

Análise sobre os determinantes da qualidade no Sistema Único de Saúde: o caso da microrregião de Lavras

ARLETE APARECIDA DE ABREU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

DANIELA MEIRELLES ANDRADE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS (UFLA)

Agradecimento à órgão de fomento:
Agradecemos à FAPEMIG pelo fomento à esta pesquisa.

Análise sobre os determinantes da qualidade no Sistema Único de Saúde: o caso da microrregião de Lavras

Introdução

A qualidade em serviços constitui-se em um tema complexo e difícil mensuração. No entanto, desde Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985); muitos esforços têm sido realizados para compreender como o processo de qualidade pode ser avaliado pela ótica dos clientes. No setor de saúde o caso não é diferente, contudo, é necessário preocupar-se com algumas características inerentes ao tópico de análise e que influenciam todo o escopo de pesquisa. O primeiro aspecto é aquele demonstrado por Carman (1990); em seu alerta sobre o uso indiscriminado da ferramenta Servqual. Para o autor, era preciso cautela em sua aplicação, especialmente em setores compostos por encontros múltiplos, como o de serviços de saúde. Essa multidisciplinaridade do campo acaba tornando uma avaliação da qualidade ainda mais complexa.

Outro ponto importante são os prestadores e o tipo de sistema em que estão inseridos: Clínicas, hospitais (privados, públicos ou filantrópicos); centros de saúde; etc., inseridos em um tipo de organização dos cuidados que reflete a política de saúde de um país. Serviços puramente público; fruto de parcerias; de contratos (terceirizados); equipe e estrutura privada ofertando serviços públicos; todos estes fatores e muitos outros influenciam o método e a ferramenta utilizada para a avaliação da qualidade. Trata-se de uma relação desafiadora e necessária para a análise da qualidade: de um lado o indivíduo em um momento de desconforto que é associado a características das mais diversificadas (demográficas; psicológicas; sociais) e de outro um complexo sistema de oferta de serviços de saúde. A avaliação da qualidade em serviços de saúde tem se tornado um aspecto imprescindível no processo de tomada de decisão (Lima, Monteiro, & Vasconcelos, 2017).

Mesmo que seja de extrema importância mensurar e entender diferentes aspectos que envolvem a qualidade de serviços em saúde e assim definem a satisfação do paciente (Sovd, Mmari, Lipovsek, & Manaseki-Holland, 2006); é mais que notável compreender que a gravidade da enfermidade também seja fator influente na satisfação geral do paciente (Lv et al., 2016; Amatulli, Azzone, & Srebnik, 2005). A satisfação com os serviços de saúde parece relacionar-se à capacidade do paciente de funcionar adequadamente na sociedade (Ruggeri et al., 2004). Portanto, incorporar as opiniões destes atores na avaliação da qualidade dos serviços é primordial (Rao, Peters, & Bandeen-roche, 2006).

A qualidade dos serviços de saúde pode ser representada por diversas variáveis como aquelas resultantes das interações que são estabelecidas no ambiente no qual o serviço é ofertado (Maurer et al., 2016); o tipo e tamanho da organização prestadora; além do tipo de liderança – médico; enfermeiro ou não clínico (Venables & Allender, 2008; Makarem & Al-Amin, 2014); o tempo de espera (Tessema et al., 2017); a acessibilidade; a continuidade e a flexibilidade dos serviços (Rivard, Lépine, Mercier, & Morin, 2015); o acesso em suas diferentes formas: localização física (Johnson & Ugaz, 2016); a liberdade via telefone, (Kapp et al., 2017); a comunicação (Lv et al., 2016); informação recebida antes e depois das consultas (Nisselle, Forbes, Bankier, Hughes, & Aitken, 2008); , ter tempo para questionar Kapp et al., 2017); dentre muitos outros.

Vários estudos também revelam a importância da qualidade em serviços de saúde na satisfação dos pacientes (Thawesaengskulthai, Wongrukmit, & Dahlgaard, 2015). A satisfação do consumidor pode ser compreendida como um conceito teórico complexo; mas de fácil mensuração na prática, representando uma valiosa ferramenta para a melhoria da qualidade (Verbeek et al., 2001). Para gerar satisfação, vários atributos essenciais precisam ser revisitados (Vassiliadis, Fotiadis, & Tavlaridou, 2014).

Atentar ao que os pacientes e provedores de serviços em saúde esperam pode contribuir com a melhora da capacidade de resposta do sistema (Forouzan et al., 2013).

Os benefícios relativos à melhoria da qualidade em serviços de saúde são indiscutíveis. É possível até mesmo incentivar seu uso; o que fortalece a proteção do indivíduo enquanto corrobora para o controle do sistema sobre agravos que necessitam de prevenção, (Mariko, 2003; Hong, Montana, & Mishra, 2006; Agha & Williams, 2016; Afulani, 2016). Na atenção primária, Berra, Rodríguez-Sanz, Rajmil, Pasarín, & Borrell (2014) demonstraram que a melhora de alguns aspectos poderia reduzir o uso de serviços de emergência e a desigualdade na área.

Desta forma, o objetivo do artigo foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde: forma de organização usada pelo Sus (Sistema Único de Saúde) para ofertar serviços no setor. Estas redes são uma estratégia de oferta de serviços que visam atenção à prevenção, de forma não fragmentada, contínua e baseada na economia de escala, no acesso e na qualidade (Mendes, 2011). Para isso, 321 questionários foram aplicados em três cidades que fazem parte da rede de atenção formada na microrregião de Lavras – MG (Lavras, Nepomuceno e Ijaci).

Metodologia

Esta pesquisa foi realizada em quatro momentos: inicialmente foram feitas entrevistas com os secretários de saúde dos três municípios com o objetivo de compreender melhor o funcionamento do sistema e seus desafios. Depois um de total 84 entrevistas com pacientes e envolvidos na prestação de serviços de saúde foram executadas (31 representantes das organizações: agentes de saúde; fisioterapeuta; serviços gerais; técnicos de enfermagem e um médico e 53 pacientes). O roteiro de entrevistas foi direcionado à obtenção de atributos necessários para que um serviço de saúde fosse considerado de qualidade e em experiências positivas e negativas sobre o mesmo. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, Parecer n. 2.330.920. Os fatores não-clínicos são elementos importantes para a avaliação da qualidade por parte dos pacientes (Nau & Pacholski, 2007).

Na terceira etapa foi realizada uma revisão bibliométrica para determinar na literatura quais os atributos, determinantes e medidas utilizadas para a mensuração da qualidade em serviços de saúde. Logo, de posse dos dados coletados por meio das entrevistas e da revisão; uma nova escala de análise da qualidade para serviços de saúde prestados nas Redes de Atenção foi proposta. Partindo-se do instrumento Servperf (adaptação das dimensões para o setor de saúde); novos atributos foram adequados às especificidades do contexto de pesquisa. Nesta fase, contou-se também com um trabalho cíclico realizado por meio da aplicação do pré-teste em duas fases; a primeira para adequação das variáveis e a segunda para correções na forma de mensuração (escala).

Além das questões relacionadas à caracterização demográfica; o questionário apresenta uma interrogação de identificação dos respondentes considerados foco para este trabalho (ter usado algum serviço do Sistema Único de Saúde nos últimos 12 meses); além do tipo (Programa Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde do bairro; Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro; unidade para consulta com especialista ou exame ou outra a especificar). Para que o movimento na rede pudesse ser averiguado; também houve coleta do bairro de residência e da unidade de atenção primária (UBS ou PSF) frequentada periodicamente.

Foram coletados 321 questionários (141 na cidade de Lavras, considerada foco da rede; 100 em Nepomuceno e 80 em Ijaci). A mostra foi formada por 250 mulheres e 71 homens; a maioria deles jovens (25,5% dos 321 respondentes possuíam entre 31 e 41

anos de idade e 22,1% entre 30 e 35 anos). Em relação à renda; grande parte dos entrevistados afirmou receber rendimentos que se situavam entre R\$ 955,00 e R\$ 1909,00 (58%) e 43,9% afirmou possuir o ensino fundamental incompleto; seguidos de 24,6% com o ensino médio completo.

Sobre a cidade de residência; dos 141 pesquisados em Lavras; 96 residiam na mesma. Desta forma, 18 afirmaram residir em Ijaci; 7 na cidade de Luminárias; 5 em Perdões e 4 em Itutinga. A pesquisa ainda contou com 3 integrantes da cidade de Itumirim; 2 de Ingaí; 3 de Ribeirão Vermelho e mais 3 de Nepomuceno (captados na cidade de Lavras).

O questionário também continha 40 afirmativas relacionadas à atributos relacionados à qualidade dos serviços de saúde, mensurados por uma escala de 5 pontos: 1- Péssimo; 2- Ruim; 3- Indiferente; 4 – Bom; 5- Excelente; assim como em Nau & Pacholski (2007); Lee (2017); Larson, Hermosilla, Kimweri, Mbaruku, & Kruk (2014); Ward, Rolland, & Patterson (2005) e Biringer, Hartveit, Sundfjør, Ruud, & Borg (2017). Para finalizar uma última questão buscou mensurar a satisfação dos entrevistados com os serviços por meio de uma escala de 5 pontos: 1-Muito Insatisfeito; 2- Insatisfeito; 3 – Indiferente; 4- Satisfeito; 5- Muito Satisfeito.

A Tabela 1 apresenta as variáveis relacionadas à qualidade e algumas estatísticas básicas da amostra.

Tabela 1: Variáveis usadas no questionário

Variável	Média	Desvio Padrão
Com base no último serviço recebido:		
Modernidade dos equipamentos	3,59	0,95
Quantidade de equipamentos	3,31	1,07
Limpeza em geral	3,90	0,81
Aparência e forma de vestir	3,94	0,79
Estrutura para idosos e mobilidade reduzida	3,30	1,18
Limpeza/funcionamento banheiros e bebedouros	3,52	1,09
Capacidade de médicos/enfermeiros de resolver seu problema	3,67	1,01
Competências/ habilidades (médicos e enfermeiros)	3,94	0,79
Respeito e paciência (médicos e enfermeiros)	4,09	0,82
Respeito e paciência (recepção)	3,96	0,87
Liberdade para falar com médico	4,06	0,83
Explicação do médico	3,97	0,88
Respeito à privacidade	4,09	0,77
Conhecimento do médico sobre meu histórico de saúde	3,84	0,90
Tempo dedicado ao exame físico e consulta	3,53	1,13
Prontidão (médicos e enfermeiros)	3,80	0,85
Compaixão (médicos e enfermeiros)	3,82	0,82
Capacidade do médico de falar sobre ansiedades, hábitos, situação familiar	3,57	1,12
Sobre o SUS de seu município		
Capacidade do SUS de cumprir o que promete	2,49	1,24
Capacidade das unidades de abrir no horário determinado	3,83	0,81
Comunicação da UBS/PSF com o bairro	3,58	1,14
Horários e dias de atendimento das unidades	3,70	0,93
Grau de facilidade para chegar às unidades	3,70	1,07
Quantidade de pessoal	2,75	1,28
Quantidade de exames e materiais	2,48	1,18
Capacidade do SUS de resolver meu problema	2,96	1,25
Avalie a competência do SUS:		

... de sempre disponibilizar um médico	3,23	1,11
... de sempre conseguir uma consulta com um especialista	2,60	1,20
... de ofertar medicamentos	2,52	1,26
... de ofertar transporte	3,22	1,17
... de disponibilizar um médico regular	3,09	1,31
...de entregar documentos e informações sem erros	3,82	0,81
Avalie:		
Confiança nos materiais e medicamentos	3,63	0,95
Segurança quando é atendido	3,41	1,07
Confiança nos médicos e enfermeiros	3,78	0,90
Grau de responsabilidade dos funcionários	3,77	0,87
Rapidez na entrega de resultados de exames	2,98	1,20
Organização/atualização informações médicas	3,66	0,98
Capacidade (médicos e enfermeiros) fazer as coisas corretamente na primeira vez	3,73	0,90
Conhecimento dos funcionários sobre processos (agendamento; resultados; etc.)	3,49	1,08
Satisfação		
Satisfação com os serviços	3,23	1,21

Fonte: Dados da pesquisa

O questionário é focado inicialmente na análise sobre o último serviço recebido e depois sobre características gerais do prestador e do sistema. Separar as percepções dos pacientes em dimensões relacionadas e não relacionadas ao provedor tem uma diferença significativa em sua avaliação dos encontros (Shaffer & Sherrell, 1997). Além disso Makarem & Al-Amin (2014) demonstram a importância de incluir tanto fatores organizacionais e de mercado quanto as dimensões de processo de serviço para exame das avaliações dos pacientes. O questionário também apresentou boa consistência interna (Alfa de Cronbach de 0,912); indicando que as questões foram respondidas de forma coerente.

Resultados:

A primeira análise dos dados permitiu identificar que duas variáveis apresentam as melhores avaliações: *Respeito e paciência de médicos e enfermeiros* e *Respeito à privacidade* (ambas com média 4,9). A variável; *Quantidade de exames e materiais disponibilizados*; foi a que apresentou pior avaliação (média de 2,48) e a *Quantidade de pessoal*; foi a que apresentou maior dispersão (1,28). De forma geral os entrevistados consideram-se indiferentes a satisfeitos com a qualidade dos serviços recebidos (média 3,23).

Diante da necessidade de compreender melhor as categorias que envolvem o processo de avaliação da qualidade em serviços, os dados coletados foram submetidos à Análise Fatorial; uma técnica estatística que segundo Bezerra (2009) busca através da avaliação de um conjunto de variáveis a identificação de dimensões de variabilidade. Para o autor, o intuito é desvendar, em um conjunto de fenômenos, estruturas existentes, mas que não são observáveis diretamente.

Os dados foram submetidos à Análise dos Componentes Principais, com o método de rotação *Varimax* e carga fatorial mínima de 0,45 (ponto de corte); assim como determina Hair et al. (2009). Esse procedimento deu origem a sete fatores que abarcam 25 variáveis das 40 utilizadas na análise inicial. A variância total explicada foi de 63,05%.

Tabela 2: Análise Fatorial : Matriz Rotacionada

Variáveis	Componentes (Fatores)						
	1	2	3	4	5	6	7
1-Modernizada de equipamentos				,776			
2-Quantidade equipamentos				,733			
3-Limpeza geral						,777	
4-Aparência e forma de vestir						,690	
5-Capacidade (médicos e enfermeiros) de resolver seu problema	,620						
6- Liberdade para falar com o médico na consulta	,718						
7-Explicação do médico sobre sintomas e saúde	,784						
8- Conhecimento do médico sobre seu histórico de saúde	,534						
9- Prontidão (médicos e enfermeiros) para te atender	,623						
10- Compaixão dos médicos e enfermeiros com você	,579						
11- Capacidade do médico de falar sobre suas ansiedades, hábitos de vida, situação familiar			,639		,665		
12- Capacidade do sus de cumprir o que promete			,773				
13-Comunicação da UBS/PSF com o bairro			,772				
14- Quantidade de exames e materiais disponibilizados			,693				,639
15- Capacidade do sus de resolver seu problema					,576		
16- Conseguir uma consulta com especialista		,634					
17-Disponibilizar médico regular a você (conhece você e seu histórico)		,607					
18-Documentos/informações sem erros		,632					
19- Confiança nos materiais e medicamentos usados		,694					
20- Segurança quando é atendido pelo SUS	,646						
21-Confiança médicos e enfermeiros					,648		
22- Grau de responsabilidade dos funcionários							
23- Capacidade dos médicos e enfermeiros de fazer as coisas corretamente pela primeira vez							
24- Trato (respeito e paciência) médicos e enfermeiros							
25- Capacidade das unidades de abrir no horário determinado							

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade.

Fonte: Dados da pesquisa

A medida da adequação da análise KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure); que indica o grau de explicação dos dados a partir dos fatores encontrados foi de 0,904;

valor superior ao recomendado (Hair et al., 2009; Bezerra, 2009). Já o teste de Esfericidade de Barlett, outro indicador da adequabilidade da análise; também foi de significativo ($p < 0,01$).

Os sete fatores encontrados na análise foram nomeados; segundo a maior parte das variáveis que os compõem (Hair et al, 2009). Desta forma, o primeiro fator, responsável por 31,03% da variação dos dados foi nomeado como *Equipe Médica*. Nesta dimensão estão oito variáveis relacionadas ao comportamento da equipe médica envolvida na prestação de serviços: o respeito e a paciência demonstrado por médicos e enfermeiros; sua capacidade de resolver os problemas dos pacientes; o conhecimento do médico sobre o histórico de saúde; sua explicação sobre o caso e a liberdade que ele fornece para dúvidas, além de sua capacidade de conversar sobre outros determinantes do estado de saúde (ansiedades, hábitos de vida, situação familiar, etc.). Neste fator também se encontram a prontidão de médicos e enfermeiros no atendimento e sua compaixão com o paciente.

O segundo fator é responsável por 7,6% da variância e foi nomeado como *Confiança*. Engloba a confiança nos médicos e enfermeiros e nos materiais e medicamentos utilizados pelo sistema. Além disso, também abrange o grau de responsabilidade dos funcionários; a capacidade de médicos e enfermeiros de executarem uma ação corretamente pela primeira vez e a segurança que o paciente sente quando atendido pelo Sus . Todas estas variáveis contribuem para que o paciente sintasse resguardado no processo de recebimento dos serviços de saúde. Patel, Baeza, Patel, Greene, & Theobald (2007) encontraram a confiança como a dimensão mais importante do bom serviço entre aos clientes de saúde do Sistema de Saúde Nacional do Reino Unido.

O terceiro fator foi chamado de *Capacidade de resposta do Sus* e responde por 5,86% da variação nos dados. É formado pelas variáveis que analisam a quantidade de materiais e medicamentos disponibilizados à população; a capacidade do sistema de conseguir uma consulta com um especialista; e a capacidade do sistema de resolver o problema do paciente e cumprir aquilo que promete. A falta de equipamentos essenciais e medicamentos foram alguns das falhas de qualidade em serviços de saúde demonstradas por Ehiri, Oyo-Ita, Anyanwu, Meremikwu, & Ikpeme (2005) e também por Couillet et al. (2007). As longas listas de espera (Barelds, Van De Goor, Bos, Van Heck, & Schols, 2009) também foram outro determinante.

Shayo et al. (2016), analisando os serviços rurais de saúde da Tanzânia, descobriu que o baixo nível de confiança nas unidades de saúde estava associado à corrupção e à falta de profissionalismo no sistema. Como estratégia, o governo deveria investir na disponibilização de medicamentos, equipamentos e outros suprimentos médicos; mas acima de tudo, responsabilizar os profissionais de saúde.

O quarto fator possui apenas duas variáveis: quantidade e modernidade dos equipamentos; representando 5,75% da variância, sendo nomeado como *Equipamentos*.

O quinto fator foi chamado de *Comunicação* e representa 4,5% da variância. É formado pelas variáveis; *Comunicação da UBS/PSF com o bairro; oferta de documentos e informações sem erros e capacidade das unidades de abrir no horário determinado*. Instalações adequadas e o recebimento de informações corretas podem ser fortes determinantes da satisfação (Sovd et al., 2006). Investimentos nas unidades de saúde estão associados a maiores níveis de satisfação (Asfaw et al., 2014).

A *Limpeza* representa o sexto fator (Limpeza geral e aparência e forma de vestir dos funcionários); explicando 4,21% da variação. Por fim, a variável; *Disponibilizar um médico regular a você (que conhece seu histórico)*; formou o sétimo fator, explicando 4,0,8% da variação nos dados, sendo nomeado como *Integralidade*. A afirmativa deste

último fator é relacionada a um dos pressupostos adotados por Mendes (2011) em sua análise e teorização sobre a Atenção Primária em Saúde. Para o autor, os serviços de saúde precisam ser organizados levando-se em consideração a integralidade, a continuidade e a coordenação dos cuidados. Para isso, é preciso estabelecer uma relação mútua de confiança entre a equipe e o paciente. Os consumidores tem uma tendência a valorizar mais o apoio e empatia dos profissionais de saúde (Nisselle et al., 2008).

Rao, Peters, & Bandeen-roche (2006) encontraram cinco dimensões da qualidade percebida em sua análise sobre hospitais: disponibilidade de medicamentos; informações médias; comportamento do pessoal; comportamento do médico e infraestrutura. Neste estudo, o comportamento do médico; seguido pela disponibilidade de medicamentos apresentaram o maior efeito sobre a satisfação.

Yesilada & Direktör, (2010) encontrou uma solução de três fatores na aplicação da Servqual: confiabilidade-confiança; empatia e tangíveis. Analisando serviços de saúde ofertados em casa, Lebrun-Harris et al. (2013) encontraram sete atributos relacionados à qualidade: acesso; comunicação centrada no paciente; apoio autogerenciado (para condições crônicas) e atenção preventiva abrangente.

Satisfação

Para uma análise inicial das relações entre as variáveis, a tabela de correlações foi utilizada. Embora seja possível identificar várias dimensões distintas da qualidade, estas estão inter-relacionadas e o julgamento geral do paciente não opera apenas entre estas distinções (Haddad, Fournier, & Potvin, 1998). A observação da tabela permite afirmar que *Capacidade do Sus de resolver seu problema* e *Segurança quando atendido pelo Sus*; apresentaram correlações médias com a variável satisfação (ambas 0,554 a um nível de significância de $p < 0,05$). Isso demonstra aumentando estas duas variáveis aumentam; a satisfação também aumenta.

Ainda adotando-se correlações maiores que 0,5, ou seja, de força média a alta; a variável *Explicação do médico sobre sintomas e sua saúde*; apresentou relação positiva e significativa com a variável *Liberdade para falar com o médico na consulta* (0,649 com $p < 0,05$) e com a variável; *Trato (respeito e paciência) de médicos e enfermeiros* (0,525 com $p < 0,05$). Isso significa que estas variáveis se influenciam positivamente, ou seja, a melhora na explicação; permite o aumento da liberdade para dúvidas e também é vista com uma forma de maior respeito e paciência com o paciente. Informações adequadas sobre o estado de saúde são essenciais no processo de cuidado pois podem incentivar a independência e o autocuidado, refletindo sobre o estado geral do paciente (Al-Yateem, Docherty, & Rossiter, 2016).

A variável *Competência de médicos e enfermeiros* foi positivamente associada à variável *Capacidade dos médicos e enfermeiros de resolver seu problema* (0,537 com $p < 0,05$); representando a parte técnica do cuidado. Ao mesmo tempo, a variável; *Trato (respeito e paciência) de médicos e enfermeiros*; foi positivamente correlacionada com a competência destes (0,501 com $p < 0,05$) e com sua capacidade de resolver os problemas dos pacientes (0,527 com $p < 0,05$); o que demonstra que o resultado do processo dos serviços de saúde ultrapassa questões práticas. Ao mesmo tempo a variável que mensura a liberdade para falar com o médico está positivamente relacionada com o respeito e paciência que este dedica ao paciente (0,526 com $p < 0,05$).

O conhecimento do médico sobre o histórico de saúde do paciente está positivamente correlacionado com a explicação sobre os sintomas e saúde do mesmo (0,532 com $p < 0,05$); e a capacidade de falar sobre assuntos que vão além da consulta (mas que influenciam o estado de saúde) está positivamente correlacionada com o

conhecimento do médico sobre o histórico (0,501 com $p < 0,05$). Isso significa que se o médico conhece ou acompanha o histórico do paciente e o insere na rotina de consultas; ele acaba praticando efetivamente a integralidade dos cuidados, ou seja, a compreensão holística do sujeito (Costa de Souza et al., 2012).

Quando analisados separadamente, por município de aplicação; os dados coletados apresentam algumas características interessantes. Os questionários aplicados em Lavras revelam que para aquela amostra; as variáveis que mais se correlacionam com a satisfação são: *Capacidade do Sus de cumprir o que promete* (0,511 com $p < 0,05$); *Segurança quando atendido pelo Sus* (0,480 com $p = 0,00$) e *Ofertar transporte caso necessário* (0,515 com $p < 0,05$). O mesmo ocorre com os questionários aplicados no município de Nepomuceno: *Capacidade do Sus de cumprir o que promete* (0,510 com $p < 0,05$); *Ofertar transporte* (0,491 com $p < 0,05$) e *Segurança quando atendido* (0,498 com $p = 0,00$). Já no município de Ijaci as correlações em geral foram mais fortes; *Ofertar transporte* (0,613 com $p < 0,05$); *Segurança quando atendido* (0,601 com $p = 0,00$); *Organização e atualização das informações médicas* (0,593 com $p < 0,05$); *Conseguir consulta com especialista* (0,598 com $p < 0,05$); *Rapidez na entrega dos resultados* (0,565 com $p < 0,05$); *Quantidade de equipamentos* (0,528 com $p < 0,05$); *Prontidão em atender* (0,539 com $p < 0,05$).

Estes resultados acabam refletindo o desenho das Redes de Atenção à Saúde; isso porque esse tipo de configuração tem a oferta de transporte como base de movimento; uma vez que a organização ocorre de níveis menos complexos para aqueles que exigem maior complexidade. Esse fluxo caminha dos municípios menores para os maiores; ou seja; cidades com um menor número de habitantes ofertam serviços básicos e mais simples e utilizam das outras cidades (na rede) para ofertar serviços mais complexos a seus pacientes. Por isso o sistema de transporte é essencial e aparece como correlação significativa em todos os três municípios. Sem transporte não há serviço a ser utilizado.

Desta forma, compreende-se porque a cidade de Ijaci apresenta algumas diferenças. Analisando-se a estrutura das três cidades; Lavras é o eixo central (recebe e referencia pacientes); oferta média e alta complexidade em seus hospitais privados e filantrópicos (cujo sistema de acesso é gerenciado via plataforma Susfácil) e também via CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada); Nepomuceno é uma cidade pequena mas possui uma Santa Casa com um pronto Socorro que pode receber algumas referências, especialmente em obstetrícia, além de possuir uma Policlínica que oferta atendimento em algumas especialidades. Já a cidade de Ijaci tem uma estrutura de saúde mais simples (possui apenas dois pontos de Programa Saúde da Família) e um espaço que está sendo direcionado para funcionar como um Pronto Socorro.¹ Para esta população, portanto, o número de equipamentos; a rapidez nos resultados; conseguir consulta com um especialista; a prontidão em atender são critérios mais fortes para sua satisfação. Desta forma, estratégias que potencializem o funcionamento da rede são produtivas em todos os contextos, mas precisam ser especificamente pensadas para o município analisado. O desenvolvimento de modelos que mensurem a qualidade de serviços de saúde devem considerar diversos fatores como o tamanho da unidade; localização; nacionalidade e dados demográficos (Thawesaengskulthai et al., 2015); e até uma adequação cultural (Forouzan et al., 2013).

Apesar desta perspectiva, apenas fornecer melhorias infraestruturais, sem a devida atenção aos processos essenciais; pode ter um efeito limitado na qualidade dos serviços de saúde (Ehiri et al., 2005; Larson et al., 2014). A gestão eficiente tem

¹ Dados e informações obtidas por meio das entrevistas com os gestores de cada município

impactos consideráveis na qualidade dos serviços (Sannisto, Saaristo, Sthl, Mattila, & Kosunen, 2010). Mesmo que protocolos e diretrizes sejam acatados; a falta de recursos humanos, o que coloca a equipe sob pressão; leva a elevados tempos de espera; consultas apressadas; continuidade baixa e fragmentada; pouco tempo para comunicação e educação do paciente; erros; má qualidade e insatisfação (Scheffler, Visagie, & Schneider, 2015). Portanto, ouvir a população atendida pelo sistema permite a identificação de variáveis que realmente forneçam impacto na melhoria da qualidade e consequentemente na satisfação, ou seja, trata-se da fonte primária para estratégias e políticas públicas.

A variável Satisfação também foi correlacionada com as características demográficas; a idade e a escolaridade demonstrando ligações significantes, mesmo que os coeficientes sejam baixos (0,185 com $p = 0,01$ para a idade e $-0,128$ com $p=0,022$ para a escolaridade). Estes achados demonstram que quanto mais velho, mais satisfeito e quanto menor a escolaridade; mais satisfeito (Bastos & Fasolo, 2013; Schmidt et al., 2014).

Preditores da Satisfação

Para análise das variáveis que melhor podem prever a satisfação geral do paciente, foi realizada uma Regressão Linear Múltipla pelo método hierárquico. Nela, a variável satisfação foi escolhida como dependente e os sete fatores encontrados na Análise Fatorial Exploratória foram considerados os preditores ou variáveis independentes.

No primeiro modelo, constatou-se que o poder de explicação do fator 6 denominado *Limpeza*; era muito baixo; sendo estatisticamente insignificativo na melhora da qualidade da análise (não houve alteração do R ajustado com a inserção deste fator, permanecendo 0,453). Além disso, a estatística de mudança não foi significativa ($p>0,05$), conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3: Síntese do Primeiro Modelo com os sete fatores

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. Change	
1	,130 ^a	,017	,014	1,20168	,017	5,457	1	319	,020	
2	,424 ^b	,180	,174	1,09941	,163	63,107	1	318	,000	
3	,639 ^c	,408	,402	,93538	,228	122,315	1	317	,000	
4	,668 ^d	,446	,439	,90605	,038	21,853	1	316	,000	
5	,679 ^e	,462	,453	,89495	,015	8,885	1	315	,003	
6	,681 ^f	,463	,453	,89480	,002	1,105	1	314	,294	
7	,689 ^g	,474	,463	,88693	,011	6,600	1	313	,011	1,916

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança; Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade.

Fonte: Dados da pesquisa

Por esta razão, optou-se pela análise de um segundo modelo, sem o Fator 6 - Limpeza, como pode ser constatado nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4: Síntese do segundo modelo (excluindo o Fator 6 - Limpeza)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,130 ^a	,017	,014	1,20168	,017	5,457	1	319	,020	
2	,424 ^b	,180	,174	1,09941	,163	63,107	1	318	,000	
3	,639 ^c	,408	,402	,93538	,228	122,315	1	317	,000	
4	,668 ^d	,446	,439	,90605	,038	21,853	1	316	,000	
5	,679 ^e	,462	,453	,89495	,015	8,885	1	315	,003	
7	,687 ^f	,473	,463	,88711	,011	6,597	1	314	,011	1,913

Fator 1: Equipe Médica; Fator 2: confiança, Fator 3: Capacidade de resposta SUS; Fator 4: Equipamentos; Fator 5: Comunicação; Fator 6: Limpeza; Fator 7: Integralidade
Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 5: Coeficientes do segundo modelo

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	3,240	,050		65,434	,000
REGR Equipe médica	,157	,050	,130	3,165	,002
REGR Confiança	,488	,050	,403	9,845	,000
REGR Cap. Resposta SUS	,578	,050	,478	11,661	,000
REGR Equipamentos	,237	,050	,196	4,775	,000
REGR Comunicação	,149	,050	,123	3,007	,003
REGR Integralidade	,127	,050	,105	2,568	,011

Variável Dependente: Grau de satisfação geral
Fonte: Dados da pesquisa

Os fatores Equipe Médica ($\beta=0,130$; $t=3,165$; $p<0,05$); Confiança ($\beta=0,403$; $t=9,845$; $p<0,05$); Capacidade de resposta do Sus ($\beta=0,478$; $t=11,661$; $p<0,05$); Equipamentos ($\beta=0,196$; $t=4,775$; $p<0,05$); Comunicação ($\beta=0,130$; $t=3,007$; $p<0,05$) e Integralidade ($\beta=0,105$; $t=2,568$; $p<0,05$) são preditores da Satisfação Geral. O modelo de regressão ajustado é capaz de explicar cerca de 47,3% da variação na satisfação geral dos pacientes pesquisados.

Também pode-se afirmar que o preditor mais forte da satisfação geral foi o fator denominado *Capacidade de resposta do SUS* ($\beta=0,478$); seguido pelo fator *Confiança* ($\beta=0,403$). Ristea, Stegroiu, Ioan-Franc, & Dinu (2009) afirma que a avaliação do desempenho de um sistema nacional de saúde deve ser considerada, pois, mesmo sendo difícil (depende dos determinantes de saúde; dos atores envolvidos politicamente; da distribuição e financiamento); trata-se de uma ação justificada, apoiada pelo interesse público.

Aspectos relacionados a esta capacidade de resposta como facilidade de diagnóstico; disponibilidade de medicamentos e continuidade dos cuidados foram os atributos que mais impactaram na preferência dos pacientes, no estudo desenvolvido por Berhane & Enquasselasie (2015).

Este resultado vai ao encontro de muitas constatações identificadas nas 84 entrevistas, especialmente aquelas realizadas com funcionários e envolvidos no

processo de prestação de serviços. Em sua perspectiva; a qualidade dos serviços de saúde envolve a conscientização do poder público de que um sistema como o SUS, grande em território e em objetivos; deve haver um sistema eficiente de captação de prestadores. Segundo alguns agentes de saúde e técnicos; o sistema não funciona porque não há incentivo em nenhum ponto da rede: os preços pagos pelos exames e consultas são ínfimos; o que desestimula médicos e prestadores de todo o tipo. A demanda cresce, mas a rede não consegue responder adequadamente (com consultas, exames, medicamentos e outros itens essenciais).

Aliado a este problema, existem as políticas públicas municipais e a intensa burocracia que cerca todo o processo: o que atrasa, perde e anula os pedidos de movimentação na rede (quando há necessidade de exames; cirurgias; especialidades; mesmo que haja urgência no caso). De forma sucinta: não falta exatamente estrutura e sim organização. Faltam políticas que sejam alinhadas ao que o Sus promete; ou seja, uma vez que o sistema não cumpre o que promete e não resolve o problema do cidadão; sua confiança em tal aparato também é prejudicada.

Conclusão

O objetivo do artigo foi avaliar a qualidade do serviço público de saúde prestado no contexto das Redes de Atenção à Saúde: forma de organização usada pelo Sus (Sistema Único de Saúde) para ofertar serviços no setor.

A análise fatorial das 40 variáveis utilizadas no questionário originou sete fatores que explicam 63,05% na variância dos dados: *Equipe Médica; Confiança; Capacidade de resposta do Sus; Comunicação; Limpeza e Integralidade*. Desta forma, a qualidade dos serviços de saúde na rede pode ser mensurada por meio da análise destas dimensões. É importante ressaltar que; mediante todas as variáveis e circunstâncias envolvidas na prestação de serviços de saúde; aquelas relacionadas à Equipe Médica (respeito, capacidade; conhecimento; prontidão; compaixão e comunicação) constituem-se como mais relevantes para o alcance da qualidade nesse setor.

A análise da variável satisfação e sua correlação com aquelas consideradas determinantes da qualidade; permite importantes constatações; como a relação positiva entre elementos da comunicação entre médico e paciente e a percepção sobre respeito e paciência por parte do primeiro e a importância do histórico de saúde para a execução da integralidade nos cuidados. Outro destaque é a necessidade de adequação dos modelos de mensuração da qualidade à características relacionadas à população e ao contexto das redes em que esta encontra-se. As necessidades não são iguais, portanto; o que determina a qualidade e a satisfação também não o são.

Por fim, a análise de Regressão Múltipla permitiu afirmar que a *Capacidade de Resposta do Sus* foi o preditor mais forte da satisfação geral dos usuários entrevistados. Esta constatação corrobora com algumas descobertas realizadas nas entrevistas feitas com envolvidos no processo de prestação de serviços em saúde e chama a atenção para a necessidade de alinhamento entre o que o sistema prega e as políticas nacionais e municipais de oferta de serviços.

Limitações do estudo

Uma das limitações deste estudo é a sua realização em três pontos de uma microrregião da rede. Ressalta-se que todo o território é subdividido em macro e microrregiões de saúde; com diferentes prestadores; serviços ofertados e população adstrita. Mais estudos em outros pontos da rede precisam ser executados, especialmente atentando-se para características regionais.

Referências

- Afulani, P. A. (2016). Determinants of stillbirths in Ghana: Does quality of antenatal care matter? *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0925-9>
- Agha, S., & Williams, E. (2016). Quality of antenatal care and household wealth as determinants of institutional delivery in Pakistan: Results of a cross-sectional household survey. *Reproductive Health*, *13*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0201-5>
- Al-Yateem, N., Docherty, C., & Rossiter, R. (2016). Determinants of Quality of Care for Adolescents and Young Adults With Chronic Illnesses: A Mixed Methods Study. *Journal of Pediatric Nursing*, *31*(3), 255–266. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.003>
- Amatulli, A., Azzone, P., & Srebnik, D. (2005). Monitoring the quality of an Italian public psychiatric service: A four dimensions study of the outcome. *European Journal of Psychiatry*, *19*(1), 5–18. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632005000100001>
- Asfaw, E., Dominis, S., Palen, J. G. H., Wong, W., Bekele, A., Kebede, A., & Johns, B. (2014). Patient satisfaction with task shifting of antiretroviral services in Ethiopia: Implications for universal health coverage. *Health Policy and Planning*, *29*, ii50–ii58. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu072>
- Barelds, A., Van De Goor, I., Bos, M., Van Heck, G., & Schols, J. (2009). Care and service trajectories for people with intellectual disabilities: Defining its course and quality determinants from the client's perspective. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *6*(3), 163–172. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2009.00224.x>
- Bastos, G. A. N., & Fasolo, L. R. (2013). Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional Factors. *Rev Bras Epidemiol*, *16*(1), 114–124. Retrieved from http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf
- Berhane, A., & Enquasselasie, F. (2015). Patients' preferences for attributes related to health care services at hospitals in Amhara Region, northern Ethiopia: a discrete choice experiment. *Patient Preference and Adherence*, *9*, 1293. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87928>
- Berra, S., Rodríguez-Sanz, M., Rajmil, L., Pasarín, M. I., & Borrell, C. (2014). Experiences with primary care associated to health, socio-demographics and use of services in children and adolescents. *Cadernos de Saúde Pública*, *30*(12), 2607–18. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00001014>
- Bezerra, F. A. (2009). Análise Fatorial. In L. J. Corrar, E. Paulo, & J. M. D. Filho (Eds.), *Análise Multivariada para os Cursos de Administração, Ciências Contábeis e Economia* (pp. 73–129). São Paulo: Editora Atlas S.A. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>

- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users - A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Carman, J. M. (1990). Consumer Perceptions Of Service Quality : An Assessment Of The SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, *66*(1), 33–55.
- Costa de Souza, M., Menezes de Araújo, T., Matos Reis Júnior, W., Nascimento Souza, J., Benemerita Alves Vilela, A., & Batista Franco, T. (2012). Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia Integral health assistance: a look to physiotherapy from the point of view of the Family Health Team. *O Mundo Da Saúde, São Paulo*, *36*(3), 452–460. Retrieved from http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf
- Couillet, M., Serhier, Z., Tachfouti, N., Elrhazi, K., Nejjari, C., & Perez, F. (2007). The use of antenatal services in health centres of Fès, Morocco. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *27*(7), 688–694. <https://doi.org/10.1080/014433610701629080>
- Ehiri, J. E., Oyo-Ita, a E., Anyanwu, E. C., Meremikwu, M. M., & Ikpeme, M. B. (2005). Quality of child health services in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Child: Care, Health and Development*, *31*(2), 181–91. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2004.00493.x>
- Forouzan, A. S., Ghazinour, M., Dejamn, M., Rafeiey, H., Eftekhari, M. B., & Sebastian, M. S. (2013). Service Users and Providers Expectations of Mental Health Care in Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Public Health*, *42*(10), 1106–1116.
- Haddad, S., Fournier, P., & Potvin, L. (1998). Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale. *International Journal for Quality in Health Care*, *10*(2), 93–104. <https://doi.org/10.1093/intqhc/10.2.93>
- Hong, R., Montana, L., & Mishra, V. (2006). Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Services Research*, *6*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-79>
- Johnson, D., & Ugaz, J. (2016). Determinants of quality of family planning counseling among private health facilities in Lagos. *Studies in Family Planning*, *47*(3), 239–251. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2016.00063.x>
- Kapp, C., Perlini, T., Jeanneret, T., Stéphan, P., Rojas-Urrego, A., Macias, M., ... Urban, S. (2017). Identifying the determinants of perceived quality in outpatient child and adolescent mental health services from the perspectives of parents and patients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *26*(10), 1269–1277. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0985-z>
- Larson, E., Hermosilla, S., Kimweri, A., Mbaruku, G. M., & Kruk, M. E. (2014). Determinants of perceived quality of obstetric care in rural Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *14*, 483. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-483>

- Lebrun-Harris, L. A., Shi, L., Zhu, J., Burke, M. T., Sripipatana, A., & Ngo-Metzger, Q. (2013). Effects of patient-centered medical home attributes on patients' perceptions of quality in federally supported health centers. *Annals of Family Medicine, 11*(6), 508–516. <https://doi.org/10.1370/afm.1544>
- Lee, D. H. (2017). HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business, 11*(3), 491–516. <https://doi.org/10.1007/s11628-016-0317-2>
- Lima, A. A., Monteiro, L. F., & Vasconcelos, C. R. de. (2017). Avaliação do desempenho dos serviços de saúde: análise das usuárias de uma unidade de atenção básica com base no modelo Kano. *Revista de Gestão Em Sistemas de Saúde, 6*(1), 42–51.
- Lv, Y., Xue, C., Ge, Y., Ye, F., Liu, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2016). Analysis of factors influencing inpatient and outpatient satisfaction with the Chinese military health service. *PLoS ONE, 11*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151234>
- Makarem, S. C., & Al-Amin, M. (2014). Beyond the Service Process: The Effects of Organizational and Market Factors on Customer Perceptions of Health Care Services. *Journal of Service Research, 17*(4), 399–414. <https://doi.org/10.1177/1094670514541965>
- Mariko, M. (2003). Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process, and outcome components. *Social Science and Medicine, 56*(6), 1183–1196. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00117-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00117-X)
- Maurer, M., Firminger, K., Dardess, P., Ikeler, K., Sofaer, S., & Carman, K. L. (2016). Understanding Consumer Perceptions and Awareness of Hospital-Based Maternity Care Quality Measures. *Health Services Research, 51*, 1188–1211. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12472>
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana de Saúde* (2nd ed.). Brasília.
- Nau, D. P., & Pacholski, A. M. (2007). Impact of pharmacy care services on patients' perceptions of health care quality for diabetes. *Journal of the American Pharmacists Association, 47*(3), 358–365. <https://doi.org/10.1331/JAPhA.2007.06104>
- Nisselle, A., Forbes, R., Bankier, A., Hughes, E., & Aitken, M. (2008). Consumer contribution to the delivery of genetic health services. *American Journal of Medical Genetics, Part A, 146*(17), 2266–2274. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.32271>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual Model Service Its Quality and Implications for Future Research. *The Journal of Marketing, 49*(4), 41–50. [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(99\)00084-3](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(99)00084-3)
- Patel, H., Baeza, J., Patel, M., Greene, L., & Theobald, N. (2007). Improving sexual health services in the city: Can the NHS learn from clients and the service industry. *Health Expectations, 10*(2), 139–147. <https://doi.org/10.1111/j.1369->

- Rao, K. D., Peters, D. H., & Bandeen-roche, K. (2006). Towards patient-centered health services in India — a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, *18*(6), 414–421.
- Ristea, A.-L., Stegroui, I., Ioan-Franc, V., & Dinu, V. (2009). Responsiveness of Health Systems: A Barometer of Quality of Health Services. *Amfiteatru Economic*, *26*(26), 277–286. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/6486868.pdf>
- Rivard, M., Lépine, A., Mercier, C., & Morin, M. (2015). Quality Determinants of Services for Parents of Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(8), 2388–2397. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0041-2>
- Ruggeri, M., Bisoffi, G., Lasalvia, A., Amaddeo, F., Bonetto, C., & Biggeri, A. (2004). A longitudinal evaluation of two-year outcome in a community-based mental health service using graphical chain models: The South-Verona Outcome Project 9. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*(1), 10–23. <https://doi.org/10.1002/mpr.160>
- Sannisto, T., Saaristo, V., Sthl, T., Mattila, K., & Kosunen, E. (2010). Quality of the contraceptive service structure: A pilot study in Finnish health centre organisations. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *15*(4), 243–254. <https://doi.org/10.3109/13625187.2010.500750>
- Scheffler, E., Visagie, S., & Schneider, M. (2015). The impact of health service variables on healthcare access in a low resourced urban setting in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, *7*(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.820>
- Schmidt, S. M. S., Müller, F. M., Santos, E. dos, Ceretta, P. S., Garlet, V., & Schmitt, S. (2014). Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. *Saúde Em Debate*, *38*(101), 305–317. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140028>
- Shaffer, T. R., & Sherrell, D. L. (1997). Consumer Satisfaction with Health-Core Services: The Influence of Involvement. *Psychology & Marketing*, *14*(No. 3, May), 261–285.
- Shayo, E. H., Senkoro, K. P., Momburi, R., Olsen, Ø. E., Byskov, J., Makundi, E. A., ... Mboera, L. E. G. (2016). Access and utilisation of healthcare services in rural Tanzania: A comparison of public and non-public facilities using quality, equity, and trust dimensions. *Global Public Health*, *11*(4), 407–422. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1132750>
- Sovd, T., Mmari, K., Lipovsek, V., & Manaseki-Holland, S. (2006). Acceptability as a key determinant of client satisfaction: lessons from an evaluation of adolescent friendly health services in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*, *38*(5), 519–526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.03.005>
- Tessema, G. A., Mahmood, M. A., Gomersall, J. S., Assefa, Y., Zemedu, T. G., Kifle, M., & Laurence, C. O. (2017). Client and facility level determinants of quality of care in family planning services in Ethiopia: Multilevel modelling. *PLoS ONE*,

12(6), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179167>

- Thawesaengskulthai, N., Wongrukmit, P., & Dahlgaard, J. J. (2015). Hospital service quality measurement models: patients from Asia, Europe, Australia and America. *Total Quality Management and Business Excellence*, 26(9–10), 1029–1041. <https://doi.org/10.1080/14783363.2015.1068596>
- Vassiliadis, C. a., Fotiadis, A. K., & Tavlaridou, E. (2014). The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(7–8), 897–907. <https://doi.org/10.1080/14783363.2014.904564>
- Venables, K. M., & Allender, S. (2008). Quality of occupational health provision: Two rating scales and their determinants. *Occupational Medicine*, 58(6), 439–442. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn076>
- Verbeek, J., Van Dijk, F., Räsänen, K., Piirainen, H., Kankaanpää, E., & Hulshof, C. (2001). Consumer satisfaction with occupational health services: Should it be measured? *Occupational and Environmental Medicine*, 58(4), 272–278. <https://doi.org/10.1136/oem.58.4.272>
- Ward, K., Rolland, E., & Patterson, R. (2005). Improving Outpatient Health Care Quality: Understand the Quality Dimensions. *Health Care Manage Rev*, 30(4), 361–371.
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality : A comparison of public and private hospitals. *African Journal of Business Management*, 4(June), 962–971.

