de sobreviventes com câncer de seio			NHS		
Número de sobreviventes de câncer de cólon			NHS		
Número de sobreviventes de câncer de pulmão			NHS		
Número mensal de leitos em funcionamento					PROAHSA/CQH

Óbitos dentro de um período de 30 por AVC			NHS			
Óbitos num período até 30 após cirurgia cardíaca			NHS			
Óbitos num período até trinta 30 pós cirurgia eletiva			NHS			
Pontualidade no pagamento dos funcionários				RALC		
Prescrição de drogas para úlceras cicatrizadas			NHS			
Prescrição de medicam.de conhecido efeito alérgico	ACHS			RALC		
Profissionais da Saúde com título de especialista				RALC	PROAHSA/CQH	
Proporção de profissionais com qualificações básicas			NHS			
Qualidade dos dados						
Quilograma (média mensal) de roupa lavada					PROAHSA/CQH	
Receita Líquida por funcionário					PROAHSA/CQH	
Relação entre o custo da consulta e o do profissional				RALC		
Retorno do Investimento					PROAHSA/CQH	
Retorno para a sala cirúrgica na mesma internação	ACHS					
Rotatividade dos leitos					PROAHSA/CQH	
Satisfação do usuário			NHS	RALC		SPG
Soluções de problemas com informações disponíveis				RALC		
Taxa de abandono de tratamento				RALC		
Taxa de cesárea	ACHS	CDN			PROAHSA/CQH	SPG
Taxa de cirurgias de reimplante			NHS			
Taxa de cirurgias eletivas			NHS			
Taxa de cirurgias para doenças coronarianas			NHS			
Taxa de cirurgias para remoção de catarata			NHS			
Taxa de cirurgias para substituição de articulações			NHS			
Taxa de embolia pulmonar pós-operatória	ACHS					
Taxa de internação por asma	ACHS					
Taxa de internação por câncer	ACHS					
Taxa de mortalidade		CND				SPG
Taxa de mortalidade infantil						SPG
Taxa de mortalidade obstétrica						SPG
Taxa de mortalidade por câncer		CND				
Taxa de mortalidade por patologias do ap. circulatório		CND				
Taxa de mortalidade por patologias do ap. respiratório		CND				
Taxa de ocupação				RALC	PROAHSA/CQH	SPG
Tempo de espera para serviços de emergência	ACHS					

Anexo 7

O Relato de experiência do sistema de indicadores de desempenho da FHEMIG: Do Planejamento aos Resultados na Rede Hospitalar de Minas Gerais (síntese do documento oficial)

Na área de saúde, diversas políticas e ações visando atuar nas lacunas e gargalos do sistema público de saúde têm sido implantadas, como o fortalecimento da atenção primária, a descentralização e regionalização da assistência, a estruturação da assistência em rede com regulação integrada, a ampliação da oferta e da qualidade dos serviços hospitalares, dentre outros.

A FHEMIG, em consonância com estas diretrizes e políticas governamentais e buscando cada vez mais contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a inovação e incorporação tecnológica, de forma custo efetiva, tem adotado em seu processo administrativo técnicas e ferramentas modernas de gestão.

O Acordo Interno de Resultados (AIR) estabelecido inicialmente entre a Presidência da FHEMIG e as Unidades Assistenciais, e depois também com as Diretorias e Assessorias da Administração Central, permitiu um melhor monitoramento e gestão de vários indicadores assistenciais e ações estratégicas conduzidas na nossa instituição.

Em 2008, estabelecemos para todas as nossas unidades assistenciais, pela primeira vez na história da instituição, contratos com os gestores municipais e estadual com metas assistenciais quantitativas e qualitativas. Este compromisso assumido tem permitido aos gestores melhor regulação dos serviços ofertados pela Rede FHEMIG e, à instituição, o alinhamento às demandas e diretrizes do SUS e a maior racionalidade na alocação de recursos. (FHEMIG, 2009: 7-8; Ramos & De Oliveira, 2010).

A formulação das estratégias baseou-se nos instrumentos de gestão acordados entre os gestores internamente (Acordo Interno de Resultados) e externamente (Acordo de Resultados SES/SEPLAG e Contratualização). No Acordo Interno de Resultados, a partir da formulação estratégica e com uma melhor racionalização no estabelecimento de indicadores,

houve uma melhoria significativa em termos de operacionalização e gestão, otimizando o monitoramento e avaliação dos resultados.

A lógica utilizada para esta racionalização foi agregar os resultados dos indicadores operacionais, que passaram a ser os indicadores de cada uma das áreas, em indicadores macro, que melhor representam os resultados consolidados das Diretorias das Unidades Assistenciais - UA's - e da ADC.

[...] Os indicadores operacionais continuam sendo uma ferramenta de gestão para cada unidade em particular, acompanhados pelos seus respectivos diretores. Além disso, houve um melhor detalhamento metodológico, com explicitação de conceitos, objectivos e metodologia de cálculo e de apuração de resultados para cada indicador (FHEMIG, 2009: 19-21; Ramos & De Oliveira, 2010).

No momento do Planejamento Participativo da Saúde foi construído um MAPA ESTRATÉGICO, que deve espelhar as macrodiretrizes de funcionamento da gestão.

O Mapa da FHEMIG contém em sua base objectivos relacionados ao fortalecimento, incentivo e melhoria da qualidade de vida e capacitação técnico-científica, agrupados sob a perspectiva PESSOAS; a excelência da operacionalização: sob a perspectiva PROCESSOS; a satisfação dos clientes externos: sob a perspectiva COMUNIDADE, na qual a FHEMIG se insere, e o alcance dos objectivos para o Estado perspectiva: MINAS GERAIS, na área da saúde, e de impacto em outros setores (FHEMIG, 2009: 22; Ramos & De Oliveira, 2010).

Para atingir os objectivos estratégicos, estes devem ser explicitados por meio de metas. Assim procedendo, o presidente estabelece um conjunto de metas, medidas (ou ações) e indicadores (como medir/avaliar o alcance da meta) suficientes para atender o que foi construído no Planejamento Estratégico. Este conjunto denominado “Diretrizes do Presidente” é base para que diretores estabeleçam seu conjunto de metas, medidas e indicadores, que, por sua vez, se tornam base para que gerentes procedam da mesma forma e assim por diante. Do nível estratégico, passando pelo nível gerencial até alcançar o nível operacional, constituindo-se no Desdobramento de Metas.

Durante o desdobramento são realizados os alinhamentos verticais e horizontais, que propiciam situação em que todos os membros da equipe tenham propósitos comuns e visão compartilhada. Este procedimento garante que metas e medidas, estabelecidas por determinado gestor, sejam contempladas por seus respectivos colaboradores (alinhamento

vertical – ocorre entre os níveis hierárquicos inferiores em relação ao nível hierárquico superior) e por gestores e colaboradores de outras áreas (alinhamento horizontal – ocorre entre níveis de mesma hierarquia).

A implementação do SIGH, por exemplo, requer o envolvimento (definindo metas e medidas) de todos os gestores e colaboradores da área responsável pela sua implementação (alinhamento vertical) e das outras áreas responsáveis por contribuir com conhecimento técnico, gerencial ou fornecimento de informações para alimentá-lo (alinhamento horizontal) (FHEMIG, 2009: 23-24; Ramos & De Oliveira, 2010).

Após a fase de planejamento de desdobramos de resultados e metas é chegada a hora da operacionalização do sistema. As etapas de planejamento e desdobramento não produzem resultados, apenas planos. Estes planos são e devem ser entendidos como meios. A operação, portanto, é tão importante em seu contexto quanto as demais etapas do processo, que visam atingir resultados. Nesta fase, as ações relacionadas aos Sistemas Normalizados, tais como Protocolos Clínicos, Acreditação, Procedimentos Operacionais Padrão – POP's, SIGH, dentre outros, devem ser implementadas para garantir um mesmo padrão de qualidade e segurança nos processos. Somente será possível verificar os resultados da implementação dos planos se os mesmos forem monitorados e avaliados. É para isto que servem os indicadores de gestão, para sinalizarem o alcance ou não dos resultados.

Um indicador de resultados mede o desempenho dos processos e sinaliza se as ações contidas nos diversos planos de ação são eficazes. O monitoramento dos resultados ocorre em duas instâncias:

1. No local de trabalho – é de se esperar que o responsável pelo processo também seja responsável pelo resultado do mesmo, ou seja, ele deve atuar de forma a manter um resultado quando o mesmo for satisfatório e/ou melhorá-lo quando ocorrer o contrário. Este é o conceito de gerenciamento de processos. [...] O gestor, em seu local de trabalho, pode e deve estimular a análise crítica de seus resultados em conjunto com sua equipe, de maneira a se antecipar aos resultados indesejados. Isto pode ser feito de maneiras muito simples, que vão desde reuniões periódicas rápidas de avaliação dos resultados, até a formação de equipes para solucionar problemas localizados – isto faz parte da função GERENCIAR.

2. Nas reuniões de resultados, os gestores contribuem para que se cumpra o Planejamento Estratégico, levando às reuniões trimestrais de resultados os pontos que devem ser melhorados, tendo em vista dois objectivos:

a) Buscar auxílio dos demais gestores, para que os resultados inicialmente planejados sejam alcançados, uma vez que a solução para estes pontos foi internamente esgotada;

b) Contribuir para que outros gestores também alcancem seus resultados, compartilhando soluções encontradas para os problemas locais que podem ser comuns às outras áreas. (FHEMIG, 2009: 26-27)

Adicionalmente à reunião de resultados são apresentadas as “melhores práticas”, uma forma de compartilhar com as outras unidades o que tem sido feito individualmente para se atingir resultados. [...] O conjunto “Reunião de Resultados, Melhores Práticas e Avaliação dos Acordos de Resultados” é a base para o aprendizado contínuo e fonte de informação para a tomada de decisão organizacional (FHEMIG, 2009: 28; Ramos & De Oliveira, 2010).

Ao final, o trabalho apresenta os Mapas Estratégicos desenhados no âmbito da FHEMIG, e os Indicadores de Gestão de Resultados, acordados entre os gestores nas dimensões, Governança, Comunidade, Processos e Pessoas, sendo grande parte dos indicadores similares aos existentes na literatura, portanto bem descritos e delineados e de fácil medição e monitoramento.

Para, além disso, ainda se tem fácil acesso, por serem públicos, aos modelos de contratos de Gestão de Resultados, onde se define claramente a operacionalização dos acordos assinados e pactuados pelos gestores de todos os níveis, inclusive das unidades de saúde. O contrato define ainda, as comissões de acompanhamento, a metodologia de gerenciamento de todos os processos e a forma de medição de resultados, descrevendo cada indicador, valores de referência e metas pactuadas anualmente, bem como a forma de premiação dos resultados positivos alcançados, possivelmente na forma de produtividade adicional.