

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**

Mestrado Profissional em Saúde Pública

Alexsandra Valéria de Lima Pereira

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SETOR DE
INTERNAMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM CAMPINA GRANDE/PB**

Recife

2013

Alexsandra Valéria de Lima Pereira

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SETOR DE INTERNAMENTO
DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM CAMPINA GRANDE/PB

Dissertação apresentado ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
para obtenção do título de mestre em
saúde pública.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Giselle Campozana Gouveia

Recife

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P436a Pereira, Alexandra Valéria de Lima.

Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internamento de um hospital público em Campina Grande/PB/ Alexandra Valéria de Lima Pereira. — Recife: A autora, 2013.

79 p.: il.

Dissertação (mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Giselle Campozana Gouveia.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Satisfação do Paciente. 3. Hospitais Universitários. 4. Satisfação dos Consumidores. 5. Gestão da Qualidade. I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Título.

CDU 614.2

Alexsandra Valéria de Lima Pereira

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SETOR DE INTERNAMENTO
DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM CAMPINA GRANDE/PB

Dissertação apresentado ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
para obtenção do título de mestre em
saúde pública.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Giselle Campos Gouveia
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a Alethéia Soares Sampaio
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a Isabela Samico
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

Ao meu **Deus**, pelo dom da vida;
Ao meu esposo **Jorge Filho**, pelo
incentivo e por acreditar que eu
conseguiria;
A meus **pais**, pelo apoio e amor
incondicional;
Ao meu saudoso e querido irmão **José
Luiz** (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, o autor de tudo que sou, por me permitir a realização de mais um sonho;

Ao meu esposo **Jorge Filho**, pelo amor, incentivo e, sobretudo, pela paciência em ficar sozinho durante tantas viagens;

A meus **pais**, que me educaram com tanto amor, sempre acreditaram no meu potencial acadêmico e estiveram presentes durante o processo de seleção para esse mestrado;

A minha orientadora Prof^a **Giselle Campozana Gouveia**, por acreditar em mim, no meu projeto e pela atenção, interesse e competência nele investido;

Ao programa de Pós- Graduação em Saúde Pública do **CPqAM** pela oportunidade oferecida e confiança em mim depositada;

Aos Diretores do HUAC, **Dr^a Berenice Ferreira e Socorro Campos**, por oferecerem as condições de estudo e tão fértil campo de trabalho;

A minha amiga/irmã **Eliana Lins**, pelo interesse e empenho na realização das entrevistas;

A minha amiga **Gerusa Ramalho**, pela acolhida em sua casa durante minha estadia em Recife;

Aos **colegas da UTI infantil** que fizeram parte desses momentos sempre incentivando e apoiando;

Aos **colegas das alas do HUAC**, pela colaboração ao me comunicar quando havia pacientes de alta;

Aos **colegas e professores do Mestrado Profissional 2011-2012**, pelo convívio e aprendizado e aos servidores da **Secretaria Acadêmica** pela colaboração com a realização do curso.

Pois eu bem sei os planos que estou projetando para vós, diz o Senhor; planos de paz, e não de mal, para vos dar o fim que desejais.

Jeremias 29:11

PEREIRA, A. V. L. Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internamento de um hospital público em Campina Grande/PB. 2012. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2012.

RESUMO

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde tem sido relevante em âmbito nacional e internacional, dada a sua indiscutível importância para a implementação de medidas que visam a melhoria da assistência à saúde da população. A satisfação dos usuários merece destaque, no que se refere à determinação da qualidade dos serviços recebidos. Este trabalho objetivou avaliar o grau de satisfação de pacientes e responsáveis legais, internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) localizado no município de Campina Grande/PB, no ano de 2012. Realizou-se pesquisa avaliativa descritiva, transversal, através da aplicação de um questionário fechado, no setor de internamento do HUAC. A amostra foi de 363 usuários selecionados por conveniência. O Instrumento de coleta de dados foi o SERVQUAL avaliando-se seus cinco indicadores da qualidade (tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia), além de mais duas seções relativas a questões sobre o acesso e perfil sócio econômico dos usuários entrevistados. As informações recebidas foram tabuladas e analisadas utilizando-se o teste de Friedman para detectar diferenças entre os 5 indicadores estudados, não se aplicando à avaliação geral de satisfação. Todas as análises estatísticas apresentaram conclusões com 95% de confiança e o nível de significância de $p < 0,05$. Resultados: os usuários entrevistados foram predominantemente do sexo feminino, adultos, com baixa escolaridade e não economicamente ativos. De maneira geral os pacientes do setor de internamento do HUAC estão insatisfeitos com o serviço recebido, principalmente no que diz respeito à tangibilidade e empatia. Os maiores valores de satisfação foram para os indicadores de atendimento, confiabilidade e segurança. Os indicadores considerados mais importantes foram: confiabilidade, empatia e atendimento. Destaca-se alto grau de satisfação com relação ao atendimento com rapidez, disposição em esclarecer dúvidas e boa vontade em ajudar, recebidos pelos profissionais do HUAC. Geraram insatisfação: realização do serviço no horário marcado e no prazo de execução prometido. O setor melhor avaliado foi a UTI infantil. A avaliação revelou que os usuários estão insatisfeitos com os serviços prestados pelo HUAC, havendo necessidade de investimentos por parte da gestão do hospital, com relação aos indicadores que geraram insatisfação, principalmente no que se refere à tangibilidade, empatia e execução do atendimento no tempo prometido.

PALAVRAS CHAVES: avaliação de serviços de saúde; Satisfação dos consumidores; Hospitais Universitários;

PEREIRA, A. V. L. Evaluation of user satisfaction sector of internment of a public hospital in Campina Grande/PB. 2012. Dissertation (Master's degree in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2012.

ABSTRACT

The assessment of quality of health services has been relevant nationally and internationally, given its indisputable importance to the implementation of measures aimed at improving the health care of the population. User's satisfaction deserves featured with regard to the determination of the quality of services received. This study aimed to evaluate the degree of patient's satisfaction and legal guardians, admitted to the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) located at city of Campina Grande/PB, in 2012. We conducted a descriptive evaluative research, transverse with the application of a closed questionnaire, within the internment sector of the HUAC. The sample consisted of 363 patients were selected by convenience. The instrument for data collection was the SERVQUAL evaluating its five quality indicators (tangibility, reliability, service, assurance and empathy), plus more two sections relating to issues of access and socio-economic profile of the users interviewed. Information received were tabulated and analyzed using the Friedman test to detect differences between the five indicators studied, doesn't apply to overall satisfaction. All statistical analyzes presented findings with 95% confidence and a significance level of $p < 0.05$. Results: users interviewed were predominantly female, adults with low education and not economically active. In general, the patients from the internment sector of the HUAC are dissatisfied with the service received, particularly with regard to the tangibility and empathy. The higher values of satisfaction were indicators for service, reliability and safety. The indicators considered most important were: reliability, empathy and service. Stands out high degree of satisfaction with respect to service quickly, willingness to answer questions and good willingness to help, received by HUAC's professionals. Caused dissatisfaction: delivery of service at the scheduled time and in the lead time promised. The sector best rated was the infant ICU. The evaluation revealed that users are dissatisfied with the services provided by HUAC, requiring investments by the hospital management, with respect to the indicators that generated dissatisfaction, particularly with regard to tangibility, empathy and execution of the service in the promised time.

KEYWORDS: evaluation of health services; consumer satisfaction; University Hospitals

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo Gap de Qualidade dos Serviços.....	29
Quadro 1	Número de usuários de acordo com o setor de internamento.....	39
Quadro 2	Indicadores e afirmativas da escala SERVQUAL	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição absoluta e percentual das características sócio econômicas dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro	46
Tabela 2	Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto aos indicadores da qualidade do serviço	47
Tabela 3	Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto à importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço	47
Tabela 4	Desempenho dos atributos (itens) do indicador confiabilidade em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro.	48
Tabela 5	Desempenho dos atributos (itens) do indicador empatia em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro	49
Tabela 6	Desempenho dos atributos (itens) do indicador atendimento em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro	50
Tabela 7	Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto aos indicadores da qualidade do serviço de acordo com o setor de internamento	51
Tabela 8	Percentual de satisfação segundo o acesso aos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	14
1.2 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	18
1.3 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.....	23
1.4 ESCALA SERVQUAL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS.....	27
1.5 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	30
2 JUSTIFICATIVA	35
3 OBJETIVOS	37
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4 MATERIAIS E MÉTODO	38
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	38
4.2 LOCAL DO ESTUDO	38
4.3 PERÍODO DO ESTUDO	38
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	38
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	39
4.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	40
4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	44
4.8 PLANO DE ANÁLISE	44
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
5 RESULTADOS	46
6 DISCUSSÃO	53
7 CONCLUSÕES	60
8 RECOMENDAÇÕES	62
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - adulto	70
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72

ANEXO A – QUESTIONÁRIO	74
ANEXO – B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA - menores.....	79

1 INTRODUÇÃO

1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo e inerente ao próprio processo de aprendizagem, sendo os Estados Unidos os pioneiros sobre o tema (CONTRADIOPOULOS et al., 1997; SANTOS FILHO, 2010).

Para Contrandiopoulos et al. (1997), avaliar significa fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou um de seus componentes, a fim de contribuir para a tomada de decisões.

Vieira-da-Silva (2005) amplia o conceito de avaliação proposto por Contrandiopoulos ao escopo maior do campo da avaliação substituindo o termo “intervenção” pelo de “práticas sociais”, uma vez que a avaliação toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos seus diversos âmbitos. O significado do que seria “julgamento” também pode variar desde formulação de um juízo de valor dicotômico (qualitativo ou quantitativo) até uma análise que envolva o significado do fenômeno.

Silva e Formigli (1994) complementam essa definição afirmando que a avaliação é um processo técnico, político e intencional, onde há ausência de neutralidade e aplicável a qualquer ramo de atividade profissional, tipo de serviço ou organização utilizando diversas áreas do conhecimento.

Historicamente falando, o Relatório Flexner sobre educação médica (1910) foi um dos primeiros documentos sobre a temática. Este documento revelou a fundo os cursos de medicina e os hospitais de então, e propôs drásticas medidas para o seu aprimoramento, o que repercutiu no fechamento de escolas e na criação de normas mais específicas para o funcionamento dos hospitais (PEREIRA, 2001).

No campo das políticas públicas, a avaliação sistemática destas apareceu com o desenvolvimento do planejamento como instrumento de governo na primeira metade do século XX, paralelamente ao advento do socialismo e de uma sociedade planejada na antiga União Soviética. Após a II Guerra Mundial, o mundo capitalista, a partir das novas necessidades e desafios do Estado, passou a usar o planejamento como meio de alocação de recursos de maneira mais eficaz (MENDES, 2010).

Nos países desenvolvidos, na década de 50, foi reconhecida a necessidade da realização de estudos cujos objetivos específicos focassem os serviços de saúde, tanto em sua perspectiva interna – (verificando os processos de atenção neles desenvolvidos e seus efeitos sobre a saúde e a doença dos pacientes atendidos), como em sua perspectiva externa – (verificando o seu desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a população) (NOVAES, 2004).

No final dos anos 70, na Europa e nos Estados Unidos, vários movimentos sociais, entre estes, o que trata da qualidade dos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005) fizeram parte de um amplo processo de transformações econômicas, políticas e culturais, o que deu aos pacientes um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005), através da conscientização dos direitos do paciente como cidadão (POLLZER; D'INNOCENZO, 2006).

Razões distintas parecem contribuir para o aumento de discussões, pesquisas e publicações envolvendo a área da avaliação em saúde no Brasil. De um lado encontra-se o advento da Constituição de 1988 a qual amplia os direitos civis dos cidadãos brasileiros; as leis orgânicas da saúde que estabelecem o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios fundamentais, por outro lado, em um contexto de redução do Estado, com política de diminuição do financiamento aos programas sociais. Consequentemente, a avaliação é convocada a imprimir caráter técnico para legitimar políticas governamentais de cortes financeiros e retrações na área (FURTADO, 2006).

Os progressivos custos no setor público foi um fator que favoreceu a política reformadora de restrição de gastos, culminando no surgimento de novos modelos de gestão objetivando maior transparência, qualidade e eficiência no serviço (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No Brasil, a avaliação de programas desperta progressivo interesse no princípio dos anos 1990, principalmente no que diz respeito aos programas e serviços de saúde (HARTZ, 1997). Embora tenha atravessado uma década inóspita, nos anos 1990, nos países desenvolvidos, a avaliação atinge o *status* de profissão e área de especialização (WORTHEN et al., 2004).

Atualmente, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas no Brasil (GOUVEIA et al., 2009), onde pesquisas acadêmicas, voltadas para a

avaliação de estabelecimentos de saúde, dão lugar a políticas que valorizavam o planejamento de saúde, demonstrando maior preocupação com a avaliação (PAIM, 2005).

O desafio para a saúde coletiva hoje, no Brasil, está representado pela necessidade de criação de conhecimentos, métodos e tecnologias que dêem suporte ao pleno desenvolvimento do SUS. Nessa perspectiva, a investigação em serviços de saúde assume especial relevância, pois se volta para produzir conhecimento sobre os sistemas e serviços de saúde com o objetivo de orientar o desenho de políticas e a melhoria do desempenho no campo da saúde (TRAVASSOS; NOVAES, 2004).

Nesse contexto, a avaliação dos serviços de saúde está focada na relação que existe entre a necessidade de saúde de uma população e o serviço prestado, sua eficiência e efetividade, objetivando produzir dados confiáveis e válidos para que os serviços possam dar respostas apropriadas aos problemas de saúde da população e melhorar seu desempenho (VIEIRA, 2005).

Os objetivos oficiais de uma avaliação, para Contandriopoulos (1997), são de quatro tipos: 1. Ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); 2. Fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); 3. Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); 4. Contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental);

Scriven (1967 apud WORTHEN, 2004) aponta duas funções (tipos) na avaliação: A avaliação formativa a qual tem o objetivo de dar à equipe do programa, informações úteis para a melhoria do programa e a avaliação somativa que instrumentaliza os gestores na tomada de decisão, julgamentos de valor ou mérito do programa em relação a critérios importantes.

Guba e Lincoln (1989 apud FIGUEIRÓ et al., 2010) apontam quatro estágios na história da avaliação identificados por, onde a passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos, a saber:

- a) Primeira geração da avaliação: se estabelece entre as décadas de 1910 e 1930 e faz referência à construção e aplicação de instrumentos de medidas empregados na medição do coeficiente de inteligência para classificação das crianças e determinação do progresso escolar. Tal modelo ainda pode ser encontrado em organizações públicas e privadas, sobretudo no campo da educação;

- b) Segunda geração da avaliação: se fortalece nos anos 20 e 30 e foi denominada de “descrição” e marca o nascimento da avaliação de programas, onde o avaliador passa a exercer um papel de descritor. Trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados;
- c) Terceira geração da avaliação: é baseada no julgamento, o qual vem a ser considerado como a outra face da avaliação. O que se esperava do avaliador era mais do que a descrição de atitudes, contextos e realizações. O avaliador deveria julgar com base em padrões externos para ajudar na tomada de decisão;
- d) Quarta geração da avaliação: trata-se de um estágio emergente da avaliação, onde a avaliação é realizada como um procedimento de negociação entre os atores envolvidos no processo avaliado;

Para que se avalie algum tipo de intervenção, é necessário utilizar-se de dois tipos de estudos avaliativos: avaliação normativa e pesquisa avaliativa.

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços produzidos (processo), e os resultados alcançados, com critérios e normas existentes. Esse tipo de avaliação geralmente é realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa e tem como objetivo apoiar os gestores e profissionais na rotina dos serviços (FIGUEIRÓ et al., 2010). A pesquisa avaliativa é definida por Contandriopoulos (1997, p. 37) como sendo,

Procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise, a saber: estratégica; intervenção; produtividade; implantação; rendimento e efeitos. Logo, fazer pesquisa avaliativa consistirá em fazer uma ou várias destas análises (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Na atualidade, lança-se como desafios além de criar uma cultura de avaliação, construir modelos avaliativos que possam orientar o debate e operar como instrumento de gestão e de transformação para a consolidação dos avanços alcançados. Trata-se de uma prática avaliativa preocupada com a democratização dos processos, interessada em escutar os pontos de vista dos distintos atores, interessada nos resultados, mas também atenta aos

processos subjetivos e simbólicos que se vinculam aos resultados (BOSSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011).

Para Vieira-da-Silva (2005), a avaliação contribui com a produção de informações para a melhoria das intervenções em saúde e para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito.

A avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um adequado sistema de avaliação deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os para que se contemplem as necessidades de seu público, oferecendo maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2004).

É provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente; deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas (FIGUEIRÓ, 2010, p.12).

No entanto, a avaliação não seria considerada um fim em si mesma, mas um processo onde a partir de um julgamento claro, surgiria um movimento de transformação na direção da qualidade inicialmente desejada (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992).

Em função do acima disposto, Pinheiro e Silva Júnior (2009) enfatizam que é necessário institucionalizar a avaliação, para que se possa articular um processo colaborativo entre gestores, avaliadores, profissionais, usuários, academia e serviços de saúde, no apoio às tomadas de decisões.

1.2 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade sob o enfoque gerencial pode ser identificada, há tempos remotos, desde o início da atividade manufatureira, onde a observação por parte dos mestres-artesãos aos aprendizes era o principal meio de controle de qualidade, com o objetivo de evitar falhas no processo de manufatura (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA 2002).

Ainda segundo este autor, por volta dos anos 50 e 60 do Século XX houve uma grande evolução no gerenciamento das empresas, principalmente no Japão, em função da grande necessidade de reconstrução da economia do país após a Segunda Guerra Mundial (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA 2002).

O interesse pela qualidade, na esfera dos serviços de saúde, não é um fato novo. Procedimentos e mecanismos para assegurar e manter a qualidade existem há muito tempo (SERAPIONI, 1999) e passaram a ser mais debatidos a partir da segunda metade do século 20, período no qual se iniciaram as pesquisas sobre a avaliação da assistência em saúde, como foco na qualidade do atendimento (MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

Essa preocupação em se avaliar a qualidade dos serviços de saúde nos últimos anos se deve à ampliação na oferta dos serviços e do aumento dos custos com a incorporação crescente de tecnologias. Além disso, a saúde é considerada como um bem social, carregando consigo a exigência de serviços de boa qualidade (FRIAS et al., 2010; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004; SERAPIONI, 1999).

Na região latino-americana, verifica-se, nos últimos anos, a crescente importância de se centrar a atenção no fortalecimento das políticas e dos programas públicos no setor saúde. Uma das demandas que se impõem com maior poder aos governos refere-se a um maior acesso, bem como a uma melhor qualidade na prestação dos serviços de saúde. Pressões por melhorias nesses serviços provêm dos mais diversos segmentos e atores sociais, que concordam em suas críticas aos programas existentes (BOSSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2011).

De acordo com Mendes, Oliveira e Medeiros (2001), o crescimento da concorrência no mercado de serviços de saúde ao lado da necessidade de humanizar o atendimento hospitalar tem impellido as organizações de saúde a investir no desenvolvimento e na manutenção de serviços de excelência. Outro fator que corrobora com o desenvolvimento da avaliação da qualidade é o crescimento das queixas e dos procedimentos judiciais instaurados pelos pacientes insatisfeitos (SERAPIONI, 1999).

No Brasil o SUS significou uma grande conquista para a maioria da população que continuava à margem da assistência, tornando-se um direito do cidadão e um dever do Estado (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1995), fato que confirma a importância da manutenção da qualidade nos serviços de saúde.

Em função da crise de credibilidade associada à área da saúde em decorrência da decadência dos hospitais frente a uma política irregular na década de 70 e início dos anos 80, a gestão pela qualidade nos serviços de saúde surge como um instrumento através do qual as instituições poderão ser reestruturadas a fim de suprir as necessidades de saúde da população (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

O conceito de qualidade é relativo e complexo e segundo Frias et al. (2010), a compreensão de seu significado sofre influência do contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade.

O dicionário editado pela Associação Internacional de Epidemiologia coloca que a qualidade dos cuidados é um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada. Qualidade também é entendida como a contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou de qualquer forma de desfecho dos problemas de saúde dos pacientes (PEREIRA, 2001). Donabedian (1984) define qualidade como sendo conseguir os maiores benefícios com os menores riscos possíveis para o paciente dados alguns recursos.

O modelo apresentado por Donabedian, na década de 60, e que leva seu nome, é amplamente utilizado em todo o mundo como a referência fundamental para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Ele separa os componentes básicos, para uma avaliação de qualidade, em três categorias, a saber: estrutura, processo e resultados, sendo muito útil na aquisição de dados sobre a presença ou ausência de atributos que constituem ou definem a qualidade (PEREIRA, 2001):

a) **Estrutura:** Representa características relativamente mais estáveis dos serviços, incluindo desde os recursos humanos, financeiros e físicos de que dispõem, até o modo como estão organizados e financiados (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2009). A avaliação da estrutura é relativamente de fácil realização. Os dados são obtidos sem muita dificuldade, as conclusões de tal avaliação tendem a ser rapidamente conhecidas e são úteis para identificar deficiências. No entanto, essa modalidade de análise, não pode determinar se o resultado final obtido é de boa qualidade. Às vezes, estruturas físicas deficientes podem estar associadas a bons resultados. Essa é uma das razões para a ênfase na formação de recursos humanos, defendida por muitos, pois bons profissionais de saúde alcançam bons resultados, mesmo em precárias condições materiais e financeiras (PEREIRA, 2001);

b) **Processo:** Tal termo é definido como um conjunto de atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, atividades essas que devem seguir critérios e padrões considerados adequados, devidamente validados (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2009). Dados do processo são essenciais para avaliar o uso eficiente dos recursos. Os tipos de dados a serem coletados incluem atividades que ocorrem com o uso de recursos do sistema. Como exemplo pode utilizar os índices de altas

hospitalares, números e tipos de suprimentos fornecidos, o número de contatos entre o paciente e o profissional e o tipo de contato, o número de visitas domiciliares, a média do tempo de hospitalização, o tempo da consulta, intervenções médicas e cirúrgicas, tempo de espera e tempo de marcação da consulta (VIEIRA, 2005). Apesar das limitações, constitui-se um tipo de avaliação que tende a crescer, por vários motivos. Um deles é o de estar o processo mais próximo dos resultados do que os recursos (PEREIRA, 2001);

c) **Resultado:** Pode ser conceituado como sendo a mudança no estado de saúde atual ou futuro do paciente, que pode ser atribuída aos cuidados de saúde recebidos previamente. As medidas clássicas são morte, morbidade, incapacidade, seqüela, desconforto e insatisfação. Os resultados são de natureza complexa, dependendo de um conjunto de fatores envolvendo desde a qualidade da assistência, fatores de risco e a gravidade do caso, uma série de interações de naturezas genéticas, ambientais, comportamentais e culturais até o acaso (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2009). Dois aspectos têm sido principalmente pesquisados na busca da mensuração dos resultados, os níveis de saúde/doença das pessoas e da coletividade e a satisfação do usuário (PEREIRA, 2001);

Donabedian (1990), também conceituou vários atributos da qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, fundamentais para todos os que trabalham com avaliação. São eles:

- a) **Eficácia:** Trata-se da capacidade de produzir o efeito desejado sob a condição mais favorável. São frequentemente os resultados de estudos clínicos extremamente bem controlados, considerados sob condições ideais;
- b) **Efetividade:** é a capacidade de produzir o efeito desejado de melhora na saúde, obtido na realidade. O esperado na prática diária;
- c) **Eficiência:** é a medida de custos de qualquer melhora na saúde. Se duas estratégias são igualmente efetivas, a que custar menos será a mais eficiente;
- d) **Aceitabilidade:** é a adaptação do cuidado da saúde aos desejos, às expectativas e aos valores dos usuários. De maneira geral pode-se dizer que também depende da avaliação subjetiva dos usuários em relação à efetividade e à eficiência, mas também se relaciona aos atributos da relação profissional de saúde-paciente e acesso à atenção;

- e) Equidade: refere-se à distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde de cada um;
- f) Otimização: torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser;
- g) Legitimidade: aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral;

Já Vuori (1991), além da efetividade, eficácia e eficiência acrescenta como dimensões da qualidade desejáveis nos serviços de saúde os seguintes aspectos:

- a) Qualidade técnico-científica: nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia;
- b) Acessibilidade como remoção dos obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis;
- c) Adequação: entendido como suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda;
- d) Aceitação: fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais entre outras, e com as expectativas dos usuários em potencial.

Para Albuquerque (2010) a qualidade em saúde, está ligada à estrutura física, cuidados técnicos e relações interpessoais entre profissionais e os usuários dos serviços de saúde. Em função do acima disposto, verifica-se que a qualidade no setor saúde resulta em parte da satisfação das necessidades de seus usuários.

Gerenciar serviços é diferente de gerenciar produção de bens. Serviços são intangíveis, ou seja, não podem ser possuídos, mas sim vivenciados, sendo por isso de difícil padronização, são produzidos e consumidos simultaneamente, não podendo ser estocados o que dificulta sua inspeção e controle de qualidade (FADEL; REGIS FILHO, 2006).

A avaliação em saúde busca dar resolubilidade e qualidade aos serviços públicos de saúde, tendo como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados os quais estão relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente a esses serviços (BRASIL, 2004).

Para Akerman e Nadanovsky (1992), não é possível ter um serviço de alta qualidade quando o alvo do serviço (o usuário) não estiver satisfeito. Logo, a definição de indicadores de qualidade deveria utilizar medidas que levam em conta a satisfação dos pacientes com os serviços.

1.3 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

O Moderno Dicionário da língua portuguesa, (MICHAELIS, 2011), define “SATISFAÇÃO” como sendo o ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se. Qualidade ou estado de satisfeito. Contentamento, prazer, sensação agradável que sentimos quando as coisas correm à nossa vontade ou se cumprem a nosso contento.

Esperidião e Trad (2006) em seu artigo sobre considerações teórico conceituais da avaliação da satisfação dos usuários citam o conceito trazido por Pascoe no ano de 1983, onde este coloca que “Uma avaliação pessoal do serviço recebido, baseada em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva e é estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e critérios subjetivos dos usuários”.

Para Pollzer e D’Innocenzo (2006) a satisfação é definida como a reação do cliente à experiência de utilizar um serviço ou adquirir um produto de acordo com sua expectativa.

A atenção pelo cliente é um fato novo no campo dos serviços sociais. O movimento de investigações sobre esse assunto pode ser acatado como a primeira etapa dos estudos sobre a qualidade dos serviços públicos, o qual surgiu nos anos 60 nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha (SERAPIONI, 1999). As primeiras pesquisas sobre avaliação em saúde, ainda na década de 70 estavam relacionadas à satisfação do paciente (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Vários autores dedicaram seu tempo no campo da avaliação da satisfação do usuário, enfatizando a importância desse tipo de investigação para a manutenção da qualidade dos serviços de saúde, dentre os quais podemos citar Weiss (1988), Donabedian (1993), Franco e Campos (1998), Trad et al. (2002), Vaitsman e Andrade (2005), Gouveia et al. (2009), Mendes(2010), Moimaz et al (2010).

A avaliação da satisfação com o sistema de saúde na visão do usuário revolve antigos questionamentos quanto à qualidade dos serviços prestados à população brasileira. Para estes autores, a importância do esforço para desenvolver modelos de avaliação de satisfação, a fim

de permitir a comparação de resultados entre sistemas de saúde de diversos países, e dentro do país, é recente no Brasil (GOUVEIA et al., 2009).

Movimentos e associações reivindicando melhores serviços tomaram força após os anos 80, com a redemocratização no campo da saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). O fortalecimento do controle social no SUS e o apoio à participação da comunidade pressupõem uma concepção do usuário do SUS com a competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema (TRAD et al., 2002). A década de 90 foi o período no qual se desenvolveram os primeiros estudos sobre satisfação dos usuários do sistema de saúde no Brasil, advindos do fortalecimento do controle social no SUS (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

O conhecimento da satisfação do paciente envereda por diversos caminhos. São questões sobre a cortesia e a competência dos profissionais de saúde, a presteza no primeiro contato, o tempo de espera, o entrosamento das unidades, a burocracia, o horário, o ruído ambiental, a limpeza do prédio, a adequação de equipamentos, a alimentação, o alívio de sintomas, a solução de problemas, os custos e muitos outros aspectos. Cada um deles pode ser enfocado de forma diversa, conforme se trate de ambulatório, internação, cirurgia, maternidade, emergência, radioterapia ou qualquer outro setor do estabelecimento ou componente do sistema saúde (PEREIRA, 2001).

Para Trad et al. (2002), os elementos contemplados pelo sujeito na avaliação de níveis de satisfação envolvem uma ou mais combinações dos seguintes fatores: um ideal de serviço, uma noção de serviço merecido, uma média da experiência passada em situações de serviços similares, e um nível subjetivo mínimo de qualidade de serviços a alcançar para ser aceitável.

Weiss (1988), após extensa revisão sobre o tema, considerou que os determinantes da satisfação dos usuários estão relacionados às: características dos pacientes, incluindo as sócio-demográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado atual de saúde; características dos profissionais que prestam o atendimento, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado” prestado; aspectos da relação médico-paciente, incluindo o estilo de comunicação entre os dois, bem como o resultado do encontro; e aos fatores estruturais/ambientais, incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros.

No geral destacam-se dois grandes grupos de fatores relacionados com a satisfação. Um deles é referente ao serviço e aos provedores e o outro relativo aos próprios usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Considerando que a satisfação do usuário está diretamente relacionada à satisfação das necessidades do cliente de acordo com suas expectativas, faz-se necessário compreender o que vem a ser “NECESSIDADE e EXPECTATIVA”.

Necessidade é um conceito filosófico; Sua definição requer a abordagem de várias áreas do conhecimento, a saber: economia política, sociologia, antropologia, psicologia etc (SOUSA, 1996).

Para o moderno dicionário da língua portuguesa (MICHAELIS, 2011), o termo “Necessidade” significa aquilo que é absolutamente necessário. Indispensabilidade. Inevitabilidade. O que não pode ser de modo diverso do que é. O que tem de ser.

No meio de autores que conceituam e definem as necessidades humanas, a maioria dos estudiosos da qualidade aceita a teoria das necessidades humanas básicas de Maslow. Segundo essa teoria, as necessidades humanas podem ser aprovadas em cinco níveis:

- a) Necessidades Fisiológicas: relacionam-se à sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie. Estão neste grupo as necessidades de alimento, água, vestuário, sexo, etc;
- b) Necessidades de Segurança: constituem a busca de proteção individual contra ameaça, privação, fuga ou perigo. Como exemplo pode citar as necessidades de saúde, trabalho, seguro, previdência social;
- c) Necessidades Sociais: relaciona-se com a vida em sociedade. Envolvendo necessidade de participação, aceitação por parte do grupo, de amizade, afeto e amor, lazer;
- d) Necessidades de Estima: envolve a auto-apreciação, autoconfiança, aprovação social e respeito, status, prestígio, independência e autonomia, dignidade, igualdade;
- e) Necessidades de auto-realização: é o mais alto nível de necessidade e refere-se a necessidade de cada indivíduo realizar seu próprio potencial e de auto desenvolver-se continuamente.

Tratando do termo “expectativa”, de acordo com Uhlmann, Inui e Carter (1984) este reflete a percepção sobre a provável ocorrência de um determinado evento. Assim, as

expectativas do paciente, correspondem aos resultados de cuidados prestados que o mesmo espera receber.

No que se refere às expectativas, Thompson e Suñol (1995) relacionam quatro diferentes tipos de expectativas:

- a) Ideal: alude a uma aspiração, desejo, vontade ou resultado esperado;
- b) Prognosticada: é reconhecida como o resultado realístico, prático ou antecipado e coincide com o que os usuários realmente acreditam que acontecerá em um serviço de saúde;
- c) Normativa: refere-se ao que deveria acontecer e poderia ser equivalente ao que foi dito aos usuários ou o que os levou a acreditar ou deduzir sobre o que eles devem receber dos serviços de saúde;
- d) Não articulada: acontece quando os usuários são incapazes ou se negam, por várias razões, a articular as suas expectativas, ou porque não as têm, porque acham difícil expressar ou não querem concretizar seus sentimentos devido ao medo, ansiedade ou conformidade às normas sociais.

O modelo de Zeithaml e Bitner relaciona três níveis de expectativas dos usuários . São eles (NEWSOME; WRIGHT, 1999):

- a) Serviços desejados: o serviço que o usuário gostaria de receber;
- b) Serviços adequados: representa um mínimo aceitável do desempenho do serviço;
- c) Serviços presumidos: refere-se ao nível de expectativa no qual os usuários dimensionam aquilo que de fato os aguarda nos serviços.

Com isso verifica-se que os usuários distinguem de antemão diferentes tipos de desempenho dos serviços e estabelecem uma zona de tolerância, situada entre os serviços desejados e os adequados. Quando o desempenho é superior ou inferior à zona de tolerância, os usuários manifestam satisfação ou insatisfação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Pesquisar a respeito da satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão do serviço prestado, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do usuário, ou cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados

pela organização. Ainda de acordo com estes autores, o desenvolvimento de um sistema de avaliação de satisfação pode representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor de serviços (MOIMAZ et al., 2010).

A chave para garantir uma boa qualidade do serviço é alcançada quando as percepções dos clientes excedem suas expectativas. No entanto, não basta compreender a importância de se fornecer serviços com excelente qualidade, é necessário que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço, identificação das causas dos problemas encontrados e adoção de medidas adequadas para melhoria (FADEL; REGIS FILHO, 2006).

A satisfação do usuário é um dos aspectos fundamentais da qualidade. Inserido no processo de avaliação dos serviços de saúde, o paciente exerce papel fundamental no processo de avaliação da assistência, que como fonte de opiniões e sugestões, auxilia no processo de melhora dos serviços oferecidos (POLLZER; D'INNOCENZO, 2006).

No âmbito hospitalar, a satisfação dos usuários também vem sendo amplamente utilizada e trouxe grandes benefícios para a gestão de tais unidades, em suas mais variadas especialidades, sejam elas de caráter privado ou público (BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010; CRUZ; MELLEIRO, 2010; PENA; MELLEIRO, 2012; RICCI et al, 2011).

Nos serviços públicos, o poder de influência dos usuários é baixo, uma vez que não é necessária a captação de clientela, à semelhança do setor privado. A avaliação de satisfação de usuários no serviço público é vista como um importante meio de mudar essa situação, dando voz aos usuários e conseqüentemente trazendo aperfeiçoamento para o cotidiano dos serviços de saúde, proporcionando avanços no campo da gestão de tais serviços (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

1.4 ESCALA SERVQUAL COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS

Os estabelecimentos de saúde, como parte integrante de instituições complexas, vêm enfrentando vários desafios no sentido de suprir as demandas de seus clientes de maneira eficiente e eficaz, vislumbrando a excelência da qualidade assistencial (MOTA; MELLEIRO; TRONCHIN, 2007). Avaliar um serviço é mais complexo do que avaliar um produto, uma vez que o serviço é primeiro comprado, para depois ser produzido e consumido ao mesmo tempo (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

De acordo com Cruz e Melleiro (2010), ao se avaliar a qualidade dos serviços de saúde, seja ele público ou privado, vêm sendo levantadas controvérsias acerca das formas mais adequadas de se mensurar os níveis de satisfação dos usuários. Miguel e Salomi (2004) também verificaram que não há um consenso na literatura quanto ao modelo para mensurar a qualidade de um serviço. Ao longo do tempo, vários pesquisadores têm se empenhado, buscando aprimorar sua conceituação e desenvolver técnicas de medição.

Dentre esses pesquisadores, destacam-se Parasuraman, Zeithaml e Berry (1990), com sua visão unificada da qualidade, os quais propuseram a escala SERVQUAL após desenvolverem um trabalho que relacionava as expectativas e percepções dos clientes sobre o serviço recebido. De acordo com Dalazana, Ferreira e Talamini. (2007) a referida escala é uma ferramenta que objetiva avaliar a qualidade dos serviços oferecidos por empresas a qual pode ser empregada na avaliação da satisfação de clientes internos e externos.

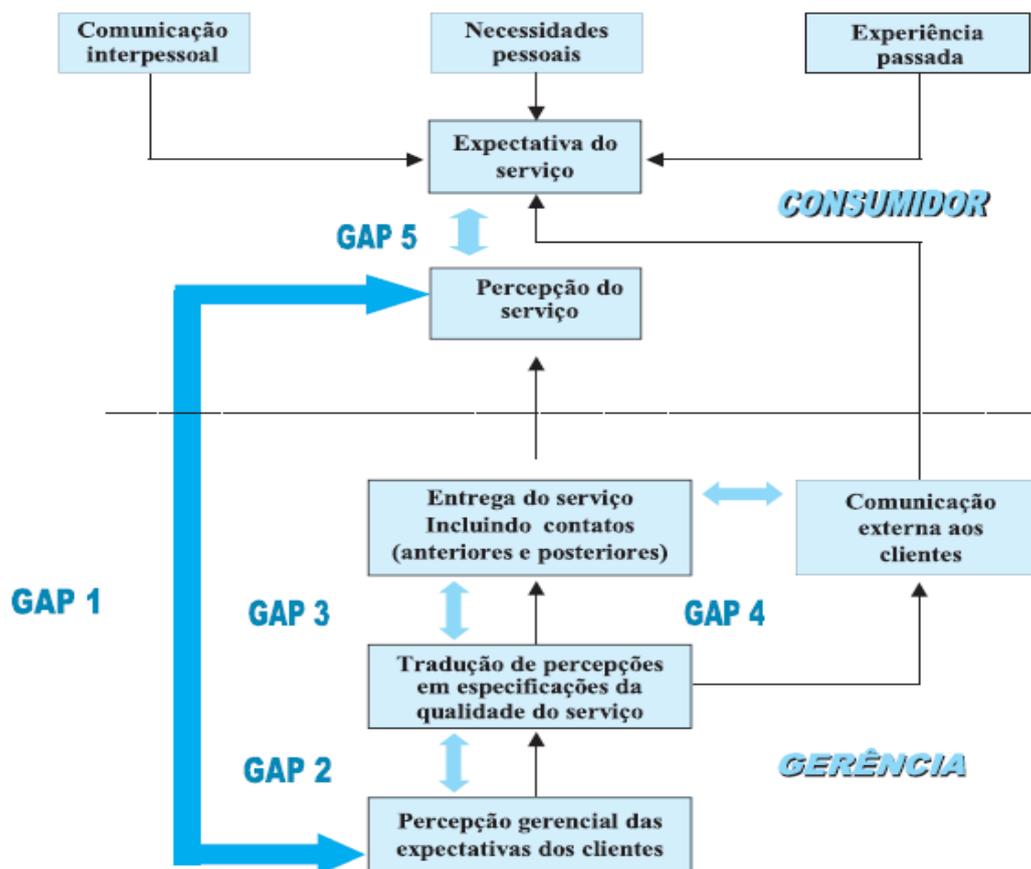
Na atualidade, trata-se de uma escala internacionalmente utilizada. No Brasil a escala SERVQUAL é aplicada em diversos setores, dentre estes pode-se citar a área da saúde onde constatou-se a operacionalização da escala na realidade hospitalar (BRASIL, 1994), sendo seguido por outros autores dentre os quais Hercos e Berezovsky (2006), Cruz e Melleiro (2010), Borges, Carvalho e Silva (2010) e Ribeiro (2010).

Na escala SERVQUAL, os autores apontaram lacunas (definidas como “*gaps*”) no processo de produção e venda do produto. O Gap nada mais é do que a diferença entre a expectativa e a percepção do desempenho do serviço. Outro aspecto observado por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) foi que os consumidores utilizaram os mesmos critérios para chegar a um julgamento sobre a qualidade do serviço oferecido. Posteriormente tais critérios foram denominados de dimensões ou indicadores da qualidade:

- a) Tangibilidade: que é definida como a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material para comunicação da clínica ou hospital;
- b) Confiabilidade: traduzida na capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão;
- c) Atendimento: tida como a disposição para ajudar os clientes e fornecer o atendimento com presteza;
- d) Segurança: que é o conhecimento e a cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança, segurança e confidencialidade; e
- e) Empatia: definida como o interesse, a atenção personalizada aos pacientes.

Tais dimensões, para Miguel e Salomi (2004), representam os pontos críticos na prestação de um serviço que podem gerar as discrepâncias entre a expectativa e o desempenho, que devem ser reduzidas para que se alcance um padrão ideal de qualidade. A figura 1 apresenta o modelo teórico-conceitual da escala SERVQUAL.

Figura 1 Modelo Gap de Qualidade dos Serviços



FONTE: Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)

O Gap 1 se refere à discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial; o Gap 2 exprime a discrepância entre a percepção gerencial sobre as expectativas dos clientes com as especificações da qualidade dos serviços; o Gap 3 compreende a discrepância entre os padrões e especificações da empresa e o que é realmente fornecido ao cliente; o Gap 4 consiste na discrepância entre a promessa realizada pelos meios de comunicação e o que realmente é fornecido; e por fim o Gap 5 trata-se da discrepância entre a expectativa do cliente e a sua percepção do serviço, podendo ser expresso como função dos demais Gaps (MIGUEL; SALOMI, 2004).

Para Hercos e Berezovsky (2006), o emprego regular da escala SERVQUAL permite não somente o planejamento de estratégias precisas de intervenção de alta efetividade nos serviços de saúde, bem como monitoriza a resposta a essas ações.

Segundo Ribeiro (2010, p. 41), as cinco dimensões que o SERVQUAL abrange, permitem que a percepção dos usuários avaliem a satisfação com a assistência prestada. Além disso,

[...]permite também à gestão institucional conhecer seu desempenho, suas forças e fraquezas, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento de ações de melhoria contínua, possibilitando assim, o oferecimento de serviços excelentes à população .

Portanto, o uso deste instrumento de avaliação em diferentes setores de um serviço de saúde podem, de forma mais abrangente, subsidiar a gestão deste a planejar melhor suas ações para oferecer um atendimento mais digno e com qualidade aos seus usuários.

1.5 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

Hospitais de ensino são tão antigos como o conceito de saúde. Foi no início do século XX que a medicina flexneriana tornou obrigatório o vínculo orgânico entre os hospitais de ensino e as faculdades de medicina (MEDICI, 2001).

O termo “Hospital Universitário (HU)” é definido como instituição que se caracteriza por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino promovendo treinamento universitário na área de saúde, sendo reconhecido oficialmente como hospital de ensino proporcionando atendimento médico de alta complexidade (BONACIM; ARAUJO, 2009; MEDICI, 2001). Devendo ocupar o ápice da pirâmide de um sistema hierarquizado formando o nível terciário da atenção à saúde (CAMPOS, 1999).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), um HU é entendido como um centro de assistência médica de alta complexidade com importante papel no atendimento médico de nível terciário, e tem forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa, demanda alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros e exerce um papel político importante na localidade em que está inserido (BRASIL, 2004).

A posição que ocupam os hospitais nos sistemas de saúde tem sido motivada por um modelo de atenção histórico, biomédico e curativista, e por uma cultura de auto-suficiência por ser, junto com o médico, a instituição com mais poder que desempenha um papel modulador e hegemônico do sistema sanitário. No topo da organização, localizava-se o diretor

médico enquanto que a base da pirâmide hospitalar era ocupada pelos operadores dos serviços clínicos que cuidavam dos pacientes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Pelo fato de os hospitais universitários serem muito dispendiosos, a necessidade de reduzir os gastos com a saúde tem enfraquecido esses serviços levando a uma crise financeira crônica (BONACIM; ARAUJO, 2009; MEDICI, 2001).

No final da década de 80 e início dos anos 90, a situação dos hospitais públicos da América Latina não podia ser considerada como boa. Em função dos cortes financeiros, edifícios antigos e com má manutenção, com vários equipamentos fora de uso, falta de insumos básicos, provocaram uma desmotivação dos profissionais e queixas dos pacientes e da população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

A preocupação com a qualidade no serviço hospitalar, no Brasil, teve início na década de 70, crescendo nos anos 80 e ganhou força nos anos 90 (MALIK; TELES, 2001). Na década de 90, a gestão pública em nosso país começa a passar por intensas mudanças estimuladas por reivindicações sociais que exigia maior eficiência, transparência e eficácia na aplicação dos recursos públicos (BONACIM; ARAUJO, 2009; BORBA; KLIEMANN NETO, 2008). A sociedade se reafirma como atriz das decisões e da produção de bens públicos e reivindica necessariamente os valores, os direitos e as responsabilidades dos cidadãos como sujeitos na formação da opinião e da vontade pública. Em função disso, a velocidade e a globalização dos processos de mudança do setor saúde, forçam os hospitais a desenvolver novas formas de relação à sua volta e novas modalidades de organização e gestão que permitam dar uma resposta satisfatória às demandas da população. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Durante muitos anos os HU que respondiam por uma atenção médica basicamente curativa onde o profissional médico estava no topo da pirâmide, mudam para o consenso de que os HU deveriam mudar suas estratégias com maior integração com a comunidade, estabelecendo novas formas de tratamento (MEDICI, 2001). Para Borba e Kliemann Neto (2008), é importante que haja equidade e otimização dos recursos e interação entre cliente e fornecedor do serviço.

Com o objetivo de se proporcionar melhores serviços de atenção e racionalização dos custos, na década de 1990 começa-se a discutir a função do hospital no contexto de uma organização na qual participa uma crescente pluralidade de entidades e se empreendem

variadas atividades, com o objetivo de procurar respostas mais flexíveis e adaptadas às necessidades e às demandas das pessoas e das comunidades (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

A nova missão dos hospitais de ensino passa a referir-se a complexas articulações internas, compromissos e responsabilidades com a realidade do sistema de saúde e da sociedade à qual pertence (BRASIL, 2004).

Nos HUs, as questões sobre condutas e procedimentos aparecem com nível de marcante complexidade. Além da prestação da assistência, esses serviços acrescentam atividades de ensino e pesquisa e, ainda, devem ser um referencial em tecnologia avançada (BONACIM; ARAUJO, 2009). O não cumprimento de padrões de qualidade e de conduta na assistência pode contribuir para o mau desempenho dos profissionais em treinamento por toda sua vida profissional (MEDICI, 2001).

Ultimamente fala-se sobre a complexidade tecnológica do setor saúde e seus impactos sobre as práticas profissionais. As novas tecnologias trazem consigo a necessidade de uma maior especialização e se concentram em determinadas atividades de alta complexidade. Os médicos e demais profissionais devem integrar-se à nova lógica industrial da alta complexidade tecnológica, no entanto, devem conservar sua identidade cultural e seus valores éticos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

O crescimento do sistema de saúde e o aumento da complexidade do atendimento enfatizam a importância de uma gestão mais efetiva sobre os recursos do serviço e a qualidade do atendimento (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Ainda segundo esses autores, conquanto o Ministério da Saúde tenha desenvolvido várias políticas voltadas para a atenção básica, os hospitais da rede SUS exercem papel fundamental na operacionalização do sistema.

Ao planejar e programar suas atividades e ações, os hospitais de ensino devem considerar-se parte integrante de uma rede de serviços de atenção à saúde, de forma humanizada, centrada no usuário e seus familiares (BRASIL, 2004).

Muitos hospitais têm iniciado modificações do modelo de atenção à semelhança dos países desenvolvidos. As organizações já não são uma estrutura rígida com missões e funções invariáveis com o tempo. Seus limites são hoje difusos. A principal característica do novo modelo de gestão hospitalar é a flexibilidade. A mudança nos modelos de gestão de enfoques clássicos para modelos mais participativos tem beneficiado os usuários a participarem na

gestão dos hospitais e de outras instituições de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

A orientação dos hospitais do século XXI deverá colocar os usuários no centro de um triângulo cujos vértices ocupariam os profissionais da saúde e outros trabalhadores, os financiadores da instituição e os gestores capazes de manter os equilíbrios que melhor facilitem o cumprimento da missão e dos objetivos institucionais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

Os sistemas e redes de serviço devem ser avaliados constantemente e isso também inclui os serviços hospitalares. O fato de que as transferências de recursos estejam ligadas contratualmente por meio de compromissos de gestão ou de outros mecanismos, a resultados favoráveis nos âmbitos de produção, gestão financeira, qualidade técnica e satisfação do usuário, aumentam a importância para que se criem instrumentos que permitam a realização de tal avaliação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

O Decreto federal nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010 institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e estabelece várias diretrizes dentre as quais podem-se citar: o aprimoramento das atividades hospitalares, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde; a modernização da gestão dos hospitais com base em transparência e responsabilidade; instituição de processo permanente de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população (BRASIL, 2010).

No Brasil, há 154 hospitais de ensino. Destes, 46 são hospitais universitários federais sob a gestão do Ministério da Educação (MEC). Tais hospitais fazem parte da rede SUS como hospitais de referência, e enfrentam as mesmas dificuldades na gestão pelas quais passam outros hospitais da rede, porém com maior gravidade da situação, por incorporar em sua missão as atividades docentes e por ser um referencial de tecnologia, tornando-se assim mais dispendiosos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO, 2009; BONACIM; ARAÚJO, 2009).

A cidade de Campina Grande, município localizado no interior do estado da Paraíba, na região nordeste do Brasil, a 140 Km da capital João Pessoa, conta com o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), órgão suplementar da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que se constitui como hospital geral de referência para o SUS.

O mesmo foi fundado em 10 de dezembro de 1950 como hospital de assistência aos trabalhadores públicos federais do nordeste. Em 1967, passou a fazer parte da rede municipal de assistência à saúde, constituindo-se como hospital do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e em 1990, foi cedido a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) para dar suporte ao curso de medicina do Campus II. Com o desmembramento da UFPB em 2002, integrou-se à recém-criada Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) como órgão suplementar (RIBEIRO, 2010).

Com uma população adstrita de 389.995 habitantes, a gestão da saúde pública no município de Campina Grande é plena e sua rede assistencial para o SUS está organizada em 6 distritos sanitários. De acordo com dados do DATASUS, em fevereiro de 2012 a cidade possuía 509 estabelecimentos de saúde, dentre os quais podemos citar, 5 centros de atenção psicossocial, 78 unidades básicas de saúde, 01 Central de regulação medica das urgências, 71 clinicas especializadas/ambulatórios especializados, 225 consultórios, 05 hospitais especializados, 10 hospitais gerais, 03 hospitais-dia, 12 policlínicas, 07 postos de saúde, 02 prontos-socorros especializados, 76 unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, 03unidades de vigilância em saúde, 02 unidades-mistas, 03 unidades moveis de nível pré-hospitalar de urgência/emergência (BRASIL, 2012).

O município presta assistência à saúde de toda sua população e a mais 48 municípios pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Segundo dados do DATASUS, em fevereiro de 2012, a rede SUS no município possuía cerca de 1714 leitos hospitalares, destes, 1358 leitos são ofertados à clientela do SUS, perpassando cerca de 4,4 leitos por 1.000 habitantes em toda a rede de assistência e 3,5 leitos do SUS por 1.000 habitantes. No referido ano foram empregados cerca de R\$ 871.665,89 em internações hospitalares na rede de alta complexidade do município (BRASIL, 2012).

O HUAC possui 178 leitos, distribuídos em áreas especializadas em clínica médica, clínica cirúrgica, respiratória, pediatria, infectologia e terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal. Atende a toda população da cidade de Campina Grande e demais municípios da região. No ano de 2011, obteve-se uma média de 424 internações hospitalares. A avaliação da satisfação dos pacientes atendidos neste hospital se coloca como um desafio (uma vez que atualmente esse tipo de avaliação não é feito de forma rotineira), especialmente daqueles que estão em situação de internação, que vivenciam esta experiência durante um longo período de tempo.

2 JUSTIFICATIVA

É sabido que a avaliação de serviços de saúde concorre em grande monta para a tomada de decisão e aprimoramento da qualidade da assistência. Ademais, o custo da ineficiência, inadequação e atrasos nas providências em tais serviços podem acarretar inúmeros prejuízos, sobretudo em termos de vidas humanas (ARRUDA, 2010). No entanto, o grande desafio, é conseguir que as unidades de saúde coloquem em prática, na sua própria estrutura e dinâmica, o processo de avaliação de qualidade permanente, objetivando atingir melhores índices de qualidade (PINHEIRO; ESCOSTEGUY, 2009).

Mesmo com a crescente conscientização sobre a importância da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda se precisa avançar muito para assegurar padrões elevados de qualidade. Há uma carência de políticas ministeriais firmes que permitam a melhoria da qualidade e em função disso, poucas secretarias de saúde (estaduais e municipais) desenvolveram suas próprias abordagens para o aumento da qualidade dos cuidados em saúde (PAIM, et al., 2011).

Ouvir a opinião de quem recebe a assistência é um elemento importante na avaliação dos serviços de saúde, bem como da forma que o sistema de saúde se organiza para viabilizar o atendimento. A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço (MOIMAZ et al., 2010).

Além disso, o Decreto Federal nº 7.508 que regulamenta a Lei 8080, publicado em junho de 2011, estabelece o contrato organizativo de ação pública para fins de garantia da gestão participativa, o qual envolve a apuração permanente das necessidades de interesses do usuário (BRASIL, 2011).

Quando se fala de um sistema de saúde complexo, com grandes zonas de incerteza nas relações entre os problemas de saúde, as intervenções suscetíveis de resolvê-las e as expectativas crescentes da população, as medidas necessárias para atender aos preceitos da universalidade do acesso, qualidade da atenção prestada e viabilidade econômica do SUS, são particularmente difíceis de tomar. Em função disso, a necessidade de informação sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários do sistema de saúde é cada vez mais reconhecida e a avaliação se torna uma alternativa adequada (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Uma pesquisa realizada no município de Campina Grande em 2001 constatou que os usuários da cidade estavam insatisfeitos com alguns serviços de saúde no município, ao avaliarem a qualidade do atendimento realizado nos hospitais e serviços ambulatoriais como de qualidade ruim (GUEDES; GARCIA, 2001).

Considera-se ainda que a gestão do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) apoia que seus profissionais sejam capacitados para poder oferecer campo de estágio em serviços hospitalares que forneçam atendimento adequado e de qualidade a seus usuários, e que um estudo recente realizado no serviço de ambulatório do referido hospital revelou que os usuários estão insatisfeitos com os serviços prestados pelo HUAC (RIBEIRO, 2010).

Diante desse contexto, conhecer a realidade dos setores de internamento do serviço acima referido é importante pois espera-se que os resultados sejam capazes de fornecer informações consistentes para o planejamento de intervenções, além da detecção de falhas existentes na assistência oferecida a sua clientela. Para tal, levantou-se o seguinte questionamento: **Qual o grau de satisfação dos usuários dos diferentes setores de internamento do Hospital Universitário Alcides Carneiro da cidade de Campina Grande/PB?**

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o grau de satisfação de pacientes e de seus responsáveis legais, internados no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os sujeitos da pesquisa quanto aos aspectos sócio-econômicos.
- b) Verificar o grau de satisfação dos sujeitos da pesquisa.
- c) Identificar os fatores que interferem no grau de satisfação dos sujeitos da pesquisa.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa descritiva, transversal, através da aplicação de um questionário fechado.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) situado no município de Campina Grande/PB, num bairro próximo ao centro da cidade. O HUAC constitui-se como unidade formadora de recursos humanos em saúde, colaborando para a formação acadêmica de profissionais dos cursos de medicina, enfermagem e fisioterapia. Além destes, a instituição ainda possui 5 (cinco) programas de pós-graduação *lato sensu* na modalidade de Residência Médica em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Endocrinologia e Infectologia. Possui 178 leitos distribuídos nas mais diversas clínicas incluindo UTI adulto, pediátrico e neonatal, atende procedimentos de média e alta complexidade.

O HUAC é um hospital exclusivamente público cujo financiamento se dá através da prestação de serviços disponibilizada ao SUS, mantido pelo Ministério da Saúde e incentivos financeiros de gestão e investimentos disponibilizados pelo Ministério da Educação.

4.3 PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de outubro de 2011 a abril de 2013 e a coleta de dados ocorreu entre os meses de abril a setembro de 2012. Tal período de coleta se deu em função do fechamento temporário de alguns setores para reforma.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população foi composta de pacientes (ou seus responsáveis legais) internados no hospital.

Para calcular a amostra utilizou-se como parâmetros a média mensal de internamentos de 424 pacientes e 42,0% de satisfação, percentual encontrado para população

atendida no estudo “Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números” (SZWARCOWALD, et al., 2004). A amostra foi por conveniência, sistemática do tipo proporcional com um erro amostral de 5% e uma confiabilidade de 95%. Com base nos parâmetros utilizados e acrescido 20% considerando-se as possíveis perdas amostrais, ficando em 363 usuários de todo o setor de internação do HUAC, excetuando-se a UTI adulto. Para calcular a amostra foi utilizado software EPI-INFO versão 3.3.2. Foi realizado um pré-teste em parte da amostra que objetivou a análise da compreensão do questionário pelos usuários e o tempo gasto em cada entrevista.

Foram incluídos neste estudo todos os usuários que se internarem no HUAC de abril a setembro de 2012 que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso específico da internação pediátrica, a entrevista foi conduzida com o responsável legal do menor.

O recrutamento dos indivíduos foi realizado nos diferentes setores de internação do hospital, de acordo com o quadro 1.

Quadro 1: Número de usuários de acordo com o setor de internamento

SETOR	NUMERO DE USUÁRIOS
ALA CIRURGICA	121
ALA RESPIRATÓRIA	22
CLINICA MÉDICA	43
INFECTOLOGIA	21
PEDIATRIA	134
UTI INFANTIL	22
TOTAL	363

FONTE: Elaborado pela própria autora

4.5 CRITÉRIOS INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa, todos os pacientes ou seus responsáveis legais que aceitassem participar da entrevista e que estivessem em boas condições cognitivas para

responder ao questionário. Foram excluídos da pesquisa os pacientes internados na UTI adulto uma vez que os mesmos (em sua maioria) não estão em condições de responder às perguntas do questionário. Foram excluídos também aqueles pacientes que se recusaram a participar da pesquisa.

4.6 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada através da aplicação do instrumento do SERVQUAL e mais duas seções de perguntas relativas a questões com cinco níveis de resposta para avaliar a satisfação com o acesso ao serviço de saúde e obtenção de dados sócio econômicos dos usuários entrevistados. O instrumento SERVQUAL é composto por 44 declarações afirmativas referentes a opinião do usuário, dentre as quais, 22 referem-se às expectativas e as 22 restantes relacionam-se à questão da percepção do usuário sobre do serviço recebido (anexo A).

À semelhança do trabalho de Ribeiro (2010), foram realizadas adaptações na proposta inicial de Parasuraman, Zeithalm e Berry (1990) complementando o instrumento com questões diretas sobre possíveis fatores que interferem na satisfação e os dados sócio econômicos dos usuários. As afirmativas estão relacionadas no Quadro 2 em cada um dos dois aspectos: expectativas e percepções, com graduações na forma da escala Likert de 7 pontos, sendo: (1) discordo totalmente, (2) discordo parcialmente, (3) discordo; (4) não concordo nem discordo (5) concordo; (6) concordo parcialmente e (7) concordo plenamente.

Quadro2: Indicadores e afirmativas da escala SERVQUAL

(continua)

Aspectos tangíveis
Q 1 – Excelentes hospitais têm equipamentos modernos.
Q 2 – O ambiente físico de excelentes hospitais são agradáveis.
Q 3 – Os trabalhadores dos excelentes hospitais têm boa aparência.
Q 4 – Os materiais associados com os serviços prestados nos excelentes hospitais têm uma boa aparência visual.
Confiabilidade
Q 5 – Quando excelentes hospitais prometem fazer algo em certo tempo, eles cumprem.
Q 6 – Frente a problemas dos usuários, os excelentes hospitais demonstram sincero interesse em resolvê-los.
Q 7 – Excelentes hospitais fazem o serviço certo logo na primeira vez.
Q 8 – Excelentes hospitais executam seus serviços no tempo em que se comprometem.
Q 9 – Excelentes hospitais procuram realizar as tarefas sem erros.
Resposta do atendimento
Q 10 – Trabalhadores de excelentes hospitais prometem realizar os serviços nos prazos em que serão executados.
Q 11 – Trabalhadores de excelentes hospitais dão atendimento com rapidez aos seus usuários.
Q 12 – Trabalhadores de excelentes hospitais têm sempre boa vontade em ajudar seus usuários.
Q 13 – Trabalhadores de excelentes hospitais nunca estão ocupados para esclarecer dúvidas dos seus usuários.

Quadro2: Indicadores e afirmativas da escala SERVQUAL

(Conclusão)

Segurança ou garantia
Q 14 – O comportamento dos trabalhadores de excelentes hospitais transmite confiança nos usuários.
Q 15 – Usuários de excelentes hospitais sentem segurança em realizar suas consultas nessa instituição.
Q 16 – Trabalhadores de excelentes hospitais são educados com seus usuários.
Q 17 – Trabalhadores de excelentes hospitais têm conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários.
Empatia
Q 18 – Excelentes hospitais dão atenção individual a cada usuário.
Q 19 - Excelentes hospitais têm horários de funcionamento conveniente para todos os usuários.
Q 20 - Excelentes hospitais têm que oferecer atendimento individual a cada usuário.
Q 21 - Excelentes hospitais estão dispostos em oferecer o melhor serviço aos seus usuários.
Q 22 - Excelentes hospitais percebem as necessidades específicas de seus usuários.

FONTE: Ribeiro (2010)

Nessa pesquisa foi avaliado o Gap 5 (que é a discrepância entre a expectativa do usuário e sua percepção sobre o serviço recebido) uma vez que o mesmo faz menção os cinco indicadores da qualidade. O valor para o *gap* 5 de cada declaração foi obtido através da soma das diferenças entre os valores da Percepção e Expectativa para cada usuário entrevistado, sendo assim, o Valor SERVQUAL é igual a:

$$Q_i = \sum \text{Percepção}_i - \sum \text{Expectativa}_i$$

Todas as afirmativas foram distribuídas de acordo com os cinco indicadores da qualidade explicitados. Através da subtração entre as médias das percepções e as médias das expectativas, sendo possível aferir a qualidade do serviço oferecido. Os valores de desempenho percebidos inferiores aos das expectativas significaram um resultado negativo, o que é indicativo de que a qualidade percebida está abaixo do esperado; e os valores de desempenho superiores aos das expectativas, significa, que a qualidade percebida está acima do esperado; e a nota próxima de zero é sinal de que a qualidade percebida é satisfatória.

O instrumento SERVQUAL também possui um módulo que questiona a importância atribuída pelos usuários a cada indicador de qualidade. Foi solicitado que os mesmos distribuíssem 100 pontos aos indicadores, onde os considerados mais importantes foram os que obtiveram mais pontos.

Além dos questionamentos do SERVQUAL, foi indagado aos usuários os possíveis problemas no acesso ao serviço, como o tempo de deslocamento, o tempo de espera desde a chegada ao serviço até a efetivação do atendimento, o tempo de duração da consulta, e o tempo de espera entre o pronto atendimento/ambulatório e a internação.

Variáveis do Estudo:

- a) **Variável dependente da parte relativa ao estudo da qualidade através do SERVQUAL** - médias dos cinco indicadores do SERVQUAL, obtidas através da diferença entre os valores do par Percepção / Expectativa para cada usuário entrevistado, isto é, Valor SERVQUAL = Percepção – Expectativa;
- b) **Variável dependente em relação ao módulo sobre acesso:** grau de satisfação, definida como o percentual de respostas de grau excelente ou bom para as questões que contemplam 5 níveis de resposta. Os indivíduos classificados como satisfeitos serão aqueles que tiverem percentuais acima de 50% para as perguntas com cinco níveis de resposta;
- c) **Variáveis independentes:** sexo, escolaridade (Baixa Escolaridade: até o Ensino Fundamental completo; Alta Escolaridade: Ensino Médio e Superior), faixa etária (16-20; 21-30; 31-49 anos e 50 anos e mais); e situação ocupacional (empregados, autônomos e não-empregados - pessoas não economicamente ativas¹).

¹ Pessoa Não Economicamente Ativa: Pessoa que, durante 12 meses anteriores à data do Censo, se encontrava em uma ou mais das seguintes situações: exercia afazeres domésticos no próprio lar; estudava; vivia de rendimentos de aposentadoria ou de aplicação de capital; estava detida cumprindo sentença, doente ou inválida sem estar licenciada do trabalho; não desejava trabalhar ou, desejando, deixou de procurar trabalho porque não o encontrava (IBGE, 2010).

4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados à beira do leito, em momento tranqüilo quando os profissionais assistenciais não estavam presentes na enfermaria, após a alta do paciente. Os dados referentes à expectativa e percepção foram coletados no mesmo momento à semelhança dos trabalhos realizados por Brasil (1994) e Cruz e Melleiro (2010). Os pacientes foram informados da importância da pesquisa, sendo iniciada a coleta após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário foi preenchido pelo profissional após fazer a pergunta de maneira clara para o paciente.

4.8 PLANO DE ANÁLISE

As variáveis dependentes foram analisadas com notas que variam de 1 a 7 referentes aos 7 níveis de resposta que variaram de concordo plenamente a discordo plenamente, as quais foram tabuladas e analisadas utilizando-se o teste de Friedman (teste não paramétrico que permite comparar médias) para detectar diferenças entre os 5 indicadores estudados.

Os aspectos relacionados à acesso/acessibilidade, tais como o tempo de deslocamento, o tempo de espera desde a chegada ao serviço até a efetivação do atendimento, o tempo de duração da consulta, e o tempo de espera entre o pronto atendimento/ambulatório e a internação foram avaliados com 5 níveis de resposta que variaram de excelente a muito ruim.

Para a análise descritiva do perfil socioeconômico e demográfico da população foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, escolaridade, situação ocupacional.

As informações recebidas foram tabuladas e analisadas utilizando-se o teste de Friedman para detectar diferenças entre os 5 indicadores estudados, não se aplicando à avaliação geral de satisfação. Todas as análises estatísticas apresentaram conclusões com 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Os resultados estão apresentados em forma de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão

Foram utilizados os *software Microsoft Excel 2007* para construção do banco de dados e o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 13.0 para executar as análises.

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram obedecidos nesta investigação os princípios de bioética registrados na resolução 196/96 de Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Após abordagem dos sujeitos foi solicitado o consentimento do mesmo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Os sujeitos da pesquisa foram informados que os autores da investigação guardariam sigilo sobre a identidade das informações obtidas e que teriam direito a desistência da pesquisa em qualquer fase da entrevista sem prejuízo ao seu atendimento no serviço.

Ressalta-se que esta pesquisa apresentou risco mínimo para os entrevistados que é o de um possível constrangimento diante de algum questionamento, mas a equipe de pesquisa garantiu o anonimato das respostas e o sigilo das informações pessoais. Como possíveis benefícios, esta pesquisa deverá fornecer subsídios para melhoria da assistência a essa clientela.

5 RESULTADOS

Do total de entrevistados (n=363), 77,4% pertenciam ao sexo feminino. A faixa etária mais frequente no estudo foi a de 31 a 49 com 38,6% seguida da faixa etária de 50 anos e mais com 31,1% dos usuários. Quanto ao nível de escolaridade, houve predomínio de baixa escolaridade com 71,9% do total. A maior parte dos sujeitos entrevistados era de pessoas não trabalhadoras, ou seja, pessoas não economicamente ativas, com 68,6% do total, seguidos de pessoas empregadas (27,3%) e autônomos (4,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição absoluta e percentual das características sócio econômicas dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2012.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	82	22,6
Feminino	281	77,4
Faixa etária		
13 a 20 anos	20	5,5
21 a 30 anos	90	24,8
31 a 49 anos	140	38,6
50 anos e mais	113	31,1
Escolaridade		
Baixa*	261	71,9
Alta**	102	28,1
Situação ocupacional		
Empregado	99	27,3
Não trabalhador	249	68,6
Autônomo	15	4,1

FONTE: Elaborado pela própria autora

NOTA:(*). Até ensino fundamental completo

(**). Ensino médio completo e superior (completo ou incompleto)

Os indicadores avaliados para medir a qualidade dos serviços utilizados pelos usuários do hospital foram: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia.

A tabela 2 mostra que os usuários estão mais insatisfeitos quanto à tangibilidade (com média de -1,96), uma vez que este indicador apresentou uma distância maior da média entre a avaliação do HUAC e o que seria um hospital ideal, ou de excelência. No que diz respeito à empatia e a avaliação geral de satisfação, os usuários também estavam insatisfeitos, porém,

em menor proporção, com média de -0,07 e -0,05 respectivamente. O atendimento foi o melhor indicador avaliado, seguido dos indicadores confiabilidade e segurança (médias de 0,99; 0,60 e 0,38).

Tabela 2 – Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto aos indicadores da qualidade do serviço. Campina Grande - PB, 2012.

Indicadores*	Medidas descritivas			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tangibilidade	-21,00	12,00	-1,96	4,40
Confiabilidade	-27,00	17,00	0,60	6,70
Atendimento	-13,00	16,00	0,99	4,85
Segurança	-14,00	11,00	0,38	3,40
Empatia	-29,00	20,00	-0,07	6,56
Avaliação geral	-77,00	64,00	-0,05	20,29

FONTE: Elaborado pela própria autora

NOTA:(*) Teste de Friedman p-valor < 0,001

No que se refere à análise da importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço do HUAC, os usuários demonstraram que dão maior importância para a confiabilidade (26,63), empatia (21,57) e atendimento (21,43). A tangibilidade e a segurança foram os indicadores que receberam o menor grau de importância na opinião dos usuários do HUAC (Tabela 3).

Tabela 3 - Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto à importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço. Campina Grande - PB, 2012.

Indicadores*	Medidas descritivas			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tangibilidade	0,00	50,00	10,83	7,47
Confiabilidade	0,00	100,00	26,63	13,95
Atendimento	0,00	60,00	21,43	11,68
Segurança	0,00	70,00	19,55	11,68
Empatia	0,00	100,00	21,57	14,23

FONTE: Elaborado pela própria autora

NOTA: (*) Teste de Friedman p-valor < 0,001

Na seqüência, é possível observar os resultados referentes à qualidade percebida dos serviços fornecidos aos usuários através dos *gaps* dos 3 indicadores de maior importância para

os usuários. Os valores negativos indicam uma qualidade percebida insatisfatória, os valores iguais a zero a qualidade percebida é aceitável e os valores positivos a qualidade percebida é boa.

O indicador confiabilidade merece ser destacado por ter sido considerado o mais importante pela maioria dos usuários. A análise dos itens componentes desse indicador (Tabela 4) demonstra que a maior insatisfação está relacionada ao cumprimento das atividades no prazo de execução prometido e no horário marcado, com valor da diferença de -0,15 e -0,11 respectivamente. No que diz respeito à “execução dos serviços de forma correta na primeira vez”, ao “interesse sincero em resolver problemas dos pacientes” e “execução das tarefas sem erros”, os usuários estavam satisfeitos, (com *gaps* 0,56; 0,29 e 0,00 respectivamente).

Tabela 4 – Desempenho dos atributos (itens) do indicador confiabilidade em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2012.

Medida da avaliação da qualidade do serviço				
Itens do indicador confiabilidade	Percebido (recebido)	Ideal (expectativa)	Gap (desempenho percebido menos ideal)	Gap médio
Q5 – Quando o HUAC promete fazer algo em certo tempo, ele cumpre.	5,95	6,06	-0,11	
Q6 - Quando um usuário tem um problema, o HUAC demonstra um sincero interesse em resolvê-lo.	6,10	5,81	0,29	
Q7 – O HUAC presta o serviço certo da primeira vez..	6,00	5,44	0,56	0,12
Q8 – . O HUAC irá executar seus serviços no tempo que se comprometeu	5,95	6,10	-0,15	
Q9 – O HUAC persiste em execuções de tarefas sem erros	6,03	6,03	0,00	

FONTE: Elaborado pela própria autora

Analisando o indicador “empatia”, os resultados revelam que os níveis de insatisfação são baixos, sendo o “horário de funcionamento conveniente para os usuários” o

que apresentou maior insatisfação com *gap* de -0,34. Por outro lado, os usuários estavam satisfeitos com relação ao “atendimento individual a cada paciente” (0,26) (tabela 5).

Tabela 5 – Desempenho dos atributos (itens) do indicador empatia em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2012.

Medida da avaliação da qualidade do serviço				
Itens do indicador empatia	Percebido (recebido)	Ideal (expectativa)	Gap (desempenho percebido menos ideal)	Gap médio
Q18 – O HUAC lhe dá atenção individualizada.	6,05	5,79	0,26	
Q19 – O HUAC tem horários de funcionamento convenientes para todos seus usuários.	5,55	5,89	-0,34	
Q20 – O HUAC tem trabalhadores que dão a você um atendimento personalizado.	5,98	5,95	0,03	-0,01
Q21 – O HUAC está disposto em prestar o melhor serviço a você.	6,06	6,07	-0,01	
Q22 – O HUAC percebe suas necessidades específicas.	5,93	5,94	-0,01	

FONTE: Elaborado pela própria autora

Outro indicador que foi considerado importante pelos usuários foi a qualidade do atendimento. Nesse indicador, os pacientes estavam satisfeitos pelo fato de os funcionários do HUAC nem sempre estar ocupados demais para esclarecer dúvidas (*gap* 0,57), ter sempre boa vontade em ajudá-los (*gap* 0,32) e oferecer atendimento com rapidez (*gap* 0,20). De maneira geral, o indicador atendimento foi melhor avaliado pelos usuários do que o confiabilidade (Tabela 6).

Tabela 6 – Desempenho dos atributos (itens) do indicador atendimento em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2012.

Medida da avaliação da qualidade do serviço				
Itens do indicador atendimento	Percebido (recebido)	Ideal (expectativa)	Gap	Gap
			(desempenho percebido menos ideal)	Médio
Q10 – Os trabalhadores do HUAC devem prometer realizar os serviços nos prazos em que serão executados.	6,01	6,10	-0,09	
Q11 – Os trabalhadores do HUAC devem prestar atendimento com rapidez aos seus usuários.	6,11	5,91	0,20	0,25
Q12 – Os trabalhadores do HUAC devem ter sempre boa vontade em ajudar seus usuários.	6,23	5,91	0,32	
Q13 – Os trabalhadores do HUAC nunca devem estar ocupados para esclarecer dúvidas dos seus usuários.	5,90	5,33	0,57	

FONTE: Elaborado pela própria autora

A análise dos índices de satisfação com os cinco indicadores de qualidade por setor de internamento, revela que o setor melhor avaliado foi a UTI infantil, apresentando *gaps* positivos em quase todas os indicadores com média \pm DP geral de $5,95 \pm 11,14$, sendo o indicador tangibilidade o pior avaliado no referido setor (Tab. 7).

Os setores que tiveram os menores índices de satisfação foram a infectologia e a clínica médica, com média \pm DP geral de $-14,71 \pm 19,25$ e $-6,19 \pm 14,37$ respectivamente. Ainda no que diz respeito a esses dois últimos setores é possível verificar que houve uma sistemática avaliação negativa. Porém, quando observa-se o indicador Segurança ou garantia, constata-se que não houve diferença significativa entre os setores avaliados (Tab. 7).

Tabela 7– Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto aos indicadores da qualidade do serviço de acordo com o setor de internamento. Campina Grande - PB, 2012.

Indicadores	Média ± DP	p-valor *
Aspectos tangíveis		0,001
Infectologia	-5,00 ± 4,72	
Ala respiratória	-2,05 ± 3,70	
Clinica médica	-2,00 ± 4,19	
UTI infantil	-0,18 ± 3,19	
Pediatria	-2,29 ± 3,82	
Ala cirúrgica	-1,35 ± 5,04	
Confiabilidade		<0,001
Infectologia	-2,71 ± 6,11	
Ala respiratória	0,00 ± 4,42	
Clinica médica	-1,72 ± 4,70	
UTI infantil	2,36 ± 4,59	
Pediatria	1,37 ± 6,38	
Ala cirúrgica	0,95 ± 8,00	
Atendimento		<0,001
Infectologia	-2,52 ± 6,08	
Ala respiratória	0,41 ± 3,16	
Clinica médica	-0,88 ± 3,87	
UTI infantil	2,41 ± 3,11	
Pediatria	1,68 ± 4,57	
Ala cirúrgica	1,36 ± 5,34	
Segurança ou garantia		0,141
Infectologia	-1,05 ± 4,57	
Ala respiratória	0,41 ± 1,87	
Clinica médica	0,95 ± 3,42	
UTI infantil	0,55 ± 1,44	
Pediatria	0,16 ± 3,02	
Ala cirúrgica	0,64 ± 3,96	
Empatia		<0,001
Infectologia	-3,43 ± 6,36	
Ala respiratória	0,05 ± 3,72	
Clinica médica	-2,53 ± 5,56	
UTI infantil	0,82 ± 3,47	
Pediatria	0,80 ± 5,75	
Ala cirúrgica	0,24 ± 8,11	
Avaliação Geral		<0,001
Infectologia	-14,71 ± 19,25	
Ala respiratória	-1,18 ± 12,62	
Clinica médica	-6,19 ± 14,37	
UTI infantil	5,95 ± 11,14	
Pediatria	1,71 ± 17,43	
Ala cirúrgica	1,84 ± 25,62	

FONTE: Elaborado pela própria autora

A tabela 8 trata da análise das questões que buscaram mensurar a satisfação com o acesso aos serviços do HUAC, onde observa-se que o tempo de deslocamento entre a residência do usuário até o hospital obteve percentual de satisfação abaixo de 50%, portanto abaixo do corte adotado neste estudo para mensurar satisfação. No que se refere ao tempo de espera desde a chegada ao serviço até a efetivação do atendimento no pronto-atendimento

(PA), o tempo de duração da consulta no PA, e o tempo de espera entre o PA/ambulatório e a internação tiveram percentuais de satisfação acima de 50%. O maior percentual de satisfação encontrado foi em relação ao tempo de duração da consulta (79,9%) seguido do tempo de espera entre a chegada ao HUAC e o término do atendimento com 65,7%.

Tabela 8 – Percentual de satisfação segundo o acesso aos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2012.

Aspectos do acesso	N	%
Tempo gasto com o deslocamento até o HUAC	159	43,8
Tempo de espera entre chegada ao HUAC e término do atendimento no Pronto atendimento	142	65,7
Tempo de duração da consulta no Pronto atendimento	171	79,9
Tempo de espera entre o Pronto atendimento/ambulatório e a internação	133	61,6

FONTE: Elaborado pela própria autora

NOTA: os valores de N menores do que 363 representam os “missings” das questões.

6 DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, nas agendas nacional e internacional, a qualidade dos serviços de saúde tem recebido uma atenção especial e seu significado tem passado por permanente construção conceitual e metodológica. Definir níveis de qualidade em saúde é de uma complexidade ímpar, dada a peculiaridade dos serviços deste setor. Além disso, padrões de qualidade, cada vez mais altos vêm sendo exigidos dessas instituições, levando-os a buscar efetivos meios para mensurar os serviços prestados (PENA; MELLEIRO, 2012; SERAPIONI, 2009). Tem-se colocado como imperativo a necessidade de desenvolvimento de sistemas avaliativos de satisfação do usuário na área da saúde, o que representa importante ferramenta para o aperfeiçoamento de estratégias de gestão para o setor (CRUZ; MELLEIRO, 2010)

À semelhança dos trabalhos desenvolvidos por Ribeiro (2010), Cruz e Melleiro(2010), Borges, Carvalho e Silva (2010) e Pena e Melleiro (2012), os resultados encontrados nesta pesquisa, mostram que na escala SERVQUAL adaptada foi verificada a existência de *gap's* entre a percepção da qualidade dos serviços recebidos e a expectativa dos usuários sobre este serviço, tornando-a um instrumento perfeitamente aplicável na área da saúde.

Através do instrumento utilizado foi possível mensurar o nível de concordância dos usuários do hospital com relação às expectativas e percepções relacionadas a cada uma das variáveis do estudo. Em assim sendo, foram alcançados os objetivos propostos na pesquisa, os quais servirão de fonte para a tomada de decisão por parte da gestão do hospital, permitindo, assim, uma melhora dos serviços e na satisfação dos usuários.

Neste estudo foi possível observar que os usuários em sua maioria eram do sexo feminino, na faixa etária adulta com baixa escolaridade e não economicamente ativos. Tais resultados são característicos de usuários do SUS, à semelhança dos encontrados por Ribeiro (2010), Borges, Carvalho e Silva (2010) e Moimaz et al. (2010). Vale ressaltar que o nível de instrução tem efeito direto na satisfação dos usuários com o serviço de saúde (GOUVEIA et al. 2009).

Boa parte dos entrevistados pertencia à pediatria e à UTI Infantil, setores onde os respondentes eram em sua maioria as mães das crianças o que justifica o maior percentual de mulheres na amostra total.

Verifica-se que de maneira geral houve insatisfação por parte dos usuários, com a qualidade dos serviços recebidos no HUAC, sendo que essa insatisfação se deu principalmente em relação ao indicador tangibilidade. Os indicadores sobre atendimento, confiabilidade e segurança foram bem avaliados pelos usuários.

Dentre os aspectos relacionados à tangibilidade, indicador com maior insatisfação no HUAC, pode-se citar a aplicabilidade e a funcionalidade dos equipamentos, a qualidade dos materiais, o estado de conservação e de aparência das instalações físicas, a limpeza do ambiente, a presença de ruídos e aparência e apresentação dos funcionários. Tais aspectos do HUAC não superaram as expectativas dos pacientes alcançando índices negativos de qualidade. O trabalho realizado por Cruz e Melleiro (2010) em setor de internamento de um serviço privado também encontrou resultado semelhante. Já na pesquisa realizada por Borges, Carvalho e Silva (2010) e em serviço público de cirurgia cardíaca, os usuários estavam satisfeitos quanto a esse aspecto.

Por sua vez, o indicador “atendimento” foi o indicador melhor avaliado pelo usuário do HUAC, fato que remete à boa qualidade dos profissionais que assistem esses pacientes. Tais resultados corroboram com os encontrados nas pesquisas desenvolvidas por Gouveia et al. (2009); Massuia, Mendes e Cecílio (2010); Borges, Carvalho e Silva (2010); Cruz e Melleiro (2010) e Pena e Melleiro (2012).

Cabe ressaltar ainda que a relação médico-usuário está fortemente ligada à qualidade dos serviços de saúde, influenciando também de forma positiva no estado de saúde dos pacientes o que confirma a necessidade de uma comunicação mais estreita e aberta entre ambos (PENA; MELLEIRO, 2012).

Entende-se o indicador “confiabilidade”, como sendo a capacidade de organização em cumprir com os compromissos assumidos com seus usuários, prestando um serviço livre de erros e realizados no tempo designado (MENDES, OLIVEIRA e MEDEIROS 2001). Tal indicador foi o segundo melhor avaliado pelos usuários do HUAC concordando com o autor acima referido.

No tocante à análise da importância conferida pelos usuários aos cinco indicadores da qualidade do instrumento SERVQUAL, à semelhança dos trabalhos Parassuraman, Zeithalm e Berry (1990); Ribeiro (2010); Borges, Carvalho e Silva (2010), a confiabilidade foi o indicador ao qual os usuários atribuíram maior importância seguida da empatia e atendimento. Sendo a tangibilidade o indicador de menor importância considerada pelos usuários.

A confiabilidade, indicador considerado mais importante pelo usuário, obteve o segundo lugar no nível de satisfação no HUAC. Esse indicador só não foi melhor avaliado pelo fato de os usuários manifestarem insatisfação em relação à realização do serviço no horário marcado e no prazo de execução prometido, à semelhança dos resultados encontrados por Hercos e Berezovsky (2006). Com relação à execução das tarefas sem erros por parte dos

funcionários do HUAC, o *gap* 5 foi igual a zero (0). Tal resultado sugere que o paciente não soube avaliar se a execução das tarefas estava correta, provavelmente em função do baixo grau de escolaridade da maioria dos usuários entrevistados.

De acordo com Pena e Melleiro (2012), o indicador confiabilidade envolve aspectos do cuidado de enfermagem, resultado do tratamento e organização do atendimento. Ressalta-se assim, a importância do serviço de enfermagem, haja vista a relevância do papel por ela desempenhado e sua presença constante em todas as etapas do tratamento influenciando diretamente na satisfação dos usuários.

O indicador empatia foi considerado o segundo mais importante, pelos usuários do HUAC. Porém, a satisfação encontrada neste estudo foi baixa, pois os usuários esperavam encontrar aspectos como bom horário do funcionamento, boa disposição por parte dos profissionais em prestar-lhes o melhor serviço e boa percepção por parte dos profissionais sobre as suas necessidades, o que não foi encontrado. Tal resultado pode ter ocorrido em virtude da eventual existência de um baixo vínculo entre os profissionais e os usuários, que pode decorrer da rotatividade dos profissionais em função do regime de plantão, ou até mesmo de uma possível assistência pouco humanizada. Para Nogueira (2004), não é apenas a competência técnica o indicador de sucesso profissional e sim o saber entender e cuidar dos pacientes. Usando a comunicação adequadamente, o profissional pode estimular mudanças de atitude e comprometimento no cliente. Isso porque o atendimento das necessidades humanas básicas desse indivíduo depende do tipo de comunicação que se estabelecerá entre ele e o profissional de saúde.

Em estudo realizado por Ricci et al. (2011), os autores concluíram que a adoção de modelo de assistência humanizada à saúde, resulta em alta satisfação dos seus usuários. O acolhimento estabelece uma relação diferenciada com a clientela a ser atendida no hospital-escola, pelo reconhecimento das necessidades e das diferenças individualizadas de cada paciente. Deste modo, a despeito de uma assistência pautada em procedimentos ou prestação de serviços, como vigorou por muitos anos no Brasil, a busca pela excelência nos serviços de saúde deve ser baseada na assistência ao usuário por uma equipe interdisciplinar capaz de solucionar seu problema de saúde de forma humanizada.

Tendo sido considerado o terceiro mais importante indicador de qualidade, o atendimento foi o indicador melhor avaliado pelos usuários do HUAC, onde à semelhança dos dados encontrados por Borges, Carvalho e Silva (2010) e Mendes, Oliveira e Medeiros (2001), os pacientes estavam satisfeitos com relação ao atendimento com rapidez, disposição

para esclarecer dúvidas e boa vontade em ajudar, recebidos pelos profissionais do HUAC. Um aspecto que merece destaque é a presença dos estudantes (internos) de medicina no serviço, uma vez que os mesmos passam bastante tempo no setor, apresentando disponibilidade e disposição em esclarecer as dúvidas dos pacientes com relação à sua doença. A satisfação está relacionada ao recebimento de atenção, ao fornecimento de informações e ao interesse demonstrado pelo médico com relação ao usuário (CRUZ; MELLEIRO, 2010).

Quando distribuiu-se os cinco indicadores de qualidade por setor de internamento, observou-se que a UTI infantil foi o setor melhor avaliado, exceto com relação ao indicador tangibilidade. É importante enfatizar que neste setor os respondentes foram os responsáveis legais pelos menores e na maioria deles a mãe da criança. Era de se esperar este resultado encontrado neste setor uma vez que outros estudos (LEMME; NORONHA; RESENDE; 1991) já apontam para elevados níveis de satisfação dos usuários com médicos pediatras uma vez que o estilo de comunicação e tratamento adotados por esta categoria profissional são diferenciados. Os pediatras procuram estabelecer um maior vínculo com os responsáveis pelos menores dando-lhes uma maior quantidade de atenção e informações sobre o cuidado das crianças, o que acaba influenciado numa maior satisfação da população com esta categoria médica.

Dentre os setores pior avaliados estão a Infectologia e a clínica médica, tendo sido o primeiro pior que o segundo. No tocante à Infectologia, tal fato provavelmente deveu-se em função de serem, em sua maioria, pacientes que vivem com HIV/AIDS, pessoas que vivem níveis elevados de estresse e depressão. Nogueira (2004) comenta que as ansiedades das pessoas se intensificam quando as mesmas estão sob determinada tensão ou crise. Esse resultado se assemelha com os encontrados por Durgante (2012) que durante entrevista com pessoas que vivem com AIDS em serviço de ambulatório de um hospital universitário no Rio Grande do Sul, observaram que os usuários avaliaram a satisfação do suporte social recebido como “nem satisfeitos, nem insatisfeitos”. Por outro lado, a pesquisa de Hollanda et al. (2012), ao avaliar a satisfação e a responsividade de pacientes atendidos em diferentes unidades da FIOCRUZ-RJ dentre as quais está o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (unidade com mais de 50% da clientela de pessoas que vivem com HIV/AIDS), observou que não houve correlação entre o perfil dos usuários e as notas atribuídas à expectativa e a satisfação.

A AIDS é uma condição complexa que requer uma qualidade de serviços com atenção voltada para tal complexidade. A assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS envolve um

complexo conjunto de condições não apenas técnicas, como de interações entre os sujeitos, à organização do trabalho, visando o exercício da interdisciplinaridade, necessitando garantir-se a integralidade como expressado na qualidade da assistência (NEMES et al., 2004).

Durante as entrevistas nos dois setores avaliados do HUAC, foram observados relatos de insatisfação com as instalações físicas e altas temperaturas do ambiente. Estudo realizado por Cruz e Melleiro (2010) entrevistando pacientes de uma ala cirúrgica e clínica médica de um hospital privado, revelou que de maneira geral os usuários estavam satisfeitos com o serviço recebido, mas, estavam insatisfeitos no que se refere às instalações do banheiro, nível de ruídos à noite e qualidade-sabor das refeições, o que se assemelha em parte com os resultados deste estudo. Cabe destacar que o tempo de internação dos pacientes nesses dois setores, em muitos casos prolongado, pode contribuir para maior insatisfação com o serviço.

Já o acesso aos serviços de saúde pode ser mensurado em relação tanto aos impedimentos físicos, financeiros e ao próprio serviço prestado, onde se pode citar: a facilidade em conseguir consulta médica e internação hospitalar, o apoio diagnóstico fornecido, a proximidade da residência e os gastos para o acesso ao serviço (JUNQUEIRA; AUGE, 1995).

Quanto à dimensão acesso dos entrevistados ao HUAC, verifica-se que os usuários estavam satisfeitos com o tempo de duração da consulta no PA, tempo de espera entre o PA/ambulatório e a internação e o tempo de espera entre a chegada ao hospital e o término do seu atendimento no PA. Albuquerque (2010), ao entrevistar pacientes do ambulatório de um hospital público, constatou que os pacientes também estão satisfeitos com o tempo de duração da consulta. O que corrobora os achados nesta pesquisa, o que em parte pode ser explicado em função da reforma do serviço de pronto-atendimento do hospital e de o mesmo estar funcionando em setor improvisado. Deste modo, o atendimento estava sendo feito de maneira restrita, sendo recebidos apenas pacientes encaminhados de outros serviços para atendimento e/ou internação, quando antes o atendimento era por demanda espontânea. Com a demanda reduzida, o tempo dedicado aos aspectos acima relacionados se deu mais rapidamente gerando satisfação nos usuários que conseguiram atendimento. Porém, essa restrição temporária, gerou uma barreira no acesso dos demais usuários da população.

Alguns autores (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991) encontraram resultados que vão de encontro aos achados do HUAC, onde os mesmos concluíram que os pacientes estavam insatisfeitos com o tempo exíguo dedicado à consulta, o que tem sido uma realidade vivenciada por boa parte da população. Os profissionais de saúde, especialmente os médicos,

são cobrados pela gestão dos serviços em cumprirem metas pré-estabelecidas como número de consultas por expediente, o que acaba interferindo no tempo dedicado às consultas.

Ainda no que diz respeito ao acesso, esse estudo detectou uma insatisfação relacionada ao tempo de deslocamento até a unidade de saúde. Como mencionado anteriormente, o HUAC é um serviço de saúde de nível terciário e referência para muitos municípios do interior do Estado da Paraíba. Logo, muitos dos entrevistados eram residentes em outros municípios, localizados há quilômetros de distância do hospital e dependiam de ambulâncias ou carros oficiais das prefeituras para se deslocar até o HUAC, fatos que geraram insatisfação, porém, não são aspectos passíveis de resolução por parte da gestão do hospital.

Esse trabalho corrobora com que diz Gouveia et al. (2005), em Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil-2003 quando afirma que os usuários do Brasil estão mais insatisfeitos com relação ao aspecto “acesso” seja ele no atendimento ambulatorial ou na assistência com internação, do que com relação ao atendimento recebido pelos profissionais ou à resolução dos problemas de saúde.

Algumas limitações são inerentes ao método escolhido para esta pesquisa e dentre elas algumas dificuldades relacionadas ao funcionamento do hospital onde foi desenvolvida a coleta de dados. Uma importante limitação foi a reforma no centro cirúrgico, que durou em torno de seis meses, resultando em período igual sem cirurgias, conseqüentemente, com esta ala cirúrgica fechada, o que acarretou atrasos na coleta de dados. De modo semelhante, reformas no pronto-atendimento diminuiu a demanda de internamentos em todos os setores principalmente nas alas respiratória e pediatria, interferindo também no aumento do tempo de coleta de dados.

Além destas, foram observadas dificuldades quanto a linguagem do instrumento de coleta de dados (SERVQUAL). Apesar de ser um instrumento já validado para a área de saúde, o mesmo nem sempre é bem compreendido pelo usuário, principalmente entre aqueles com baixo grau de escolaridade e de idade avançada. Algumas perguntas têm significados semelhantes, dando uma conotação de repetição. Em determinados setores algumas perguntas não eram muito aplicáveis, como por exemplo, quando o paciente era da UTI pediátrica, o responsável não recebe nenhum impresso uma vez que a alta é para a enfermaria, dificultando a resposta à afirmativa 4 da parte II(o material associado com o serviço prestado no HUAC, tais como receituários, solicitações de consulta e exames, atestados, têm boa aparência visual). Outro exemplo foi na Ala Cirúrgica, onde alguns pacientes tiveram dificuldade para responder às afirmativas 5,8 e 10 da parte II (relacionadas aos prazos de cumprimento dos

procedimentos e serviços), uma vez que como se tratava de pacientes de cirurgia eletiva eles já eram internados com os exames pré-operatórios em mãos.

No que se refere à questão 2 do formulário, quando indagados sobre um ambiente agradável, os usuários tinham dificuldades para responder uma vez que a afirmativa não detalhava quais aspectos considerar para afirmar se o ambiente é agradável ou não. Diante destas limitações, aponta-se para a necessidade de adaptações na linguagem do instrumento de coleta, visando um melhor entendimento das questões por parte dos usuários, especialmente se estes são idosos de baixo nível de escolaridade.

A avaliação, contudo, não deve ser considerada um fim em si mesma, mas um processo onde um julgamento é elaborado, e a partir daí surgiria um movimento de transformação na direção da qualidade tão desejada (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; SERAPIONI, 2009).

Diante do acima disposto verifica-se que esta pesquisa permitiu conhecer os aspectos que interferem na satisfação dos usuários do HUAC e constata-se a necessidade de maior investimento por parte da gestão do hospital no tocante aos indicadores que geraram insatisfação nos usuários entrevistados. Dentre eles destacam-se a tangibilidade, a empatia e a execução do atendimento no tempo prometido.

Porém, não basta compreender a importância de se fornecer serviços com excelente qualidade, é preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço (FADEL; REGIS FILHO, 2006). Desta forma, destaca-se também, a necessidade de um processo permanente de avaliação da satisfação dos usuários no setor de internamento do HUAC, considerando-se as especificidades de cada setor, uma vez que já está provado seu importante papel na avaliação de serviços de saúde e sua contribuição para as transformações necessárias no sistema de saúde brasileiro.

7 CONCLUSÕES

- a) O perfil dos usuários entrevistados nos diferentes setores de internamento do HUAC foi predominantemente do sexo feminino, adultas, com baixa escolaridade e não economicamente ativas;
- b) De maneira geral, os pacientes do setor de internamento do HUAC estão insatisfeitos com o serviço recebido;
- c) Os indicadores que geraram maior satisfação entre os usuários foram os de atendimento, confiabilidade e segurança. Os indicadores pior avaliados foram a tangibilidade seguida da empatia;
- d) Os aspectos referentes ao indicador tangibilidade não superaram as expectativas dos usuários, principalmente no que diz respeito ao estado de conservação e aparência das instalações físicas, limpeza do ambiente e presença de ruídos;
- e) Os indicadores considerados mais importantes pelos usuários foram o de confiabilidade seguido do empatia e atendimento;
- f) Com relação à confiabilidade, tal indicador só não foi melhor avaliado em função de os pacientes demonstrarem insatisfação em relação à realização do serviço no horário marcado e no prazo de execução prometido;
- g) Em relação à empatia, os resultados apontaram baixa satisfação;
- h) Quanto ao atendimento, tal indicador foi o melhor avaliado principalmente em função de os usuários estarem satisfeitos com relação ao atendimento com rapidez, disposição em esclarecer dúvidas e boa vontade em ajudar, recebidos pelos profissionais do HUAC;
- i) Com relação à satisfação dos usuários distribuída por setor de internamento, o setor melhor avaliado foi a UTI infantil e os setores que tiveram os menores índices de satisfação foram a infectologia e a clínica médica;
- j) No que se refere à dimensão acesso, os usuários do setor de internamento do HUAC estavam satisfeitos com o tempo de duração da consulta no PA, tempo de espera entre a chegada ao hospital e o término do atendimento no PA e tempo de espera entre o

PA/ambulatório e a internação, mas, estavam insatisfeitos com o tempo de deslocamento até o HUAC;

8 RECOMENDAÇÕES

- a) Há necessidade de investimentos por parte da gestão do hospital, com relação aos indicadores que geraram insatisfação, principalmente no que se refere à tangibilidade, empatia e execução do atendimento no tempo prometido;
- b) Destaca-se também, a necessidade de um processo permanente de avaliação da satisfação dos usuários nos diferentes setores de internamento do HUAC, considerando suas necessidades e especificidades.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.361-365, out./dez. 1992.
- ALBUQUERQUE, E. C. Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços de Saúde do Ambulatório Central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. 2010. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; Fiocruz, Recife, 2010.
- ARRUDA, B. K. G. Prefacio. In: SAMICO, I. et al (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_desafios_solucoes.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.
- BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. ACTA paulista de enfermagem, São Paulo, v.18, n.4, p.397-402, out./dez. 2005.
- BONACIM, C. A. G; ARAÚJO, A. M. P. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. Revista de administração de empresas, São Paulo, v. 49. n. 4, p.419-433, out./dez. 2009.
- BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. Saúde e sociedade, São Paulo, v.17, n. 1, p. 44-60, jan./mar. 2008.
- BORGES, J. B. C.; CARVALHO, S. M. R.; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca no Sistema Único de saúde-SUS. Revista brasileira de cirurgia cardiovascular, São José do Rio Preto, v.25, n.2, p.172-182, abr./jun. 2010.
- BOSSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. Avaliação de políticas, programas e serviços de saúde: modelos emergentes de avaliação e reformas sanitárias na América Latina. In: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2011. p. 41-62.
- BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/.../Decreto/D7082.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- BRASIL. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legislação/leg_pesquisa.cfm>. Acesso em: 31 jul. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do programa nacional de avaliação dos serviços de saúde – PNAAS. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Departamento de informática do SUS. Informações de saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BRASIL, V. S. Dimensões da qualidade percebida em serviços de saúde diferenciados. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 18., 1994, Curitiba. Anais. Curitiba: ANPAD, 1994. p.143-166.

CAMPOS, G. W. S.; Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 187-193, jan./mar. 1999.

CONTRANDIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CRUZ, W. B. S.; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. Revista da escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.44, n.1, p.147-153, mar.2010.

DALAZANA, F.; FERREIRA, G. M. V; TALAMINI, E. Qualidade na percepção dos clientes internos: uma aplicação da escala SERVQUAL em uma indústria metalúrgica do Rio Grande do Sul. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 4. 2007, Resende. Anais. Resende: AEDB, 2007.

DONABEDIAN A. La calidad de la atención médica, México, DF: La Prensa Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. Archives of pathology and laboratory medicine, Chicago, v.114, p.1115-1118. 1990.

DONABEDIAN, A. Continuity and Change in the Quest for Quality. Clinical performance and quality health care, Thorofare, v.1, n.1, p.9-16. 1993.

DURGANTE, V. L. Disponibilidade e satisfação com o suporte social às pessoas com AIDS. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, supl., p.303-312, set./dez. 2005.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, jun. 2006.

FADEL, M. A. V.; REGIS FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In: XXVI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26. 2006, Fortaleza. Anais. Fortaleza: ABEPRO, 2006. p.1-8.

- FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 01-13.
- FRIAS, P. G. et al. Atributos da Qualidade em saúde. In: SAMICO, I. et al (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 43-55.
- FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 715-739.
- GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. Revista brasileira epidemiologia, São Paulo, v.12, n.3, set., 2009 Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2011.
- GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil – 2003. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, supl, p.109-118, 2005.
- GUEDES, D. G. M.; GARCIA, T. R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB). Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.59, p.40-49, set./dez. 2001.
- GURGEL JÚNIOR, G. D., VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.325-334, 2002.
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. Arquivo Brasileiro de Oftalmologia, São Paulo, v.69, n. 2, p. 213-219, mar./abr. 2006.
- HOLLANDA, E. et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.12, p.3343-3352, dez. 2012.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. Cadernos FUNDAP, São Paulo, p. 60-78, 1995.
- LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. Revista de saúde pública, São Paulo, v.25, n.1, p. 41-46, fev. 1991.
- MACHADO, N. P.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. Revista brasileira de fisioterapia, São Carlos, v.12, n.5, p. 401-408, set./out. 2008.

MALIK, A. M; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.41, n.3, p.51-59, jul./set. 2001.

MASSUIA, D. R.; MENDES, J. D. V.; CECÍLIO, M. A. M. Pesquisa de satisfação dos usuários do SUS/SP. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2010.

MEDICI, A.C. Hospitais Universitários: passado, presente e futuro. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v.47, n.2, p.149-156, abr./jun. 2001.

MENDES, A. C. G. Delicadeza esquecida: avaliação da qualidade das emergências. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

MENDES, N. C. N.; OLIVEIRA, J. A.; MEDEIROS, D. D. Qualidade de serviços e comprometimento organizacional em organização de saúde: um estudo de caso do setor ambulatorial do hospital do câncer de Natal/RN. In: XXI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 2001, Salvador. Anais. Salvador: ABEPRO, 2001.

MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. Revista Produção, São Paulo, v.14 n.1, p. 12-30, 2004.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v.20, n.4, Dez. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2011.

MOTA, N. V. V. P.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. Revista de administração em saúde, São Paulo, v.9, n.34, p. 9-15, jan./mar. 2007.

NECESSIDADE In: MICHAELIS Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/definicao/necessidade%20_1007040.html>. Acesso em: 4 set. 2011.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p.S310-S321, 2004.

NEWSOME, P. R. H.; WRIGHT, G. H. A review of patient satisfaction: 1. concepts of satisfaction. British dental Journal, London, v.186, n.4, p.161-165, fev. 1999.

NOGUEIRA, N. Em que medida a comunicação afeta a percepção da qualidade nos serviços de saúde? Comunicação e Saúde, São Paulo, v.1, n.1, 2004. Disponível em: <<http://www.comunicasaude.com.br/revista/01/artigos/artigo11.asp>>. Acesso em: 19 abr. 2013.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl.2, p.S147-S173, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília, DF, 2004.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2011. Disponível em <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2011.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.(org.); SILVA, L. M. V. (Org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.p. 09-10.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of services quality and its implication for future research. Journal of Marketing for professions, St Paul, v.49, n.4, p.41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, New York, v.64, n.1, p.12-37, 1988.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York. The Free Press, 1990.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. ACTA paulista de enfermagem, São Paulo, v.25, n.2, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200007&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar 2013.

PEREIRA, M. G. Qualidade dos serviços de saúde. In: _____. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 538-551.

PINHEIRO, R. S.; ESCOSTEGUY, C. C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 515-521.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ; Recife: Ed. Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 37-50.

POLLZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. Revista brasileira de enfermagem, São Paulo, v.59, n.4, p.548-551, jul./ago. 2006.

RIBEIRO, D. F. Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano. 2010. Dissertação (Mestrado). – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2010.

RICCI, N. A. et al. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700044&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Mar. 2013.

SANTOS FILHO, S. B. Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas. 2. ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2010.

SATISFAÇÃO In: MICHAELIS Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=satisfa%C3%A7%C3%A3o&CP=151800&typeToSearchRadio=exactly&pagRadio=50>>. Acesso em: 4 set. 2011.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.23 n.53, p.81-92, set./dez. 1999.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. Revista Crítica de Ciências Sociais, Coimbra, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SILVA, L. M. V.; FOMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, jan./mar. 1994.

SOUSA, A. I. A satisfação da População com os serviços locais de saúde- Município de Itacarambi, MG. 1996. Dissertação (Mestrado). – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

SZWARCWALD, C. et al. Pesquisa Mundial de Saúde – 2003: O Brasil em números. RADIS, Rio de Janeiro, v.1, n.23, p.14-33, 2004.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.581-589, 2002.

TRAVASSOS, C.; NOVAES, H. M. D. Investigação e avaliação em serviços de saúde. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, 2011. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800001&script=sci_arttext>.
Acesso em: 20 mar.2011.

THOMPSON, A. G.; SUÑOL, R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. International Journal for Quality in Health Care, Oxford, v.2, n.7, p.127-141, 1995.

UHLMANN, R. F.; INUI, T.S.; CARTER, W.B. Patient requests and expectations. Definitions and clinical applications. Medical Care, Philadelphia, v.22, n.7, p.681-685, jul. 1984.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.599-613, jul./set. 2005.

VIEIRA, E. M. Avaliação de serviços de saúde. In: FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D.C. (Org). Fundamentos de epidemiologia. Barueri: Manole, 2005. p. 337-350.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. V. (Org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. 1. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

VUORI, H. A. A qualidade da saúde – Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n.3, p.17-25, fev. 1991.

WEISS, L. G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. Medical Care, Philadelphia, v.26, p.383-392. 1988.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente:Edusp, 2004.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - adulto
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ

CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADULTO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida, caso não possa ler, poderei fazê-lo mediante uma testemunha.

Este estudo está sendo conduzido pela FIOCRUZ/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, sob a responsabilidade da mestrandia Alexsandra Valéria de Lima Pereira e orientação da Professora Dra Giselle Campozana Gouveia.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SETOR DE INTERNAMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM CAMPINA GRANDE/PB**

Pesquisadora responsável: **Alexsandra Valéria de Lima Pereira**

Telefone da pesquisadora para contato: **(83) 86106800**

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde oferecidos no setor de internação do Hospital Universitário Alcides Carneiro e para tanto será aplicado um questionário sobre os serviços avaliados.

O possível risco que esta pesquisa poderá trazer a você é o de constrangimento ao responder algumas perguntas. Caso isto aconteça, sinta-se à vontade para não responder às perguntas que se enquadrarem nesta categoria.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Caso você sinta necessidade de saber se este projeto foi aprovado em um Comitê de Ética poderá contactar o Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães através do telefone (81) 2101-2693.

Se concordar em participar do estudo, seu nome e o do paciente menor serão mantidos em sigilo. Esta pesquisa iniciou em abril de 2012 com previsão de término para junho de 2012. Em qualquer fase deste estudo, é assegurado seu direito de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo da sua parte.

Alexsandra Valéria de Lima Pereira
Pesquisadora

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____.

RG: _____ CPF: _____, abaixo

assinado, concordo em responder ao questionário da pesquisa citada e que trata sobre a satisfação com o serviço deste hospital, como sujeito. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Discuti com a pesquisadora Alexsandra Valéria de Lima Pereira sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os procedimentos adotados. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Campina Grande, ____/____/2012.

Assinatura do usuário

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - menores

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(menores de 18 anos)

O Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa na condição de representante legal de paciente menor de idade internado no Hospital Universitário Alcides Carneiro.. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida, caso não possa ler, poderei fazê-lo mediante uma testemunha.

Este estudo está sendo conduzido pela FIOCRUZ/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, sob a responsabilidade da mestrandia Alexsandra Valéria de Lima Pereira e orientação da Professora Dra Giselle Campozana Gouveia.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceite, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você e o paciente menor não serão penalizados (as) de forma alguma.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SETOR DE INTERNAMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM CAMPINA GRANDE/PB**

Pesquisadora responsável: **Alexsandra Valéria de Lima Pereira**

Telefone da pesquisadora para contato: **(83) 86106800**

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde oferecidos no setor de internação do Hospital Universitário Alcides Carneiro e para tanto será aplicado um questionário sobre os serviços avaliados.

O possível risco que esta pesquisa poderá trazer a você é o de constrangimento ao responder algumas perguntas. Caso isto aconteça, sinta-se à vontade para não responder às perguntas que se enquadrarem nesta categoria.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Caso você sinta necessidade de saber se este projeto foi aprovado em um Comitê de Ética poderá contactar o Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães através do telefone (81) 2101-2693.

Se concordar em participar do estudo, seu nome e o do paciente menor serão mantidos em sigilo. Esta pesquisa iniciou em abril de 2012 com previsão de término para junho de 2012. Em qualquer fase deste estudo, é assegurado seu direito de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo da sua parte.

Alexsandra Valéria de Lima Pereira
Pesquisadora

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____,
RG: _____ CPF: _____, abaixo
assinado, concordo em responder ao questionário da pesquisa citada e que trata sobre a
satisfação com o serviço de internção do paciente
_____ nascido(a) em ____ / ____ /_____, de
forma voluntária. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para
mim, descrevendo o estudo onde ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os
procedimentos adotados. Concordo em participar deste estudo e poderei retirar meu
consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento
da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer
benefício para minha pessoa e nem para o menor sob minha responsabilidade.

Campina Grande, ____ / ____ /2012.

Assinatura do usuário

**ANEXO A – QUESTIONÁRIO
INSTRUMENTO DE PESQUISA SERVQUAL ADAPTADO**

Gostaríamos de pedir sua colaboração na pesquisa que estamos realizando. Suas idéias irão ajudar a melhorar a qualidade de nossos serviços.

Obrigado por colaborar!

PARTE-I	Aqui, gostaríamos que você indicasse o seu grau de satisfação em relação a TODOS os itens abaixo.						
LEGENDA: 1- DISCORDO TOTALMENTE; 2- DISCORDO PARCIALMENTE; 4- NEM CONCORDO NEM DISCORDO; 5-CONCORDO PARCIALMENTE; 6- CONCORDO; 7- CONCORDO PLENAMENTE	1	2	3	4	5	6	7
1. Excelentes hospitais terão equipamentos modernos.							
2. O ambiente físico dos excelentes hospitais será agradável.							
3. Os trabalhadores de excelentes hospitais terão boa aparência.							
4. O material associado com o serviço prestado nos excelentes hospitais, tais como receituários, solicitação de consulta e exames, atestados, terá uma boa aparência visual.							
5. Quando excelentes hospitais prometem fazer algo em certo tempo, eles cumprirão.							
6. Quando um usuário tem um problema, os excelentes hospitais demonstrarão um sincero interesse em resolvê-lo.							
7. Excelentes hospitais farão o serviço certo logo da primeira vez.							
8. Excelentes hospitais irão executar seus serviços no tempo que se comprometeram.							
9. Excelentes hospitais sempre procurarão realizar tarefas sem erros.							
10. Os trabalhadores de excelentes hospitais prometerão a seus usuários os serviços nos prazos em que eles serão executados.							
11. Os trabalhadores, em excelentes hospitais, dão atendimento com rapidez aos seus usuários.							
12. Os trabalhadores, em excelentes hospitais, terão sempre boa vontade em ajudar seus usuários.							
13. Os trabalhadores, em excelentes hospitais, nunca estarão ocupados para esclarecer dúvidas dos seus usuários.							
14. O comportamento dos trabalhadores de excelentes hospitais transmite confiança nos usuários.							

15. Os usuários de excelentes hospitais se sentirão seguros em realizar suas consultas com essa instituição.									
16. Os trabalhadores de excelentes hospitais serão educados com seus usuários.									
17. Os trabalhadores, em excelentes hospitais, terão os conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários.									
18. Excelentes hospitais darão atenção individual a cada usuário									
19. Excelentes hospitais terão horários de funcionamento convenientes para todos seus usuários.									
20. Excelentes hospitais terão que oferecer atendimento individual a cada usuário.									
21. Excelentes hospitais estarão dispostos em oferecer o melhor serviço a seus usuários.									
22. Excelentes hospitais perceberão as necessidades específicas de seus usuários.									

PARTE II	Aqui, gostaríamos que você indicasse o seu grau de satisfação em relação a TODOS os itens abaixo.						
	1	2	3	4	5	6	7
LEGENDA: 1- DISCORDO TOTALMENTE; 2- DISCORDO; 3- DISCORDO PARCIALMENTE; 4- NEM CONCORDO NEM DISCORDO; 5-CONCORDO PARCIALMENTE; 6- CONCORDO; 7- CONCORDO PLENAMENTE							
1. O HUAC tem equipamentos modernos.							
2. O ambiente físico do HUAC é agradável.							
3. Os trabalhadores do HUAC têm boa aparência.							
4. O material associado com o serviço prestado no HUAC, tais como receituários, solicitação de consulta e exames, atestados, têm boa aparência visual.							
5. Quando o HUAC promete fazer algo em certo tempo, ele cumpre.							
6. Quando um usuário tem um problema, o HUAC demonstra um sincero interesse em resolvê-lo.							
7. O HUAC presta o serviço certo da primeira vez.							
8. O HUAC irá executar seus serviços no tempo que se comprometeu.							
9. O HUAC persiste em execuções de tarefas sem erros.							
10. Os trabalhadores do HUAC prometem a seus usuários os serviços nos prazos em que eles serão executados.							

11. Os trabalhadores do HUAC dão atendimento com agilidade.								
12. Os trabalhadores do HUAC têm sempre boa vontade em ajudá-lo.								
13. Os trabalhadores do HUAC nunca estão ocupados para esclarecer suas dúvidas.								
14. O comportamento dos trabalhadores do HUAC te transmite confiança.								
15. Você sente-se seguro em suas consultas com o HUAC.								
16. Os trabalhadores do HUAC são educados com você.								
17. Os trabalhadores do HUAC possuem os conhecimentos necessários para responder às suas questões.								
18. O HUAC lhe dá atenção individualizada.								
19. O HUAC tem horários de funcionamento convenientes para todos seus usuários.								
20. O HUAC tem trabalhadores que dão a você um atendimento personalizado.								
21. O HUAC está disposto em prestar o melhor serviço a você.								
22. O HUAC percebe suas necessidades específicas.								

Parte III	
<p>Nós gostaríamos de conhecer o grau de importância de cada uma dessas características para você quando você avalia uma instituição de serviços de saúde. Por favor, você tem 100 pontos para distribuir entre as cinco características de acordo com a importância dada por você para cada uma delas. Por favor, assegure-se de que a soma dos pontos dados a cada uma das características totalize 100.</p>	
1. A aparência das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação.	_____ pontos
2. A capacidade em prestar o serviço prometido de forma precisa e confiável.	_____ pontos
3. A disposição para ajudar seus usuários e prestar os serviços com rapidez.	_____ pontos
4. O conhecimento e a educação dos trabalhadores e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade.	_____ pontos
5. O cuidado e a atenção individualizados proporcionados aos usuários.	_____ pontos
TOTAL DE PONTOS	100 pontos
Qual das cinco características acima é a mais importante para você? (Por favor, coloque o número da característica de 1 a 5).	_____

Qual é a segunda mais importante para você?	_____
Qual é a menos importante para você?	_____

PARTE IV

Nós gostaríamos de conhecer o grau de satisfação sobre o acesso ao hospital. Por favor, você tem 5 opções de resposta de acordo com o nível de dificuldades para efetivar seu atendimento no HUAC.

Como o Sr. avalia o tempo gasto com o deslocamento até esta unidade de saúde?

- () excelente
- () bom
- () razoável
- () ruim
- () muito ruim

Como o Sr. avalia o tempo de espera entre a chegada ao hospital e o término do seu atendimento no pronto atendimento?

- () excelente
- () bom
- () razoável
- () ruim
- () muito ruim

Como o Sr. avalia o tempo de duração da consulta no pronto atendimento?

- () excelente
- () bom
- () razoável
- () ruim
- () muito ruim

Como o Sr. avalia o tempo de espera entre o pronto atendimento ou ambulatório e a internação?

- () excelente
- () bom
- () razoável
- () ruim
- () muito ruim

PARTE V

Agora fale um pouco sobre você:

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ anos

Nível de Escolaridade:

- Até 1º grau completo
- 1º grau completo / 2º grau incompleto
- 2º grau completo / 3º grau incompleto
- No mínimo superior completo

Situação ocupacional:

- empregado
- não-trabalhadores (incluindo pessoas não economicamente ativas)
- autônomos

ANEXO – B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Título do Projeto: “Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internação de um hospital público em Campina Grande/PB”.

Pesquisador responsável: Alexsandra Valéria de Lima Pereira.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 28/02/2012

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 04/12

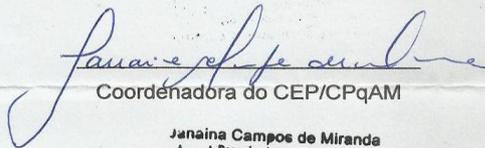
Registro no CAAE: s/n

PARECER Nº 09/2012

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 02 de maio de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 02 de maio de 2012.


Coordenadora do CEP/CPqAM


Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:
Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 02/05/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br

