

**Serviços de Saúde e o Bem-Estar da Baixa Renda - Aplicação do Modelo de Brady et al. 2005****LILIAN TELLINI**UNINOVE – Universidade Nove de Julho  
liliantell32@gmail.com**ANDRÉ TORRES URDAN**UNINOVE – Universidade Nove de Julho  
andre.torres@uni9.pro.br**FLÁVIO SANTINO BIZARRIAS**Universidade Nove de Julho  
flavioxsp@hotmail.com**MARCELO MOLL BRANDÃO**Universidade Nove de Julho  
mollmkt@gmail.com



## **SERVIÇOS DE SAÚDE E O BEM ESTAR DA BAIXA RENDA – APLICAÇÃO DO MODELO DE BRADY ET AL. 2005**

### **Resumo**

No mundo, serviços se tornam mais presentes a cada dia e segue em plena ascendência. Paralelamente ao crescimento, emergem indagações sobre o impacto deles nas pessoas, em especial no Bem-Estar dos consumidores. Nessa linha sobressaem os serviços para os pobres, fonte de bastante debate, na expectativa de alguma melhoria de vida para essa ampla e sofrida população. Um serviço de alto impacto no consumidor são os de saúde, ainda mais na baixa renda, dada a dificuldade para acessá-los, que resulta da carência de recursos financeiros. Identificando-se a relação entre as variáveis independentes Sacrifício, Valor e Qualidade percebidos, Satisfação com serviço de saúde com a variável dependente Bem-Estar, utilizou-se do Modelo de Brady et al. (2005) a fim de entender a relação junto aos usuários dos serviços de saúde público, pertencentes à baixa renda por meio de uma amostra de 228 respondentes, oriundos das quatro regiões da cidade de São Paulo. Com base nas escalas dos conceitos envolvidos, desenvolveu-se um modelo conceitual, analisado por meio de modelagem de equações estruturais (MEE) com utilização da técnica dos mínimos quadrados parciais (PLS). Os resultados demonstraram que a Satisfação com serviços de saúde tem impacto positivo no Bem-Estar da população de menor poder aquisitivo, e consequentemente pode colaborar para a melhoria do Bem-Estar dessa população. Ainda se confirmou que os antecedentes Valor e Qualidade percebida são fundamentais para o resultado final. Evidenciou-se que a qualidade percebida é o fator de maior impacto nas relações.

**Palavras-chave:** Serviço de Saúde, Baixa renda, Valor, Qualidade Percebida, Bem-Estar

### **Abstract**

In the world, services become more present every day and continues in full ascendancy. Parallel to growth, there are questions about their impact on people, especially on consumer welfare. In this line the services for the poor stand out, source of much debate, in the expectation of some improvement of life for this wide and suffered population. A service with a high impact on consumers is health, especially in low income, given the difficulty to access them, which results from the lack of financial resources. Identifying the relationship between independent variables perceived sacrifice, value and quality, satisfaction with health service with the dependent variable Welfare, was used the Model of Brady et al. (2005) in order to understand the relationship among low-income users of public health services through a sample of 228 respondents from the four regions of the city of São Paulo. Scales of the concepts involved were used, and a conceptual model was developed, using structural equation modeling (SEM) using the partial least squares (PLS) technique. The results showed that the satisfaction with health services has a positive impact on the well-being of the population with lower purchasing power, and consequently can collaborate to improve the well-being of this population. It was also confirmed that the antecedents value and perceived quality are fundamental to the final result. It was evidenced that the perceived quality is the factor of greatest impact in the model tested.

**Keywords:** Health Service, Low Income, Value, Perceived Quality, Wellbeing



## 1. Introdução

No mundo, serviços se tornam mais presentes a cada dia e segue em plena ascendência (Ostrom et al., 2010). Paralelamente ao crescimento, emergem indagações sobre o impacto deles nas pessoas, em especial no Bem-Estar (Bitner & Brown, 2008). Acredita-se que os serviços têm o potencial de colaborar para uma melhoria de vida para a população de baixa renda (Anderson et al., 2013).

A baixa renda implica necessidades insatisfeitas e muitas dessas são básicas, como as de alimentação, educação e saúde (Prahalad, 2010). Se é premente investigar os serviços com foco na baixa renda (Gebauer & Reynoso, 2013), os de saúde são mais relevantes, ante a dificuldade para acessá-los, que resulta da carência de recursos financeiros (Prahalad, 2010). Serviços para o segmento de baixa renda tem caráter específico, e exige pesquisas, como requisito para estudar uma forma de melhorar o Bem-Estar dessas pessoas (Ostrom, Parasuraman, Bowen, Patricio & Voss, 2015).

No Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ser dever do Estado (Gouveia, 2004). Embora o SUS tenha sido idealizado com base nos princípios de equidade, descentralização, integralidade e universalidade garantindo por lei que o acesso a serviços de saúde seja para qualquer cidadão no território brasileiro, independentemente de sua condição financeira (Barbosa, 2013), espera-se que as pessoas da baixa renda se dirijam sobretudo ao sistema público. Esse movimento tende a agravar com a crise recente e o aumento nas demissões, fazendo com que os usuários percam o plano de saúde privado oferecido pelo empregador, ou ainda, por conta da diminuição da renda.

Acredita-se que esse aumento de demanda para o serviço público, impacte na experiência da clientela dos serviços de saúde e, dessa forma, urge estudar a satisfação com os serviços de saúde, e analisar potenciais impactos no Bem-Estar (Sweeney, Danaher & McColl-Kennedy, 2015). O conceito de Bem-Estar é subjetivo, associado a qualidade de vida e relacionado aos afetos positivo e negativo do indivíduo em relação às situações, sendo um indicador subjetivo de felicidade (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) e tendo como dimensão principal a satisfação com a vida (Diener & Diener, 1995). Daí surge a necessidade de modelos de avaliação de serviços, com foco na satisfação e no Bem-Estar.

O estudo de Brady, Knight, Cronin Jr., Tomas, Hult e Keillor (2005), apresentou um comparativo de quatro tipos de modelo de avaliação de serviços, os quais foram testados, por meio de survey aplicadas a consumidores de serviços de cinco países distintos - Austrália, Honk Kong, Marrocos, Holanda e Estados Unidos - a dois tipos distintos de consumidores, de restaurantes de fast-food e varejo (nos cinco países) e empresas aéreas e de serviços médicos (nos Estados Unidos). No qual, os efeitos das variáveis independentes sacrifício, qualidade e valor percebido têm impacto na intenção comportamental e são mediados pela satisfação. Por conclusão os autores apresentaram como mais robusto para avaliação de serviços o modelo que avaliava especificamente os construtos de sacrifício, qualidade em serviço, valor percebido e satisfação, esses tendo impacto na variável dependente intenção comportamental.

Dessa forma, o objetivo desse estudo é analisar, por meio da aplicação do modelo de Brady et al. (2005), se a satisfação com serviços de saúde impacta na variável dependente utilizada nesse estudo, Bem-Estar, com foco em uma amostra da população de baixa renda da cidade de São Paulo.

## 2. Referencial Teórico

Neste tópico é revista a literatura que embasa os conceitos e as relações formadoras desse estudo. A primeira seção aborda serviços de saúde. A seguinte apresenta a definição de



baixa renda e na sequência abordam-se os construtos sacrifício, valor percebido, qualidade, satisfação com serviços de saúde e Bem-Estar. O capítulo culmina com a apresentação do modelo conceitual de hipóteses.

## 2.1 Serviços de Saúde

Serviços, úteis em diversas áreas, têm se tornado uma ciência (Ostrom et al., 2010). Destacam-se os serviços de saúde pela ligação entre serviços e Bem-Estar, pois esse conceito está diretamente ligado à felicidade subjetiva das pessoas com sua vida (Diener et al., 1995). Sua utilidade se estende além da interação, dado sua capacidade de apresentar resultados às vidas das pessoas (Ostrom, et al., 2015). A saúde do ser humano é um interesse de longa data a pesquisadores, que exploram o potencial transformador dos serviços de saúde com o objetivo de melhorar a saúde individual (Anderson et al., 2013).

Serviços de saúde se distinguem pela diversidade de serviços que são cobertos em termos de cuidados com o consumidor, pois envolvem prevenção e tratamento de doença e cada vez mais, cuidados de saúde e inclui atenção para aspectos mais amplos de Bem-Estar (Singh, 2008). A entrega de serviços de saúde é uma forma relativamente pura de serviço (Sing, 1991). Para ser eficaz o serviço de saúde precisa ser adaptado aos pacientes de forma individualizada (Berry & Mirabito, 2010).

Serviços, inclusive de saúde, apresentam três características: (a) intangibilidade, (b) inseparabilidade do prestador com o consumidor, pois serviços tendem a ser produzidos e consumidos simultaneamente, sem estocagem; (c) participação do cliente, pois serviços de saúde têm uma ligação relativamente estreita com todos os procedimentos recebidos (Singh, 1991). Para a população da baixa renda, os serviços de saúde representam cuidados básicos pois doenças surgem primeiramente na população com saúde precária que não tem condições de acesso à serviços básicos de saúde (Bhatnagar & Grove, 2014).

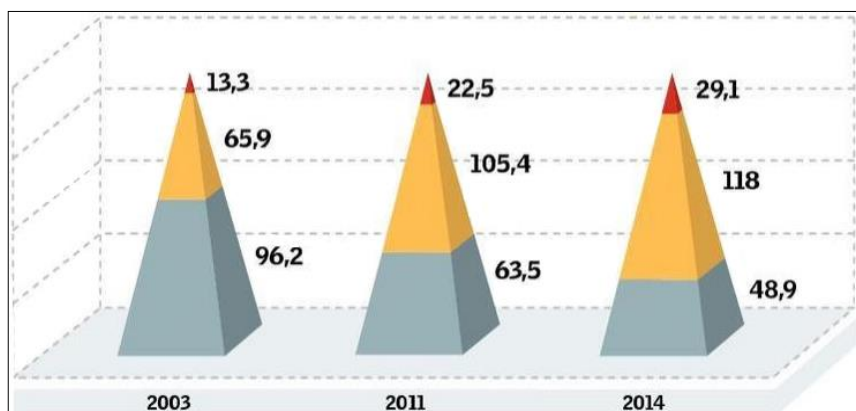
## 2.2 Baixa Renda

Em todo o mundo, a baixa renda, ou base da pirâmide econômica, ainda apresenta divergências no que tange a renda dessa população. Prahalad e Hart (2002), quando cunharam o termo *Bottom of the Pyramid*, nela consideraram pessoas com menos de US\$2 por dia. De um modo geral, acredita-se que dois terços da população mundial vivam com menos de nove dólares por dia (Fisk et al., 2016).

No Brasil persiste essa indefinição em relação à renda que determina a população de baixa renda. A corrente principal afirma que a baixa renda brasileira é composta pelas classes C, D e E. Entretanto, sempre houve grande divergência entre a renda de cada classe, principalmente a C. De acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2010), a renda média familiar estaria entre R\$ 933 e R\$ 1.391. Já para Marcelo Neri (Centro de Políticas Sociais – FGV, 2008) essa renda estaria entre R\$ 1.115 e R\$ 4.807. Nos últimos anos, no período de 2003 a 2010, houve no país uma considerável ascensão de pessoas da classe baixa para a classe média, e essa se mantém como a maioria da população (Neri, 2012).

Apesar dessa ascensão, no estrato mais baixo da pirâmide de renda em nosso país, ainda se mantém 27% da população nacional. A Figura 1 apresenta a distribuição das classes Socioeconômicas no Brasil entre 2003-2014 evidenciando o aumento de pessoas na classe C e a diminuição do número de pessoas nas classes D e E.

Dada a necessidade em várias áreas, entre elas de saúde, Fisk et al. (2016) apresentam a baixa renda como um campo fértil para pesquisas, e ainda apontam que novos caminhos podem ajudar a aliviar a pobreza, ao incluir-se um grande número de pessoas nos sistemas de serviços, e ainda criar oportunidades de mercado. Em muitos casos, a população da Baixa Renda vê-se compelida a fazer algum tipo de sacrifício para usufruir dessas oportunidades.



**Figura 1** Distribuição das Classes Socioeconômicas no Brasil entre 2003-2014

Fonte: Neri, 2012.

### 2.3 Sacrifício

Sacrifício é aquilo que é oferecido em troca do que se quer adquirir, seja um produto ou serviço, para obtenção de benefícios (Heskett, Sasser & Hart, 1990; Zeithaml, 1988). O Sacrifício representa a percepção dos consumidores em relação aos preços (monetário e não monetário) associado à aquisição e uso de um serviço (Cronin Jr. et al., 2000). Os sacrifícios percebidos incluem custos monetários e não monetários de uma experiência de serviço (Boksberger & Melsen 2011).

No que tange a modelos de avaliação de serviços nos quais a satisfação é o construto principal, como uma das variáveis independentes do modelo, o sacrifício é especificado como antecedente do valor percebido (Brady et al., 2005). Leclerc e Schmitt (1999) argumentam que sacrifícios influenciam indiretamente o valor percebido, porém no modelo de Brady et al. (2005) essa influência é direta, e o construto sacrifício é antecedente do construto valor percebido. Parte daí a primeira hipótese desse estudo:

**H1:** O Sacrifício afeta positivamente o Valor percebido.

### 2.4 Valor Percebido

Especialmente em serviços, o valor percebido vai muito além do valor econômico e está pautado na experiência que o cliente tem na interação com o serviço recebido pelo prestador (Voss et al., 1998). O valor de um serviço é determinado pela diferença ou razão entre perdas e ganhos e também a diferença/razão entre os benefícios recebidos e os sacrifícios feitos (Brady et al., 2005). É uma combinação de custos monetários e não monetários percebidos que equivale ao sacrifício percebido pelos consumidores, o que, por sua vez, afeta sua percepção do valor do serviço (Boksberger & Melsen, 2011). Comumente o consumidor avalia o valor de algo visível, e em serviços de saúde a maioria dos resultados é invisível; isso dificulta em reconhecer o valor de tais serviços, salvo em doenças mais graves (Sweeney et al., 2015).

Em serviços de saúde, o valor percebido está intrinsecamente ligado à percepção do cliente, o que ele entende por benefício recebido, que o melhorou (Berry & Bendapudi, 2007), embora seja “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).

Urdan e Rodrigues (1999, p.112) definem valor percebido como “o nível percebido de qualidade do produto em relação ao preço pago”. O valor percebido em serviços de saúde, pode





se ligar à cura de doenças à prevenção dessas, sendo essa segunda mais difundida hoje, dado seu custo mais baixo para os governos e operadoras de serviços de saúde (Berry & Mirabito, 2010). Visto a importância do valor percebido pelo usuário, acredita-se que esse construto possa ter impacto na relação entre a satisfação e o Bem-Estar. Surge então, a segunda hipótese a ser testada nesse estudo:

**H2:** O Valor percebido afeta a relação entre Satisfação com serviços de saúde e o Bem-Estar.

## 2.5 Qualidade

Urdan (2001, p.46) define que “[...] a qualidade de serviços de cuidado à saúde 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”. Ou seja, a exigência de qualidade em serviços de saúde é tão alto como em outras áreas pois em todas, o conceito de qualidade abrange a avaliação da diferença entre a expectativa pelo serviço e a experiência por ele proporcionada. Neto e Malik (2012, p.328) definem qualidade em saúde como “atender (ou superar) as expectativas dos cliente, é aquilo pelo que se está disposto a pagar, é diminuir o risco para os pacientes, é sentir-se bem tratado”.

Qualidade percebida em serviços de saúde é o reconhecimento do esforço em se fazer certo no momento em que é necessário e adequado para o usuário (Pedroso & Malik, 2012). Para analisar a qualidade em serviços de saúde é necessário ter em mente três categorias: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988). A estrutura está relacionada ao ambiente físico em que o serviço é prestado, o processo refere-se aos procedimentos adotados pelos profissionais que prestam o serviço e o resultado é a consequência dos serviços prestados ao paciente. No modelo de Brady et. al (2005) que embasa esse estudo a qualidade em serviço é especificada como antecedente do valor, e ainda tem influência na satisfação com serviços de saúde. Dessa forma se estabelece a Hipótese H3 para testar essa relação:

**H3:** A Qualidade Percebida afeta positivamente o Valor Percebido.

## 2.6 Satisfação com serviços de Saúde

Satisfação do cliente é a experiência resultante após um encontro entre fornecedor e cliente, relacionada a serviço ou a bens que os clientes precisam e querem (Oliver, 1993) ou até esperam de um serviço (Zeithaml & Berry, 2003). Em serviços de saúde, a satisfação do consumidor é uma avaliação cognitiva de uma vasta gama de atributos explícitos no tratamento recebido, para além de uma disposição emocional geral, durante um episódio de serviços (Singh, 1991). Um dos motivos que dificulta a satisfação em serviços de saúde é o fato de que as pessoas os utilizam quando estão com a saúde debilitada. Isso torna os serviços, embora necessários, não tão queridos (Berry & Mirabito, 2010). O consumidor aí não tem vontade de usá-lo involuntariamente e o utiliza por necessidade; isso dificulta tanto a avaliação da satisfação quanto atingi-la (Berry & Bendapudi, 2007).

Um agravante do serviço de saúde é que, se mal prestado, pode causar a morte do cliente e esse risco está intrinsicamente ligado à avaliação da qualidade do serviço e também à satisfação do consumidor de serviço de saúde (Akhade, Jaju & Lahke, 2013). Visto que a satisfação está intrinsicamente ligada à qualidade percebida no serviço recebido, surge a Hipótese 4, para testar o papel da qualidade percebida como antecedente da satisfação:

**H4:** A Qualidade percebida afeta positivamente a Satisfação com serviços de saúde.



## 2.7 Bem-Estar

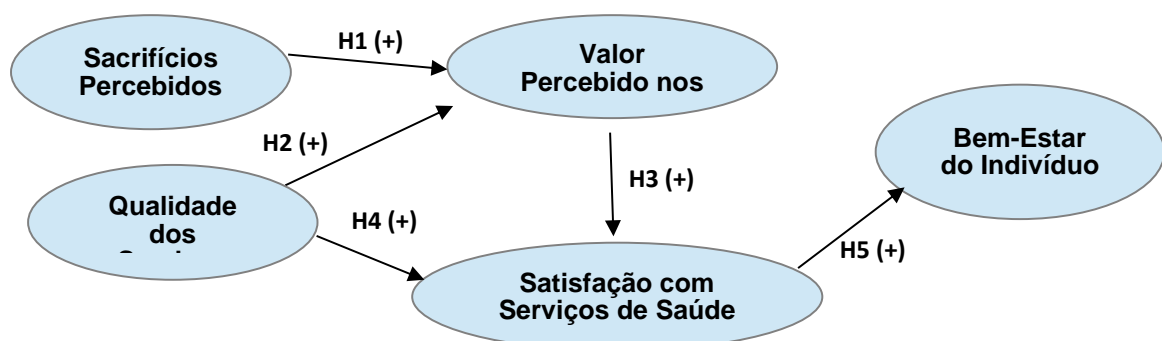
O termo Bem-Estar foi concebido para significar o “nível” da qualidade de vida – ou seja, a medida em que prazer e satisfação caracterizam a existência humana e a medida em que as pessoas podem evitar as mazelas da vida que impedem de ter uma vida boa e prazerosa (Andrews, 1974). Mas, devido sua amplitude, o Bem-Estar tem sido estudado em várias frentes e definições têm sido diversificadas e mais recentemente relaciona-se como sinônimo do conceito de felicidade (Sirgy et al., 2006) e satisfação com a vida (Diener & Diener, 1995).

O Bem-Estar pode estar relacionado à várias condições dos indivíduos 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) e em todos os casos manifesta-se como um estado de contentamento gerado nos indivíduos (Diener et al., 1999). Nesse estudo o Bem-Estar está sendo estudado relacionando-se à satisfação com serviços de saúde.

Anderson et al., (2013) destacam o papel de serviços para aumentar o Bem-Estar das pessoas e da sociedade. Anderson e Ostrom (2015) presenciaram notável necessidade de pesquisas adicionais com foco no Bem-Estar em contextos de pobreza, pois, segundo as autoras, devido à falta de recursos, essas pessoas se tornam vulneráveis à execução de serviços, e esses podem além de criar demandas para muitos outros serviços, são capazes de envolver essas pessoas em ambientes de serviços pois as experiências podem impactar no Bem-Estar por meio de recursos e outras alternativas.

O acesso a serviços de saúde para consumidores de baixa renda, pode contribuir significativamente para a melhora do Bem-Estar dessa sofrida população (Prahalad, 2010). Dado o impacto que serviços de saúde tem na população, especialmente na de baixa renda, (dependente do sistema público), acredita-se que à medida que a população tenha acesso a serviços de saúde, isso possa melhorar o seu Bem-Estar. Vislumbrando a importância do relacionamento entre serviços e Bem-Estar, entende-se que uma das formas de aumentar o Bem-Estar por meio de serviços de saúde, esteja relacionado com a satisfação. Dessa forma, esse estudo pretende avaliar se a satisfação com serviços de saúde impacta no Bem-Estar. Para isso, formula-se a Hipótese 5 a ser testada:

**H5:** A satisfação com serviços de saúde afeta positivamente o Bem-Estar.



**Figura 2 – Modelo conceitual do estudo**

Elaborado pelos autores



### 3. Metodologia

O presente estudo pode ser caracterizado como quantitativo, descritivo, e também explicativo, pois visou observar as relações de fenômenos, apontar seus funcionamentos, e ainda estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis (Malhotra, 2009). Buscou-se o desenvolvimento conceitual do construto Bem-Estar, quando esse foi aplicado ao modelo de Brady et al. (2005) e foi assim relacionado com outras variáveis em um ambiente de serviços de saúde. Dado que não se buscou comparar amostras ao longo do tempo, ou em tempos diferentes, esse estudo se classifica como transversal, pois procurou observar um específico momento embasado na teoria e nos objetivos propostos (Malhotra, 2009).

Como o objetivo principal do estudo foi analisar a relação entre variáveis, se utilizou levantamento (Coopler & Schindler, 2003), com aplicação de questionário. De acordo com Freitas et al. (2002, p.105) “a pesquisa *survey* pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, por meio de um instrumento de pesquisa, normalmente um questionário”. Essa pesquisa não foi experimental, pois não teve a preocupação de manipular o ambiente nem as variáveis independentes para verificar mudanças nas variáveis dependentes (Kelinger, 1980).

Foi utilizada a Modelagem de Equações Estruturais (MEE), por ser um método confirmatório orientado principalmente pela teoria, mais do que por resultados empíricos, com a possibilidade de trabalhar múltiplas regressões em um só modelo (Hair Jr. et al., 2005). Nota-se um relativo aumento no interesse do uso da MEE para a análise de dados de modelos nos quais sejam necessários comportar várias regressões simultaneamente, pois além da análise dos dados em si, ainda possibilita testes de modelos teóricos, como o de Brady et. al. (2005), que embasa esse trabalho. Foi utilizado o software de MEE baseado em variância, o SmartPLS (Ringle & Wende, 2005). Este software foi obtido gratuitamente no site [www.smartpls.de](http://www.smartpls.de), e permitiu a realização de diversos testes estatísticos com abordagem metodológica de modelagem de equações estruturais.

#### 3.1 Plano amostral

Esse estudo foi feito com usuários de unidades básicas de saúde - entidades públicas - pertencentes à baixa renda da cidade de São Paulo. O critério estabelecido foi apenas serem usuários e responderem logo após a prestação dos serviços nas respectivas clínicas. As unidades de saúde foram escolhidas aleatoriamente nas quatro regiões da cidade de São Paulo, totalizando a coleta em quatro clínicas. Devido ao fato de todos serem usuários dos serviços de saúde oferecidos por tais clínicas, acredita-se que a amostra foi homogênea pois nenhum dos entrevistados teriam vieses relacionado a alguma clínica específica (Kerlinger, 1980).

#### 3.2 Característica da população e da amostra

Baixa Renda na população brasileira se caracteriza por pessoas que possuam renda familiar mensal de até três salários mínimos. Essa renda refere-se à somatória dos rendimentos de todos os membros de uma mesma família, habitantes na mesma residência obtidas em um mês. Essa é a política governamental para a inclusão em programas sociais do governo federal, para concessão de benefícios à população de Baixa Renda, através do Decreto n. 6.135, de 26 de junho de 2007, no Art.4, inciso II, parte B. Esse trabalho se apropriou desse conceito para definir sua população. Ao utilizar o termo baixa renda se referiu às pessoas com renda familiar mensal máxima de até R\$ 2.640,00. De acordo com o IBGE (2014), compõe esse estudo as classes C, D e E.

A amostra foi formada por usuários de serviços de saúde de unidades básicas de saúde. Os sujeitos foram abordados diretamente, ao deixarem as respectivas clínicas para que respondessem ao questionário logo após o final do atendimento. Ao início do questionário foram inseridas perguntas filtro,





para que somente os questionários dos respondentes que atendam ao especificado anteriormente como objeto de pesquisa fossem inseridos na análise.

Para o cálculo do tamanho da amostra apropriou-se do conceito de Freitas et al. (2000, p.107) que estabelece que “as chances de obtenção de valores ou resultados alinhados com a realidade aumentam consideravelmente com 100 observações e são ainda melhores com 300”. Por isso a amostra deste estudo foi definida na coleta de 300 questionários.

### 3.3 Caracterização das clínicas

As unidades de saúde públicas cujos pacientes foram abordados, para a coleta de dados, estão situadas nos bairros de Americanópolis (Zona Sul), Artur Alvim (Zona Leste), Mandaqui (Zona Norte) e Perus (Zona Oeste) representando as quatro regiões da cidade de São Paulo. São todas unidades de saúde chamada Integrada, pois além dos serviços prestados como clínica médica de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) têm o Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), que faz atendimentos mediante agendamentos e o atendimento específico dos pacientes abrangidos pelo Programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Todos os atendimentos efetuados nessas unidades de saúde são caracterizados como serviços primários, focado nos atendimentos de baixa complexidade. Os casos identificados como média e alta complexidade são encaminhados para hospitais da rede pública ou clínicas conveniadas ao SUS.

### 3.4 Elaboração do questionário utilizado

No questionário foram utilizados testes e escalas objetivas já validadas por estudos anteriores. Segundo Kerlinger (1980, p. 351) teste é “um procedimento sistemático em que se apresenta aos indivíduos um conjunto de estímulos construídos, chamados itens, aos quais eles respondem de uma forma ou de outra”. Esses testes existem para permitir que se possa estipular notas a serem dadas a atributos e características que cada indivíduo possui, para se estimar o quanto o indivíduo tem daquilo, e o quanto ele conhece do que está sendo testado. Já as escalas inicialmente são como os testes, contudo “[...] essas são construídas de forma que números diferentes possam ser atribuídos a sujeitos diferentes para indicarem quantidades diferentes da propriedade ou atributo em mensuração” (Kerlinger, 1980, p. 351).

A conferência do instrumento de coleta foi feita por meio de tradução comum e também reversa. Um especialista fez a confirmação das traduções das escalas feita inicialmente pela pesquisadora e outro especialista fez a tradução reversa para validação do instrumento. A escala de Bem-Estar (satisfação com a vida) não teve necessidade de tradução, visto que os próprios autores (Diener et al., 1985) disponibilizam a escala original traduzida para vários idiomas, inclusive em português, no site da Universidade de Illinois (<http://internal.psychology.illinois.edu/~eediener/SWSL.html>).

O questionário era formado por 26 itens, utilizando de escala tipo *Likert* de 5 pontos que variam de 1 “Você discorda totalmente” e 5 “Você concorda totalmente”. Justifica-se o uso da escala tipo *Likert* dada a necessidade de uma maior quantidade de pontos possível em uma escala, para que se possa, medir com uma boa amplitude, dando a possibilidade de ter uma melhor captura da real situação do pesquisado, com a finalidade de desvendar se este tem mais ou menos de um fenômeno (Kerlinger, 1980; Zambaldi, Costa & Ponchio, 2014).

O instrumento continha uma pergunta aberta sobre idade e perguntas fechadas sobre o perfil do respondente – sexo – região - atendido ou não pelo ESF. Foi utilizada uma pergunta filtro sobre renda, que fez ser excluído da análise dos dados o respondente que não se enquadrou na baixa renda, alvo desse estudo. Questionários em que o respondente assinalou renda acima de R\$ 2.641,00 foram desconsiderados.



A pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil em ([www.plataformabrasil.org.br](http://www.plataformabrasil.org.br)) e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de nossa atuação, com parecer aprovado, por atender às diretrizes relacionadas aos aspectos éticos e legais da resolução 466/2012 que normatizam pesquisas com seres humanos.

### 3.5 Pré-Teste do questionário

Foi realizado um pré-teste do questionário com o intuito de observar as dificuldades do entrevistado e avaliar de maneira prévia os possíveis resultados estatísticos. Todos os aprendizados desse pré-teste serviram de base para melhoria do instrumento de coleta final. Nos 15 respondentes desse Pré-Teste, quanto à idade, metade estava na faixa etária de 15 a 40 anos e a outra metade de 41 a 67. Em termos de renda, 77% dos respondentes tinham faixa de R\$ 1.301,00 à R\$ 1.800,00 mensal. Quanto ao sexo, a incidência foi de 75% de mulheres.

### 3.6 Coleta de Dados

Após a definição do questionário, a próxima etapa foi a elaboração dos procedimentos de coleta de dados. O universo da pesquisa foi o setor de serviços de saúde focados na baixa renda da população da cidade de São Paulo, sendo as clínicas pesquisadas no âmbito público. Os questionários foram impressos e aplicados pessoalmente aos usuários de serviços de saúde nas imediações das clínicas escolhidas. O período de coleta foi entre os dias 26 de dezembro de 2016 e 31 de janeiro de 2017. Os entrevistadores (sendo uma a pesquisadora principal e outro ajudante) ficaram nas imediações das saídas das respectivas clínicas abordando os usuários que saíssem. No total, os questionários foram aplicados em 4 clínicas. As unidades de saúde pública estão localizadas nas quatro regiões da Cidade de São Paulo (Norte, Sul, Leste e Oeste).

### 3.7 Análise dos Dados

Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de Modelagem de Equações Estruturais (MEE) com uso do método dos Mínimos Quadrados Parciais (PLS) com base em uma matriz de correlação, caso não ocorra a normalidade dos dados (Chin, 1998; Hair et. al., 2014), a partir da utilização do *software* SmartPLS2.0 (Ringle, Wende & Will, 2005). Para as análises estatísticas descritivas e testes multivariados, utilizou-se do *software* SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21. Estabeleceu-se critérios para a validade e confiabilidade e ajustes do modelo. Para a confiabilidade foram observados indicadores de consistência interna e a confiabilidade composta através dos indicadores *alpha* de Cronbach (valores entre 0,6 e 0,7) que assume que todos os indicadores são igualmente confiáveis, por sua vez, a Confiabilidade Composta (valores entre 0,7 e 0,9) é uma medida mais conservadora e menos sensível a quantidades reduzidas de indicadores. Em relação à validade buscou-se identificar a validade convergente e discriminante. Em seguida, observou-se a explicação do modelo com auxílio do coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e outros indicadores de qualidade de ajuste para cada um dos modelos. Para a validade convergente utilizou-se da Variância Média Extraída (AVE) que observa a medida em que as variáveis do modelo são explicadas, à medida que se correlacionam positivamente com outras medidas de mensuração do mesmo construto e quando analisadas em conjunto buscam explicá-lo. Para isso, verificou-se a carga fatorial de cada item para que ficasse acima de 0,708, onde considera-se que os valores menores desde que a explicação geral do construto alcance 50%. Na validade discriminante que corresponde à medida em que os construtos estão diferentes, ou seja, aquilo que de fato se pretende mensurar, utilizou-se o critério de *Fornel-Lacker* que estima a raiz quadrada da AVE do construto, para que esta seja superior a qualquer correlação deste com outros construtos do modelo e ainda, a correlação dos itens como sendo maior sem suas dimensões do que sua correlação com os outros construtos com auxílio da técnica do *Crossloadings* (Hair Jr et al., 2014)



Para ajuste do modelo foi observada a significância das relações entre as variáveis utilizando-se da técnica de *bootstrapping* (ou reamostragem) por meio do teste t de *student* com critério de aceitação a 5% ( $t \geq 1,76$ ,  $p \leq 0,05$ ). Foram observados também os indicadores de Stone-Geisser para validade preditiva ( $Q^2$ ), e indicador de Cohen ( $f^2$ ) que observa o tamanho do efeito do construto no modelo (Hair et al., 2014). O  $Q^2$  deve ser maior que zero, e o  $f^2$  possui como parâmetros 0,02, 0,15 e 0,35 para indicadores de baixo, médio e alto efeitos respectivamente. Também foi considerado o índice de adequação do modelo (*Goodness of Fit*, GoF), obtido por meio da média geométrica entre o  $R^2$  médio e a AVE média. Nas Ciências Sociais Aplicadas este indicador é considerado adequado, estando acima de 0,36 (Hair et al., 2014). A Tabela 1 apresenta a síntese dos padrões de ajuste que foram utilizados.

**Tabela 1 - Síntese dos ajustes do modelo estrutural no SmartPLS**

Indicador	Propósito	Valores referenciais/ critério
1.1 AVE	Validade convergente	AVE > 0,50
1.2 Cargas cruzadas	Validade discriminante	Valores das cargas maiores nas variáveis latentes originais do que em outras
1.2 Critério de Fornell e Larcker – Correlação Desatenuada	Validade discriminante	Compara-se as raízes quadradas dos valores das AVEs de cada construto com as correlações (de Pearson) entre os construtos (ou variáveis latentes). As raízes quadradas das AVEs devem ser maiores que as correlações dos construtos.
1.3 Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta	Confiabilidade do modelo	AC > 0,70 CC > 0,70
1.4 Teste t de Student	Avaliação das significâncias das correlações e regressões	$t \geq 1,96$ ou 5% ( $t \geq 1,79$ , $p \leq 0,05$ )
2.1 Avaliação dos Coeficientes de Determinação de Pearson ( $R^2$ )	Avaliam a porção da variância das variáveis endógenas, que é explicada pelo modelo estrutural.	Na Ciências Sociais e comportamentais, $R^2=2\%$ é classificado como efeito pequeno, $R^2=13\%$ como efeito médio e $R^2=26\%$ como efeito grande.
2.2 Tamanho do efeito ( $f^2$ ) ou Indicador de Cohen	Avalia-se quanto cada construto é útil para o ajuste do modelo	Valores de 0,02, 0,15 e 0,35 são considerados pequenos, médios e grandes, respectivamente.
2.4 Validade Preditiva ( $Q^2$ ) ou Indicador de Stone-Geisser	Avalia a acurácia do modelo ajustado	$Q^2 > 0$
2.5 <i>Goodness of Fit</i> (GoF)	É um escore da qualidade global do modelo ajustado	GoF > 0,36 (adequado)
2.6 Coeficiente de Caminho ( $\Gamma$ )	Avaliação das relações causais	Interpretação dos valores à luz da teoria

Fonte: Hair et al., 2014

#### 4. Análise dos Resultados

Na amostra, todos são usuários de serviços de saúde e responderam ao questionário após a prestação do serviço na respectiva clínica. Foram coletados 320 questionários impressos, sendo aceitos para compor o banco de dados desse estudo, 228 questionários. Em relação à frequência de renda familiar, a maior concentração de renda está na faixa de R\$ 881,00 a R\$ 1.300,00. A Tabela 2 apresenta a distribuição.



Em relação ao gênero dos respondentes constatou-se que 64% (146 respondentes) eram do sexo feminino e 36% (82 respondentes) do sexo masculino. Em relação à idade dos respondentes, houve grande variação, sendo a menor idade constatada 15 e a maior 82 anos.

Tabela 2 – Distribuição de frequência de renda familiar dos usuários

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
R\$ 220,00 a 440,00	13	5,7	5,7	5,7
R\$ 441,00 a 880,00	34	14,9	14,9	20,6
R\$ 881,00 a 1.300,00	81	35,5	35,5	56,1
R\$ 1.301,00 a 1.800,00	60	26,3	26,3	82,5
R\$ 1.801,00 a 2.640,00	40	17,5	17,5	100,0
Total	228	100,0	100,0	

Fonte: Elaborado pelos autores

#### 4.1 Análise estrutural multivariada

Aplicou-se a modelagem de equações estruturais (MEE). Foi utilizado o método de mínimos quadrados parciais (PLS) com base em matriz de correlação, dada a não ocorrência da normalidade dos dados (Chin, 1998; Hair Jr. et. al, 2013), considerando-se  $p < 0,05$  para distribuição não normal (Field, 2009). Utilizou-se o software SmartPLS 2.0 M3 (Ringle e Wende, 2010). O teste de normalidade dos dados coletados utilizado foi o Kolmogorov-Smirnov (KS), visto ser esse o indicado para amostras superiores a 50 casos, ao se verificar a normalidade dos dados (Hair, 2009).

Inicialmente buscou-se a estimação do modelo estrutural ( $N=228$ ), com todos os 26 itens dos construtos das escalas: **Satisfação com serviços de saúde (S)** (Dagger & Sweeney, 2006), **Qualidade percebida em Serviço (SQ)** (Brady, Knight, Cronin Jr., Tomas, Hult & Keillor, 2005), **Valor (VAL)** - (Brady, Knight, Cronin Jr., Tomas, Hult & Keillor (2005), **Sacrifício (SAC)** - (Brady, Knight, Cronin Jr., Tomas, Hult & Keillor, 2005), **Bem-Estar (WB)** – (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Foi testada a multicolinearidade por meio do Fator de Inflação da Variância (*Variantion Inflation Factor*, VIF), para verificar o grau de correlação entre as variáveis mensuradas das escalas. Considerou-se aceitos valores para VIF abaixo de 5 (Hair, 2010). Dessa forma, retirou-se do modelo a variável SQ6 “Os funcionários da clínica oferecem a atenção pessoal de que preciso. ”, pertencente à variável qualidade percebida em serviço, pois verificou-se nessa variável carga inferior ao valor apresentada em outra variável além dela mesma - VAL16 (0,7817). VAL16 carregava uma alta carga na variável qualidade em serviço. Apesar disso, manteve-se VAL16 pois apesar de uma grande carga na variável qualidade em serviço, ainda assim apresentou carga maior na sua própria variável latente, valor percebido.

Após a eliminação da variável para ajuste do modelo, estimou-se o modelo conceitual. Nesse momento verificou-se a Análise Convergente. Itens com carga abaixo de 0,708 deveriam ser eliminados, pois esses índices serão elevados ao quadrado, e, sendo inferior a esse número, teremos menos de 50% de explicação da variável. Observou-se os valores das cargas fatoriais “uma a uma”. Rodou-se novamente o PLS e conferiu-se os relatórios fornecidos pelo *software*, conforme indicado por Hair Jr. et al. (2014). Assim, o modelo estrutural proposto apresentou uma condição ideal, uma vez que todas as cargas são maiores que 0,70 e sugere-se na sequência a análise dos valores relativos a AVE.

Após, verificou-se a validade convergente, *Apha de Cronbach* (AC), Confiabilidade Composta (CC) e *Goodness of Fit* (GoF). A Validade Convergente (VC) é calculada por meio da Variância Média Extraída – AVE (*Average Variance Extracted*). Esta validade corresponde





à porção dos dados, em suas respectivas variáveis, para explicar quanto cada uma das variáveis observadas se correlaciona positivamente com seus respectivos construtos (Henseler, Ringle & Sinkovisc, 2009). A AVE maior que 0,5 entende-se que o modelo apresenta um resultado satisfatório, pelo critério de Fornell e Larcker (Hair Jr. et al., 2014). A Tabela 3 apresenta a raiz quadrada das AVE's na diagonal. Os dados indicam que as variáveis medem exatamente o que se propõe a medir ao apresentarem 1 em sua respectiva coluna. Esta informação, demonstrou que as variáveis analisadas explicaram mais de 50% o construto às quais pertencem.

**Tabela 3 - Raiz quadrada das AVEs**

	BEM-ESTAR	QUALIDADE EM SERVIÇO	SACRIFÍCIO	SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE	VALOR PERCEBIDO
BEM-ESTAR	1	0	0	0	0
QUALIDADE EM SERVIÇO	0,6239	1	0	0	0
SACRIFÍCIO	0,4067	0,4615	1	0	0
SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE	0,5926	0,6788	0,3531	1	0
VALOR PERCEBIDO	0,5747	0,6273	0,5895	0,483	1

Fonte: Elaborado pelos autores

Em seguida verificou-se a validade convergente, *Apha de Cronbach* (AC), Confiabilidade Composta (CC). Apresentam-se na Tabela 4 os valores dos indicadores de ajuste do modelo, a validade convergente e a confiabilidade.

**Tabela 4 - indicadores de ajuste do modelo, a validade convergente e a confiabilidade.**

Contrutos	AVE	Confiabilidade Composta	R quadrado	Alpha de Cronbach	Comunalidade	Redundância
BEM-ESTAR	0,6307	0,895	0,3511	0,8539	0,6307	0,2165
QUALIDADE EM SERVIÇO	0,6079	0,933	0	0,9191	0,6079	0
SACRIFÍCIO	0,7444	0,897	0	0,8262	0,7444	0
SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE	0,7107	0,9246	0,4662	0,8979	0,7107	0,3231
VALOR PERCEBIDO	0,6185	0,829	0,5078	0,712	0,6185	0,1973

Fonte: Elaborado pelos autores

Na sequência realizou-se o Teste *t Student* e dos Coeficientes de Caminho ( $\Gamma$ ). Testou-se a significância dos Coeficientes de Caminho ( $\Gamma$ ) para evidenciar a relação causal entre dois construtos (Hair Jr et al., 2014). Calculou-se o *t Student* entre as amostras iniciais de cada construto ou variável e suas respectivas amostras obtidas pelas técnicas de reamostragem (*bootstrapping*). Considerou-se significante valores acima de 5% ou 0,05, onde os construtos são relacionados e independentes. Analisou-se os valores *t Student* para cada relação (correlação) entre variáveis e construtos com o mesmo critério de interpretação dos valores quanto à significância e têm correlações e/ou coeficientes de caminho aceitáveis ou não. A Tabela 5 mostra os valores do Coeficiente de Caminho ( $\Gamma$ ), as reamostragens com *sample* de 500, Teste t, *p-value* e o resultado da relação causal estimado no modelo estrutural da base pública (SUS) na pesquisa.



Em relação às Hipóteses, a análise estrutural indicou caminhos significativos entre a maioria dos construtos do modelo como demonstrado na Tabela 18. A exceção foi a **H2**, onde se verificou que não foi confirmada, onde a análise estrutural não indicou caminhos significativos entre os construtos.

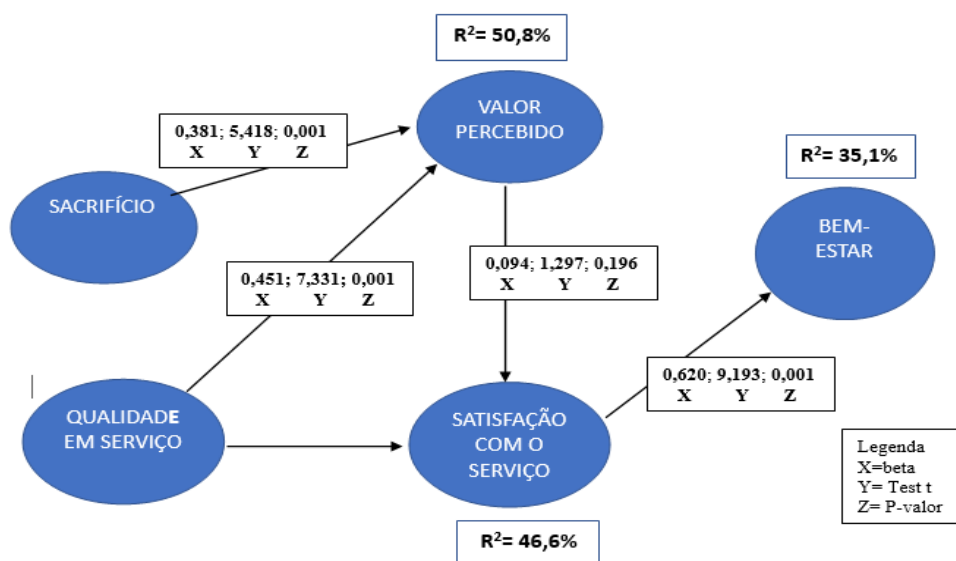
**Tabela 5 - Indicadores estruturais finais**

Amostra Pública (SUS)		n= 228					
Hipótese	Relações e grupos	Coefficiente original	Média das 500 subamostras	Erro padrão	Teste t	p-valor	Status
<b>H1</b>	SACRIFÍCIO → VALOR PERCEBIDO	0,381	0,382	0,070	5,418	0,001	<b>confirmada</b>
<b>H2</b>	VALOR PERCEBIDO → SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE	0,094	0,098	0,073	1,297	0,196	<b>não confirmada</b>
<b>H3</b>	QUALIDADE EM SERVIÇO → VALOR PERCEBIDO	0,451	0,453	0,062	7,331	0,001	<b>confirmada</b>
<b>H4</b>	QUALIDADE EM SERVIÇO → SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE	0,620	0,616	0,067	9,193	0,001	<b>confirmada</b>
<b>H5</b>	SATISFAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE → BEM-ESTAR	0,593	0,596	0,044	13,483	0,001	<b>confirmada</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

As relações entre as variáveis do modelo estrutural, são positivas e significantes, entre o Sacrifício e o Valor percebido ( $\Gamma = 0,381$ ,  $t_{(227)} = 5,418$ ,  $p\text{-value} < 0,001$ ), entre a Qualidade em serviço e o Valor percebido ( $\Gamma = 0,451$ ,  $t_{(227)} = 7,331$ ,  $p\text{-value} < 0,001$ ), entre a Qualidade em serviço e a Satisfação com o serviço ( $\Gamma = 0,620$ ,  $t_{(227)} = 9,193$ ,  $p\text{-value} < 0,001$ ), e entre Satisfação com o serviço e Bem-estar ( $\Gamma = 0,596$ ,  $t_{(227)} = 13,483$ ,  $p\text{-value} < 0,001$ ), confirmando as hipóteses **H1**, **H3**, **H4** e **H5**.

A relação entre o Valor percebido e a Satisfação com o serviço não demonstrou relação significativa ( $\Gamma = 0,094$ ,  $t_{(227)} = 1,297$ ,  $p\text{-value} > 0,001$ ), refutando a Hipótese **H2**. A Figura 3 apresenta o Modelo final, com os índices beta, Test t e P-Valor.



**Figura 3 – Modelo estrutural final**

Fonte: Elaborado pelos autores



O modelo estrutural ajustado, apresentou relações positivas e significantes ( $p < 0,1\%$  e  $t > 1,96$ ) entre quase todos os construtos, identificados pelo método de reamostragem, *bootstrap*, explicando **35,1%** da variância do Bem-estar (R2), **50,8%** do Valor percebido e **46,6%** da Satisfação com o serviço.

## 5. Conclusões/ Considerações Finais

Utilizando como base teórica o modelo de Brady et al. (2005) este estudo cumpriu seu objetivo principal que era testar o impacto da Satisfação com serviços de saúde no Bem-Estar da população de Baixa Renda da cidade de São Paulo. Comprovou-se que a satisfação tem impacto positivo no Bem-Estar da população de menor poder aquisitivo, e dessa forma pode colaborar significativamente para a melhora da qualidade de vida dessa população. Respondendo à pergunta de pesquisa, conclui-se que não basta possibilitar acesso a serviços de saúde, é necessário para se atingir o Bem-Estar, passar pela satisfação do consumidor. Uma vez alcançada a satisfação com os serviços de saúde recebidos, pode-se concluir que haverá um impacto no Bem-Estar da população de baixa renda.

Prover acesso à população de baixa renda é uma das maiores necessidades do Século XXI. Melhoria da saúde, erradicação da pobreza, criação de tecnologias modernas e de baixo custo, capacitação de comunidades locais, dependem de muito esforço para atingir esses resultados. Um enorme mercado com grande potencial necessita de formas diferenciadas para atendimento das necessidades. As empresas são chamadas a encontrar maneiras de servir seus clientes de maneira que cumpram obrigações para com medidas mais amplas do que tradicionalmente têm sido avaliadas, indo além da satisfação e lealdade. Entende-se o Bem-Estar, como uma evolução do conceito para análise da consequência de um serviço nos consumidores. Ele é relevante não somente a nível individual, mas no coletivo, pois impacta grupos familiares e comunidades. Conclui-se que por meio de serviços transformativos de saúde é possível aumentar o Bem-Estar das pessoas, e medindo e otimizando a performance, o efeito dos serviços terão impacto nas pessoas, empresas e sistemas (Ostrom et al., 2015).

Deve-se considerar nesse processo todo o sacrifício que os usuários precisam fazer para ter acesso a esses serviços. Consumidores de baixa renda, que têm menos opção de escolha por restrições financeiras, estão propensos a fazer maiores sacrifícios do que outros consumidores para obterem o que precisam. Ainda que o prestador seja público, os usuários entendem que a qualidade percebida tem ligação com o valor, ainda que não consigam identificar a estreita relação entre o valor percebido e a satisfação. Por isso torna-se tão importante entender todos os construtos antecedentes da satisfação, que envolvem o modelo ora apresentado neste estudo. A não identificação da relação entre Valor e Satisfação talvez se deva ao fato de o consumidor de baixa renda ter mais saliente uma percepção de custo do que de Valor propriamente dito, pois seu histórico de relação com as organizações não se baseia em trocas de valor, mas sim trocas mais funcionais (Prahalad, 2010).

Importante salientar que as conclusões aqui apresentadas, aplicam-se à amostra estudada nesse estudo, não sendo generalizável para toda a população de Baixa Renda, carecendo de novos estudos para discorrer mais e melhor sobre esse tema de forma mais abrangente. Trabalhos futuros podem testar esse mesmo modelo em amostras diferentes de população a fim de verificar se a satisfação com serviços de saúde impacta o Bem-Estar de outros consumidores, além da Baixa Renda. Indica-se a replicação desse trabalho para o futuro com a aplicação do questionário à usuários de serviços de saúde de Baixa Renda em outras cidades, além de São Paulo. Dada a semelhança de serviços de saúde com outros serviços, podem-se sugerir novas pesquisas utilizando esse mesmo modelo em outros serviços que não de saúde, envolvendo os construtos pertinentes ao modelo conceitual aqui apresentado.



Também se sugere que novos estudos possam avaliar a percepção de valor do consumidor de baixa renda em relação a serviços, se identificando seus antecedentes e consequentes de maneira a compreender melhor o papel deste construto no dia-a-dia deste perfil de consumidor. Testes adicionais revelaram possibilidade de relações significativas entre Sacrifício e Qualidade percebida com o Bem-Estar, apontando novos caminhos a serem testados e discutidos teoricamente.

A riqueza do tema serviços, e a grandiosa necessidade de atender mais e de melhor forma a população de Baixa Renda espalhada por todos os países, cidades e regiões, torna esta pesquisa um passo ainda pequeno na compreensão dos fenômenos que envolvem este perfil de consumidor, particularmente para a melhora na qualidade de vida e Bem-Estar dessa população, marginalizada nas políticas públicas, e como potencial mercado para as organizações ao suprir suas necessidades.

### Referências

- Anderson, L., Ostrom, A.L., Corus, C., Fisk, R.P., Gallan, A.S., Giraldo, M., Mende, M., Mulder, M., Rayburn, S.W., Rosenbun, M.S., Shirahada, K., Williams, J.D. (2013). Transformative service research: An agenda for the future. **Journal of Business Research**, n.66, p.1203-1210.
- Anderson, L., Ostrom, A. (2015). Transformative Service Research: Advancing Our Knowledge About Service and Well-Being. **Journal of Service Research**, v.18, n.3, p.243-249.
- Berry, L.L., Bendapudi, N.L.L. (2007). Health Care A Fertile Field for Service Research. **Journal of Service Research**, v.10, n. 2, p. 111-122.
- Berry, L.L. E Mirabito, A.M. (2010). Innovative healthcare delivery. **Business Horizons**, v.53, p.157-169.
- Bhatnagar, N. E Grover, M. (2014). Health Care for the “Bottom of the Pyramid”. **Population Health Management**, v.17, n.1, p.5-7.
- Bitner, M.J., Brown, S.W. (2008). The service imperative. **Business Horizons**, v.51, p.39-46.
- 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**, v.81, n.3, p.215-230.
- Cooper, D.R., Schindler, P.S. (2003). Métodos de pesquisa em administração. 7ª. Ed. Porto Alegre: Bookman.
- Cronin Jr., J.J., Brady, M.K., Hult, G.T.M. (2000). Assessing the Effects of Quality, Value, and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Service Environments. **Journal of Retailing**, v.76, n.2, p.193-218.
- Dagger, T.S., Sweeney, J.C. (2006). The Effect of Service Evaluations on Behavioral Intentions and Quality of Life. **Journal of Service Research**, v.9, n..1, p. 3-18.
- Diener E., Emmons, R.A, Larsem, R.J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. **Journal of Personality Assessment**, v.49, n.1, p.71-75.
- Diener, E., Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. **Journal of Pers. Soc. Psychol**, v.68, n.4, p.653-663.
- Fisk, R.P.P., Anderson, L., Bowen, D.E., Gruber, T., Ostrom, A., Patricio, L., Reynoso J., Sebastiani, R. (2016). Billions of impoverished people deserve to be better served. **Journal of Service Management**, v.27, n.1, p.43-55.



- Gallan, A.S., Jarvis, C.B., Brown, S.W., Bitner, M.J. (2012). Customer positivity and participation in services: an empirical test in a health care context. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.41, n.3, p.338-356.
- Hair Jr., J.F.; Hult, T.M.; Ringle, C.M.; Sarstedt, M. **A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM)**. Los Angeles: SAGE, 2014.
- Kerlinger, F.N. (1980). **Metodologia da pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual**. São Paulo: EPU.
- Malhotra, N. (2009). **Marketing Research: An Applied Orientation**. 6ª. Ed. Georgia. Ed: Pearson.
- Sanchez-Barrios, L.J., Giraldo, M., Kalik, M., Manjarres, R. (2015). Services for the underserved: unintended well-being. **The Service Industries Journal**, v.35, n.15-16, p.883-897.
- Singh, N. (2008). Decentralization and public delivery of health care services in India. **Health Affairs**, v.27, n.4, p.991-1001.
- Sirgy, M.J., Michalos, A.C., Ferriss, A.L., Easterlin, R.A, Patrick, D., Pavot, W. (2006). The quality-of-life (QOL) research movement: Past, present, and future. **Social Indicators Research**, v.76, p.343-466.
- Sirgy, M.J., Lee, D-J. (2015). Work-Life Balance: A Quality-of-Life Model. **Applied Research Quality Life**, publicação Online, DOI 10.1007/s11482-015-9419-6.
- Sweeney, J.C., Soutar, G.N. (2001). Consumer perceived value: The development of a multiple item scale. **Journal of Retailing**, v.77, p. 203-220.
- 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**, v.18, n.3, p.318-335.
- 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, RAC**, v.3, n.3, p.109-130.
- Urdan, A.T. (2001). A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **RAE – Revista de Adm. De Empresas** – v.41, n.4, p.44-55.
- 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**, v.1, n.13, p.4-36.
- Ostrom, A.L., Parasuraman, A., Bowen, D.E., Patricio, L., Voss, C. (2015). Service Research Priorities in a Rapidly Changing Context. Moving Forward and Making a Difference: Research Priorities for the Science of Service. **Journal of Service Research**, v.18, n.2, p.127-159.
- Prahalad, C.K. (2010). **A riqueza na base da pirâmide: como erradicar a pobreza tendo lucro**. Porto Alegre, Bookman.
- Voss, G.B., Parasuraman, A., Grewal, D. (1998). The roles of price, performance, and expectations in determining satisfaction in service exchanges. **Journal of Marketing**, v.62, p.46-61.
- Zeithaml, V.A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, v.52, n.3, p.2-22.