

## **Antecedentes do Bem-Estar do Usuário de Serviços de Saúde e as Clínicas Médicas de Baixo Preço versus o Sistema Único de Saúde**

### **Autoria**

**LILIAN TELLINI - liliantell32@gmail.com**

Prog de Pós-Grad em Admin/Mestr e Dout Acadêmico - PPGA/UNINOVE - Universidade Nove de Julho

**André Torres Urdan - andre.urdan@gmail.com**

Prog de Pós-Grad em Admin/Mestr e Dout Acadêmico - PPGA/UNINOVE - Universidade Nove de Julho

**Marcelo Moll Brandão - mollmkt@gmail.com**

Prog de Pós-Grad em Admin - PPGAdm/UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

**Flavio santino bazarrias - flavioxsp@hotmail.com**

Prog de Pós-Grad em Admin/Mestr e Dout Acadêmico - PPGA/UNINOVE - Universidade Nove de Julho

**Sonia Francisca Monken de Assis - SFMONKEN@HOTMAIL.COM**

Prog de Mestr Prof em Admin - Gestão em Sistemas de Saúde - PMPA-GSS/UNINOVE - Universidade Nove de Julho

### **Resumo**

Serviços de saúde tem bastante impacto na vida das pessoas e obtê-los desafia quem tem menos renda, o que pode reduzir o bem-estar desse estrato. No Brasil, são notórias as deficiências dos serviços de saúde públicos no SUS. Despontou a Clínica Médica de Baixo Preço (CMBP), mas não se conhece seus efeitos no cliente, nem seu desempenho frente ao SUS. Este trabalho analisa relações de um modelo conceitual que desemboca em Bem-Estar do usuário de serviços de saúde e compara suas relações entre SUS e a CMBP. Aplicou-se MEE a uma amostra de 395 pacientes. As relações do modelo são significantes e as mais fortes são Satisfação?Bem-Estar (1ª) e Qualidade Percebida?Satisfação (2ª). Incidem diferenças, entre os dois tipos de prestadores, em três das cinco relações do Modelo, sendo ela mais acentuada na relação Valor Percebido?Satisfação.

## **Antecedentes do Bem-Estar do Usuário de Serviços de Saúde e as Clínicas Médicas de Baixo Preço versus o Sistema Único de Saúde**

### **Resumo**

Serviços de saúde tem bastante impacto na vida das pessoas e obtê-los desafia quem tem menos renda, o que pode reduzir o bem-estar desse estrato. No Brasil, são notórias as deficiências dos serviços de saúde públicos no SUS. Despontou a Clínica Médica de Baixo Preço (CMBP), mas não se conhece seus efeitos no cliente, nem seu desempenho frente ao SUS. Este trabalho analisa relações de um modelo conceitual que desemboca em Bem-Estar do usuário de serviços de saúde e compara suas relações entre SUS e a CMBP. Aplicou-se MEE a uma amostra de 395 pacientes. As relações do modelo são significantes e as mais fortes são Satisfação→Bem-Estar (1ª) e Qualidade Percebida→Satisfação (2ª). Incidem diferenças, entre os dois tipos de prestadores, em três das cinco relações do Modelo, sendo ela mais acentuada na relação Valor Percebido→Satisfação.

**Palavras-Chave: Serviços de Saúde, SUS, Clínica Médica Popular, Satisfação, Bem-Estar**

### **1 - Introdução**

Serviços de saúde têm expressivo impacto na vida do ser humano. Afinal, a doença prejudica o bem-estar e a deficiência de serviços de saúde provoca, no limite, a morte que seria evitável. Na academia, cresce o interesse pelos efeitos de serviços - prestados por organizações públicas e privadas - no bem-estar dos indivíduos, em especial daqueles com menos recursos financeiros (Anderson et al., 2013).

No Brasil, a partir de 2014, a recessão econômica levou 3,1 milhões de pessoas a perder seu plano de saúde privado (CASEMIRO, 2018). É previsível que isso incremente a procura pelo atendimento gratuito do Sistema Único de Saúde (SUS). Agrava o quadro a restrição no repasse de verbas para a área (Paim, 2014), A sobrecarga nos serviços públicos deve prejudicar a percepção do usuário sobre a sua experiência, mas não se sabe como e em que grau.

Esse panorama reclama tanto saídas inovadoras para melhorar o acesso aos serviços de saúde quanto o entendimento da percepção dos usuários sobre o que experimentam. A novidade é uma modalidade de prestador com perfil intermediário - no que toca a custos e preços - entre a gratuidade do que é oferecido pelo SUS e os planos privados de saúde. Trata-se da Clínica Médica de Baixo Preço (CMBP) ou popular, com atendimento agendado em várias especialidades médicas, mormente em consultas, além de exames de diagnóstico, com preços moderados (Melo, Macedo & Graça Filho, 2016); uma consulta sai por 50 a 140 reais.

Sob outro prisma, é tempo de reconhecer que as implicações do uso de serviços para o consumidor vão além de construtos tradicionais, como qualidade percebida, satisfação e lealdade (Anderson e Ostrom, 2015). Uma lacuna prende-se à perspectiva do usuário de serviços de saúde quanto ao que influencia seu Bem-Estar (Sweeney, Danaher & McColl-Kennedy, 2015). O Bem-Estar é um conceito subjetivo, associado à qualidade de vida, que inclui afetos positivo e negativo do indivíduo em face das situações com que se depara na existência, além de indicar a felicidade (Diener, Emmons, Larsen&Griffin, 1985).

Eis, então, as duas questões que guiam este trabalho: **Em serviços de saúde em ambulatório, quais são os antecedentes do Bem-Estar do usuário? Nessas relações existe diferença entre os prestadores SUS e CMBP?** Os potenciais antecedentes englobam Sacrifício, Valor Percebido, Qualidade Percebida e Satisfação, extraídos de Brady et al. (2005). O objetivo principal é analisar a perspectiva do usuário de serviços de saúde em ambulatório, numa rede nomológica que tem como variável mais endógena o Bem-Estar, e comparar os prestadores SUS e CMBP nessa rede. O foco empírico é a população de baixa renda.

O trabalho estrutura-se em seis seções, sendo a primeira esta de Introdução. A próxima aborda os serviços de saúde. A seção seguinte articula hipóteses e delinea um modelo conceitual. A seção posterior aborda o método e os procedimentos empíricos. A sessão posterior traz os resultados. A última seção é de conclusões.

## **2 - Serviços de Saúde, Públicos e Privados**

Serviços, úteis em tantas e tantas áreas e revestidos de especificidades, caminham até para a gênese de uma ciência própria (Ostrom et al., 2010). [Nesse vasto domínio, sobressaem os serviços de saúde, em virtude da ligação que possuem com o Bem-Estar, conceito ligado à felicidade subjetiva do indivíduo com a vida (Diener et al., 1995). A utilidade desses serviços avulta pela capacidade que possuem de impactar a vida (Ostrom, et al., 2015). Por isso, a saúde humana interessa de longa data a pesquisadores. Há um potencial transformador nos serviços de saúde para as pessoas e a sociedade (Anderson et al., 2013), sobretudo para quem mais carece deles, mas sua concretização requer avanço científico. Serviços de saúde é um todo com alta diversidade de atividades, que envolve tanto a prevenção quanto o tratamento e o alívio de doenças, mas que se volta, cada vez mais, para fins mais amplos, com o Bem-Estar do ser humano (Singh, 2008).

No Brasil, a reforma iniciada com a Constituição Federal de 1988 gerou o atual modelo nacional atual de saúde, referido como Sistema Único de Saúde (SUS), calcado em assistência integral, universal (amparo a toda a população) e equitativa (Santos et al., 2008, p.1432). Antes do SUS, a atuação pública na saúde era fragmentada e não integrada com a iniciativa privada, que ocupava o papel apenas de terceirizado do Poder Público (Santos, 2007; Viana e Dal Poz, 2005; Menigucci, 2014). Desde o instituição do SUS, políticas governamentais lutam para equacionar o atendimento das imensas necessidades de quem vive no Brasil com os altos custos que caracterizam os serviços de saúde e as crescentes dificuldades orçamentárias dos governos. Diante das limitações dos serviços gratuitos providos pelo SUS, as ofertas da iniciativa privada se expandiram e, por volta de 2014, 25% dos cidadãos detinham um plano de saúde privado (Menigucci, 2014).

Os serviços privados de saúde no Brasil suplementam aquilo que gratuitamente o SUS disponibiliza, com vistas à melhorar a efetividade do conjunto e distribuir mais equilibradamente os ônus de acordo com a capacidade de pagamento dos estratos populacionais. Parte-se da premissa de que na saúde os governos, em hipótese nenhuma, teriam capacidade financeira de propiciar tudo a todos. Algo similar se dá em países como o Canadá e a Inglaterra, em que a iniciativa privada complementa aquilo que o público não conseguiria ofertar (Mendes, 2002). Desse modo, se evita a sobrecarga da saúde nos gastos públicos.

Na realidade brasileira, um contingente enorme busca atendimento no SUS pela reduzida renda que possuem e ainda porque ele cobre tratamentos de alto custo, cujos preços vão além do poder aquisitivo até de classes mais favorecidas e/ou não são cobertos pelos planos privados (os medicamentos para a AIDS, por exemplo) (Menigucci, 2014). Gera-se um acúmulo de pessoas nos estabelecimentos do SUS, o que deixa bem presente a possibilidade de insatisfação do usuário. Alguns desses insatisfeitos até partem (ou tentam partir) para uma alternativa privada, arcando com o sacrifício do seu preço.

Na órbita dos serviços pagos pelo cliente no Brasil, as operadoras de saúde cuidam da maior parte dos clientes, por meio de planos de saúde, contratados por empregadores como benefícios para seus funcionários ou diretamente pelo usuário. Outra parcela dos pagantes desembolsa integralmente pelos serviços que venham a utilizar em consultórios, clínicas e hospitais. Nesse âmbito, a partir de 1996, se foi juntando e expandido a CMBP (Melo et al., 2016). Trata-se de uma organização privada, cujo alvo são pessoas não contempladas por plano de saúde privado ou que, mesmo o sendo, enfrentam sérias restrições para conseguir atendimento, mas sem poder aquisitivo para pagar os preços cobrados por estabelecimentos

privados convencionais (Melo et al., 2016), Isto é, o cliente da CMBP, conquanto em tese alcançado pela cobertura gratuita do SUS ou até de um plano privado, opta por pagar um preço, mas razoável, quando necessita de um cuidado ambulatorial (sem internação hospitalar).

Todavia, levar à satisfação do usuário do serviços privados e pagos de saúde também é uma responsabilidade difícil e árdua. Em particular, o preço pago ao prestador é um sacrifício monetário de base objetiva e quantificada, que desponta direta e tangivelmente para o cliente, afetando o valor por ele percebido, que tende a cair (tudo o mais constante). É o que indica a equação do valor percebido pelo cliente em uma solução, como a razão entre benefícios recebidos (o que de bom se recebe) e sacrifícios incorridos (monetários e não-monetários) na relação de troca (Gallan, Jarvis, Brown e Bitner, 2012; Pantouvakis e Bouranta, 2014). Importa adquirir discernimento científico sobre esses fenômenos, nesta órbita dos serviços de saúde pagos pelo uso, quanto nos serviços públicos e gratuitos. Isso passa, de imediato, pela especificação de hipóteses e a integração delas num modelo conceitual; disso cuida a próxima seção.

### 3 - Desenvolvimento de Hipóteses e Modelo Conceitual

Sacrifício, para o cliente, é aquilo que ele tem de oferecer em troca do que ele deseja adquirir, bem e/ou serviço, como fonte de benefícios (Heskett, Sasser & Hart, 1990; Zeithaml, 1988). O Sacrifício representa a percepção do consumidor sobre os preços (monetário e não-monetário) com que arca pela aquisição e uso de uma solução (Cronin Jr. et al., 2000). Há Sacrifícios tanto monetários como não-monetários, como nos tipos tempo (de espera, por exemplo) e psicológico (aflição, por exemplo) (Boksberger&Melsen 2011).

Em modelos de avaliação de serviços em que a Satisfação é um construto central, o Sacrifício geralmente aparece como antecedente do Valor Percebido (Brady et al., 2005). Leclerc e Schmitt (1999) argumentam que o Sacrifício influencia só indiretamente o Valor Percebido, mas o modelo de Brady et al. (2005) a tem como direta, o que faz mais sentido.

O Valor Percebido é determinado pela razão ou diferença entre benefícios e sacrifícios (ganhos e perdas) (Brady et al., 2005). Somam-se aí preços monetários e não monetários percebidos, formando o Sacrifício percebido pelo consumidor (Boksberger&Melsen, 2011). Em especial em serviços, pela experiência interativa que o cliente tem com o prestador (Voss et al., 1998), os benefícios vão bem além da dimensão funcional dos benefícios. Ademais, comumente o consumidor avalia o valor de algo visível, ao passo que em serviços de saúde a maioria dos resultados é invisível. Característica essa que dificulta o reconhecimento do valor de tais serviços, salvo em doenças mais graves (Sweeney et al., 2015).

Frisa-se o Valor Percebido emanar da percepção do cliente, o que ele entende por benefício recebido, que o melhorou (Berry & Bendapudi, 2007) versus o que ele suportou de sacrifícios. Conceção essa que nem sempre é bem aceita, sequer compreendida. por profissionais de saúde de perfil excessivamente tecnicista ou orientados para o “produto” que entregam. Valor Percebido é “um conceito com diferentes conotações, o que dificulta sua compreensão e adequada utilização. Além disso, o valor na saúde é relativamente pouco mensurado” (Pedroso & Malik, 2012, p.2758). Parte daí uma primeira hipótese.

#### **H1: O Sacrifício afeta negativamente o Valor Percebido em serviços de saúde.**

O Valor Percebido envolve, numa variante, “o nível percebido de qualidade do produto em relação ao preço pago” (Urdan & Rodrigues, 1999, p.112), sendo o produto uma categoria geral que abrange bens e/ou serviços. O Valor Percebido em serviços de saúde pode decorrer da cura de doenças como também da prevenção delas, sendo essa segunda via objeto de crescente interesse. Prevenção que embute custo mais baixo para os prestadores (Berry & Mirabito, 2010) e menos sofrimento para a pessoa que dela se beneficia. A doença é das situações mais difíceis que o ser humano enfrenta e, por conseguinte, superá-la ou evitá-la tende

a despertar reações bem favoráveis e agradáveis. À medida que aumenta o Valor Percebido pelo paciente em uma solução, a sua reação deve se tornar mais prazerosa; o contrário também faz sentido (baixando o valor, mais desprazer intervém). Dada a importância do Valor Percebido de uma solução que traz saúde (ou mesmo que tenha o potencial de restabelecê-la ou resguardá-la), aquele construto deve influenciar a Satisfação do usuário do correspondente serviço. Surge, assim, a segunda hipótese.

### **H2: O Valor Percebido afeta positivamente a Satisfação com serviços de saúde.**

No seu todo, a qualidade em serviços de saúde enfeixa três categorias: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988). A estrutura está relacionada ao ambiente físico e aos recursos com os quais os serviços são prestados. O processo refere-se aos procedimentos encadeados, mobilizando recursos de diversas naturezas, em especial os humanos, que produzem os serviços e os entregam aos clientes. O resultado é a consequência dos serviços para o paciente. Essa qualidade abarca aquilo que possa aumentar uma medida abrangente de Bem-Estar do paciente, após considerar-se o balanço de ganhos e perdas esperados, intervenientes em todas as partes do processo” (Urdan, 2001, p.46). Na percepção do cliente, a qualidade é expressa pela diferença entre a expectativa quanto ao serviço e a experiência usufruída. Na dimensão dos resultados, a qualidade dos serviços de saúde é “atender (ou superar) as expectativas dos clientes [...]”, que o leva à sensação de ter sido bem tratado (Neto & Malik, 2012, p.328). É natural que o cliente espere alta qualidade quando cuidam de sua saúde, talvez até mais do que espera em outras áreas e necessidades. A Qualidade Percebida na saúde é como um reconhecimento do paciente pelas ações certas cumpridas em prol dele, no momento necessário e adequado (Pedroso & Malik, 2012). Em vista da proeminência da qualidade para a existência humana e mais ainda quando há interação entre agentes (como o prestador e o consumidor), Brady et. al (2005) sustentam que a Qualidade Percebida em serviço é um antecedente do Valor Percebido tanto quanto da Satisfação do cliente. Relações essas que devem se acentuar no domínio especialmente sensível, para o ser humano, dos cuidados preventivos da doença e curativos dela. Dessa forma se estabelece a terceira hipótese.

### **H3: A Qualidade Percebida afeta positivamente o Valor Percebido em serviços de saúde.**

Satisfação do cliente é a reação - que pode ir do desprazer ao prazer - a um fornecedor, uma marca, um bem e/ou serviço, que ele conheceu e utilizou (Oliver, 1993), dependente das expectativas que havia, do desempenho experimentado e da diferença entre os dois elementos anteriores (Zeithaml & Berry, 2003). Na saúde, essa Satisfação é uma avaliação cognitiva acerca de uma vasta gama de atributos dos cuidados recebidos, para além de uma disposição emocional geral, durante e após um ou mais episódios de serviços (Singh, 1991). Um das dificuldades para as pessoas atingirem Satisfação com serviços de saúde é o fato de elas os utilizarem, em boa proporção, quando estão sofrendo por doença. Isso torna os serviços, embora necessários, não tão ‘queridos’ (Berry & Mirabito, 2010). O cliente aí normalmente não tem vontade de usá-los (vale dizer, melhor seria que nunca precisasse de serviços de saúde); a eles recorre por necessidade. Tal configuração dificulta tanto a avaliação da Satisfação quanto a sua consecução (Berry & Bendapudi, 2007). Outro agravante é que o serviço mal prestado pode, no limite (que não é uma ocorrência rara), causar a morte do cliente. Risco esse que interfere nas avaliações de Qualidade nos serviços de saúde e na Satisfação do usuário com eles, as tornando mais rigorosas (Akhade, Jaju & Lahke, 2013). Então, sem antes perceber Qualidade, o cliente de um serviço de saúde não deve atingir Satisfação e entre essas variáveis deve haver uma relação linear direta. Por aí emerge a quarta hipótese.

### **H4: A Qualidade Percebida afeta positivamente a Satisfação em serviços de saúde.**

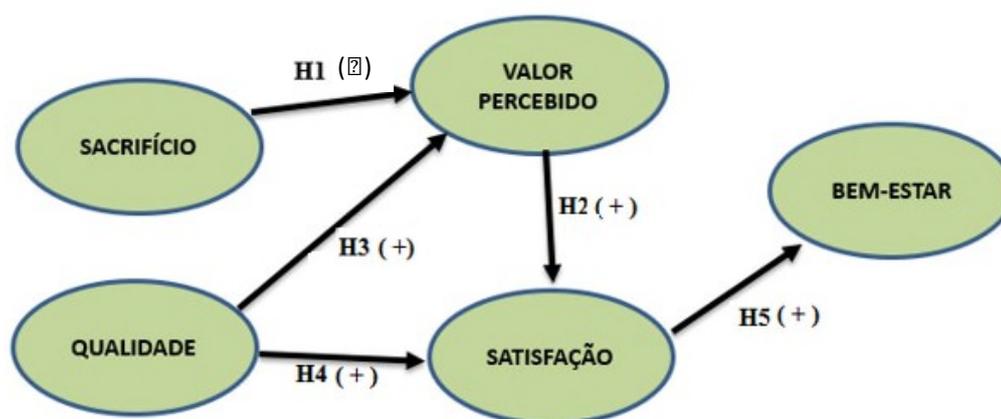
O Bem-Estar tem a ver com a qualidade de vida, com o grau em que o prazer e a satisfação caracterizam a existência de uma pessoa e a medida em que ela pode evitar as mazelas da vida que impedem uma vida boa e prazerosa (Andrews, 1974). Pela sua amplitude, o Bem-Estar tem sido estudado em várias frentes, com definições variadas. Alguns põem o Bem-Estar como sinônimo de felicidade (Sirgy et al., 2006) e de satisfação com a vida (Diener & Diener, 1995). A literatura revela ligações do Bem-Estar com várias condições do indivíduo, como riqueza (Diener & Biswas-Diener, 2001), disponibilidade de bens e serviços (Goldschmidt, 1972), acontecimentos positivos e qualidade de vida (Sirgy et al., 2012), materialismo (Burroughs e Rindfleisch, 2002), equilíbrio entre vida e trabalho (Sirgy & Lee, 2015), satisfação com a vida (Diener, Inglehart & Tay, 2013). Pode-se tomar a satisfação com a vida como a principal dimensão do Bem-Estar (Diener & Diener, 1995). No geral, o Bem-Estar manifesta-se como um estado de contentamento da pessoa (Diener et al., 1999).

Anderson et al. (2013) destacam o papel de serviços para aumentar o Bem-Estar das pessoas e da sociedade no geral. Isso é mais saliente no caso do serviços de saúde, apontando o Bem-Estar como consequente da Satisfação do cliente. À medida que a pessoa desfrute melhores serviços de saúde, que resultem em Satisfação, uma melhora no Bem-Estar deve suceder. Nesses termos, formula-se a quinta hipótese.

#### **H5: A Satisfação em serviços de saúde afeta positivamente o Bem-Estar.**

No Brasil, há quem mencione o SUS “gratuito” (público e oficial) e figuradamente um SUS “pago”, sendo este formado por planos de saúde privados mais simples e restritivos (embora integrantes do arcabouço nacional de saúde suplementar (Bahia, 2008). O contingente vinculado a esse SUS “pago” esbarram em dificuldades de acesso e atenção. Para eles, uma saída está na utilização do SUS “gratuito. Nessas movimentações, agrava-se a demora no atendimento e a insuficiência de recursos públicos para o genuíno SUS (Bahia, 2008), ocorrendo um repasse indireto do poder público às organizações de saúde suplementar. É que, apesar da obrigação legal de ressarcimento ao SUS “gratuito” pelo plano privado que tenha um cliente por aquele atendido, essas transações financeiras são bastante imperfeitas.

Da composição das hipóteses antes articuladas, toma forma o Modelo Conceitual Proposto neste trabalho, delineado na **Figura 1**.



**Figura 1 - Modelo Conceitual Proposto**

Fonte: elaborado pelos autores

Os serviços públicos, no país, frequentemente se revestem de menor qualidade do que os correspondentes serviços privados (Fadel & Regis Filho, 2009, Oliveira e Silva, 2010). A Qualidade Percebida, em ambas as esferas, tem como dimensões genéricas confiabilidade,

presteza, garantia, empatia, tangíveis (PARASURAMAN, ZEITHAML & BERRY, 1988). Eia um leque amplo e diversificado, a exigir bastante competência gerencial para que um prestador aporte qualidade a seus clientes. Competência que tende a ser mais escassa nas organizações públicas, pelas dificuldades que elas enfrentam, como ilustrado nos rígidos dispositivos legais e a descontinuidade de planos em função de alternância de governantes e partidos políticos. Mais importante ainda, a visão do usuário sobre a saúde e as relações entre construtos fundamentais das suas avaliações deve guardar diferenças entre os âmbito público e privado. As CMBP inserem-se nesse último âmbito e para seus clientes devem incidir relações também distintas daquelas incidentes nos equivalentes serviços de saúde públicos. Por aí assoma a sexta hipótese, de um efeito moderador do tipo de prestador de serviços de saúde.

#### **H6: O tipo de prestador de serviço, público/gratuito (SUS) versus privado/pago (CMBP), modera as relações das hipóteses H1 a H5.**

As hipóteses enunciadas e o modelo conceitual que as reúne - embora escoradas na lógica e na literatura revisada, reclamam teste empírico, sobretudo na realidade brasileira atual. O método para isso se descortina na seção a seguir.

#### **4 - Método e Procedimentos Empíricos**

Optou-se por um método quantitativo e descritivo das relações hipotetizadas, com transversal único (Malhotra, 2009). Dados foram coletados de usuários de serviços de saúde, nas quatro regiões da cidade de São Paulo, prestados pelo SUS (unidade integradas de saúde) e por CMBP. Realizou-se um levantamento (Coopler & Schindler, 2003), com aplicação de questionário. Os usuários foram solicitados a responder o questionário após o recebimento de um serviço (atendimento em uma especialidade ou a realização de algum exame) nos estabelecimentos de um tipo ou do outro.

No questionário entraram escalas multi-itens já validadas (Kerlinger, 1980, p. 351). O fraseados das escalas, desenvolvidas em língua estrangeira, foram vertidas para o Português. Um especialista fez a confirmação das traduções das escalas e outro especialista fez a tradução reversa. A escala de Bem-Estar já estava disponível, por iniciativa dos próprios autores (Diener et al., 1985), em Português (<http://internal.psychology.illinois.edu/~eediener/SWSL.html>).

O questionário continha 26 itens em escala tipo Likert de 5 pontos (de 1 “Você discorda totalmente” a 5 “Você concorda totalmente”), ensejando a captura da real avaliação do sujeito sobre a característica em exame a cada item. (Kerlinger, 1980; Zambaldi, Costa & Ponchio, 2014). Havia uma pergunta aberta sobre idade e perguntas fechadas sobre sexo e a região da cidade em que o entrevistado estava sendo entrevistado. Cumpriu-se um pré-teste do questionário com 12 sujeitos típicos, daí derivando pequenos ajustes. A pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil ([www.plataformabrasil.org.br](http://www.plataformabrasil.org.br)) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição a que se vinculam os autores, com o Parecer 2.034.561, por atender às diretrizes éticas e legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, mandatória para pesquisas com seres humanos.

Para as análises estatísticas descritivas e testes multivariados serviu o software SPSS versão 21. Para a análise inferencial utilizou-se Modelagem de Equações Estruturais (MEE) com o método dos Mínimos Quadrados Parciais (PLS), baseado em matriz de correlação, por acomodar variáveis desprovidas de normalidade (Chin, 1998; Hair et. al., 2014). Empregou-se o software SmartPLS2.0 (Ringle, Wende & Will, 2005).

Na MEE, atentou-se para a confiabilidade, sondada com indicadores de consistência interna (alpha de Cronbach) e de confiabilidade composta. O poder de explicação das relações foi estimado pelo coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e outros indicadores de qualidade de ajuste. Para a validade convergente mediu-se a Variância Média Extraída (AVE), esperando-se um

mínimo de 50%. Na validade discriminante recorreu-se ao critério de Fornell-Lacker (Hair Jr et al., 2014)

O ajuste do modelo foi avaliado pela significância das relações entre as variáveis latentes com a técnica de bootstrapping (ou reamostragem), segundo o teste t de student com aceitação a 5% ( $t \geq 1,76$ ,  $p \leq 0,05$ ). Foram ainda observados os indicadores de Stone-Geisser para validade preditiva (Q2), e o indicador de Cohen (f2) para o tamanho do efeito de um construto no modelo (Hair et al., 2014). O Q2 deve ser maior que zero. No f2 0,02, 0,15 e 0,35 apontam efeitos baixo, médio e alto, respectivamente. Levou-se também em conta o índice de adequação do modelo (Goodness of Fit, GoF), como a média geométrica do R<sup>2</sup> médio e da AVE média. Nas Ciências Sociais Aplicadas, se pode considerar adequado um GoF a partir de 0,36 (Hair et al., 2014).

## 5. Resultados

A Tabela 1 traz indicadores de ajuste dos construtos do Modelo Conceitual. As AVEs todas estão acima do mínimo 0,50. Algo análogo se passa com a Confiabilidade Composta, que ultrapassa 0,80 nos cinco construtos. Os Alphas de Cronbach – o menor deles sendo 0,84 – são bons (Babbie, 1992). Sobressai o considerável poder explicativo do Bem-Estar (R<sup>2</sup>=40,8%) no Modelo.

**Tabela 1 - Indicadores de ajuste, validade convergente e confiabilidade do Modelo**

Variável Latente	AVE	Confiabilidade composta	R <sup>2</sup>	Alpha de Cronbach	Comunidade	Redundância
Bem-Estar	0,631	0,894	0,408	0,854	0,630	0,247
Qualidade Percebida	0,680	0,950	0,000	0,941	0,680	0
Sacrifício	0,787	0,917	0,000	0,864	0,787	0
Satisfação	0,763	0,942	0,567	0,922	0,763	0,391
Valor Percebido	0,757	0,903	0,693	0,841	0,757	0,359

Fonte: dados da pesquisa

A Tabela 2 revela a validade discriminante de todos os construtos no Critério de Fornell-Lacker (Hair Jr et al., 2014), já que a raiz quadrada da AVE (em negrito) de cada construto é sempre maior que as correlações de Pearson dos pares formados pelo construto e os demais constructos.

**Tabela 2 - Indicadores de validade discriminante entre os construtos**

Variável Latente	Bem-Estar	Qualidade Percebida	Sacrifício	Satisfação	Valor Percebido
Bem-Estar	<b>0,794</b>	0,000	0,000	0,000	0,000
Qualidade Percebida	0,592	<b>0,825</b>	0,000	0,000	0,000
Sacrifício	0,504	0,559	<b>0,887</b>	0,000	0,000
Satisfação	0,639	0,737	0,573	<b>0,873</b>	0,000
Valor Percebido	0,575	0,743	0,726	0,651	<b>0,870</b>

Fonte: dados da pesquisa

Os resultados da análise estrutural do Modelo Conceitual estão na Tabela 3. O GoF de 0.521 - bem acima do mínimo de 0.36 considerado (Wetzels, 2009) – aponta um bom ajuste do Modelo na amostra. É positivo e significativo o caminho Sacrifício→Valor Percebido ( $\Gamma=0,452$ ,  $t_{(394)}=11,643$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ), ao passo que **H1** estipula uma relação negativa. Significante e positivo é o caminho Valor Percebido→Satisfação ( $\Gamma=0,231$ ,  $t_{(394)}=4,123$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ), confirmando a **H2**. O caminho Qualidade Percebida→Valor Percebido ( $\Gamma=0,491$ ,  $t_{(394)}=13,535$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ), referente à **H3**, se apresenta significativa e positivo. Na Qualidade Percebida→Satisfação, o caminho ( $\Gamma=0,566$ ,  $t_{(394)}=9,876$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) é significativa e positivo, suportando a **H4**. Sobre a **H5**, o caminho Satisfação→Bem-Estar ( $\Gamma=0,639$ ,  $t_{(394)}=18,825$ ,  $p\text{-value}<0.001$ ) é igualmente positivo e significativo. No todo, quatro (**H2 a H5**) das cinco relações constituintes do Modelo são suportadas. Pelo coeficiente, a relação mais forte é Satisfação→Bem-Estar ( $\Gamma=0,639$ ) e a menos robusta, Valor Percebido→Satisfação ( $\Gamma=0,231$ ).

**Tabela 3 – Indicadores estruturais finais**

Relação	Coefficiente Original	Média das 500 reamostragens	Erro padrão	Teste t	p-valor
Sacrifício →					
Valor Percebido	0,452	0,456	0,039	11,643	0,001
Valor Percebido →					
Satisfação	0,231	0,234	0,056	4,123	0,001
Qualidade Percebida →					
Valor Percebido	0,491	0,488	0,036	13,535	0,001
Qualidade Percebida →					
Satisfação	0,566	0,563	0,057	9,876	0,001
Satisfação →					
Bem-Estar	0,639	0,642	0,034	18,825	0,001

Fonte: dados da pesquisa

**H6** prevê a moderação das hipóteses anteriores (**H1 a H5**) pela variável Tipo de Prestador de Serviço, entre as categoriais público/gratuito (SUS) e privado/pago (CMBP). Há evidências dessa moderação em três das cinco hipóteses: **H2** ( $t=5,992$ ,  $p<0,01$ ), **H3** ( $t=2,247$ ,  $p<0,05$ ) e **H4** ( $t=3,703$ ,  $p<0,01$ ). Assim sendo - entre os serviços (de consultas e exames) público do SUS e pago da CMBP - diferem as forças das relações Valor Percebido→ Satisfação (**H2**), Qualidade Percebida→Valor Percebido (**H3**) e Qualidade Percebida→ Satisfação (**H4**). Ademais, as relações de **H1**, **H2** e **H3** se mostram sempre mais fracas no SUS do que na CMBP.

## 6. Conclusões

O teste empírico do Modelo Conceitual Proposto revela robustos efeitos no Bem-Estar, nos usuários menos favorecidos em termos de renda da amostra, de uma consulta ou exame. Com dados coletados na saída do recebimento de um serviço desses, se explicam 40,8% do Bem-Estar do usuário. De um lado, é uma ocorrência animadora tanto para o SUS quanto para a CMBP. Isto é, se seus prestadores forem capazes de entregar Valor Percebido, Qualidade e Satisfação, propiciarão uma melhora no tão almejado e merecido Bem-Estar do cidadão. Nos recentes anos da crise brasileira, para a população aqui tomada é mais dura a falta de trabalho ou mesmo o risco de sua ocorrência; ter e manter plano de saúde privado é mais complicado, quando não inviável. Por isso, ser bem atendido já dá ao indivíduo a sensação de Bem-Estar (numa unidade do SUS ou numa filial de CMBP). É um reflexo da relevância para o ser humano

da prevenção e da cura da doença ou mesmo só o seu alívio. Por outro prisma, a gestão da saúde pública precisa evoluir substantivamente, a ponto de se disseminar pelo Brasil aquilo que já existe como “ilhas de excelência”. Os achados deste trabalho estimulam um esforço de gestão com factíveis bons resultados factíveis, algo que interessa (e legitimamente) aos políticos que ocupam mandatos majoritários (prefeito, governador, presidente).

Ademais, se especula que assaz adverso deve ser o efeito, no Bem-Estar, da ausência de atendimento do paciente pelo SUS, que é uma situação não contemplada na amostra deste trabalho. Ausência sentida continuamente por imensos contingentes de habitantes que aguardam sua vez em filas que chegam a se estender por anos. Talvez a severíssima crítica ao padrão do SUS decorra mais da dificuldade de acesso aos seus serviços (isso é, ausência de prestação, benefício zero) do que dos serviços em si.

As CMBP também terão de evoluir continuamente, em face da crescente concorrência que se instala nesse tipo de negócio. Ao contrário do que se passa perante o SUS, ao menos nas grandes cidades intervém boa soberania do cliente para escolher uma ou outra dentre várias marcas de CMBP. Na sequência do ciclo de vida das CMBP, tende a aumentar a quantidade e a variedade de ofertantes.

Surpreendeu a relação positiva, em vez de negativa, entre Sacrifício e Valor Percebido. À primeira vista, se pensou ser esse um resultado espúrio, ante o significado desse construto dependente. Uma reflexão adicional, porém, faz crer que, para os usuários da amostra (que devem lutar com restrições financeiras), quanto mais sacrifícios houver para lograr atendimento de saúde, mais valor nele se percebe! Nesses moldes, o serviço de saúde (necessário e difícil de se obter) seria como um prêmio tão mais valioso quanto maior fosse a luta para usufruí-lo.

Pela moderação (suportada em **H2** a **H4**) do tipo de prestador de serviços, maior desafio toca ao SUS. É que as relações, na amostra de seus usuários, são sempre mais fracas do que as correspondentes na amostra de CMBP. Assim sendo, em especial o SUS com seus serviços tem menos a ganhar (comparativamente à CMBP) em Satisfação do seu usuário quando entrega Qualidade e Valor Percebidos. Por extensão, mais duro são os caminhos que o SUS tem de trilhar até o Bem-Estar de sua clientela utiliza. Uma plausível explicação dessa moderação está na imagem deveras negativa que muitos brasileiros possuem atualmente dos governos e de seus serviços. Basta pensar na amplitude e na repercussão da Operação Lava-Jato, que persiste após anos, sempre com mais episódios escandalosos de corrupção. Lado a lado estão as deficiências dos serviços públicos, repercutidas em reportagens e conhecida pela experiência própria de tanta gente.

Como pesquisa futura se recomenda o teste do Modelo Conceitual em outras cidades, estados e regiões do Brasil. Nesses espaços geopolíticos deve haver muitas diferenças na oferta e na demanda de serviços de saúde relativamente à metrópole em que a amostra aqui foi extraída. Insta dispor de suporte empírico em busca da generalização ou do aprimoramento do Modelo. Com a mesma finalidade, cabe testar o Modelo com usuários que passaram por internação hospitalar, embora esta modalidade de serviço não seja (ao menos não por enquanto) disponibilizada pela CMBP. A operacionalização do construto Sacrifício merece uma revisão; se cogita que ele não seja bem compreendido pelo usuário do SUS, em que inexistente sacrifício monetário (preço pago) no ato. No geral, muito ainda há por se avançar para uma teorização dos fenômenos em foco, que têm na percepção do usuário o traço comum.

## Referências

- ANDERSON, L., OSTROM, A. (2015). Transformative Service Research: Advancing our Knowledge about Service and Well-Being. *Journal of Service Research*, 18(3), 243-249.
- ANDERSON, L., OSTROM, A.L., CORUS, C., FISK, R.P., GALLAN, A.S., GIRALDO, M., MENDE, M., MULDER, M., RAYBURN, S.W., ROSENBUM, M.S., SHIRAHADA, K., WILLIAMS, J.D.

- (2013). Transformative Service Research: An agenda for the future. *Journal of Business Research*, 66, 1203-1210.
- BAHIA, L. (2008). As Contradições entre o SUS Universal e as Transferências de Recursos Públicos para os Planos e Seguros Privados de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5).
- BERRY, L.L. e BENDAPUDI, N.L.L. (2007). Health care: A fertile field for service research. *Journal of Service Research*, 10 (2), 111-122.
- BERRY, L.L. e MIRABITO, A.M. (2010). Innovative Healthcare Delivery. *Business Horizons*, 53, 157-169.
- BRADY, M.K., KNIGHT, G.A., CRONIN JR., J.J., TOMAS, G., HULT, M., KEILLOR D. B. (2005). Removing the Contextual Lens: A multinational, multi-setting comparison of service evaluation models. *Journal of Retailing*, 81 (3), 215-230.
- CASEMIRO, L. (2018). Planos de saúde perdem mais de 3 milhões de usuários em 3 anos. *O Globo*, 25 jan.
- DAGGER, T.S., SWEENEY, J.C. (2006). The Effect of Service Evaluations on Behavioral Intentions and Quality of Life. *Journal of Service Research*, 9 (1), 3-18.
- FADEL, M.A.V.; RÉGIS Filho, G.I. (2009). Percepção da Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, 43(1), 7-22.
- HAIR Jr., J.F.; HULT, T.M.; RINGLE, C.M.; SARSTEDT, M. (2014). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles: Sage.
- HAYES, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A regression-based approach*. New York, The Guilford Press.
- KERLINGER, F.N. (1980). *Metodologia da pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo: EPU.
- MELO, J.M.G.N., MACEDO, S.T.G.F., GRAÇA FILHO, J.O.F. (2016). Satisfação e Lealdade dos Clientes de Clínicas Médicas Populares. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 13 (2), 67-81.
- MENIGUCCI, T.M.G (2014). História da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21 (1), 77-92.
- OLIVEIRA, D.C.; SILVA, L.L. (2010). O que Pensam os Usuários sobre a Saúde: representação social do Sistema Único de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 18(1), 14-28.
- OSTROM, A.L., BITNER, M.J., BROWN, BURKHARD, S.W., GOUL, M., SMITH-DANIELS, V., DEMIRKAN, H., RABINOVICH, E. (2010). Moving Forward and Making a Difference: Research priorities for the Science of Service. *Journal of Service Research*, 1 (13), 4-36.
- OSTROM, A.L., PARASURAMAN, A., BOWEN, D.E., PATRICIO, L., VOSS, C. (2015). Service Research Priorities in a Rapidly Changing Context. *Journal of Service Research*, 18 (2), 127-159.
- PARASURAMAN, A; ZEITHAML, V. A; BERRY, L. L. (1988). Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1), 12-40.
- SWEENEY, J.C.; DANAHER, T.S.; MCCOLL-KENNEDY, J.R (2015). Customer Effort in Value Cocreation Activities: Improving quality of life and behavioral intentions of health care customers. *Journal of Service Research*, 18 (3), 318-335.
- URDAN, A.T. (2001). A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *Revista de Administração de Empresas*, 41 (4), 44-55.
- URDAN, A.T., RODRIGUES, A.R (1999). O modelo do índice de satisfação do cliente norte-americano: um exame inicial no Brasil com equações estruturais. *Revista de Administração Contemporânea*, 3 (3), 109-130.