



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva



**Renata Florêncio Santiago**

---

**A Construção do Instrumento de Avaliação de  
Satisfação do Usuário como um dos Critérios  
para Avaliação da Qualidade do Atendimento nos  
Serviços de Urgência/Emergência**

---

RECIFE  
2007

**RENATA FLORÊNCIO SANTIAGO**

**A Construção do Instrumento de Avaliação de Satisfação do Usuário como um dos Critérios para Avaliação da Qualidade do Atendimento nos Serviços de Urgência/Emergência**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Recife  
2007

**RENATA FLORÊNCIO SANTIAGO**

**A Construção do Instrumento de Avaliação de Satisfação do Usuário como um dos Critérios para Avaliação da Qualidade do Atendimento nos Serviços de Urgência/Emergência**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms. Antonio da Cruz Gouveia Mendes  
CPqAM/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Ricardo Antonio Wanderley Tavares  
CPqAM/FIOCRUZ

*“As avaliações fazem parte do dia-a-dia de todo o ser humano.  
Tentar fazer para a ciência, esta questão é sem duvida um desafio.”*

Lanny Filho e Tonial

SANTIAGO, R. F.: **A Construção do Instrumento de Avaliação de Satisfação do Usuário como um dos Critérios para Avaliação da Qualidade do Atendimento nos Serviços de Urgência/Emergência.** 2007 Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

## RESUMO

Os procedimentos e mecanismos para garantir e manter a qualidade existem há muito tempo. A novidade do movimento contemporâneo é de colocar em primeiro plano a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade, e com isso, surgem diversas abordagens metodológicas para mensurar a satisfação do usuário. No entanto, não há ainda, estratégias metodológicas válidas e confiáveis que sejam de consenso dos pesquisadores. É a partir desta realidade que se torna importante o objetivo deste estudo, elaborar um instrumento que avalie a satisfação de usuários quanto ao atendimento dos serviços de urgência/emergência. A metodologia utilizada foi composta por discussões em grupo e revisão bibliográfica que dessem base às definições. O processo de elaboração do instrumento seguiu 4 etapas: definição das dimensões a serem avaliadas; construção de uma matriz de análise das dimensões e elaboração das perguntas a serem respondidas; organização do instrumento (definição do formato e escala a ser utilizada); e por fim, a elaboração final do instrumento. A construção deste instrumento partiu do pressuposto que apesar da importância da estrutura física e tecnológica do hospital na avaliação da qualidade, o enfoque deveria ser dado às relações interpessoais do usuário (relação médico paciente, acolhimento realizado pela instituição, concretização dos seus direitos), buscando o conhecimento da opinião dos usuários quanto a esses aspectos. O diferencial do instrumento elaborado é a possibilidade de avaliar a satisfação do usuário segundo diversos enfoques em um dos espaços mais críticos da atenção à saúde, as urgências/emergências. No entanto, devido à complexidade da assistência de urgência/emergência é necessário que outros tipos de avaliação venham complementar a avaliação de satisfação do usuário, buscando desvendar os grandes “segredos” deste tipo de atendimento.

**Palavras-Chaves:** satisfação dos usuários, avaliação em saúde, construção de instrumento

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisas  
CPqAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
GM – Gabinete Ministerial  
HGV - Hospital Getúlio Vargas  
HOF - Hospital Otávio de Freitas  
HR - Hospital da Restauração  
HUMANIZASUS – Política Nacional de Humanização  
IAC – Instituições Acreditoras  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS – Ministério da Saúde  
M1 - Procedimentos e diagnósticos mínimos de media complexidade  
M2 – Procedimentos médios da média complexidade  
M3 – Procedimentos mais complexos da média complexidade  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
ONA – Organização Nacional de Acreditação  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
OPSS – Organização Prestadora de Serviços de Saúde  
PAB – Pleno de Atenção Básica  
PABA – Pleno de Atenção Ampliada  
PRO-ADESS – Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro  
QUALISUS – Política de Qualificação de Atenção à Saúde  
SPA - Serviço de Pronto Atendimento  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>1.1 Caracterização do Problema</b> .....	7
1.2 Marco Teórico .....	8
1.2.1 <i>Contextualização da Política de Urgência e de Qualificação da Atenção à Saúde no Brasil</i> .....	8
1.2.1.1 <u>Política Nacional de Atenção às Urgências</u> .....	8
1.2.1.2 <u>Políticas de Qualificação</u> .....	13
1.2.2 <i>Avaliação em Saúde: origem, conceitos e abordagens</i> .....	27
1.2.3 <i>Avaliação de satisfação do usuário</i> .....	37
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	41
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	41
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	41
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	42
<b>4 DIMENSÕES A SEREM AVALIADAS</b> .....	47
<b>5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO</b> .....	57
<b>5.1 Escalas de Mensuração</b> .....	60
<b>5.2 Processo Final de Elaboração do Instrumento</b> .....	64
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	71
<b>ANEXOS</b> .....	77

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1 Caracterização do Problema**

O interesse pela qualidade, não é um fenômeno novo no âmbito dos serviços de saúde. Inicialmente, a avaliação estava voltada para análise dos custos das atividades desenvolvidas, mas a partir dos anos 80 este quadro começou a se modificar, colocando em primeiro plano a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade.

No Brasil, essa modificação ganha impulso com a criação do SUS, que trouxe o fortalecimento do controle social nas ações de saúde, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação.

A avaliação de satisfação do usuário se torna importante, pois na medida em que o processo de trabalho do setor saúde implica necessariamente a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, fica claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução.

Devido à satisfação ter um caráter subjetivo, diversos autores referem dificuldade em mensurá-la de uma forma que reflita realmente aquilo que o usuário sente em relação ao serviço de saúde. Diante disto começam a surgir diversas técnicas e métodos para esta mensuração, mas até o momento não existe nenhuma estratégia metodológica válida e confiável de consenso entre os pesquisadores.

Uma dificuldade maior é encontrada na busca de metodologias e estudos que tenham como propósito a avaliação de serviços de urgência e emergência, principalmente quando o foco da avaliação está voltado para a opinião do usuário.



## 1.2 Marco Teórico

### 1.2.1 Contextualização da Política de Urgência e de Qualificação da Atenção à Saúde no Brasil

#### 1.2.1.1 Política Nacional de Atenção às Urgências

Em 2003 foi implantada, no Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências, a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006).

A Atenção às Urgências propostas nesta política, enfatiza em primeira instância a humanização a que todo cidadão tem direito, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, são explicitadas em 7 (sete) portarias:

<b>Portarias</b>	<b>Finalidade</b>
GM nº 2.048, de 5/10/02	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência
GM nº 1.863, de 29/09/03	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências
GM nº 1.864, de 29/09/03	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: Samu 192.
GM nº 2.072, de 30/10/03	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
GM nº 1.828, de 2/09/04	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
GM nº 2.420, de 9/11/04	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
GM nº 2.657, de 16/12/04	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu – 192.

Quadro 1 – Portarias que compõem a Política Nacional de Atenção às Urgências  
Fonte: BRASIL (2006).

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência, segundo a portaria GM n 2.048 de 5 (cinco) de outubro de 2002, é composto de Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e Núcleos de Educação em Urgências. E cada Município de acordo com seu tipo de gestão deverá se responsabilizar por determinado nível de atenção.

As Centrais de Regulação estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, desempenharão a função de elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, através organização da relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, de onde são advindos os pedidos de socorro, que serão avaliados e hierarquizados.

Para um melhor entendimento, serão descritos abaixo quais os tipos de assistência de urgência e emergência e suas principais atribuições e subdivisões.

### **Atendimento Pré-Hospitalar Fixo**

Este é o tipo de assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado.

Este atendimento é prestado por:

- Programa Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde – realiza atendimentos de quadros agudos ou crônicos agudizados de baixa gravidade/complexidade, de sua área de cobertura.
- Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências- são unidades de complexidade intermediária, que devem funcionar 24hs por dia, realizando atendimento referente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).

### **Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**

É considerado atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, de natureza variada, que possa levar ao sofrimento, seqüelas

ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde.

Este tipo de atendimento pode ser dividido em: atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão; ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação é realizada a partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é entendido como uma atribuição da área da Saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, que tem por objetivo regular a porta hospitalar de urgência. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco - regional.

### **Atendimento Hospitalar às Urgências e Emergências**

Esta portaria (GM n 2.048 de 5 de novembro de 2002) apresenta uma nova nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de urgência e emergência, a partir dos pressupostos de regionalização propostos pela NOAS 2001.

Desta forma, as Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência estão classificadas em Unidades Gerais e Unidades de Referência, com as seguintes subdivisões:

#### **Unidades Gerais:**

- Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, que são as unidades instaladas em hospitais gerais de pequeno porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1).
- Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II, que são as unidades instaladas em hospitais gerais de médio porte, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar de média complexidade (M2).

**Unidades de Referência:**

Estes tipos de unidades são àquelas instaladas em hospitais, gerais ou especializados, aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente à M3 e à alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial.

- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I, são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumatologia-ortopedia ou cardiologia.

- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II, são àquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica.

- Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III, são aquelas instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica. Estes hospitais devem, ainda, desempenhar atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências.

**Transporte Inter-hospitalar**

Este transporte refere-se à transferência de pacientes entre unidades não-hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado.

**Núcleos de Educação em Urgência**

Os Núcleos de Educação em Urgências surgem para se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo e coordenado pelo gestor público do SUS. Apesar da

importância destes núcleos para a consolidação da Política Nacional de Urgência, observa-se que até o momento eles não foram implementados.

A portaria GM n 1.863 de 29 de setembro de 2003 que Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, acrescenta aos seus componentes o atendimento pós-hospitalar e a humanização no atendimento de urgência, quando define no artigo 3º que a Política Nacional de Atenção às Urgências, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

1. adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

2. organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:

2.a **componente Pré-Hospitalar Fixo:** unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências;

2.b **componente Pré-Hospitalar Móvel:** Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências, sob regulação médica de urgências;

2.c **componente Hospitalar:** portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III;

2.d **componente Pós-Hospitalar:** modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

3. instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;

4. capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção;

5. orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

### 1.2.1.2 Políticas de Qualificação

#### **Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar**

Em 1995, a portaria GM/MS nº 1.107, de 14 de junho criou o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, com o objetivo do aprimoramento da assistência hospitalar à população e a melhoria na gestão das instituições hospitalares. Este programa é composto pelo Processo de Acreditação, que é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, e principalmente de educação permanente dos seus profissionais (BRASIL, 2002).

A Acreditação Hospitalar é um novo conceito de qualidade que combina segurança com ética profissional, responsabilidade e qualidade do atendimento. Este processo ainda recente no Brasil é sistêmico e avalia o hospital desde a lavanderia até o centro cirúrgico (BRASIL, 2004a)

Para Malik e Schiesari (1998), o processo de acreditação corresponde a um sistema de avaliação externa que determina se o serviço segue padrões previamente estabelecidos, referindo-se à qualidade da assistência prestada, partindo da premissa de que os serviços de saúde devem ser locais seguros tanto para o exercício profissional quanto para a obtenção de cura ou melhoria das condições de saúde.

A história da acreditação no Brasil teve início no final dos anos 80, quando a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) estabelece uma série de parâmetros para os serviços hospitalares da América Latina, que se atingidos, dariam ao hospital a condição de “acreditado”. Em 1997, o Ministério da Saúde organiza a comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação, e em 1998 é publicada a primeira edição do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2004a).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) surgiu em 1999, como uma entidade não governamental e sem fins lucrativos, que têm a atribuição de coordenar o sistema de acreditação. À esta organização estão credenciadas as Instituições Acreditoras que são organizações de direito privado, com ou sem fins lucrativos, com a responsabilidade de proceder à avaliação e a certificação da qualidade dos serviços, dentro das normas técnicas previstas e com atuação em nível nacional. As IAC's, como são chamadas, podem também realizar atividades de

capacitação e treinamento, bem como de diagnóstico organizacional se responsabilizam por avaliar e certificar os hospitais (BRASIL, 2004a, ONA, 2007). A ONA foi reconhecida como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do Processo de Acreditação Hospitalar em 2001 com a portaria GM/MS nº 538 de 17 de abril (BRASIL, 2002).

Para ser acreditado, o hospital é avaliado pelas IAC's, sendo este um processo voluntário de adesão. Após o diagnóstico preliminar, o hospital deve atender aos padrões de qualidade definidos para cada área de trabalho, agrupados em três níveis, que são publicados em manuais elaborados em parceria pela ANVISA e a ONA (BRASIL, 2004a).

Os padrões de qualidade são definidos em três níveis de complexidade crescente, que procuram avaliar estrutura, processo e resultado dentro de um único serviço, setor ou unidade.

- Nível 1- Segurança (estrutura): pressupõe atendimento aos requisitos básicos de qualidade na assistência prestada ao cliente, com recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço.
- Nível 2- Organização (processo): verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para tomada de decisão e prática de auditoria interna.
- Nível 3- Práticas de Gestão e Qualidade (resultados): avalia a existência de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologia, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários (BRASIL, 2002, 2004a).

O Instrumento de Avaliação é composto de sete seções, e estas apresentam subseções que tratam do escopo específico de cada serviço. As sete seções são: liderança e administração; serviços profissionais e organização de assistência; serviço de atenção ao paciente/cliente; serviços de apoio ao diagnóstico; serviços de apoio técnico e de abastecimento; serviços de apoio administrativo e infra-estrutura e ensino e pesquisa.

Os padrões de qualidade da emergência constam no subitem da seção serviço de atenção ao paciente/cliente, que está caracterizado da seguinte forma:

Padrão – Nível 1

- Equipe multiprofissional habilitada.

- Equipe treinada para atendimento em urgência/emergência.
- Escala de plantão de médicos e equipe de enfermagem destinados ao atendimento de emergência e sua distribuição nas 24 horas.
- Escala dos profissionais das especialidades, com cobertura para todos os dias da semana.
- Pacientes com acesso garantido ao centro cirúrgico, nas primeiras 24 horas.
- Registro das ações assistenciais dos pacientes em observação.
- Equipamentos, medicamentos e materiais compatíveis com a estrutura do serviço de emergência.
- Local exclusivo, com acesso independente, espaços diferenciados para consultas, procedimentos e área de observação individualizada, com fonte de oxigênio, ar comprimido e vácuo.
- Locais de atendimento com condições de lavagem simples e anti-sepsia das mãos, ventilação e iluminação adequadas.
- Precauções padronizadas e rotina para isolamento do cliente/paciente.
- Acompanhantes ou responsáveis são informados sobre a situação e estado geral do cliente/paciente assistido.
- Local para descanso noturno dos plantonistas.
- Sistema de comunicação e articulação com a autoridade judiciária para casos específicos.
- Programa de manutenção preventiva dos equipamentos.

#### Padrão - Nível 2

- Manual (is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível (is).
- Procedimentos adotados nos casos de atendimento a agressão física, moral e psicológica.
- Programa de educação e treinamento continuado.
- Grupos de trabalho para a melhoria de processos e integração institucional.
- Sistema de análise crítica dos casos atendidos, visando à melhoria de processos e procedimentos, minimização de riscos e efeitos colaterais.
- Procedimentos voltados para a continuidade de cuidados ao cliente/paciente e seguimento de casos.



### Padrão - Nível 3

- Sistema de informação baseado em taxas e indicadores específicos do atendimento de emergência que permitem análises e comparações.
- Ciclos de melhoria com impacto sistêmico.
- Sistema de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos).

A avaliação realizada pode resultar em 4 tipos de certificação:

- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Não Acreditada.
- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada.
- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada Plena.
- Organização Prestadora de Serviços de Saúde Acreditada com Excelência

A Organização Prestadora de Serviços Saúde (OPSS) é o hospital que voluntariamente manifesta o interesse pela avaliação, diretamente a uma das Instituições Acreditadoras Credenciadas (ONA, 2007).

Atualmente existe no Brasil 105 serviços de saúde “acreditados”, distribuídos em: Serviços Ambulatoriais/Terapêuticos/Pronto Atendimento; Serviços de Assistência Domiciliar; Serviços de Hemoterapia; Serviços Laboratoriais; Serviços de Nefrologia; Serviços de Radiologia/Diagnóstico por Imagem/ Radioterapia e Medicina Nuclear e Serviços Hospitalares. No entanto, não existe no estado de Pernambuco nenhum serviço de saúde caracterizado como “acreditado” (ONA, 2007).

Tabela 1 – Distribuição dos Serviços de Saúde segundo tipo de Certificação

Tipo de Serviço de Saúde	Acreditado	Acreditado Pleno	Acreditado com Excelência
Serviços Ambulatoriais, Terapêuticos e de Pronto Atendimento	1	1	0
Serviços de Assistência Domiciliar	0	0	1
Serviços de Hemoterapia	2	3	1
Serviços Laboratoriais	3	13	2
Serviços de Nefrologia	4	2	0
Serviços de Radiologia/Diagnóstico por Imagem/ Radioterapia e Medicina Nuclear	0	0	0
Serviços Hospitalares	22	37	13
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>56</b>	<b>17</b>

## **Política de Qualificação de Atenção à Saúde (QUALISUS)**

A Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – QUALISUS foi criada com o objetivo de elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo Sistema Único de Saúde, levando a uma maior satisfação do usuário com o sistema e legitimação da política de saúde desenvolvida no Brasil (BRASIL, 2005a).

Segundo o QUALISUS, a melhoria da qualidade deve perseguir a garantia da equidade e integralidade do sistema de saúde, ou seja, no acesso da população a todos os níveis da assistência de acordo com a necessidade de cada cidadão e na mudança das práticas de saúde quebrando com antigas dicotomias entre ações preventivas e curativas. Mais do que isso, a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada ao cidadão requer além da melhoria da dimensão técnica a melhoria da dimensão interpessoal. A melhoria da qualidade se consubstanciará num conjunto de propostas de mudanças concretas de técnicas e práticas, mas também numa mudança de atitude, tendo como focalização de todos estes esforços os usuários do sistema de saúde, os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2003).

O QUALISUS tem como dimensões da qualidade da atenção à saúde:

- Resolutividade, eficácia e efetividade da assistência à saúde;
- Redução dos riscos à saúde;
- Humanização das relações entre profissionais e entre profissionais e o sistema de saúde com os usuários;
- Presteza na atenção e conforto no atendimento ao cidadão;
- Motivação dos profissionais de saúde;
- Controle social pela população na atenção e na organização do sistema de saúde do país.

As linhas de ações do QUALISUS estão voltadas para:

- Qualificação do Sistema de Urgência.
- Acesso e Qualificação da Assistência de Média Complexidade.
- Qualificação da Atenção Básica
- Qualificação da Gestão e Regulação do Sistema de Saúde

Em 2004 o QUALISUS toma como prioridade a Qualificação dos Serviços de Urgência, referindo que o atendimento de urgência nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis nos serviços de saúde, porque além de lidar com situações

vitais as unidades em sua grande maioria não estão devidamente organizadas para este tipo de atendimento (BRASIL, 2005a).

Os grandes hospitais de urgência são um ponto de confluência em que toda população é usuária direta ou indiretamente destas unidades e que portanto, ações de qualificação ali desenvolvidas repercutirão fortemente no conjunto da população. Não há exagero em afirmar que a Porta Hospitalar de Urgência representa a maior fragilidade assistencial, no âmbito hospitalar, do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005a).

Como propostas reestruturadoras do atendimento de urgência/emergência o QUALISUS apresenta:

- Priorização da porta hospitalar de urgência para internação no hospital;
- Implantação do acolhimento ao usuário;
- Respeito aos direitos dos usuários;
- Divisão das áreas da atenção da urgência e emergência de acordo com a classificação de risco do paciente;
- Melhoria da resolução diagnóstica e terapêutica;
- Responsabilização e garantia da continuidade do cuidado.

Quanto ao processo de implantação da qualificação, o QUALISUS recomenda:

#### Acolhimento, Ambiência e Direitos dos Usuário

- Implantar sistemática de acolhimento com avaliação de risco;
- Organizar espaços de espera múltiplos por complexidade, confortáveis: cadeiras, limpeza, bebedouros, iluminação, informação, comunicação visual, climatização etc;
- Capacitar equipe do acolhimento em processos relacionais, interativos e política de cidadania;
- Garantir acompanhante nas consultas e na área de observação/retaguarda;
- Garantir alimentação adequada para os usuários que estão em observação e internados;
- Estabelecer visitas abertas com horários agendados com os cuidadores;
- Aplicar o Estatuto do Idoso e da Criança e Adolescente;
- Criar Grupo de Humanização com plano de trabalho definido.

### Resolução Diagnóstica e Terapêutica

- Garantir quantidade e qualidade de profissionais adequados à demanda ;
- Implantar protocolos clínicos e terapêuticos (Síndromes Febris, Comas, Agitação Psico-Motora...);
- Adequar a estrutura física, de equipamento e mobiliário das salas de estabilização e retaguarda de pacientes críticos;
- Organizar retaguarda de especialidades médicas às equipes;
- Adequar o serviço de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Implantar Central de Equipamentos de suporte e monitoramento de doentes críticos.

### Responsabilização e Garantia da Continuidade do Cuidado.

- Organizar a Unidade de forma que todo paciente tenha um profissional médico e de enfermagem como responsáveis por seu Plano de Cuidado;
- Implantar sistemática de gestão de vagas e tempo de permanência, priorizando as necessidades da Porta da Urgência;
- Participar da Linha de Cuidado à Urgência e Assistência Hospitalar integrando-se à Central de Regulação de leitos e de Urgência;
- Articular com outras unidades do SUS e rede de apoio social para garantir a continuidade de atenção;
- Implantar o “kit alta”: relatório de alta, atestados, receita, retornos e exames agendados pré alta .

### Aprimoramento e Democratização da Gestão.

- Instituir gerência e colegiado multiprofissional da Unidade de Urgência;
- Implantar Ouvidorias como mecanismo permanente de escuta dos usuários;
- Estabelecer contratualização entre o gestor e a direção do hospital e desta com as unidades de produção/trabalho;
- Implantar sistema de informação com indicadores de qualidade, produção e custos;
- Prestar contas do plano de qualificação no Conselho Gestor e Conselho Municipal/Distrital de Saúde;
- Implementar plano de informatização do hospital;
- Elaborar o Plano Diretor do Hospital e plano de trabalho das várias unidades;

### Inserção do Hospital no Sistema de Urgência/Emergência

- Implantar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU, como componente da Qualificação do Sistema de Urgência na capital e região metropolitana para regulação da porta de entrada da urgência;
- Organizar rede de pronto-atendimentos e unidades hospitalares de urgência de média complexidade na capital e região metropolitana para o atendimento de pequena e média complexidade;
- Estabelecer a grade de atendimento de urgência/emergência da região metropolitana com a atribuição de responsabilidades de cada gestor e de cada unidade de urgência/emergência;
- Criar o Comitê de Urgência da região metropolitana.

O Acolhimento ao Usuário é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional / usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2005a).

Importante acentuar que o conceito de Acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde através de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço, e deve traduzir-se em qualificação da produção de saúde complementando-se com a responsabilização daquilo que não se pode responder de imediato, mas que é possível direcionar de maneira ética e resolutiva, com segurança de acesso ao usuário. Neste sentido *todos* os profissionais de saúde fazem acolhimento.

A tecnologia de Acolhimento com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

O processo de Acolhimento com Avaliação de Risco, como proposto por esta política, será composto das seguintes etapas:





- a) O usuário ao procurar o Pronto Atendimento deverá direcionar-se à Central de Acolhimento que terá como objetivos: direcionar e organizar o fluxo através da

identificação das diversas demandas do usuário; determinar as áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas); acolher pacientes e familiares na demanda de informações sobre o processo de atendimento, tempo e motivo de espera; avaliação primária, baseada no protocolo de situação, queixa, encaminhando os casos que necessitam para a Classificação de Risco pelo enfermeiro.

b) Após o atendimento inicial, o paciente é encaminhado para o consultório de enfermagem onde a classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/ Duração (QPD)
- Breve Histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de Medicamentos
- Verificação de Sinais Vitais
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.

A classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

-  Vermelho: prioridade zero - emergência, necessidade de atendimento imediato;
-  Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento em no máximo 15 minutos;
-  Verde: prioridade 2 - prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos;
-  Azul: prioridade 3 - consultas de baixa complexidade - atendimento de acordo com o horário de chegada – tempo de espera pode variar até 3 horas de acordo com a demanda destes atendimentos, urgências e emergências.

A identificação das prioridades é feita mediante adesivo colorido colado no canto superior direito do Boletim de Emergência

Para a organização das funções, facilidade de entendimento e acolhimento, o espaço da Emergência também deveria estar identificado e dividido por cores seguindo a proposta do “Colégio Americano dos Cirurgiões”, citada acima, que evidenciam os níveis de risco dos pacientes:

**Azul – Pronto Atendimento** - para os casos de baixa complexidade, onde os pacientes não têm necessidade de cuidado imediato e podem aguardar. Este espaço é desenhado em três linhas horizontais principais:

A primeira linha é a da recepção e acolhimento. Ao penetrar no espaço o usuário identificará facilmente a área do acolhimento e atendimento, onde terá sua necessidade ouvida e receberá seu encaminhamento imediato. Nos casos simples

será informado sobre o tempo de espera para o atendimento médico, aguardando na sala de espera.

A segunda linha é a dos consultórios onde o usuário receberá o atendimento médico e o seu encaminhamento. Podendo ser liberado imediatamente após o atendimento ou encaminhado para a terceira linha, neste caso o acesso é feito atravessando-se o próprio consultório.

A terceira linha é composta pelas áreas de medicação, inalação e sala de raio-x. Nesta área o usuário receberá cuidados e tratamentos de baixa complexidade, podendo ser liberado em seguida ou aguardar para observação na própria área ou na área Verde.

**Vermelha – Emergência** – recebe os pacientes com risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato. É composta pela sala de estabilização e pela sala de procedimentos invasivos especiais. O paciente da área vermelha após estabilização segue para a área amarela.

**Amarela – Sala de retaguarda** – nesta área estarão os paciente graves, que demandem cuidados especiais, ainda com risco de vida, mas não iminente. Permanecem neste espaço aguardando direcionamento, seja para o centro cirúrgico, seja para a UTI ou área verde para receber alta.

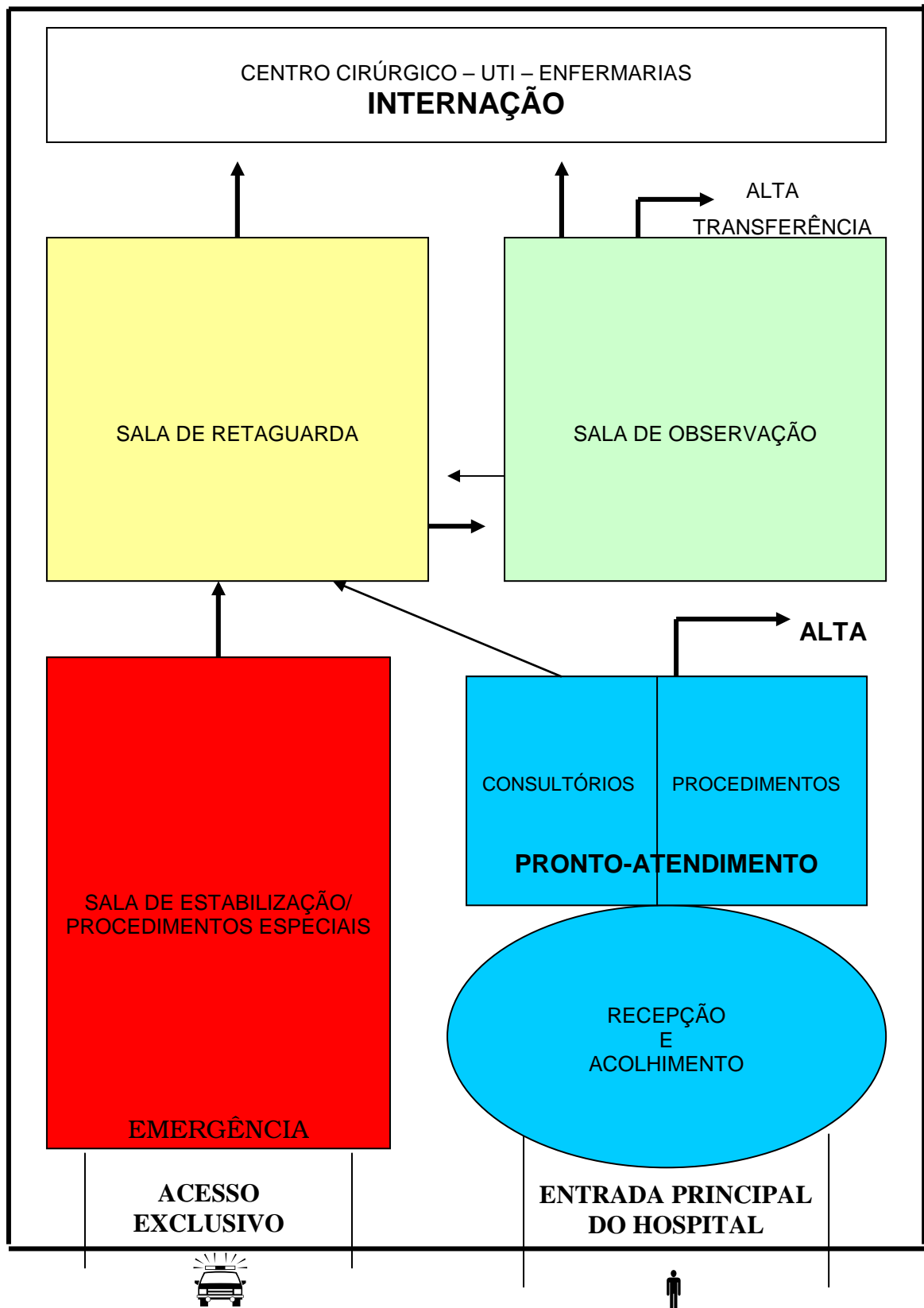
Esta é a direcionalidade ideal pretendida, porém prevê-se a possibilidade do contra-fluxo, onde receberá pacientes que tiveram seus estados agravados tanto na área azul quanto na verde.

**Verde – Observação** – recebe os casos mais simples que demandam acompanhamento, porém sem risco de vida.

Os pacientes que permanecerem neste espaço podem estar aguardando liberação médica, exames ou vagas para leitos no hospital.

A área de pronto atendimento pediátrico é separada da adulta, apenas o acesso é o mesmo pelo acolhimento. Possui sala de espera diferenciada para onde a criança é encaminhada diretamente a fim de aguardar o atendimento médico. A lógica do cuidado é a mesma da adulta, sendo setorizada pelas cores azul para os consultórios, inalação, medicação e procedimentos e verde para a área de observação. O fluxograma abaixo representa os ambientes da emergência .

FLUXOGRAMA DE MASSA DA PORTA HOSPITALAR DE URGÊNCIA





Caminho similar ao QUALISUS, porém de maior história, é percorrido pelo sistema de saúde do México que, no seu Programa Nacional de Saúde 2001-2006, lançou como estratégia o programa de ação “*Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*”, que apresenta como objetivo “*Elevar la calidad de los servicios de salud y llevaria a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población*” (MÉXICO, 2002).

Neste processo de mudanças desejadas a qualidade deve ser entendida por dois elementos:

**Tratamento digno.** Cujas características são:

- Respeito aos direitos humanos e às características individuais da pessoa;
- Informação completa, verdadeira, oportuna e entendida pelo paciente ou por quem é responsável por ele ou ela;
- Interesse manifesto na pessoa, em suas mensagens, sensações e sentimentos;
- Amabilidade.

**Atenção médica** com efeitos positivos:

- Efetiva: que obtenha o resultado (efeito) possível;
- Eficiente: com a quantidade de recursos adequados aos resultados obtidos;
- Ética: de acordo com os valores sociais aceitos;
- Segura: com os menores riscos possíveis;

### **Política Nacional de Humanização - HUMANIZASUS**

A Política Nacional de Humanização coincide com os próprios princípios do SUS e enfatiza a necessidade de assegurar acesso e atenção integral à população, e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Com isso, aponta a complexidade do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação à luz da Humanização, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive) (SANTOS -FILHO, 2005).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b).

Na construção de uma Política de Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004b).

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (BRASIL, 2004b).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população (SANTOS-FILHO, 2005).

O mapeamento e a visibilidade de iniciativas e programas de humanização na rede de atenção SUS, no Ministério da Saúde, a promoção do intercâmbio e a articulação entre eles constituem aspectos importantes na construção das Rede de Humanização em Saúde (RHS). E pode-se dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004b).

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalha no esforço de consolidar, prioritariamente, quatro marcas específicas:

1. Reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
2. Estar disponível para todo usuário do SUS o conhecimento de quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde que se responsabilizarão por sua referência territorial.

3. Garantir o repasse de informação e a presença de acompanhante (de livre escolha) nas unidades de saúde e garantir a concretização dos direitos do código dos usuários do SUS.
4. Possibilitar a gestão participativa nas unidades para os trabalhadores e usuários, assim como garantir educação permanente aos trabalhadores.

O HUMANIZASUS apresenta diferentes diretrizes de acordo com o nível de atenção: Atenção Básica, Atenção de Urgência e Atenção Especializada.

Na Atenção de Urgência e Emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na Assistência Pré-Hospitalar e outros, as diretrizes a serem seguidas são:

1. Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
2. Comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários.
3. Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

### 1.2.2 Avaliação em Saúde: origem, conceitos e abordagens

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu segundo Contandriopoulos et al. (1997), logo após a Segunda Guerra Mundial, a partir da necessidade do Estado, que estava substituindo o mercado, de encontrar meios para que a alocação dos recursos fosse bastante eficaz. Foi neste panorama que os economistas, pioneiros da avaliação desenvolveram métodos de análise das vantagens e custos dos programas públicos.

Novaes (2004) refere que nos anos 50, nos países desenvolvidos, foi reconhecida a necessidade da realização de estudos que tivessem como objeto específico os serviços de saúde, tanto em sua perspectiva “interna” – conhecendo os processos de atenção neles desenvolvidos e seus efeitos sobre a saúde e a doença dos pacientes atendidos, como em sua perspectiva “externa” - conhecendo o seu desempenho e participação na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população.

O novo campo científico resultante de limites pouco nítidos e denominado, no início dos anos 50, nos EUA, de “investigações sobre atenção médica” teve seus objetos criados a partir da necessidade de se obter conhecimento mais acurado acerca de várias formas de organização da atenção à saúde, bem como acerca da efetividade, eficiência e idoneidade dos serviços (SILVER, 1992). As primeiras investigações foram baseadas, predominantemente na utilização de métodos epidemiológicos e na avaliação de procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Os mecanismos de avaliação caracterizam-se pela investigação do custo - benefício, pela atuação dos profissionais e através da opinião dos usuários. Estes mecanismos se desenvolveram lentamente, isso porque esta área de estudo nunca foi considerada como aspecto essencial (SALA, 1993).

Para Serapione (1999) a partir dos anos 80, as investigações e estudos não se limitavam mais apenas à análise dos custos das atividades no campo da saúde, passando a ter interesse também com o controle de qualidade e a satisfação dos usuários.

Após a fase de reconhecimento da necessidade dos estudos de avaliação, segundo Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação passa a ser “profissionalizada”, surgindo uma perspectiva interdisciplinar, com enfoque nos aspectos metodológicos.

Nas últimas décadas, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil. Desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados (FELISBERTO, 2006).

Franco e Campos (1998), também relatam que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga e que atualmente verifica-se uma vigorosa retomada a este tema, considerando a avaliação um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

A avaliação da qualidade dos serviços passa a ter relevância principalmente diante das exigências de organismos internacionais e da reforma na administração pública brasileira com a reforma do Estado segundo Almeida (2001).

Para Serapione (1999), o aumento do interesse pela qualidade dos serviços de saúde nos últimos anos, é decorrente de alguns fatores, da crise fiscal do estado social e a necessidade de reduzir despesas públicas que estimularam, sem dúvida, um maior interesse pela busca de modalidades mais eficientes e eficazes para o uso dos recursos; da necessidade de reduzir as queixas e os procedimentos judiciais encaminhados pelos pacientes insatisfeitos, que também contribuiu para o crescimento da atenção a respeito da satisfação do usuário; e finalmente a exigência de recuperar a unidade do paciente - depois da divisão mente-corpo, produzida pelo grande avanço da medicina especialista e técnico-científica - tem contribuído igualmente para o reconhecimento do ponto de vista dos usuários.

Segundo Malik e Schiesari (1998), as metodologias de avaliação até o momento em que realizaram seu estudo, visavam mais a descrição das características dos serviços de saúde de modo isolado.

No entanto, Deslandes (1997) afirma que a avaliação de serviços é uma área consolidada em suas várias linhas de abordagem. Além do que, já existe o reconhecimento e ampla divulgação da utilização de indicadores de avaliação em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficiência, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processos, resultados, entre outros). A autora complementa referindo que ao longo dos últimos anos, a avaliação de serviços de saúde deixou de ser um processo exclusivamente técnico, um método que, dispondo de um conjunto de

procedimentos e indicadores poderiam medir com presteza a efetividade de um determinado serviço de saúde.

Segundo Deslandes (1997), a avaliação de serviços e programas está presente em diversas áreas: Educação, Administração, Economia, Serviço Social e Saúde Pública. E em cada área na qual se insere, seu escopo ganha contornos próprios, com conceitos específicos, indicadores e técnicas apropriadas de aplicação. A autora também refere que apesar de diversidade de metodologias da qual a avaliação de serviços lança mão, seu maior enfoque está centrado na metodologia das ciências sociais.

Para César e Tanaka (1996) avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados, para a emissão de um juízo de valor. A avaliação é constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações de – medir, comparar e emitir juízo de valor. Em resumo, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que possibilita a tomada de decisões da maneira mais racional possível em face dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde.

A avaliação segundo Minayo (2005) é entendida como a elaboração, a negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações. Conceito bastante amplo que vai do planejamento da pesquisa, metodologia a ser aplicada até a utilização dos resultados.

Contandriopoulos et al. (1997) conceitua avaliação e a classifica da seguinte forma:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa é caracterizada pelo estudo de cada um dos componentes da intervenção em relação à norma e critérios. Já a pesquisa avaliativa

tem por objetivo examinar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção através de um procedimento científico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Peixoto (2001) relata que a avaliação engloba variadas atividades, que vão desde um julgamento sobre o desenvolvimento de uma prática social, como por exemplo: “deu resultado?”, “estamos satisfeitos?”, até a utilização de métodos e técnicas que buscam responder as mesmas questões. Este autor também refere que a qualidade representa o aspecto central na avaliação em saúde.

Segundo Malik e Schiesari (1998), a avaliação se faz interessante para indivíduos em diferentes funções ou posições, como para: os tomadores de decisão, que a utiliza como informação para ação; para os trabalhadores, que podem melhorar o seu desempenho; para os financiadores, que podem analisar a adequação dos investimentos e para a população que decide se agrada ou não os projetos em andamentos.

Contandriopoulos et al. (1997), refere que para que os resultados de uma avaliação sejam úteis, torna-se necessário a conscientização de que a avaliação é uma fonte de informação e, conseqüentemente de que é fonte de poder para os atores que a controlam.

Firme (2005) destaca quatro critérios de excelência como dimensões para que as avaliações tenham um significado mais nobre de contribuir com as transformações da sociedade: utilidade, uma avaliação não deverá jamais ser realizada se não o for para ser útil; viabilidade, considerando aspectos políticos, práticos e de custo-efetividade; ética, no respeito aos valores dos interessados; e precisão no que tange às dimensões técnicas do processo.

Ao citar a importância da avaliação em saúde, Deslandes (1997) afirma que esta é de grande relevância para Saúde Pública, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade.

Alguns autores definem a qualidade através de dimensões ou componentes desejáveis do cuidado, isto ocorre segundo Acurcio et al. (1991), devido a conceituação de qualidade ser extremamente variável e relativa, no entanto, usualmente a qualidade reflete as metas e os valores do sistema de saúde existente e da sociedade na qual este se insere.

Para Lanny Filho e Tonial (2000), avaliar significa conferir valor, julgar o quão bom ou ruim é determinada coisa. Este conceito é complementar ao de qualidade, pois no momento em que está se avaliando determinada coisa, invariavelmente o objeto em avaliação é analisado comparativamente aquilo que se considera bom (com qualidade) ou ruim (sem qualidade).

Diante deste conceito de que avaliação diz respeito a um julgamento sobre dada intervenção, Medina et al. (2005) afirma que há uma dimensão subjetiva no processo de avaliação que não pode ser desprezada e que conforma tanto o recorte do objeto e dos objetivos, quanto o modelo teórico que serve de parâmetro de referência, quando se estabelecem comparações no processo avaliativo.

Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: *input-process-output*.

O componente Estrutura corresponde à avaliação dos recursos existentes para a execução dos serviços. Esses recursos são: recursos físicos, compreendendo planta física, equipamentos e materiais de consumo; recursos humanos, compreendendo número e qualificação dos mesmos; fontes e recursos financeiros para manutenção da infra-estrutura e da tecnologia disponível. Este último compreende o conhecimento disponível e organizado como processo de trabalho, que viabilize a otimização da utilização dos outros recursos disponíveis na Estrutura. O componente Processo corresponde à avaliação da execução das atividades e da dinâmica apresentada nas suas inter-relações. E por fim, o componente Resultado refere-se aos efeitos ou aos produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade. Levando em conta que situações de saúde se modificam devido a outros fatores sociais, é necessário o conhecimento prévio da situação para que se possa atribuir a modificação observada ao processo de intervenção objeto da avaliação (DONABEDIAN,1980).

Donabedian (1986) refere que a utilidade deste quadro conceitual se baseia por completo na observação de que as características estruturais influem no processo da atenção, e que isto faz saúde. Assim no centro da avaliação da qualidade está o esclarecimento da relação entre o processo e o resultado, e entre a estrutura e o processo.



Vuori (1991) ao citar a obra de Donabedian, refere que a abordagem estrutural, o input do processo dos cuidados em saúde, ou seja, os recursos humanos e estruturais são descritos e comparados com critérios e padrões estabelecidos. Para este autor, a abordagem de processo é simples: “se todos fazem aquilo que, a luz do conhecimento corrente, é considerado correto, é mais provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for seguido”. Ele ainda relata que a abordagem dos resultados é talvez a mais antiga tentativa de avaliar a qualidade. Atualmente os principais caminhos para desenvolver essa abordagem passam pela construção de indicadores ou índices do nível de saúde e pela satisfação dos usuários.

Sala (1993) define os enfoques da avaliação de qualidade dos serviços em cinco linhas de aproximação:

- A primeira procura avaliar “cobertura” (quantidade da população que efetivamente tem acesso ao serviço) e “capacidade resolutive” (população que teve efetivamente acesso ao serviço e teve seu problema resolvido);
- A segunda linha refere-se à “organização do trabalho” ou do “serviço de saúde” e considera a estrutura que dá suporte às ações de saúde. Este corresponde a abordagem de estrutura de Donabedian (1980);
- A terceira é referente ao “processo de atendimento”, considera-se aí o cuidado recebido, seja em termos de eficácia, seja em termos de adequação a um padrão previamente definido, tomado a partir da utilização de instrumentos diagnósticos e terapêuticos ou a partir dos diagnósticos realizados. Esta é a mesma avaliação do processo citada por Donabedian (1980);
- A quarta linha refere-se à avaliação em termos de “custos”, ou seja, a análise da relação custo-benefício;
- A quinta linha diz respeito aos resultados finais do atendimento e avalia o “impacto” que o programa produziu na população, equivalendo à avaliação de resultado na concepção de Donabedian (1980).

Donabedian (2003) ampliou o conceito de qualidade, referindo que a qualidade é um produto de dois fatores, sendo o primeiro a ciência e a tecnologia dos serviços de saúde e o segundo a aplicação da ciência e tecnologia na prática atual. Este autor refere ainda que esse produto, a qualidade, pode ser caracterizado

pelos atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Estes atributos representam os sete pilares da qualidade.

---

Eficácia – habilidade da ciência e tecnologia dos serviços de saúde de causar melhorias na saúde quando nas condições mais favoráveis;

Efetividade - melhoria da saúde alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana;

Eficiência – é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada;

Otimização – balanceamento das melhorias em saúde com os custos;

Aceitabilidade – adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e seus familiares;

Legitimidade – conformação das preferências sociais que expressam os princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentações;

Equidade – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados e de seus benefícios entre os membros de uma população.

---

Quadro 2- Componentes da Qualidade segundo Donabedian  
Fonte: DONABEDIAN (2003).

Vuori (1991) refere que muitos avaliadores e profissionais que prestam os cuidados de saúde tendem a usar a definição de qualidade como “a aplicação apropriada do conhecimento médico disponível, bem como da tecnologia, no cuidado com o paciente ou a comunidade”. Segundo o autor, o caso não é tão simples assim; a qualidade apresenta muitas facetas e diferentes autores empregam significados distintos para este termo. Atualmente, o termo de qualidade compreende um grande espectro de características desejáveis de cuidados e estes incluem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científico.

As avaliações apresentam um alto grau de subjetividade segundo César e Tanaka (1996), e a aceitação disto, juntamente com a dinâmica dos setores sociais que caracterizam o setor saúde, levam a crer que não há uma abordagem correta ou uma metodologia ideal para avaliação, e sim uma composição de métodos e

instrumentos organizados com a finalidade de emitir um juízo de valor a um objeto ou sujeito avaliado.

As fontes de critério para avaliação são inúmeras, Malik e Schiesari (1998) referem como fontes: os financiadores, que diferem os critérios de acordo com seus objetivos; a literatura científica que revela os últimos avanços e metas a ser alcançadas; aos parâmetros nacionais, estaduais, municipais e das unidades também são de grande importância, no entanto estes devem estar sempre atualizados; as leis e os direitos humanos; e as histórias de sucesso.

Contandriopoulos et al. (1997), confirma os autores acima, referindo que a avaliação de uma intervenção é constituída pelo resultado de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes.

No entanto, Serapione (1999) coloca que a definição de métodos apropriados, a padronização e a construção de indicadores específicos que possam refletir as dimensões e aspectos da qualidade é uma questão ainda a ser solucionada na avaliação dos serviços de saúde.

Acurcio et al. (1991) complementa, referindo que em seu estudo pôde concluir que o processo de avaliação não possui um modelo perfeito, que já tenha sido suficientemente testado e que possa ser aplicado de modo universal. Diante desta conclusão, surge a necessidade de avançar na construção de um modelo de avaliação que oriente e facilite a tomada de decisões, sendo aperfeiçoado com o tempo e a partir das experiências vividas durante sua implementação.

Diante desta necessidade, surge uma proposta de avaliação de desempenho de sistema de saúde brasileiro, a partir de uma rede de pesquisadores de instituições nacionais de pesquisa em saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Essa proposta se configurou na criação do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS).

O PRO-ADESS revendo os modelos de avaliação internacional, principalmente Reino Unido, Canadá e Austrália, chega a um consenso de que a experiência internacional voltada para melhoria do desempenho dos sistemas de saúde baseia-se na construção de um quadro de referência composto por elementos que, em linhas gerais, capturam: o estado de saúde, os determinantes não médicos da saúde, o desempenho do sistema de saúde e as características gerais do sistema de saúde e dos recursos da comunidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003).

Para o desempenho dos serviços de saúde o PRO-ADESS define que os elementos a serem mensurados devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde e, a partir de uma revisão da literatura, propõe como dimensões para esta avaliação:

- Efetividade: Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- Acesso: Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo;
- Eficiência: Relação entre produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;
- Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- Continuidade: Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção;
- Adequação: Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;
- Segurança: Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

Por respeito aos direitos das pessoas, o PRO-ADESS define as seguintes categorias:

- Confidencialidade das informações – Refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos e aquelas referentes ao seu estado de saúde;
- Privacidade no atendimento – refere-se à condução do atendimento em condições que protejam a privacidade e não exponham a pessoa a situações constrangedoras;
- Direito à informação – refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu tratamento bem como ter acesso ao prontuário que contenha informações a respeito do seu estado de saúde e tratamento;

- Conforto – refere-se aos aspectos de infra-estrutura do ambiente no qual o cuidado é provido, podendo incluir: ambiente limpo, móveis adequados, alimento saudável e comestível, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, roupas limpas, procedimentos regulares de limpeza e manutenção do prédio;
- Autonomia – está considerada para liberdade, considerando a decisão entre tratamento alternativo, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental;
- Dignidade e cortesia – envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa mais do que meramente como paciente;
- Respeito aos valores das pessoas – refere-se à noção de que indivíduos têm diferentes desejos, necessidades e preferências.

Para Serapione (1999), a avaliação da qualidade deve se basear num enfoque multidimensional: a) avaliação de satisfação do usuário; b) avaliação técnica do processo de trabalho; c) avaliação dos resultados obtidos na população através da intervenção.

Malik e Schiesari (1998) afirmam que a avaliação de um programa de saúde pode ser realizada a luz da visibilidade por ele obtida, de quanto custou, da satisfação dos usuários da mudança nos indicadores.

Azevedo (1991), quando ao analisar os âmbitos das avaliações de desempenho de serviços de saúde conclui que a avaliação de resultados seja mais atraente do ponto de vista científico por representar o último passo na cadeia ontológica da produção de qualidade. Ao cientista da saúde como ainda ao formulador de políticas no setor atraem muito mais os resultados. Um dos aspectos considerados na avaliação dos resultados da ação de saúde tem sido a satisfação da clientela.

No entanto, nem sempre é fácil avaliar resultados e, como estes dependem de recursos e processos adequados, não raro, as avaliações estão centradas nesses dois elementos (CÉSAR; TANAKA, 1996; PEREIRA, 1999). Mas Pereira (1999) refere que uma maneira aparentemente simples de avaliar Resultados é saber se os usuários estão satisfeitos com o serviço prestado.

### 1.2.3 Avaliação de satisfação do usuário

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), em recente revisão sobre o tema satisfação do usuário, é a partir da obra de Avedis Donabedian que a satisfação do paciente se torna um componente da avaliação de qualidade do serviço. Para o autor, “o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços”. Antes da obra de Donabedian, ainda segundo Vaitsman e Andrade (2005), as primeiras pesquisas no campo da avaliação de serviços de saúde, datadas da década de 1970 e oriundas da Europa e EUA, se referiam à satisfação do usuário com o intuito de melhorar a adesão do mesmo ao tratamento, “em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado de medicamentos”.

No estudo realizado por Trad et al. (2002), observa-se com base em ampla revisão de literatura que o aumento pelo interesse pela avaliação de satisfação dos usuários tem início nos anos 70. E no Brasil, os estudos sobre satisfação dos usuários se desenvolveram na década de 1990, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por intermédio da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Segundo Serapione (1999), o interesse pela qualidade, não é um fenômeno novo no âmbito dos serviços de saúde. Os procedimentos e mecanismos para garantir e manter a qualidade existem há muito tempo. A novidade do movimento contemporâneo segundo Nogueira (1994), é de colocar em primeiro plano a opinião do usuário como um aspecto determinante no julgamento da qualidade.

Na avaliação da qualidade dos serviços e ações de saúde, a análise da satisfação do usuário é de grande importância para entender as necessidades, expectativas e diferenças individuais dos usuários dos sistemas de saúde. As percepções dos atores sociais sobre a qualidade dos serviços de saúde são determinadas por suas experiências anteriores. Uchimura e Bosi (2002) consideram a importância dos atores, e principalmente dos usuários na avaliação. A dimensão subjetiva da qualidade de programas e serviços de saúde remete a um terreno pouco explorado. Uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza

qualitativa deve prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, e ao mesmo tempo, respeite sua complexidade, riqueza e profundidade.

Segundo Silva (2005) um dos atributos relevantes na avaliação em saúde, são as características relacionais entre os agentes das ações, como: usuários x profissionais (percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação do usuário, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos cidadãos); profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho); e gestor x profissional (relações sindicais e de gestão).

Estes atributos relacionais segundo a autora, criam uma nova perspectiva para a avaliação em saúde, pois trazem a valorização de características do acolhimento, garantia dos direitos individuais e as características relativas ao trabalho como componentes da qualidade da atenção e promoção da saúde (SILVA, 2005).

Para Donabedian (1980), na medida em que o processo de trabalho do setor saúde implica necessariamente a efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, fica claro que não é possível a avaliação do processo sem o envolvimento deste usuário, a quem se destina cada atividade do processo de forma imediata durante a execução.

Na obra de Donabedian, segundo Junqueira e Auge (1996), dos sete componentes identificados para a análise de qualidade dos serviços (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade), já citados, o que está relacionado à questão da satisfação do usuário é o da *aceitabilidade*, definido como “um composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde”. Assim, a aceitabilidade referindo-se a “*conformidade entre os serviços e as aspirações e expectativas dos pacientes e dos membros de sua família*”, compreende questões da infra-estrutura dos serviços, incluindo a acessibilidade, a relação médico-paciente e as expectativas quanto aos desdobramentos e resultados do tratamento.

A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada atualmente, sobretudo enfocando a busca da qualidade nos hospitais (MEZOMO, 1993). No entanto, segundo Kotaka (1997) a avaliação dos usuários é difícil de ser aferida por se tratar de mensuração de opiniões, influenciada por diferentes situações, expectativas e antecedentes.

Reis et al. (1990) refere que vários fatores afetam a percepção do paciente, e entre eles se destacam as experiências anteriores de cuidados médicos recebidos, em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde.

Trad et al. (2002) complementa, citando que na avaliação de satisfação o sujeito enfatiza uma combinação do ideal de serviço, noção de serviço merecido, experiência passadas e um nível subjetivo de qualidade aceitável no serviço.

Atkinson (1993) reforça a importância da satisfação do usuário, referindo que abordá-la, implica fazer um julgamento sobre características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade dos serviços.

Segundo Esperidião e Trad (2006), o conceito de satisfação pode refletir diferentes objetivos de pesquisa (avaliar a qualidade ou conhecer a percepção do usuário) e encontra-se relacionado a eventos médicos e não médicos. A satisfação serve para avaliar desde as “amenidades do cuidado”, referindo-se desde a alimentação, limpeza e conforto, até a qualidade técnica dos serviços. Em resumo, são muitos os aspectos que influenciam na produção de satisfação e insatisfação, e estes estão sempre variando entre os estudos.

A partir dos resultados de vários estudos utilizando satisfação dos usuários, segundo Reis et al. (1990) pode-se inferir que os principais fatores na percepção dos pacientes, são: interesse pessoal do médico pelo paciente; acessibilidade; “bons médicos”; acompanhamento por pessoal “bem treinado”; informação dos médicos; pessoal “solícito”; privacidade.

Para Serapione (1999), o acesso à informação é um importante aspecto da qualidade dos serviços de saúde. Os indicadores relacionados ao direito de informação são:

- a) a acessibilidade do paciente às informações úteis para resolver suas necessidades;
- b) presença de recepcionistas capacitadas nos diferentes serviços de saúde;
- c) existência de folhetos informativos com os serviços prestados, localização e formas de contato;
- d) presença de informação sobre os custos do serviço prestado, este indicador é utilizado apenas quando estão sendo avaliados serviços de saúde privados.

Acurcio et al. (1991) classifica alguns aspectos do serviço de saúde como dimensões da satisfação, como o acesso, a qualidade, a estrutura física e



organizacional, as relação médico-paciente, entre outras. E a escolha destas dimensões determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios para a seleção dos métodos de avaliação a serem adotados.

Esperidião e Trad (2006) referem que apesar das dificuldades em definir a satisfação, muitos estudos buscaram estudar a relação entre a satisfação e as variáveis que a determinam, no entanto, os resultados encontrados na literatura são divergentes, indicando baixa consistência entre as pesquisas.

A múltipla influência de fatores na satisfação dos usuários com os serviços de saúde segundo Souza e Pereira (1999), tanto podem estar associadas aos serviços e seus provedores, quanto aos próprios clientes, no entanto muitos destes fatores ainda não foram definitivamente investigados. Para os autores, à medida que a compreensão destes comece a se tornar mais clara, melhores se tornarão os instrumentos de coleta de dados e mais confiáveis os seus resultados.

Para Almeida (2001), ainda não se tem um padrão universal e nem tão pouco nacional do que vem a ser um bom atendimento em saúde. Nem o próprio usuário do sistema sabe defini-lo. “E qual usuário? O seringueiro do interior da Amazônia, o sertanejo nordestino ou a gestante de Porto Alegre?” Destes, irão surgir inúmeras definições de bom atendimento que irão convergir.

Após o seu estudo de revisão Esperidião e Trad (2005), concluem que os diferentes métodos, técnicas e instrumentos apresentam vantagens e desvantagens, não havendo ainda para a avaliação da satisfação estratégias metodológicas válidas e confiáveis que sejam de consenso dos pesquisadores.

Atria et al. (2000) conclui em seu estudo que a participação do usuário é fundamental para conhecer o serviço ideal. Para estes autores, o conhecimento direto das necessidades dos pacientes, permite um maior compromisso com a qualidade de atenção.

Diante da falta de uma teoria que oriente a mensuração da satisfação dos usuários e o surgimento de diversas abordagens metodológicas que ainda tem se mostrado bastante inconsistentes e com grandes divergências, torna-se importante a realização deste estudo. Pois a elaboração de um instrumento que possibilite a avaliação da satisfação dos usuários nos serviços de urgência/emergência poderá contribuir amplamente na organização, planejamento e avaliação dos serviços de saúde, trazendo melhorias principalmente para aquele que se faz essencial neste processo, o usuário.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar instrumento que possibilite a avaliação de satisfação que os usuários têm com os serviços de urgências/emergências no momento da assistência.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Definir as dimensões de avaliação a serem abordadas no instrumento;
- Elaborar matriz de análise das dimensões para definição das questões a serem respondidas;
- Elaborar o instrumento de avaliação de satisfação do usuário.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este trabalho consiste na construção de um instrumento a ser utilizado na pesquisa “Avaliação da qualidade do atendimento nos serviços de urgência/emergência quanto ao trabalho dos profissionais e condições oferecidas na avaliação dos usuários, gestores das unidades e motivações dos profissionais”, que está sendo desenvolvida pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, com financiamento do Ministério da Saúde.

O campo no qual o questionário será aplicado corresponde aos três grandes hospitais públicos de urgência/emergência do estado de Pernambuco: Hospital Getúlio Vargas, Hospital da Restauração e Hospital Otávio de Freitas.

O Hospital da Restauração (HR) é um Hospital de grande porte, com capacidade instalada para 535 leitos que está vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Caracteriza-se como hospital de emergência, com uma média mensal de 800 internações, 700 cirurgias, 12.300 atendimentos ambulatoriais e 12.000 emergenciais. Seu quadro de pessoal é constituído por mais de dois mil funcionários, entre nível superior, médio e elementar (FURTADO et al., 2004).

O Hospital Getúlio Vargas (HGV), inaugurado em 1953, é considerado a segunda maior emergência do estado de Pernambuco, com um total de 370 leitos ativados. Os leitos em sua grande maioria estão voltados para o atendimento de adultos e com grande vocação nos serviços cirúrgicos, principalmente na área de Ortopedia. Este hospital está vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, mas há alguns anos fez parte de gestão Federal. O HGV apresenta uma média mensal de 750 internações, 800 cirurgias e 15.000 atendimentos mês (BRASIL, 2005b).

O Hospital Otávio de Freitas (HOF) apresenta o mesmo vínculo que os demais hospitais, vínculo este estadual. Apresenta-se com uma média de 1040 internamentos ao mês, dispondo de 580 leitos, sua média de atendimento ambulatorial é de 6.700 ao mês e 18.800 atendimentos de emergência mensais (HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, 2005).

O método de trabalho adotado pelo grupo de pesquisa para a construção do instrumento de avaliação da satisfação dos usuários, foi baseado em reuniões sistemáticas para discussão dos temas abordados e definição dos procedimentos a serem realizados, baseados em revisões bibliográficas.

Para a concretização dos objetivos o estudo seguiu algumas etapas descritas a seguir:

- Inicialmente foi realizada a definição das dimensões a serem avaliadas.

Para esta etapa, partiu-se do pressuposto que apesar da importância da estrutura física e tecnológica do hospital para a avaliação da qualidade, o enfoque deveria ser dado às relações interpessoais do usuário (relação médico paciente, acolhimento realizado pela instituição, concretização dos seus direitos), buscando construir um instrumento que aprofunde o conhecimento da opinião dos usuários quanto a esses aspectos.

Na busca da escolha das dimensões abordadas, foram realizadas discussões em torno políticas públicas nacionais e internacionais como, por exemplo, o QUALISUS e a “*Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*” do México, como também foram discutidas metodologias criadas por instituições, no caso do Projeto de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) e estudos realizados no tema de satisfação dos usuários. A partir deste momento de discussão em grupo foram sobressaltadas as dimensões que mais estariam de acordo com o propósito do estudo e que refletiram de forma mais real possível, o nível de satisfação dos usuários nos serviços de urgência/emergência.

- Elaboração da matriz de análise das dimensões e elaboração das perguntas a serem respondidas

A matriz foi construída tendo como eixo as dimensões escolhidas e destas foram selecionadas suas categorias de avaliação. Cada dimensão abordada pôde apresentar números variados de categorias e estas podem integrar mais de uma dimensão. Após esta fase foi definido para cada categoria o objetivo da sua avaliação, devendo estar claro o conteúdo que a questão do instrumento deveria abordar. Nesta fase, também foi realizada a definição da localização da pergunta dentro do ambiente definidos no questionário (blocos de questões correspondentes ao ambiente hospitalar). E por fim a questão referente ao que se quer avaliar foi construída.

A elaboração das questões representou um dos principais momentos de construção do instrumento, pois esta teria que reproduzir o conteúdo do que se quer

pesquisar como também atingir os usuários de forma simples e de fácil entendimento. Como a população usuária dos serviços de urgência/emergência públicos, são em grande maioria pessoas com nível de escolaridade baixo, as questões foram elaboradas com termos simples e em alguns momentos fugindo da linguagem culta e utilizando-se da linguagem usual, do senso comum.

<b>Dimensões de Análise</b>	<b>Categorias de Análise</b>	<b>Conteúdo das Questões</b>	<b>Local a ser Avaliado</b>	<b>Questão Norteadora para Elaboração dos Instrumentos</b>
Dimensão A	Categoria 1 Subcategoria 1.1 Subcategoria 1.2			
Dimensão B	Categoria 2			
Dimensões A e B	Categoria 3 Subcategoria 3.1 Subcategoria 3.2			

Quadro 3 - Exemplo da matriz de análise das dimensões a ser preenchida

- Organização do instrumento

Nesta etapa foi definida a estrutura do instrumento e a escala a ser utilizada, esta definição foi baseada em estudos realizados anteriormente no tema em questão e através de pesquisa bibliográfica.

Para elaboração do instrumento, o primeiro cuidado a ser tomado foi com a capacidade do mesmo em reproduzir as mesmas respostas em distintos momentos ou por diferentes pesquisadores. Para isto, o questionário foi constituído de perguntas fechadas que tinham o objetivo de facilitar a abordagem dos usuários nos serviços de urgência em função de sua facilidade, rapidez e objetividade no preenchimento; pouca possibilidade de erros; e fácil processamento e análise.

O instrumento foi composto por questões sócio-demográficas além das questões referentes à satisfação com os serviços de urgência/emergência. Estas questões foram dispostas de acordo com o fluxo que o paciente percorre desde a sua chegada ao hospital, para evitar viés de confundimento e para facilitar o entendimento por parte do usuário. Desta forma, o instrumento foi dividido em:

Questionário do Serviço de Pronto Atendimento (SPA)	Questionário da Emergência
Bloco 1 – Dados sócio-demográficos	Bloco 1 - Dados sócio-demográficos
Bloco 2 – Recepção do Hospital/Acolhimento	Bloco 2 – Recepção do Hospital/Acolhimento
Bloco 3 – SPA (Serviço de Pronto Atendimento)	Bloco 3 – Emergência
Bloco 4 – Questões referentes ao Hospital em Geral, sem delimitação de ambiente	Bloco 4 – Questões referentes ao Hospital em Geral, sem delimitação de ambiente

Quadro 4 - Composição por bloco dos instrumentos a serem elaborados.

Como observado no quadro acima, o instrumento de avaliação de satisfação dos usuários foi dividido em dois questionários, um referente ao SPA e outro referente à Emergência. Esta divisão surgiu a partir da necessidade de diferenciação dos tipos de serviços, pois para cada um pode ser visto uma realidade um pouco diferenciada que leva à questionamentos individuais que não estão englobados nos dois espaços.

As perguntas elaboradas a partir da matriz de análise das dimensões foram organizadas em cada bloco do questionário, podendo ter perguntas iguais em blocos diferentes. Estas perguntas ficaram em cores diferenciadas, de acordo com a dimensão a qual pertencem, por exemplo, a dimensão A terá as perguntas em verde, dimensão B – perguntas em vermelho e assim por diante. Esta distinção de cores buscou facilitar a visualização das dimensões dentro do questionário, durante a sua elaboração.

- Avaliação e adaptação do instrumento

Foram realizados pré-testes do instrumento com o objetivo de adequar sua linguagem e formatação à realidade encontrada nas urgências/emergências. O pré-teste foi realizado pela pesquisa: "Avaliação da qualidade do atendimento nos serviços de urgência/emergência quanto ao trabalho dos profissionais e condições oferecidas na avaliação dos usuários, gestores das unidades e motivações dos profissionais", no Hospital da Restauração, com usuários que foram atendidos na urgência/emergência, estes foram escolhidos de forma aleatória, sendo 4 (quatro) usuários por pré-teste. Foram realizados três pré-testes e após cada aplicação, os dados foram disponibilizados para que uma discussão fosse realizada na equipe de pesquisa para definir a readaptação a ser realizada, diante das necessidades

apresentadas. Ao final das readequações foi elaborada a versão final do instrumento.

### **Considerações Éticas**

O estudo foi realizado dentro dos padrões da ética científica, com devida aprovação no comitê de ética em pesquisas. Este estudo utilizou os dados da pesquisa “Avaliação da qualidade do atendimento nos serviços de urgência/emergência quanto ao trabalho dos profissionais e condições oferecidas na avaliação dos usuários, gestores das unidades e motivações dos profissionais”, aprovada sob o registro 61/06 no CEP/CPqAM/FIOCRUZ.

## 4 DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO

Para a escolha das dimensões a serem utilizadas no instrumento que será elaborado, tomou-se por base as contribuições de alguns autores, dentre estes, destaca-se as definições de Donabedian e Minayo. Outra fonte de informação para esta definição consistiu nas políticas de qualificação dos serviços de saúde, e destas vale a pena ressaltar a importância do QUALISUS. Um estudo que subsidiou este processo de forma bastante influente foi o PRO-ADESS, que buscou a partir de revisão teórica e discussões propor uma nova metodologia de avaliação e esta voltada para os serviços de saúde brasileiros.

Diante de todo este referencial e de acordo com o pressuposto de que o instrumento de avaliação da qualidade da atenção, prestada pelo hospital e pelos profissionais médicos e enfermeiras, não deve ter como perspectiva o critério técnico em relação à capacidade de diagnóstico, terapêutica e cura do paciente. Foram escolhidas como dimensões a serem avaliadas:

- a) o respeito aos direitos das pessoas, usuários, dos serviços de saúde;
- b) o acolhimento prestado pelo serviço e pelos trabalhadores;
- c) e a percepção da qualidade da assistência pelos usuários.

Assegurando desta forma uma perspectiva subjetiva feita pelos usuários, com enfoque em suas relações sociais.

Como direitos dos usuários foram definidas cinco categorias principais:

1. Confidencialidade
2. Privacidade no atendimento;
3. Direito à informação;
4. Conforto;
5. Dignidade e cortesia.

O acolhimento, prestado pelos serviços e pelos trabalhadores, deverá ser analisado não como uma triagem, mas sim, como uma ação contínua que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.

A dimensão da percepção da qualidade da assistência dos profissionais pelos usuários foi constituída pelas outras duas dimensões (respeito aos direitos das pessoas e acolhimento ao usuário) no que concerne a relação profissional/paciente, tendo como objeto a pessoa e não a doença. Mas, também, enfoca o cumprimento



da rotina de atendimento e a avaliação dos usuários quanto ao atendimento prestado.

O caminho traçado para se chegar a elaboração do instrumento, perpassou pela construção de uma matriz de análise das dimensões quem teve como finalidade dar coerência aos objetivos formulados e a elaboração do instrumento. Esta matriz foi constituída pelas categorias de análise das dimensões, seus descritores, o local a ser avaliado, e a questão norteadora de construção do instrumento, conforme modelo pré-definido na metodologia deste estudo. A partir da definição das dimensões, a base da matriz ficou constituída da seguinte forma:

O próximo passo para elaboração da matriz se deu de forma acumulativa onde no primeiro momento a partir das dimensões qualitativas adotadas: respeito aos direitos dos usuários, acolhimento prestado pela unidade e trabalhadores e percepção da qualidade da assistência pelos usuários, se definiu as categorias analíticas e sua descrição.

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias analíticas</b>	<b>Descritores</b>
Direitos dos usuários	Privacidade no atendimento	Não exposição física do paciente.
Direitos dos usuários	Direito à informação	Acesso a informações das decisões médicas sobre seu diagnóstico e tratamento.
Direitos dos usuários	Conforto	Condições de infra-estrutura do ambiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adequação do mobiliário (cama, maca, cadeira, etc);</li> <li>▪ Limpeza do ambiente;</li> <li>▪ Alimentação comestível;</li> <li>▪ Ventilação e temperatura do ambiente;</li> <li>▪ Roupas limpas e adequadas;</li> <li>▪ Iluminação adequada;</li> <li>▪ Presença de ruídos desagradáveis.</li> </ul>

Quadro 5 – Definição dos descritores de acordo com as categorias analíticas das dimensões.

(Continuação)

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias analíticas</b>	<b>Descritores</b>
Direito dos usuários Acolhimento	Dignidade e cortesia	Direito do indivíduo de ser tratado como pessoa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamento gentil;</li> <li>▪ Presteza no atendimento;</li> <li>▪ Acesso a espaço para os usuários realizarem críticas e sugestões;</li> <li>▪ Direito à presença do acompanhante no seu atendimento.</li> </ul>
Direitos dos usuários Acolhimento Percepção da qualidade	Confidencialidade das informações	Confiança nos profissionais para expor seus problemas de saúde.
Acolhimento	Priorização na atenção ao usuário	Atendimento sem demora do paciente (Avaliar tempos de espera)
Acolhimento	Direito à informação	Presença de sinalização no hospital que garanta autonomia de deslocamento dos usuários
Acolhimento Percepção da Qualidade	Ouvir queixas	Valorizar a capacidade dos profissionais em ouvir as queixas dos usuários.
Percepção da Qualidade	Realizar exame físico	Valorizar a realização de exame físico detalhado e cuidadoso.
Percepção da Qualidade	Definir diagnóstico	Informar o usuário sobre o diagnóstico e tratamento.
Percepção da Qualidade	Administração de medicamentos	Avaliar o cumprimento da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem.
Percepção da Qualidade	Higienização do paciente	Avaliar a higienização regular dos pacientes pela equipe de enfermagem.
Percepção da Qualidade	Administração da dieta	Avaliar a administração das dietas prescritas aos pacientes pela equipe de enfermagem.
Percepção da Qualidade	Administração da equipe de enfermagem	Avaliar a capacidade da chefe da enfermagem na coordenação da equipe de enfermagem.
Percepção da Qualidade	Quantidade de profissionais para prestar um bom atendimento	Avaliar a quantidade de médicos e da equipe de enfermagem para garantir um bom atendimento aos pacientes.

Quadro 5 – Definição dos descritores de acordo com as categorias analíticas das dimensões.

(Conclusão)

Por fim, a partir da definição das categorias analíticas e de seus descritores foi possível definir em que pontos, da assistência de urgência, deveriam ser avaliadas e qual a questão norteadora para elaboração do instrumento. Com a elaboração da matriz final foi possível elaborar os conteúdos que deveriam estar presentes nos questionário de avaliação da satisfação do usuário.

### MATRIZ DE CONSTRUÇÃO DA ANÁLISE DAS DIMENSÕES

Dimensões	Categorias	Descritores	Local a ser Avaliado	Questão Norteadora para Elaboração dos Instrumentos
Direitos dos usuários	<b>1. Privacidade no atendimento:</b> não exposição física do paciente.	Avaliação se o usuário ficou fisicamente exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde.	SPA e Emergência	SPA e Emergência - Quando foi examinado, você foi exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde?
Direitos dos usuários	<b>2. Direito à informação:</b> acesso a informações das decisões médicas sobre seu diagnóstico e tratamento.	Avaliação se o usuário foi informado das decisões médicas sobre seu diagnóstico e tratamento.	SPA e Emergência	SPA e Emergência - O médico que lhe atendeu informou sobre qual era o problema que você tinha e qual o tratamento que iria realizar?
Direitos dos usuários	<b>3. Conforto:</b> condições adequadas para garantir o conforto durante a assistência aos usuários.	a) Adequação e conforto do mobiliário;	Recepção SPA e Emergência	Recepção – As cadeiras são em número suficiente para acomodar a todos? As cadeiras são confortáveis? SPA e Emergência - Os móveis são bem conservados? SPA - Os móveis estavam limpos? Emergência - A mesa de exames estava limpa e com colchonete?

Dimensões	Categorias	Descritores	Local a ser Avaliado	Questão Norteadora para Elaboração dos Instrumentos
<b>Direitos dos usuários</b>	<b>3. Conforto:</b> condições adequadas para garantir o conforto durante a assistência aos usuários.	b) Limpeza do ambiente;	Recepção SPA e Emergência	Recepção, SPA e Emergência - O ambiente é limpo? SPA - A sala estava limpa?
		c) Alimentação comestível;	Emergência	Emergência - A qualidade das refeições oferecidas pelo hospital é satisfatória?
		d) Ventilação e temperatura do ambiente;	Recepção SPA e Emergência	Recepção – O ambiente é ventilado? SPA e emergência - O ambiente tem uma temperatura agradável?
		e) Roupa limpa e adequada;	Emergência	Emergência - A roupa de cama é trocada com frequência?
		f) Iluminação adequada;	Emergência	Emergência – A iluminação da emergência é adequada para o seu conforto?
		g) Presença de ruídos desagradáveis.	Emergência	Emergência – O barulho na emergência impede o seu descanso?
<b>Direitos dos usuários</b> <b>Acolhimento</b>	<b>4. Dignidade e cortesia:</b> Direito do indivíduo de ser tratado como pessoa	a) Tratamento gentil: Avaliação do tratamento dado pelos profissionais aos usuários.	Recepção SPA e Emergência	Recepção - Ao chegar no hospital, foi atendido de forma gentil e respeitosa? SPA e Emergência – Ao ser atendido, os profissionais se comportaram de forma gentil e respeitosa?

Dimensões	Categorias	Descritores	Local a ser Avaliado	Questão Norteadora para Elaboração dos Instrumentos
<b>Direitos dos usuários</b> <b>Acolhimento</b>	<b>4. Dignidade e cortesia:</b> Direito do indivíduo de ser tratado como pessoa	b) Presteza no atendimento: Avaliação da disponibilidade dos profissionais para o atendimento ao usuário.	Recepção SPA e Emergência	Recepção - Na recepção, os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações e encaminhamentos sempre que solicitados? Você encontrou algum empecilho para entrar no hospital? SPA e Emergência - Sempre que necessitou, os profissionais de saúde se prontificaram a atender às suas solicitações?
		c) Acesso a espaço para expressar reclamações e dar sugestões;	Geral	Sempre que necessitou, encontrou espaço para emitir opiniões, fazer críticas e elaborar denúncias?
		d) Direito à presença do acompanhante no seu atendimento.	SPA e Emergência	Durante todo o período em que esteve no hospital, foi permitida a presença de acompanhante?

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>	<b>Descritores</b>	<b>Local a ser Avaliado</b>	<b>Questão Norteadora para Elaboração dos Instrumentos</b>
<b>Direito dos usuários Acolhimento Percepção da qualidade</b>	<b>5. Confidencialidade das informações.</b>	Avaliação da relação entre profissionais e usuário permitindo a confidencialidade das informações.	SPA e Emergência	SPA e Emergência – Sentiu confiança no profissional que o atendeu para contar o problema de saúde?
<b>Acolhimento</b>	<b>6. Priorização na atenção ao usuário:</b>	Atendimento sem demora do paciente (Avaliar os tempos de espera)	Recepção, SPA e Emergência	Recepção e SPA - Como você avalia o tempo de espera para ser atendido? SPA e Emergência – Como você avalia os tempos de espera para realizar os exames laboratoriais e de imagem?
<b>Acolhimento</b>	<b>7. Direito à informação</b>	Presença de sinalização que garanta a autonomia de locomoção.	Geral	Você quando precisou se deslocar no hospital havia sinalizações que permitiram achar o setor com facilidade?
<b>Acolhimento Percepção da qualidade</b>	<b>8. Realização de normas e procedimentos para o bom atendimento ao usuário.</b>	a) Valorização da capacidade dos profissionais em ouvir as queixas dos usuários;	SPA e Emergência	Durante a consulta o médico escutou a sua queixa de maneira atenciosa? Durante a consulta o enfermeiro escutou a sua queixa de maneira atenciosa?

Dimensões	Categorias	Descritores	Local a ser Avaliado	Questão Norteadora para Elaboração dos Instrumentos
<b>Percepção da qualidade</b>	<b>8. Realização de normas e procedimentos para o bom atendimento ao usuário.</b>	b) Valorização da realização de exame físico detalhado e cuidadoso;	SPA e Emergência	Durante a consulta o médico lhe examinou de forma cuidadosa e detalhada?
		c) Informação ao usuário sobre o diagnóstico e tratamento;	SPA e Emergência	O médico lhe informou sobre o diagnóstico e tratamento a ser realizado?
		d) Avaliação do cumprimento da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem;	SPA e Emergência	A administração de medicamentos pela enfermagem é realizada de forma cuidadosa?
		e) Avaliação da higienização regular dos pacientes pela equipe de enfermagem;	Emergência	A equipe de enfermagem realizava a sua higienização de forma adequada?
		f) Avaliação da administração das dietas prescritas aos pacientes pela equipe de enfermagem;	Emergência	A administração da dieta é realizada de forma satisfatória?
		g) Avaliação da capacidade do chefe da enfermagem na coordenação da equipe de enfermagem;	SPA e Emergência	A chefia de enfermagem na coordenação da equipe de auxiliares garante a conduta adequada?



Dimensões	Categorias	Descritores	Local a ser Avaliado	Questão Norteadora para Elaboração dos Instrumentos
<b>Percepção da qualidade</b>	<b>8. Realização de normas e procedimentos para o bom atendimento ao usuário.</b>	h) Avaliação da quantidade de médicos e da equipe de enfermagem para garantir um bom atendimento aos pacientes.	SPA e Emergência	Há um número de médicos e de enfermeiras suficiente para garantir o bom atendimento?

## 5 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Inicialmente, para elaboração do instrumento, fez-se a divisão do questionário em dois blocos: o primeiro, de caracterização do usuário, com algumas questões abertas ou múltipla escolha, para melhor descrição; o segundo, de mensuração da percepção do usuário quanto à qualidade do serviço subdividida nas avaliações da recepção/acolhimento/triagem, do pronto-atendimento, emergência e avaliação geral do hospital.

Para caracterização dos usuários buscou-se colocar questões que seriam relacionadas às avaliações do atendimento de urgência pelos usuários:

Sexo

Ano de nascimento

Estado Civil

Em que cidade você mora?

Qual sua de escolaridade?

Qual sua principal ocupação?

Você se considera de que raça/cor?

Você tem alguma religião?

Como chegou a esta unidade de saúde?

Alguém veio lhe acompanhando?

Você veio com algum encaminhamento?

Qual foi a queixa ou problema de saúde que fez você vir para o hospital?

A partir das questões norteadoras constantes na matriz de avaliação das dimensões foram retiradas as perguntas a serem elaboradas no questionário de avaliação de satisfação dos usuários, coloridas de acordo com as dimensões a serem avaliadas organizadas na ordem de onde deveriam ser avaliadas.

- Direitos dos usuários – vermelho
- Acolhimento – azul
- Percepção da Qualidade - verde

**Avaliação da recepção/acolhimento:**

- As cadeiras são em número suficiente para acomodar a todos?
- As cadeiras são confortáveis?
- O ambiente é limpo?
- Ao chegar no hospital, foi atendido de forma gentil e respeitosa?
- O ambiente é ventilado?
- Na recepção, os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações e encaminhamentos sempre que solicitados?
- Você encontrou algum empecilho para entrar no hospital?

**Avaliação do Pronto-Atendimento:**

- Quando foi examinado, você foi exposto a outras pessoas que não os profissionais de saúde?
- O médico que lhe atendeu informou sobre qual era o problema que você tinha e qual o tratamento que iria realizar?
- Os móveis são bem conservados?
- O ambiente é limpo?
- O ambiente tem uma temperatura agradável?
- Ao ser atendido, os profissionais se comportaram de forma gentil e respeitosa?
- Sempre que necessitou, os profissionais de saúde se prontificaram a atender às suas solicitações?
- Durante todo o período em que esteve no hospital, foi permitida a presença de acompanhante?
- Sentiu confiança no profissional que o atendeu para contar o problema de saúde?
- Como você avalia o tempo de espera para ser atendido?
- Como você avalia os tempos de espera para realizar os exames laboratoriais e de imagem?
- Durante a consulta o médico escutou a sua queixa de maneira atenciosa?
- Durante a consulta o enfermeiro escutou a sua queixa de maneira atenciosa?
- Durante a consulta o médico lhe examinou de forma cuidadosa e detalhada?
- O médico lhe informou sobre o diagnóstico e tratamento a ser realizado?

- A administração de medicamentos pela enfermagem é realizada de forma cuidadosa?
- A chefia de enfermagem na coordenação da equipe de auxiliares garante a conduta adequada?
- Há um número de médicos e de enfermeiras suficiente para garantir o bom atendimento?

Questões exclusivas do SPA

- Os móveis estavam limpos?
- A sala estava limpa?

### **Avaliação da emergência**

Na avaliação do atendimento da emergência, além das questões contidas na avaliação do pronto atendimento, foram acrescentadas questões próprias do atendimento no espaço da emergência e com as características da longa permanência dos usuários :

- A mesa de exames estava limpa e com colchonete?
- A qualidade das refeições oferecidas pelo hospital é satisfatória?
- A roupa de cama é trocada com frequência?
- A iluminação da emergência é adequada para o seu conforto?
- O barulho na emergência impede o seu descanso?
- A equipe de enfermagem realizava a sua higienização de forma adequada?
- A administração da dieta é realizada de forma satisfatória?

### **Questões gerais da avaliação do atendimento de urgência**

- Sempre que necessitou, encontrou espaço para emitir opiniões, fazer críticas e elaborar denúncias?
- Você quando precisou se deslocar no hospital havia sinalizações que permitiram achar o setor com facilidade?

Para realizar um fechamento da avaliação, foi acrescentada uma pergunta no final do questionário: De um modo geral, como você avalia o atendimento realizado pelo hospital?

Após a elaboração do conteúdo da avaliação da satisfação dos usuários, o próximo passo a ser dado foi a elaboração do formato do instrumento de pesquisa. As questões norteadoras elaboradas tais como estão só permitiriam ser utilizadas num instrumento de perguntas abertas ou a obtenção de respostas dicotômicas (sim ou não) quando realizadas através de perguntas fechadas. Ao analisar a probabilidade de construção do instrumento através de perguntas fechadas, logo foi excluída a possibilidade que este obtivesse respostas dicotômicas, pois estas restringem o campo de respostas, sendo interessante a elaboração de um instrumento que tenha a capacidade de apreender uma gradação de respostas que permitam expressar de uma forma mais fidedigna o grau de satisfação dos usuários.

Para a escolha do formato do instrumento, buscou-se através de revisão de literatura, qual seria o modo mais adequado de apresentação deste questionário e que tipo de escala se enquadraria melhor dentro dos objetivos dos instrumentos.

## **5. 1 Escalas de Mensuração**

Trad et al. (2002) destaca diferentes perspectivas metodológicas na abordagem de satisfação dos usuários nos serviços de saúde. No entanto, Gil (1994), refere que na avaliação de qualidade de serviços através da percepção de qualidade pelo usuário, um instrumento de mensuração dessa percepção comumente utilizado é a escala de mensuração de atitudes. As chamadas "escalas sociais são instrumentos construídos com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes da maneira mais objetiva possível".

Para Streiner e Norman (2003), tem havido uma grande proliferação de abordagens de mensuração de eventos da saúde, o que provoca problemas na generalização de resultados entre os autores. Paradoxalmente, o pesquisador, ao revisar a literatura pertinente, pode perceber que nenhuma escala existente se enquadra nos conceitos que se quer avaliar, sendo melhor desenvolver uma nova escala e, assim, "adicionar à confusão na literatura".

Segundo Esperidião e Trad (2005), a elaboração das escalas para medição do grau de satisfação é um fator importante a se considerar quando da elaboração de um instrumento. As escalas têm o objetivo de mensurar a resposta obtida,

atribuindo pesos e valores para cada item. Em sua grande maioria, as escalas são baseadas no modelo de Likert, abordando a satisfação de modo indireto pela concordância ou discordância com as afirmativas sobre o serviço ou sobre o profissional partir de categorias que variam entre: “concordo plenamente” e “discordo plenamente”.

As principais escalas de auto-relato para medir atitudes segundo Oliveira (2001), são: escala de Thurstone, escala de diferencial semântico, escala de Stapel, escala de Likert, escala de Guttman e escala de Alpert.

A Escala de Thurstone é um dos métodos mais antigos de mensuração de atitude, tendo sido elaborada no final da década de vinte do século vinte (GIL, 1994).

Segundo Oliveira (2001), esta escala pode ser adaptada para medir atitudes em relação a qualquer tipo de objeto. Ela é constituída de afirmações sobre o objeto a ser avaliado, dando ao respondente a possibilidade de concordar ou não com a afirmação. Seu ponto negativo é não permitir a identificação da intensidade dos sentimentos em relação à determinada frase, pois as respostas serão dicotômicas “concordo” ou “discordo”.

Em 1957 foi criada a Escala de Diferencial Semântico por Ogood, Suci e Tannenbaun, com o objetivo de mensurar o significado conotativo do conceito. Este método consiste em uma escala bipolar de sete pontos cujos extremos são definidos por um adjetivo ou frase adjetivada (OLIVEIRA, 2001).

Pasquali (1996) refere que o sujeito ao utilizar esta escala deve marcar um dos sete segmentos de linha existente entre os adjetivos bipolares, e esta marca irá indicar duas tendências: uma direção para um dos dois pólos e uma intensidade, desde que a marca seja colocada mais distante ou mais próxima do pólo escolhido.

Segundo Oliveira (2001) a limitação apresentada pela escala de diferencial semântico tem relação com sua composição de adjetivos ou frases bipolares, pois muitas vezes é difícil compor antônimos perfeitos e isto irá depender da habilidade do pesquisador e do objeto em estudo.

A Escala de Stapel é uma modificação da escala de diferencial semântico. Ela consiste em uma escala de 10 pontos, cujos valores variam de +5 a -5, em que se deve avaliar o quão precisamente o adjetivo ou frase descrevem o objeto estudado. A vantagem desta escala é a não necessidade de desenvolver adjetivos bipolares para uma série de itens que estão sendo utilizados para medir atitudes (OLIVEIRA, 2001).

A escala proposta por Likert em 1932 é a mais comum nos estudos de satisfação dos usuários. De forma semelhante à de Thurstone, a escala de Likert é composta por uma série de assertivas sobre o assunto a ser pesquisado, com conotação positiva ou negativa, para as quais as pessoas afirmam seus graus de concordância, segundo uma escala bipolar de 5 pontos, com um ponto médio para registro da situação intermediária ou de nulidade, do tipo “concordo totalmente”, “concordo”, “indiferente”, “discordo” e “discordo totalmente”. (OLIVEIRA, 2001) À estas respostas também estão associados valores que vão de 1 a 5, sendo que para os itens negativos, os valores se invertem em relação aos pontos. (GIL, 1994)

Oliveira (2001) refere que a popularidade da escala Likert não é originada apenas pela sua simplicidade, mas também pelo fato de permitir maior número de oportunidade de resposta.

Segundo Pereira e Fávero (2001), esta escala “tornou-se um paradigma da mensuração qualitativa e desde então tem sido largamente aplicada, quer na forma original, quer em adaptações para diferentes objetos de estudo”. Ainda segundo este autor, ela tem uma relação adequada entre precisão e acurácia da mensuração, pois avalia que uma escala com maior número de pontos perderia progressivamente a acurácia, na medida em que o pesquisador necessitasse constituir um maior número de categorias.

A escala de Guttman é similar a escala de Likert, a diferença entre elas é que a técnica de Guttman é uma escala acumulativa, o que significa que as afirmações selecionadas incorporam a idéia da afirmação anterior (OLIVEIRA, 2001)

Já a escala de Alpert, apresenta uma lista de atributos referente ao objeto que está sendo avaliado, associada a três dimensões diferentes: importância do atributo, satisfação em relação ao atributo e diferença dos atributos entre os objetos que estão sendo avaliados. A cada dimensão é atribuída uma pontuação de 1 a 5. (OLIVEIRA, 2001)

Segundo o autor acima, a vantagem desta escala é a possibilidade de avaliar o atributo segundo três dimensões, possibilitando uma análise mais abrangente. Porém, se não for devidamente esclarecida pode causar confusões ao entrevistador e ao entrevistado.

Uma rápida pesquisa bibliográfica permitiu observar que em pesquisas na área de marketing, sobre o grau de satisfação de consumidores, ou de conhecimento sobre determinado produto, a escala de Likert é largamente utilizada.

Este fato também pode ser visto na área de psicologia, em pesquisas psicométricas variadas, para mensurar a atitude de indivíduos e grupos em relação a assuntos diversos.

Em relação à área de saúde, a escala de Likert tem sido também muito utilizada, principalmente para a pesquisa de satisfação de usuários e trabalhadores em relação aos serviços de saúde e às condições de trabalho. Estão descritos, abaixo, os principais estudos publicados a respeito.

Kloetzel *et al.*, em artigo de 1998, fazem um estudo de avaliação de satisfação do usuário, através da avaliação de uma unidade de saúde de Pelotas (RS), com aplicação de instrumentos de coleta de dados a 270 usuários da unidade. O grupo aplicou 4 instrumentos diferentes com o mesmo conteúdo:

1. Escala de Likert com 11 questões formuladas com cunho positivo;
2. Escala de Likert com as mesmas 11 questões formuladas com cunho negativo;
3. Questionário com 12 questões e 5 alternativas de resposta iconográficas;
4. Mesmo questionário, incorporando uma nota ao ícone escolhido.

Além disso, foram deixadas perguntas abertas para elaboração de sugestões do usuário quanto à melhoria do serviço. O pedido de sugestões foi trabalhado com respostas livres e análise de frequência.

Penchansky e Thomas (1991) realizaram um estudo de satisfação do usuário utilizando os dados de uma pesquisa realizada em Rochester, New York, em 1974. A pesquisa consistiu na aplicação de questionários a trabalhadores, e às suas esposas, da Empresa General Motors. Foram questionários com 16 questões, utilizando a pontuação da Escala de Likert. Os resultados apresentados apontam para os autores que a população identifica as diferenças entre as dimensões do acesso, além disso, os autores verificaram que a ‘escala de fatores’ e a análise estatística acumulada têm sensibilidade para mensuração dos aspectos identificados do fenômeno.

Felisberto e Samico (1999) direcionam o seu estudo para a avaliação de qualidade do atendimento prestado por profissionais de nível médio do IMIP utilizando questionários semi-estruturados auto-aplicáveis. A análise é discutida a partir da frequência de respostas a cada questão, sem uma análise global com referência a parâmetros pré-estabelecidos de qualidade, nem uso de outros métodos estatísticos.



Maciel-Lima realizou uma pesquisa qualitativa, composta de entrevistas semi-estruturadas e utilizando a escala Likert, direcionadas a profissionais de saúde de 88 unidades de saúde de Curitiba, sobre a percepção destes trabalhadores em relação à informatização e ampliação da coleta de dados gerados no atendimento e a qualidade da relação trabalhador-usuário. O instrumento foi avaliado como sensível ao assunto e demonstrou que os profissionais relacionam a queda da qualidade do serviço e a redução de vínculos pessoais ao processo de informatização.

Tsuchida et al. (2003) fizeram um estudo descritivo transversal, com universo de 64 pacientes usuários do Hospital Nacional Arcebispo Loayza, utilizando um questionário com escala de Likert e 31 itens. As respostas foram sempre “Muito Satisfeito, Satisfeito, Mais ou menos satisfeito, Pouco satisfeito, e Insatisfeito”. A análise foi feita a partir da frequência das respostas, não sendo feitas outras análises estatísticas.

## **5. 2 Processo Final de Elaboração do Instrumento**

Após os achados bibliográficos acima sobre os tipos de escala e a utilização das mesmas em pesquisas de satisfação, tomou-se como padrão para o instrumento que este estudo se propõe a construir a escala de Likert. Após esta resolução a primeira iniciativa foi pela transformação das questões norteadoras da matriz de análise das dimensões em assertivas para a elaboração do questionário no formato da escala Likert, portanto, questões como *Ao chegar no hospital foi atendido de forma gentil e respeitosa? Na recepção, os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações e encaminhamentos sempre que solicitados?* foram reelaboradas na forma de assertivas correspondentes *Na recepção do hospital fui atendido de forma gentil e com respeito, Os profissionais de saúde estavam disponíveis para prestar orientações e encaminhamentos sempre que solicitei* para assim os usuários expressarem seu grau de concordância.

Para Pasquali (1996), a estrutura do instrumento assegura que todos os temas de interesse do pesquisador sejam tratados e que se mantenha o interesse do respondente em continuar e para isso é necessário que: os itens que tratam de uma mesma temática fiquem juntos, e com; os conjuntos de itens que tratam de uma mesma temática devem seguir uma ordem, do mais geral para o mais específico, do

menos pessoal para o mais pessoal, desta forma o último conjunto de itens trata das características socioeconômicas do respondente; e por fim o instrumento deve seguir uma ordem lógica.

Por mais que sejam bem elaborados os instrumentos da pesquisa, nunca são perfeitos e nunca prescindem de uma verificação empírica através da realização de um pré-teste para saber como os instrumentos de coleta de dados se comportam em uma situação real e respondidos pelo público-alvo. Desta forma, pode-se avaliar a fidedignidade, a validade e a operatividade dos questionários elaborados, e com este cuidado pode-se fazer as correções necessárias nos instrumentos. (MARCONI; LAKATOS, 2006)

Portanto, no processo de elaboração do instrumento de avaliação da satisfação dos usuários as várias versões foram aplicadas com usuários, para avaliação da clareza do texto e da oportunidade das questões levantadas. Os questionários foram aplicados com consentimento dos usuários, sendo explicado que o questionário estava em teste e que as respostas não constariam do banco de dados da pesquisa. Essa etapa foi importante porque ajudou o grupo a dimensionar de forma mais clara o que deveria constar do questionário do usuário e o formato adequado para avaliação dentro de um serviço de urgência.

No primeiro Pré-teste foram aplicados quatro questionários no formato Likert nesta aplicação foram observadas algumas dificuldades:

- a) Como os usuários entrevistados eram de grau de escolaridade variada as questões ao serem colocadas na forma de assertivas pelo entrevistador como *Na recepção do hospital fui atendido* e pedir para que expressem seu grau de concordância foi de difícil entendimento pelos usuários.
- b) O usuário pode até querer ser neutro no julgamento ao atendimento recebido, mas dificilmente será indiferente às questões que envolvem seu atendimento.
- c) Houve grande dificuldade dos usuários em se identificar com uma das respostas levando a necessidade de ler as respostas mais de uma vez.

Estas dificuldades encontradas levaram a uma pouca compreensão das questões a serem avaliadas, a dificuldade de entendimento das possibilidades de resposta, e a um tempo longo para aplicação do instrumento, levando a uma dispersão e pouca adesão dos usuários à avaliação.



Nesta última versão houve uma boa receptividade e adesão dos usuários, além da redução da percepção anterior de ocorrência de “cansaço” durante a entrevista (Versão final do questionário em anexo).

Em todo processo de realização dos pré-testes, as questões foram aperfeiçoadas para que se tornasse de clara percepção pelos usuários. Além disto, foi acrescentada uma coluna para que os entrevistadores pudessem colocar a opção de “Não se Aplica” a questão (NSA) ou “Não Respondeu” (NR).

Na elaboração da identificação do usuário, foram utilizadas questões abertas e fechadas, dependendo da especificidade desejada na resposta.

As questões que ficaram totalmente abertas foram: ano de nascimento, cidade em que mora e a queixa que trouxe o usuário ao hospital, esta escolha foi realizada devido a grande gama de respostas que estas perguntas dispõem, o que inviabilizaria a construção de uma alternativa para cada possibilidade de resposta.

As demais perguntas foram elaboradas de modo a deixar uma única alternativa de resposta e englobando todas as possibilidades:

- Sexo - para esta variável, foram colocadas como possíveis respostas F e M, referentes aos sexos feminino e masculino respectivamente;
- Estado civil – a escolha de alternativas ocorreu baseada na metodologia do IBGE (2003) - casado, solteiro, viúvo e desquitado (separado) - sendo apenas acrescentada uma alternativa, união consensual;
- Escolaridade – a inserção desta variável na caracterização do usuário ocorreu devido a possível interferência do nível de escolaridade na qualidade da avaliação e no tipo de avaliação. Neste caso foram utilizadas alternativas que cobrissem os níveis de escolaridade básicos: sem escolaridade (analfabeto), ensino fundamental, médio e superior;
- Ocupação – para a inserção desta variável foram utilizados os mesmos motivos que aqueles de escolaridade. No entanto houve dificuldade na definição de suas alternativas, pois ao utilizar a Lista Brasileira de Ocupações, o quantitativo de opções iria ficar muito grande e ao deixar esta questão em aberto, durante a análise dos resultados, poderia se tornar bastante complexa o processo de agrupamento das respostas. Então foram escolhidas algumas ocupações, que dentre elas seria possível o usuário se identificar: conta própria, empregador, não

remunerado, CLT, dona de casa, desempregado, empregado sem vínculo, militar e estatutário.

- Raça/cor – esta variável se torna importante para a construção do perfil dos usuários, tendo sido construída com referência no IBGE (2003): branco, pardo/moreno, amarelo, negro e índio.
- Religião – na construção das alternativas algumas religiões foram agrupadas, ficando como possibilidade de resposta: católica, protestante, espírita ou nenhuma. Porém julgou-se necessário acrescentar uma alternativa onde o respondente pudesse se expressar caso não integrasse uma dessas religiões, que no caso foi denominado de outros, com o espaço para sua descrição;
- Como chegou à unidade – foram elaborados dois grupos de resposta, aquele referente a uma demanda referenciada, no caso do paciente ter chegado à unidade através de ambulância ou SAMU e o outro referente à vinda espontânea, carro, moto, táxi, ônibus/Kombi, e a pé. Também se julgou acrescentar uma alternativa denominada de outros, caso ocorra uma resposta diferente das listadas;
- Existência de acompanhante – esta foi dividida em duas perguntas, sendo a primeira interligada a segunda, onde a primeira corresponde a existência ou não de um acompanhante e se sim, dizer que relação existe entre o acompanhante e o usuário, se amigo, parente, vizinho ou outro tipo de relacionamento;
- Existência de encaminhamento prévio - da mesma forma que a variável anterior, a primeira questão diz respeito a existência ou não de encaminhamento caso a resposta seja sim, de onde veio o encaminhamento: ambulatório, SAMU, outro hospital ou SPA.

A elaboração da caracterização do usuário se configurou na última etapa de construção do instrumento proposto, estando este agora, completo em seus quatro blocos (recepção, SPA/emergência, avaliação geral e caracterização do usuário). O instrumento elaborado encontra-se em anexo em suas duas versões de avaliação: avaliação do SPA e avaliação da emergência.

## 6 CONCLUSÃO

Devido a distinção entre os ambientes do SPA e da emergência e as diferentes atividades e processos de trabalho desenvolvidos neles, houve a necessidade de construir dois instrumentos de forma que um fosse voltado para a avaliação do SPA e outro para a avaliação da emergência, o que deu a possibilidade de avaliá-los distintamente, cada um dentro de seu conjunto de acordo com suas especificidades, e assim verificar se existe em um dos dois ambientes algum ponto crítico. E é na questão, “segundo o que avaliar estas duas formas de assistência de urgência/emergência?”, que o instrumento elaborado permite diversas abordagens:

- Avaliação segundo as dimensões

O instrumento é composto por três dimensões: direito dos usuários, acolhimento, e percepção da qualidade, ao realizar uma avaliação segundo cada dimensão citada, é possível saber como cada categoria que as compõem está sendo desenvolvida, qual delas está sendo mais ou menos valorizada, e assim progredir na melhoria da atenção. Outro enfoque que poder ser dado é observar como está a relação entre as três dimensões, comparando os resultados entre elas.

- Avaliação por tipo de ambiente

A divisão do questionário em blocos, onde cada bloco representa um ambiente do hospital (recepção, SPA ou emergência e hospital de uma forma geral), possibilita identificar a presença ou não de um “gargalo” na atenção, vendo qual ambiente representa o ponto crítico da assistência.

- Avaliação segundo o conjunto do hospital

Esta seria uma avaliação geral que dá a possibilidade de saber se o usuário está satisfeito ou não com a assistência prestada como um todo, sendo possível comparar as diferenças no padrão de resposta entre os diferentes hospitais.

- Avaliação quanto ao atendimento dos profissionais, médicos e equipe de enfermagem.

O instrumento elaborado apresenta um grande número de perguntas que dizem respeito diretamente à qualidade no atendimento dos médicos e da equipe de enfermagem dentro das várias dimensões abordadas. Isto proporciona uma avaliação de como está o atendimento realizado por estes profissionais, de quanto os usuários encontram-se satisfeitos ou não com os médicos e a equipe de enfermagem que o atenderam. No entanto, se faz importante lembrar que o instrumento não entra no mérito técnico do atendimento, estando seu enfoque voltado para avaliação da relação interpessoal dos profissionais e usuários.

- Cruzamento entre os diversos tipos de avaliação com as variáveis independentes

Após todas as avaliações, por dimensão, por ambiente, pelo conjunto do hospital, segundo médicos e equipe de enfermagem, é possível realizar o cruzamento destas com as variáveis independentes, contidas na caracterização do usuário. Assim pode-se destacar o perfil dos usuários segundo estas avaliações citadas, fazendo uma relação direta, entre a satisfação e as características pessoais.

Observa-se então que o objetivo deste estudo foi concretizado com êxito, pois foi elaborado um instrumento que permite através de diversos enfoques avaliar a satisfação dos usuários em um dos espaços mais críticos da atenção a saúde, as urgência/emergências. E esta avaliação se torna importante por estar dando voz àquele que faz parte de todo o processo e que é a peça fundamental na assistência à saúde, o usuário.

Devido à complexidade da assistência de urgência/emergência é necessário que outros tipos de avaliação venham complementar a avaliação de satisfação do usuário, buscando desvendar os grandes “segredos” deste tipo de atendimento.

## REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS M. A. Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde. **Saúde em Debate**, Paraná, n. 33, p. 50-53, 1991.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de Qualidade do Governo Federal. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n.12, p. 21-28, jul./set. 2001.

ATKINSON, S. J. Anthropology in Research on the Quality of Health Services. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 283-299, jul./set. 1993.

ATRIA, M. L. et al. Satisfacción de expectativas y necesidades de pacientes. **Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad**, Santiago, p. 46-54, jun. 2000.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de s. erviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 25 p. 64-71, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QUALISUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38 n. 2, p. 335-336, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, 2004b. (Série B. Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **QUALISUS: Estratégia de continuidade e expansões das atividades do QualiSUS**. Recife, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **QualiSUS - Relatório de Visita ao Hospital Getúlio Vargas Recife-PE**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília, 2006.



CÉSAR, C. L. G.; TANAKA O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. 59-70, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em Saúde dos modelos conceituais a pratica na analise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p.103-107, jan./mar. 1997.

DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención medica. **Salud Publica de México**, México, v. 28, n. 3, p. 324-327, maio/jun. 1986.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. Ann Harbor: Michigan H. A., 1980.

DONABEDIAN, A. **An Introduction to Quality Assuranc in Health Care**. New York: Oxford University, 2003.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 303-312, 2005.

ESPERIDIÃO, M. A.; 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.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação à procura da satisfação do usuário. **Revista do IMIP**, Recife, v. 13, n. 2, p. 128-137, jun./dez. 1999.

FIRME, T. P. **Avaliação em rede**. 2003. Disponível em: <<http://www.rits.org.br>>. Acesso em: 12 jan. 2005. <[http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_tmtes\\_set2003.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmtes_set2003.cfm)>.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 1998.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto-Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro (PRO-ADESS)**: Relatório final. Rio de Janeiro, 2003.

FURTADO, B. M. A. et al. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1994.

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS. **Relatório Administrativo**. Recife, 2005

IBGE. Metodologia do Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2003. (Série relatórios metodológicos, v. 25).

JUNQUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, A. P. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 19, p. 55-83, jan./abr. 1996.

KLOETZEL, K. et al. Controle de Qualidade em Atenção Primária à Saúde: a Satisfação do Usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 623-628, jul./set.1998.

KOTAKA, F. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 171-177, 1997.

LANNY FILHO, F.; TONIAL, S. R. Avaliação e qualidade na área de saúde: definindo conceitos. In: ALVES, M. T. S.; SILVA, A. A. M. **Avaliação de qualidade de maternidades**: assistência a mulher e ao seu recém nascido no Sistema Único de Saúde. São Luiz: UFMA: UNICEF, 2000.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar./abr. 2004.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1998. (Serie Saúde & Cidadania, v. 3).

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MEZOMO, J. C. Qualidade na relação hospital-paciente. **Hospital Administração e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 17-21, 1993.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1.

MÉXICO. Secretaría de Salud. **Programa de Accion**: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, D.F., 2002.

MINAYO, M. C. S.; Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

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. 147-173, 2004.

OLIVEIRA, T. M. V. Escalas de Mensuração de Atitudes: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. **Revista de Administração on line**, São Paulo, v. 2, n. 2, abr./jun. 2001. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/adol/artigo.htm](http://www.fecap.br/adm_online/adol/artigo.htm)>. Acesso em: 7 fev. 2006.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Serviços Acreditados**. Ano. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 8 fev. 2007.

PASQUALI, L. **Teoria e Método de Medida em Ciências do Comportamento**. Brasília: Instituto de Psicologia, UNB: INEP, 1996.

PEIXOTO, M. P. B. Perspectivas do Controle e Avaliação no Processo de Construção do SUS. In: BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. cap.13.

PENCHANSKY, R.; THOMAS W. The Concept of Access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**. Philadelphia, v. 19, p. 127-140, 1981.

PEREIRA, M. G. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde. **Brasília Médica**, Brasília, v. 36, n. 1/2, p. 17-20, 1999.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A Motivação no Trabalho da Equipe de Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001.

REIS, E. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

SALA, A. A avaliação de programas de saúde. In SCHRAIBER, L. B. **Programas em Saúde Hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

SANTOS FILHO, S. B. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde**: aspectos conceituais e metodológicos. 2005. Disponível em: <[http://saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=389](http://saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389)>. Acesso em: 5 jan. 2007.

SCHIESARI, L. M. C.; KISSIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 18, p. 7-17, jan./mar. 2003.

SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a 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.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1.

SLVER, L. F. **Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde: novos desafios em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992

SOUZA, E. M.; PEREIRA, M. G. A satisfação dos usuários na avaliação dos serviços de saúde. **Brasília Médica**, Brasília, v. 36, n. 1/2, p. 33-36, 1999.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use.** 3. ed. Nova York: Oxford University, 2003.

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.

TSUCHIDA, F. M. B. E. et al. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. **Revista Medica Herediana**, Lima, v. 14, n. 4, p. 175-180, 2003.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

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

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 3, p.17-25, 1991.

# ANEXOS