

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Daisy Ferreira Ribeiro

**QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE:
A PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO.**

RECIFE

2010

Daisy Ferreira Ribeiro

Qualidade em Serviços Públicos de Saúde:

A percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães para obtenção do título de mestre em ciências.

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

Recife
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R484q Ribeiro, Daisy Ferreira.

Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano/ Daisy Ferreira Ribeiro. — Recife: D. F. Ribeiro, 2010.

86 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientadora: Giselle Campozana Gouveia.

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Satisfação dos Consumidores. 3. Serviços de Saúde. I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Título.

CDU 614.2

Daisy Ferreira Ribeiro

Qualidade em Serviços Públicos de Saúde:

A percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães para obtenção do título de mestre em ciências.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Cláudia Diniz Lopes Marques
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

Dr. Rafael da Silveira Moreira
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

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

Ao meu marido, **Diógenes**
Pelo incentivo, paciência e amor

À minha **família**, pelo apoio e amor incondicional

Toda minha gratidão e carinho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me amparar nos momentos de angústia e me dar forças para superar as dificuldades;

Ao meu marido **Diógenes**, pelo amor, incentivo e, sobretudo, pela paciência. Agradeço também por acreditar na contribuição deste estudo para minha vida profissional;

A minha **família**, a qual amo muito, pelo amor, carinho, apoio, em especial a minha irmã **Denisy** pelo apoio “logístico” durante todo este período, fundamental para a realização deste mestrado;

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

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

Aos Diretores do HUAC, **Dr^a. Alana Abrantes** e **Prof. Homero Rodrigues**, por oferecerem as condições de estudo e tão fértil campo de trabalho;

As minhas colegas e entrevistadoras **Gisele, Jane** e **Maria do Socorro** pelo interesse e empenho na realização das pesquisas;

Aos **amigos** que fizeram parte desses momentos sempre incentivando e apoiando;

Aos **colegas e professores do Mestrado Profissional 2008-2010**, pelo convívio e aprendizado e aos servidores da **Secretaria Acadêmica** pela colaboração com a realização do curso.

Entrega o teu caminho ao Senhor, confia Nele e o mais Ele fará.
Salmo 37:5

RIBEIRO, D. F. *Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: A percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2010.

RESUMO

Este estudo aborda a temática da avaliação da qualidade em serviços de saúde sob a perspectiva dos usuários do ambulatório do Hospital Universitário Alcides Carneiro na cidade de Campina Grande – PB. Teve por finalidade avaliar o grau de satisfação destes usuários com os serviços oferecidos na referida instituição, segundo as dimensões da qualidade definidas pelo instrumento SERVQUAL adaptado: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia e acesso. O SERVQUAL é uma ferramenta composta de 44 declarações afirmativas referente à opinião do usuário, sendo 22 referentes à expectativa e as 22 restantes referentes à percepção do usuário. Foram acrescentadas ao instrumento 5 questões sobre acesso, por se considerar como um aspecto importante para o estudo proposto. O *gap* avaliado por este instrumento, ou seja, a qualidade percebida pelo usuário se apresenta pela subtração entre a percepção e a expectativa, compondo o que os autores chamam de valor SERVQUAL. Os resultados apontaram que os usuários do HUAC encontram-se insatisfeitos com os serviços prestados pela instituição, sendo os aspectos principais para esta insatisfação o não cumprimento das atividades no horário marcado, baixa capacidade dos profissionais em transmitir confiança aos usuários, não disponibilidade de tempo para esclarecer as dúvidas dos usuários, longo tempo de espera para realização do atendimento e o longo tempo entre a marcação e efetivação da consulta. Conclusão geral: A avaliação revelou que os usuários estão insatisfeitos com os serviços prestados pelo HUAC, uma vez que sua expectativa encontra-se acima da qualidade percebida, considerando-se as dimensões da qualidade estudadas.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde, Satisfação dos Consumidores, Serviços de Saúde

RIBEIRO, D. F. *Quality Public Health Services: The users' perception of the university hospital in a city in Paraíba*. 2010. Dissertation (Masters in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2010.

ABSTRACT

This study addresses the issue of quality assessment in health care from the perspective of the University Hospital Alcides Carneiro users's in Campina Grande - PB. Aimed at evaluating the degree of users's satisfaction with the services offered by that institution according to the dimensions's quality defined by the adapted SERVQUAL instrument, namely tangibility, reliability, service, security, empathy and access. SERVQUAL is a tool consisting of 44 declarative statements regarding the user opinion, and 22 concerning the expectation and the remaining 22 on the users's perception. Were added to the instrument five questions about access, because it is considered as an important aspect for the proposed study. The gap measured by this instrument, namely the quality perceived by the user is presented by the subtraction between perception and expectation, which constitute what the authors call value SERVQUAL. The results showed that HUAC users's are dissatisfied with the services provided by the institution, and the main aspects of this dissatisfaction failure to follow the activities on time, low capacity of professionals to provide confidence to users, non-availability of time to clarify questions from users, long waiting time for completion of service and the long time between tagging and effective consultation. Overall Conclusion: The evaluation revealed that users are dissatisfied with the services provided by the HUAC, since their expectation is above the perceived quality, considering the dimensions of quality studied.

Keywords: Evaluation of Health Services, Customer Satisfaction, Health Services,

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian.....	22
Figura 1	Fatores que influenciam as expectativas dos usuários.....	31
Figura 2	Modelo adaptado de falha da qualidade de serviços de saúde..	40
Quadro 2	Afirmativas e dimensões da escala SERVQUAL.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição percentual das características sócio econômicas dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro.....	56
Tabela 2	Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto aos indicadores da qualidade do serviço.....	57
Tabela 3	Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto à importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço.....	57
Tabela 4	Desempenho dos atributos (itens) do indicador confiabilidade em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro.....	58
Tabela 5	Desempenho dos atributos (itens) do indicador segurança em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro.....	59
Tabela 6	Desempenho dos atributos (itens) do indicador atendimento em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro.....	60
Tabela 7	Percentual de satisfação segundo o acesso aos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro.....	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Contextualização.....	11
1.2	Qualidade em Serviços de Saúde.....	20
1.3	Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde.....	25
1.4	Satisfação do Usuário.....	28
1.5	Avaliação em Saúde.....	33
1.6	SERVQUAL como ferramenta para avaliação da qualidade em serviços de saúde.....	39
1.7	Justificativa.....	42
1.8	Perguntas Conductoras.....	43
1.9	Objetivos.....	43
1.9.1	Objetivo Geral.....	43
1.9.2	Objetivos Específicos.....	43
2	MATERIAL E MÉTODOS.....	44
2.1	Tipo de pesquisa.....	44
2.2	Período do estudo.....	44
2.3	Local de estudo.....	44
2.4	Instrumento de coleta de dados.....	47
2.5	Universo e amostra.....	51
2.6	Critérios de inclusão.....	52
2.7	Recrutamento da população do estudo e coleta de dados.....	52
2.8	Variáveis da pesquisa.....	53
2.9	Análise e tratamento dos dados.....	53
3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	55
4	RESULTADOS.....	56
5	DISCUSSÃO.....	61
6	CONCLUSÕES.....	66
	REFERÊNCIAS.....	67
	ANEXOS.....	75

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Desde o final do regime militar e das transformações políticas advindas do processo de redemocratização, o Brasil vive uma experiência de reformas e redefinição do seu sistema público de saúde. O marco para o novo tempo na saúde pública brasileira foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em torno dos temas da saúde como direito de cidadania, da reformulação do sistema nacional de saúde e do financiamento do setor, que alimentaram um debate intenso até a aprovação da Constituição de 1988 (NORONHA, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu-se como resposta a esse processo, que envolveu interesses de diversos grupos e segmentos da sociedade brasileira e significou uma conquista para a maioria da população que permanecia a margem da assistência, uma vez que o acesso aos serviços de saúde com alguma resolubilidade era privilégio de poucos (JUNQUEIRA; AUGE, 1995; TEMPORÃO, 2009).

Antes da implantação do SUS, existiam 3 tipos de brasileiros, no que se refere a assistência à saúde: os ricos, que podiam pagar diretamente pelas consultas, exames e internações; os trabalhadores com carteira assinada que tinham direito à saúde através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); e a grande massa que não tinha direito a absolutamente nada; eram objeto da filantropia e da caridade. (JUNQUEIRA; AUGE, 1995; TEMPORÃO, 2009)

Materializando a política de saúde, mesmo frente às pressões políticas e econômicas da época, a Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, estabelecendo pela primeira vez no Brasil fundamentos que orientaram a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Em seu artigo 196, a Constituição Federal destaca de forma ampla a garantia do direito a saúde mediante

“políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A Lei 8.080/90, chamada de Lei Orgânica da Saúde, define o SUS como um “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais da administração direta, indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990).

Segundo Noronha (2008) a abrangência das ações dos serviços previstos no SUS e as determinações legais relativas à atuação do Estado na saúde são bastante amplas. Além da organização da rede assistencial, compete ao poder público as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, participação na produção de insumos para a saúde e em outras políticas relevantes como a de saneamento básico, fiscalização de produtos, proteção ao meio ambiente, além das parcerias com outros setores de governo tais como o desenvolvimento científico e tecnológico, a formação de recursos humanos para a saúde, a política industrial de urbanização, saneamento e de educação.

Os principais princípios e diretrizes do SUS, estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde são:

- a) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência;
- b) Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- c) Integralidade da assistência;
- d) Participação da comunidade;
- e) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A gestão do SUS é feita por meio de direção única sendo exercida na esfera federal pelo Ministério da Saúde, na esfera estadual pela Secretaria Estadual de Saúde e na esfera municipal pela Secretaria Municipal de Saúde, contando, cada uma delas, com órgãos colegiados de controle social. O Financiamento do SUS é

público e provém de recursos orçamentários das três instancias federativas. Parte dos recursos federais é transferida aos estados e municípios, e também parte dos recursos estaduais é transferida aos municípios (GOUVEIA, 2009).

Vale salientar que, quando as disponibilidades do serviço público forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada localidade, o SUS poderá recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada, sendo essa participação realizada mediante estabelecimento de contratos e convênios, observado as normas de direito público, os princípios éticos e a regulamentação dos órgãos de direção do SUS quanto às condições de seu funcionamento, controle e fiscalização. Assim sendo, o SUS não é composto apenas por serviços públicos, mas também por uma ampla rede de serviços privados que são remunerados com recursos públicos destinados à saúde. Isso permite que a totalidade das ações e serviços prestados no âmbito do SUS seja oferecida de forma gratuita a todos os cidadãos brasileiros (NORONHA, 2008).

Apesar das grandes dificuldades históricas e estruturais de um projeto da dimensão do SUS, atualmente ele compreende 5.900 hospitais credenciados, 64 mil unidades de atenção primária, 28 mil equipes de saúde da família, produz 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 15,8 mil transplantes, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de procedimentos de quimio e radioterapia e 11,3 milhões de internações (TEMPORÃO, 2009).

Ao longo dessas 2 décadas de existência já ocorreram no SUS grandes avanços, mas ainda há muitos desafios a superar. No mundo, os sistemas de saúde universais de qualidade, tais como o da Inglaterra, França e Canadá, promoveram a ampliação da promoção a saúde, da educação e da difusão de informações, implementando assim, uma rede de atenção básica resolutive, capaz de atender 85% das necessidades de saúde da população (TEMPORÃO, 2009).

Esse salto de qualidade é que se faz necessário para a consolidação do SUS, acompanhado da superação de desafios estruturais, principalmente no que se refere ao subfinanciamento e a qualidade da gestão, verdadeiros obstáculos à ampliação da cobertura e do acesso às políticas, que acabam por comprometer a

qualidade do serviço prestado e a garantia aos cidadãos de transparência na gestão e responsabilidade nos resultados (BARBANTI, 2009).

Inseridos nesse contexto, estão os Hospitais Universitários (HU), que pela concepção tradicional, são definidos como centros de saúde pública, vinculados a cursos de graduação em medicina. São também conhecidos como hospitais-escola, pois servem de laboratório para estudantes de outras áreas da saúde. Alguns destes hospitais são extremamente bem conceituados e oferecem tratamento de alta qualidade sem qualquer custo para o paciente (BONACIM; ARAÚJO, 2009).

Para Médici (2001), um hospital universitário é entendido antes de tudo, como um centro de atenção médica de alta complexidade, pois, tem um importante papel no atendimento médico de alta complexidade, apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico dispensado, atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dado a sua escala, dimensionamento, orçamento e custos.

De acordo com Bonacim e Araújo (2009), essencialmente o papel dos HU's não se restringe a prestação de serviços assistenciais. Eles contribuem para a formação de estudantes da área da saúde de nível superior, além de ser pólo em pós-graduação *latu e stricto sensu*. Assim sendo, o principal objetivo do HU está voltado às atividades de ensino e pesquisa, ou seja, a formação de profissionais em saúde e a geração de conhecimento. Tais atividades (de ensino e pesquisa) são onerosas e constituem-se como causa preponderante para o elevado custo destas instituições.

No Brasil existem 154 hospitais de ensino, sendo destes 46 hospitais universitários federais sob a gestão do Ministério da Educação (MEC). Integram a rede SUS como hospital de referência e enfrentam as mesmas dificuldades na gestão pela quais passam outros hospitais da rede, porém com certo agravo por incorporar em sua missão as atividades docentes e por serem um referencial de tecnologia, tornando-se assim mais dispendiosos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO, 2009; BONACIM; ARAÚJO, 2009).

Segundo a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (2009) as principais dificuldades que enfrentam os hospitais universitários referem-se a: subfinanciamento, que pelo caráter de referência destas instituições, concentra os usuários mais graves e mais complexos, requerendo maiores níveis de assistência e maiores volumes de recursos; escassez de recursos humanos; e por fim, os reduzidos investimentos, que colocam em xeque a necessidade constante de atualização tecnológica.

Atualmente, o Governo Federal junto com o Banco Mundial, tem projetado iniciativas para a modernização e reestruturação dos HU's federais. Através do decreto presidencial 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que instituiu o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), o governo objetiva criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais, integrados ao SUS, possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e a dimensão da assistência à saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Médici (2001), os HU's possuem um papel fundamental na rede de assistência à saúde. São eles os responsáveis pelo progresso técnico em saúde através das pesquisas e inovações tecnológicas que surgem de suas atividades. Sua integração à rede de atenção básica, por meio do sistema de referência e contra-referência, é indispensável ao funcionamento pleno e a consolidação do SUS. Reduzir o papel dos HU's a meros prestadores de serviço e não integrá-los as funções do sistema de saúde, por ocasião de interesses político-partidários ou corporativistas, constitui-se como um grande desperdício e mau uso dos recursos destinados a estas instituições.

O mesmo autor enfatiza que algumas dessas questões políticas ainda interferem no interesse institucional em mostrar seu desempenho, ofuscando assim a *accountability*, que segundo Miguel (2005), refere-se à necessidade que os gestores têm de prestar contas e submeter-se ao veredicto da população. Dessa forma, cabe a sociedade cobrar do governo transparência e eficiência em sua gestão, e para a academia, fica o papel fundamental de contribuir com o desenvolvimento de ferramentas de avaliação que aproximem um pouco mais a gestão pública em saúde da sociedade.

Em Campina Grande, município localizado no interior do estado da Paraíba, a 140 Km da capital João Pessoa, fica situado o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), órgão suplementar da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que se constitui como hospital geral de referência para o SUS.

Com uma população de 383.767 habitantes (IBGE, 2000), a gestão da saúde pública no município é plena e sua rede assistencial para SUS está organizada em 6 distritos sanitários. É composta por 5 centros de atenção psicossocial, 77 unidades básicas de saúde, 12 centros de ambulatórios especializados, 2 hospitais geral, sendo 1 universitário, 1 hospital especializado, 14 hospitais privados conveniados, 1 policlínica, 6 postos de saúde, 1 pronto socorro especializado, 3 serviços de apoio ao diagnóstico e terapia, 5 unidades móveis pré-hospitalar de urgência e emergência e 2 unidades de vigilância em saúde (CNES, 2010).

O município presta assistência à saúde de toda sua população e a mais 48 municípios pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Segundo dados do DATASUS, no ano de 2009, a rede SUS no município realizou 1.349.039 procedimentos ambulatoriais e 22.452 internações hospitalares.

A importância do HUAC para a rede de assistência a saúde em todo estado da Paraíba está representado pelo número de atendimentos realizados mensalmente pela instituição que totalizam, em média, 11.000 atendimentos entre consultas médicas e internações hospitalares (2009), referenciados pela Secretaria Municipal de Saúde com quem o HUAC é contratualizado.

Ao tornar-se um direito, foi ampliado o acesso a população aos serviços de saúde. No entanto, permanece a questão da qualidade desses serviços que são prestados a sociedade (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1995).

Na tentativa de reorientar o desenho de políticas e aumentar o desempenho das organizações de saúde pública, a investigação acerca da qualidade dos serviços prestados tornou-se muito relevante. Diversos são os fatores que vem intensificando nos últimos anos a necessidade das organizações de saúde a investir e monitorar a prestação de serviços oferecidos à sociedade. Entre eles estão a cobrança da

população pela boa aplicação dos recursos, a livre concorrência, as pressões sociais referentes à garantia constitucional de acesso a saúde, a humanização da assistência, e principalmente a disputa acirrada pelo limitados investimentos e incentivos disponibilizados pelo Estado para a operacionalização das atividades assistenciais, fator este que para algumas instituições representa a única possibilidade de modernização e reestruturação física de suas instalações, uma vez que são organizações exclusivamente públicas (ALMEIDA, 2001; TRAVASSOS; NOVAES, 2004).

Vários autores conceituam a qualidade em serviços, refletindo as diversas dimensões que podem ser observadas e os atores envolvidos quando se trata da assistência à saúde. Dentre eles, Vuori (1991), coloca que “O termo qualidade estaria relacionado a um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado, tais como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade”. O mesmo autor ainda alerta que, ao se abordar a dimensão "qualidade", seria necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, quem define qualidade, e quem seria o beneficiário desta qualidade.

No Brasil, foi a partir da década de 1970, timidamente, com mais frequência nos anos 1980 e como certo modismo nos anos 1990, que se passou a falar em qualidade na área da saúde (MALIK; TELES, 2001). Atualmente, a qualidade é vista como um conjunto de atributos essenciais a sobrevivência das organizações em um mercado muito complexo e competitivo. Ela passou a ser perseguida pela cúpula estratégia da organização e tem como objetivo a maior satisfação do usuário, a formação de equipes eficientes que pensam e executam projetos a partir da estruturação adequada da organização (GURGEL; VIEIRA, 2002).

Embasado nesse novo contexto, os programas de qualidade tem se adequando com primazia a realidade dos serviços de saúde para possibilitar aos usuários um serviço mais adequado e mais humanizado. (MENDES; OLIVEIRA; MEDEIROS, 2001).

Quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção a saúde, a avaliação é considerada um passo fundamental. (MENDES et al., 2009). Para melhorar a qualidade da assistência, os conceitos do processo saúde-doença, os

princípios e diretrizes do SUS, o acolhimento, a humanização e a satisfação dos usuários, são considerados elementos imprescindíveis a organização destes serviços (MACHADO; NOGUEIRA, 2008).

As diversas abordagens existentes sobre a qualidade nos permite afirmar que a avaliação dos serviços de saúde deve dotar-se de um enfoque conceitual peculiar, diferente do utilizado para a avaliação de outros produtos e serviços (SERAPIONI, 1999). Segundo Furtado (2007),

Os serviços de saúde fazem parte de um sistema para o qual confluem o individual, o coletivo, o ideológico, o social, o quantitativo e o qualitativo. Além destes componentes, existem questões relacionadas à cobertura, custos, acesso, universalidade, complexidade, consumo, indicadores, satisfação do usuário e outros. Portanto, ao se avaliar a qualidade destes serviços, são abordados inúmeros aspectos e conceitos que se inter-relacionam. É importante também, conhecer os objetivos e processos de trabalho das instituições que compõe o sistema de saúde de forma a conjugar ações que possam melhorar a qualidade do serviço e dos seus profissionais, permitindo assim, buscar permanentemente a satisfação de todos os envolvidos e, em especial, do paciente, usuário final do sistema.

O desenvolvimento histórico deste arcabouço conceitual e metodológico na área da avaliação da qualidade e da assistência a saúde tem como uma de suas implicações a ampla utilização de pesquisas de satisfação do usuário, permitindo verificar o modo como os direitos – individuais e de cidadania – são observados no acesso e utilização dos serviços de saúde (VAITSMAN, 2005).

No Brasil, as pesquisas de satisfação do usuário se tornaram mais freqüentes a partir de segunda metade da década de 1990, em função do processo de redemocratização do país e do surgimento da luta pelos direitos sociais e, especificamente, do acesso às políticas públicas de saúde, o que pode configurar o surgimento das formulações nessa área de pesquisa. (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005). No setor público, os custos crescentes dos serviços de saúde foram um dos elementos que favoreceram a construção de políticas reformadoras de restrição de gastos e o surgimento de novos modelos de gestão, estimulando assim, o estudo sobre a satisfação do usuário, visando maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços (VAITSMAN, 2005).

De acordo com Gouveia (2009), as diversas iniciativas voltadas para a avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas atualmente no Brasil, não se restringindo apenas à academia, mas também permitindo grande multiplicidade de recortes e abordagens metodológicas, devido a sua natureza e abrangência. Historicamente, o país vem enfrentando problemas estruturais no setor saúde e esses esforços para desenvolver avaliações de satisfação podem representar uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias de gestão para o setor.

Nessa perspectiva, alguns estudos recentes, desenvolvidos no Brasil, podem ser citados por sua relevância para a temática. Entre eles estão os trabalhos de Szwarcwald et al. (2004) *A saúde na opinião dos brasileiros - 2003*, encomendada pelo Conselho Nacional de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde; Hercos e Berezovsky (2006) com *Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do SUS*, e Mendes et al. (2009), *A avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil*.

No que se refere aos estudos de avaliação da qualidade em serviços de saúde e de satisfação do usuário na Paraíba e mais especificamente em Campina Grande – PB, esta é uma área de conhecimento ainda bastante incipiente, sendo os trabalhos de Guedes e Garcia (2001) intitulado *Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina Grande (PB)*, o de maior relevância encontrado na literatura. As autoras utilizaram um instrumento com questões e alternativas sugeridas pelo Ministério da Saúde, para preenchimento do painel de avaliação do MS – nível de satisfação do usuário (1998). O resultado encontrado, de forma geral, caracterizou insatisfação com os serviços oferecidos pela rede assistencial local. Pela abrangência das questões utilizadas, as autoras ainda sugeriram que, num estudo desta natureza, sejam avaliados aspectos mais específicos, que sejam capazes de contribuir para a definição de prioridades e a adoção de medidas corretivas por parte dos gestores.

Estudar sobre a satisfação dos usuários é imprescindível a gestão eficiente, tendo em vista que sua avaliação pode influenciar decisões estratégicas e operacionais nos serviços que implicarão diretamente na qualidade dos serviços

prestados (GOUVEIA, 2009). Para Trad e Bastos (1998), a perspectiva do usuário fornece informações essenciais para equilibrar a qualidade da assistência à saúde oferecida a população.

1.2 Qualidade em Serviços de Saúde

A qualidade constitui-se como um fator de extrema importância para serviços de saúde por estar diretamente relacionada com o processo saúde-doença e pelos riscos que as falhas na qualidade da assistência podem provocar na vida do indivíduo que recebe o serviço.

Na literatura, é possível encontrar diversas definições de qualidade, elaboradas segundo perspectivas particulares de cada autor, traduzindo assim, seu caráter pluridimensional.

Tratando desta pluridimensionalidade do termo qualidade, diversos pensadores, Acurcio et al., 1991; Akerman e Nadanovsky, 1992; Carvalho et al., 2000; Cohen e Franco, 1998; Furtado, 2001; Santos, 1995; Vuori, 1991, justificam essa característica por dois motivos: primeiramente por entender que o termo qualidade assume diversas dimensões e sentidos de natureza objetiva e subjetiva. Por outro lado, a qualidade varia de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais, levando em consideração seu papel dentro da organização gestora e/ou sua relação com o serviço em questão (VUORI, 1991).

Definida objetivamente, a qualidade é mensurável, e assim sendo, generalizável, haja vista sua relação com técnicas, métodos e instrumentos. Já em sua dimensão subjetiva isso não ocorre, uma vez que incorpora o espaço das emoções, sentimentos e vivências os quais não cabe quantificar, dado que expressam singularidades (DEMO, 1999).

Entre os primeiros a definir a qualidade, considerando o contexto dos serviços de saúde, Lee e Jones (1933 *apud* UCHIMURA, 2002) apontam como seus principais componentes a fundamentação científica da prática médica, prevenção,

cooperação entre consumidores e prestadores de serviços, tratamento integral do indivíduo, relação estreita e contínua entre médico e o paciente, serviços médicos integrais e coordenados, coordenação entre atenção médica e serviços sociais e acessibilidade da atenção para toda população.

Na construção de uma teoria da qualidade em saúde se destaca o teórico Avedis Donabedian (1980), que sob uma ótica diferente da metodologia utilizada na administração empresarial, demonstra em seus estudos que o método da garantia de qualidade nos serviços de saúde se estabelece por três fundamentos operacionais (MALIK; SCHIESARI, 1998; GOUVEIA, 2009):

- a) Estrutura: compreende as características referentes aos tipos de serviços prestados, ou seja, recursos materiais (instalações, equipamentos, recursos financeiros), recursos humanos e organização institucional;
- b) Processo: Trata de como os cuidados são prestados. Inclui o processo que se realiza para prestar e receber serviços;
- c) Resultado: Envolve os indicadores e os efeitos da atenção para o estado de saúde do usuário e da população. Nessa abordagem, a satisfação do usuário deve ser considerada um resultado esperado além daqueles como, cura, restauração da capacidade funcional e redução do sofrimento (VUORI, 1991).

Inicialmente, o autor atribuiu três dimensões à qualidade em saúde: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre profissionais e pacientes e as amenidades, isto é, condições de conforto e estética da estrutura física onde a prestação dos serviços ocorre (SILVA; FORMIGLI, 1994). Em outro modelo, ele ampliou o conceito de qualidade utilizando o que denominou como “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conforme apresenta o quadro 1 (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

EFICÁCIA - capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

OTIMIZAÇÃO - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.

ACEITABILIDADE - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQUIDADE - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Quadro 1: Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian.

Fonte: Malik e Schiesari (1998).

Já Vuori (1991), aponta os seguintes aspectos ou dimensões da qualidade desejáveis nos serviços de saúde: efetividade, entendido como relação do impacto real com o impacto potencial em uma situação ideal; eficácia, constituindo-se como a capacidade de produzir o efeito desejado; eficiência, caracterizando a relação entre o efeito real e os custos de produção; equidade como distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população; qualidade técnico-científica, isto é, nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia; acessibilidade como remoção dos obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis; adequação entendido como suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda; por fim a aceitação, ou seja, fornecimento de serviços que estão de acordo com as normas culturais, sociais entre outras, e com as expectativas dos usuários em potencial.

Na visão de Berwick (1994) a qualidade da assistência à saúde pode ser definida como a satisfação das necessidades dos clientes considerando que este deverá ser o objeto central das estratégias em busca da qualidade, bem como participar ativamente desse processo no papel de avaliador das atitudes dos profissionais de saúde e dos resultados com o tratamento recebido. A qualidade é

uma medida de extensão, até a qual uma coisa ou experiência satisfaz uma necessidade, resolve o problema ou adiciona valor para alguém.

Os usuários dos serviços de saúde são o foco do processo para obtenção da qualidade assistencial. Entretanto, outros elementos envolvidos nesse processo são importantes para que a qualidade possa ser percebida na prestação de serviços de saúde. Segundo Souza (2006) esses elementos são: estrutura física do local onde são prestados os serviços, disponibilidade de medicamentos, recursos humanos e apoio laboratorial.

Gattinara et al. (1995), colocam que a qualidade dos serviços de saúde é determinada por fatores tais como: competência do profissional (habilidades técnicas, atitudes da equipe, habilidades de comunicação), acessibilidade (cultural, social, geográfica e econômica), eficácia (normas adequadas, tecnologias apropriadas, respeito as normas e a equipe); eficiência (custo, recursos, riscos) e satisfação dos usuários (tratamento recebido, resultados concretos, tempo de espera).

Para Brasil (1994), a qualidade em saúde parece ser um somatório de fatores que levam a melhor relação entre práticas empregadas e as necessidades de saúde atendidas. Dentro deste conceito, deve-se tentar atingir a melhor relação entre prestadores e usuários, tendo como objetivo concomitante uma boa acessibilidade, cobertura e equidade.

Segundo Mirshawka (1994), são definidos três tipos de qualidade para os serviços de saúde que estão intimamente relacionados:

- a) A qualidade clínica, determinada pela qualificação técnica dos médicos, enfermeiros e outros provedores dos serviços de saúde;
- b) A qualidade voltada para o cliente, onde ganha destaque os fatores interpessoais tais como o cuidado, atenção, comunicação, preocupação e empatia;
- c) A qualidade econômica, que sendo um elemento relativamente novo da qualidade em serviços de saúde, considera os aspectos financeiros da qualidade.

Ainda segundo o mesmo autor, no caso dos hospitais, a qualidade sob a ótica do usuário é baseada em alguns atributos específicos, tais como atenção diferenciada ao paciente, bons médicos, equipe de enfermagem disponível quando necessária; equipamentos dotados de tecnologia de ponta, ambientes limpos, alimentação adequada, pronto atendimento, compreensão das necessidades do paciente, atendimento aos pedidos de informações, expressão de efetivo socorro pró-ativo, explicação dos procedimentos, atenção às reclamações, entre outros.

Parasuraman, Zeithalm e Berry (1988) atribuem à qualidade de serviços a discrepância existente entre as expectativas e as percepções dos clientes sobre um serviço experimentado. Para eles, a chave para garantir uma boa qualidade em serviços é obtida quando as percepções dos usuários excedem suas expectativas, embora não baste compreender a importância de se prestar serviços com excelente qualidade. É preciso que haja um processo contínuo de monitoramento das percepções destes usuários sobre a qualidade do serviço, identificação das causas das discrepâncias encontradas e a adoção de mecanismos adequados para a melhoria (FADEL; REGIS FILHO, 2006).

Parasuraman, Zeithalm e Berry (1988) identificam como os cinco fatores determinantes da qualidade em serviços:

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

Esses fatores, ou dimensões, também citados por Las Casas (1999) e Fitzsimmons e Fitzsimmons (1998), permitem ao usuário julgar a qualidade do serviço comparando o serviço recebido com o esperado. Essa diferença gerada cria

uma medida de qualidade do serviço que pode ser uma satisfação positiva ou negativa.

1.3 Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde

O conceito de gerenciamento da qualidade surgiu dentro do contexto industrial, a partir de pensadores americanos, e teve seu apogeu na indústria japonesa do pós-guerra motivados pela necessidade de reconstrução da economia nacional. Quando derrotada na II Guerra, a indústria japonesa apresentava produtos de baixo nível de qualidade e confiabilidade. Partindo desta constatação, as forças de ocupação com o apoio de especialistas em qualidade norte americanos, passaram a educar e treinar trabalhadores japoneses que incorporaram essa filosofia.

A literatura estabelece o ano de 1946 para o início do controle de qualidade no Japão. Seus resultados foram tão surpreendentes que o método se espalhou rapidamente por toda indústria japonesa e possibilitou que esses produtos invadissem o mercado norte-americano a partir dos anos 70, conseguindo assim reconstruir a economia nipônica não pelo uso da força e sim pela competência (ISHIKAWA, 1997).

A partir de então, diversos pensadores da qualidade passaram a formular conceitos e ferramentas para a implantação da qualidade nas organizações. A literatura cita como referências importantes nessa área os seguintes teóricos (MALIK; SCHIESARI, 1998; BONATO, 2007):

1. **Shewhart:** Concebeu os gráficos de controle de qualidade; “A Qualidade de um produto ou serviço está diretamente ligada a satisfação do consumidor e consta dos fatores: qualidade ampla, custo e atendimento”;
2. **Edward Deming:** Discípulo de Shewhart e considerado o filósofo da qualidade, em 1947 assessorou o processo de reconstrução do Japão. Consolidou os conceitos da teoria da Gestão da Qualidade Total (GQT) que

define que qualidade só pode ser definida em termos do agente – empresa, clientes, fornecedores e empregados.

3. **Joseph Juran:** Criou a triologia Juran – Planejamento, Controle e Melhoria – como instrumento de implantação dos processos de qualidade. Para ele “qualidade é a satisfação do cliente e ausência de deficiências”;
4. **Philip Crosby:** Criou e popularizou a concepção do zero defeito. “Qualidade é conformidade com os requisitos”;
5. **Kaoru Ishikawa:** Criou os círculos de qualidade e ferramentas importantes como o diagrama de causa e efeito; “Qualidade é um sistema que produz economicamente, coisa ou serviços que atendem as exigências dos consumidores”.
6. **Avedis Donabedian:** Desenvolveu um quadro conceitual da avaliação da qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura-processo e resultado como método de garantia de qualidade;
7. **Donald Berwick:** Colaborou com o Plano de Desenvolvimento Nacional (PND), projeto norte-americano de cooperação entre especialistas da qualidade do setor industrial e profissionais do setor saúde para capacitação desses profissionais para implantação das técnicas de gerenciamento da qualidade na área da saúde. Teve como resultados do seu estudo a diminuição dos custos, melhoria na qualidade do atendimento e aumento da produtividade.

Os fundamentos da GQT baseiam-se na busca do controle total, utilizando modelos matemáticos e estatísticos para prevenção de falhas e erros; no planejamento estratégico da organização, de produtos, processos e melhorias/aprendizagem; na busca da radical redução de desperdícios, re-trabalho e custos; no tempo certo e com tal adequação e qualidade que gerem total satisfação dos clientes. Um aspecto é imprescindível: o apoio e o comprometimento da alta administração (BONATO, 2007).

Somente após os resultados positivos obtidos pelos países orientais é que os princípios da qualidade tiveram destaque nos Estados Unidos. No Brasil, apenas nas últimas décadas é que esses princípios vêm se consolidando, tendo iniciado na

indústria automobilística, e aos poucos, migrado para outros setores até chegar a área de serviços, particularmente nos serviços de saúde no final da década de 80.

Apesar de ser considerada por alguns teóricos como um conjunto de técnicas universais, aplicáveis a qualquer tipo de organização (GURGEL; VIEIRA, 2002), a implantação de programas de qualidade tem apresentado algumas dificuldades, principalmente no setor saúde que se caracteriza por uma grande complexidade na gestão de seus processos.

Para Gurgel e Vieira (2002), a qualidade total aplicada às instituições de saúde é algo instigante pela grande discussão teórica que é capaz de provocar e desafiadora no que se refere a sua aplicabilidade prática. Considerando os elementos estruturais dos programas de qualidade e as especificidades das organizações de saúde, alguns estudiosos como Azevedo (1993), Nogueira (1999), Gurgel e Vieira (2002), Spiller et al. (2009), apontam várias dificuldades na implementação dos programas de qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde:

- a) Não aplicabilidade das leis de mercado ao setor, tendo em vista que as necessidades humanas se sobrepõem às práticas mercantis;
- b) Assimetria de informações entre usuários e profissionais;
- c) Dificuldade de padronização dos serviços, uma vez que a variabilidade da assistência é uma característica inerente a prestação dos serviços;
- d) Ausência de possibilidade de controle prévio da qualidade da prestação do serviço, visto que ele é consumido simultaneamente à sua produção;
- e) Resistência da categoria médica (principalmente) aos programas de qualidade por sentirem-se fiscalizados e limitados na conduta clínica do paciente.

Por outro lado, Berwick (1994) afirma que apesar dessas peculiaridades, a intervenção de programas de qualidade nas organizações de saúde é fundamental aos processos administrativos para a implantação de uma gestão profissionalizada e para prover uma assistência de qualidade, tendo em vista que eles são os grandes “amortecedores” da organização e impedem que as áreas finalísticas desperdicem tempo com problemas administrativos, concentrando-se assim, em obter os melhores resultados no exercício de suas funções.

Compartilhando desse pensamento de Berwick, Bonato (2007) enfatiza que:

O setor saúde tem características singulares que pressupõe lidar com situações penosas e fatores de risco, situações de saúde-doença, vida e morte que afeta tanto quem recebe quanto quem presta o serviço [...]. A qualidade total surge como uma ferramenta de apoio para tratar essa realidade. Assume diferentes significados tais como: qualidade de trabalho, serviço, informação, processo, estrutura e pessoas. Implica na total satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, por meio de uma gestão científica dos processos, baseados em fatos e dados voltados para a correção e prevenção de erros. Tem como base a manutenção e a melhoria dos padrões de desempenho atuais, com produtos e serviços cada vez melhores e mais competitivos, com a participação e o envolvimento de todos os membros da organização, considerando aspectos éticos que envolvem a prestação dos serviços de saúde.

É na perspectiva de aprimorar o gerenciamento dos processos e a eficiência da prestação de serviços, que se observa nos últimos anos um relevante interesse das instituições de saúde em implementar a gestão da qualidade (GURGEL; VIEIRA, 2002). Ela se constitui como uma boa estratégia para melhorar a qualidade da assistência oferecida aos usuários e para controlar e reduzir os custos desta assistência.

Em se tratando do serviço público, a adoção da gestão da qualidade, apesar de apresentar ainda resultados isolados, tem contribuído fortemente na inovação da gestão destas instituições e no aprimoramento global do seu desempenho (MALIK; SCHIESARI, 1998).

1.4 Satisfação do Usuário

Cada vez mais, passam a ser consideradas e utilizadas as necessidades percebidas e expressadas pelos usuários no processo de planejamento das organizações de saúde. O movimento contemporâneo que incentiva o interesse pela qualidade nos serviços de saúde, tem colocado em primeiro plano a opinião do usuário como um aspecto determinante do julgamento desta qualidade (NOGUEIRA, 1994). A partir dos anos 80, os estudos de avaliação passam a investigar não

somente os custos dos serviços, mas passa a enfocar também a qualidade e a satisfação do usuário.

Quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde, a perspectiva do usuário tem se apresentado como um aspecto de grande importância e tem recebido elevado reconhecimento. O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço, sendo assim imprescindível conhecer como esses usuários avaliam os serviços de saúde, objetivando assim, seu aperfeiçoamento (RAMOS; LIMA, 2003).

A satisfação do usuário tornou-se um componente fundamental para medir a qualidade de um serviço. Por isso, diversos pesquisadores passaram a demonstrar preocupação e interesse em conhecer as expectativas, percepções e o sentimento destes usuários acerca da assistência prestada nos serviços de saúde. Dentre eles podemos citar Donabedian (1993), Lemme, Noronha e Resende, (1991), Ramos e Lima (2003), Travassos e Martins (2004), Silva e Formigli (1994), Weiss (1988).

Tendo em vista que a satisfação do usuário está diretamente relacionada ao atendimento ou não de suas necessidades e expectativas, faz-se necessário conhecer um pouco destes dois conceitos, como forma de compreender a necessidade como um dos determinantes da utilização dos serviços de saúde bem como a relevância da satisfação do usuário para os estudos de avaliação da qualidade.

O dicionário Aurélio Ferreira (1994) define **necessidade** como “exigência; aquilo que é absolutamente necessário”. Já o termo necessário é definido como “aquilo que não se pode dispensar; essencial; indispensável”.

Dentre os teóricos que conceituam e definem as necessidades humanas, os estudiosos da qualidade tendem a aceitar a teoria das necessidades de Maslow. Segundo essa teoria, as necessidades humanas podem ser aprovadas em cinco níveis:

- a) **Necessidades Fisiológicas:** constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie. São necessidades de alimentação, sono, repouso, abrigo...;

- b) **Necessidades de Segurança:** Constituem a busca de proteção contra ameaça, privação, fuga ou perigo;
- c) **Necessidades Sociais:** Necessidade de participação, aceitação por parte do grupo, de amizade, afeto e amor;
- d) **Necessidades de Estima:** Envolve a auto-apreciação, autoconfiança, aprovação social e respeito, status, prestígio, independência e autonomia;
- e) **Necessidades de auto-realização:** São as necessidades mais elevadas e refere-se a necessidade de cada indivíduo realizar seu próprio potencial e de auto desenvolver-se continuamente.

No tocante as expectativas, Thompson e Suñol (1995) propõem quatro diferentes tipos de expectativas:

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

Já Mirshawka (1994), aponta 4 fatores que influenciam nas expectativas dos usuários. Estes fatores apresentam-se conforme pode ser observado na figura 1.



Figura 1: Fatores que influenciam as expectativas dos usuários
Fonte: Mirshawka (1994)

A satisfação do usuário pode ser definida como “as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde”. Estas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos usuários (VAITSMAN, 2005).

Para Donabedian (1984), a satisfação do usuário tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade em saúde passou a ser observada por esses três ângulos, de forma complementar e ao mesmo tempo, independente.

Em 1993, o mesmo autor ao analisar a questão da qualidade em saúde, identifica seus sete componentes: eficácia, efetividade, eficiência (gerencial e clínica), otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, sendo o conceito de aceitabilidade diretamente relacionado com as expectativas e satisfação do usuário (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Donabedian (1993) define a aceitabilidade como um “composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde”. Compreende a acessibilidade à relação médico-paciente, as instalações físicas, as preferências do paciente quanto ao efeito e o custo do tratamento e tudo aquilo que o paciente julga ser justo ou equânime.

O acesso é um aspecto da aceitabilidade do serviço. Em sentido mais amplo, refere-se à entrada do usuário na rede, desde sua recepção na unidade de saúde aos procedimentos necessários a sua admissão no serviço. A partir da utilização destes serviços, o indivíduo terá ou não satisfeitas suas necessidades e expectativas, e o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade nos diversos momentos do atendimento, desde a sua entrada até a saída da unidade de saúde (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1995).

Ainda segundo os mesmos autores, a aprovação de um serviço de saúde por parte da população depende de fatores físicos relativos a estrutura, disponibilidade e acesso aos serviços; fatores cognitivos relacionados ao conhecimento técnico dos serviços oferecidos e motivacionais, ou seja, satisfação com os serviços utilizados, além das influências das crenças, valores e atitudes dos grupos populacionais aos quais esses usuários pertencem.

Para Ramos e Lima (2003), os fatores que denotam a qualidade nos serviços de saúde são a boa recepção, o respeito ao usuário, as relações humanizadas e o bom desempenho do profissional.

Já para Silva e Formigli (1994) a satisfação do usuário diz respeito a percepção subjetiva que o indivíduo tem do cuidado que recebe. O grau de satisfação ou insatisfação pode decorrer das relações interpessoais entre profissionais e pacientes, além de poder se relacionar com o aspecto da infraestrutura material (equipamentos, medicamentos), com as amenidades (conforto, ventilação) e com as representações sobre o processo saúde-doença, podendo inclusive interferir no desfecho terapêutico do paciente. É por isso que a avaliação da satisfação do usuário torna-se muito relevante como um dos componentes da qualidade em serviços.

Weiss (1988) menciona, após extensa revisão sobre o tema, como determinantes da satisfação:

- a) **Características dos pacientes**, incluindo as sócio-demográficas, as expectativas sobre a consulta médica e o estado atual de saúde;

- b) **Características dos profissionais**, que prestam o atendimento, incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a “arte do cuidado” prestado;
- c) **Aspectos da relação médico paciente**, incluindo o estilo de comunicação entre os dois bem como o resultado do encontro;
- d) **Fatores estruturais e ambientais**, incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consultas e outros.

A citação abaixo, de autoria de Donabedian (1984) enfatiza a relevância do usuário como componente da avaliação dos serviços de saúde:

La satisfacción del paciente és de fundamental importancia como una medida de calidad de La atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del peciente, que son asuntos sobre los que éste es la autoridad última. La medición de La satisfacción es, por lo tanto, un instrumento valioso para la investigación, administración planeación.

Dentre os fatores que afetam a percepção dos usuários quanto a assistência prestada, Lebow (1974) destaca as experiências anteriores do cuidado médico recebido, em que condições elas se deram e o seu estado atual de saúde.

Reis et al. (1990) em suas notas bibliográficas sobre a avaliação da saúde, afirma que os fatores mais importantes que interferem diretamente na percepção e satisfação do usuário são: o interesse pessoal do médico pelo paciente, acessibilidade, “bons médicos”, acompanhamento por pessoal “bem treinado”, informações do médico, pessoal solícito e privacidade.

1.5 Avaliação em Saúde

Já é sabido que a avaliação constitui-se como uma atividade muito antiga existente desde os primórdios da história da humanidade (Contandriopoulos et al., 1997). A busca para solucionar os problemas sociais e com o aumento e a complexidade dos desafios que vêm sendo impostos à sociedade ao passar de cada década, trouxe a temática da avaliação à tona com grande força e ocasionou uma multiplicidade de conceitos e metodologias de realização. Já o conceito de avaliação

de programas públicos surge no cenário mundial após a Segunda Guerra Mundial, em virtude da melhoria da eficácia da aplicação de recursos pelo Estado (UCHIMURA; BOSI, 2002).

No Brasil, os estudos de avaliação começam a se desenvolver a partir da década de 80 e diversas iniciativas vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva nas últimas três décadas. Inicialmente, as avaliações em saúde foram realizadas com finalidade acadêmica, com a intenção de avaliar os serviços de saúde. Depois, as próprias políticas racionalizadoras que valorizavam o planejamento em saúde, traziam em seus documentos, tópicos que sugeriam uma preocupação com a avaliação. Apresentam proposições relativas a um elenco de indicadores e montagem de sistemas de informação, sugerindo uma intenção de imprimir racionalidade nas intervenções em saúde. (PAIM, 2008).

O campo da avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX, tanto em produção científica quanto no que diz respeito a sua institucionalização. Suas principais características são a diversidade conceitual e terminológica, a pluralidade metodológica e a multiplicidade de questões consideradas como pertinentes. Porém, uma grande lacuna ainda persiste no que se refere a implementação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos gestores e profissionais de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Worthen, Sanders e Fitzpatric (2004) conceituam avaliação como sendo a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação e enfatiza que seu uso tem aplicação geral, uma vez que possui como objetivos fornecer informações para tomada de decisões relativa a programas e direcionar melhorias na capacidade organizacional das instituições.

Da mesma forma, Contandriopoulos et al. (1997) afirma que 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. Tal julgamento pode resultar da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se realizar através de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Por intervenção entende-se o conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um determinado contexto, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Assim sendo,

[...] a avaliação normativa é definida como sendo a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção comparando os recursos trabalhadores e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas e a pesquisa avaliativa é o procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando os métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa [...] (Contandriopoulos et al., 1997).

O mesmo autor aponta quatro objetivos da avaliação:

- a) Ajudar ao planejamento e a elaboração de uma intervenção;
- b) Fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer;
- c) Determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida;
- d) Contribuir para o progresso dos conhecimentos, à elaboração teórica.

Akerman, Mendes e Borges (2004), afirmam que “avaliar é produzir um juízo de valor ou mérito para alguma ação humana sobre o ambiente social. Utiliza-se para tal intento um conjunto de procedimentos metodológicos”.

Para Tanaka e Melo (2004) a avaliação é um julgamento de valor para a tomada de decisões, cumpridas as etapas de medir e/ou comparar um determinado fenômeno.

A dificuldade em definir com precisão o que é avaliação se revela através do desenvolvimento histórico do seu processo e da caracterização de suas diferentes fases. Os mesmos autores definem quatro gerações de avaliação que podem ser sinteticamente assim descritas:

- a) Avaliação de 1ª geração: caracterizada pela exclusiva preocupação de medir o fenômenos avaliados;
- b) Avaliação de 2ª geração: desenvolvida a partir das limitações identificadas na avaliação de 1ª geração. Surge a necessidade de ampliar a avaliação de um simples processo de medição para uma descrição mais abrangente dos fatores que interferem no fenômeno avaliado;
- c) Avaliação de 3ª geração: Visa ir além da descrição. Inclui um julgamento como um dos elementos primordiais da avaliação;
- d) Avaliação de 4ª geração: Considera em seu processo os atores interessados, incluindo assim, diversas perspectivas no processo de avaliar.

Segundo Reis (1990), o autor que mais se aproxima de uma proposta de avaliação da qualidade em serviços de saúde é Donabedian. Dificilmente são encontrados artigos na literatura que não se baseiem ou o cite com destaque. Seu modelo proposto em 1966 tem apresentado grande aceitabilidade entre os estudiosos da avaliação da qualidade e por isso tem sido amplamente difundido.

Considerando as análises de Donabedian (1980), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode fundamentar-se em três aspectos: **estrutura, processo e resultados**. A avaliação da estrutura diz respeito aos recursos físicos, materiais e humanos (quantitativo) existentes no âmbito da assistência a saúde; a avaliação do processo engloba as atividades e ou os procedimentos trabalhadores, ou seja, o processo de trabalho e a dos resultados enfatiza os efeitos das ações e dos procedimentos sobre o estado de saúde do usuário como resultante da assistência recebida. (MACHADO, 2008).

No entanto, é necessário considerar as formas de acesso ao serviço, bem como, a estrutura física e organizacional, a relação profissional-paciente, questões financeiras e aspectos relacionados à melhoria e manutenção da saúde (VAITSMAN, 2005). Esperidião e Trad (2005) afirmam ainda que a participação do usuário na avaliação da satisfação está relacionada à maior adequação no uso de serviços de saúde, tanto quanto à estrutura, como com relação ao processo do cuidado da saúde.

Em se tratando da relação profissional-usuário, ela constitui-se como um aspecto importante para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Sendo ela positiva, afirmam Junqueira e Auge (1995), a maior contribuição que se pode oferecer ao usuário, de modo a trazer benefícios ao tratamento, inclusive diferenciar dois serviços iguais. Ao mesmo tempo, a relação profissional-usuário pode trazer problemas para avaliação do serviço, tendo em vista que a boa relação pode compensar as falhas no cuidado técnico. É por essa razão que se busca complementar estudos avaliativos de satisfação do usuário com as análises de efetividade do tratamento.

Ainda segundo esses autores, observar as expectativas e necessidades dos profissionais também é um aspecto fundamental à qualidade em serviços de saúde. Considerando a simultaneidade da produção e consumo do serviço, que não permitem um controle prévio da qualidade, só será obtido um resultado satisfatório do serviço prestado se houver uma interação positiva entre os profissionais e os usuários, dependendo assim da satisfação do profissional com o trabalho, no que se refere ao atendimento de suas necessidades e expectativas.

Nessa perspectiva, Paiva (2006) enfatiza que para melhorar a qualidade da assistência dos serviços de saúde, torna-se fundamental adotar o modelo de processo de trabalho, a partir dos princípios do SUS, que levem em conta os conceitos saúde-doença e as diretrizes da universalidade, integralidade, da resolutividade, da participação e do controle social, bem como, considerar o acolhimento, a humanização e a satisfação dos usuários como aspectos imprescindíveis à reorganização destes serviços. Avaliar é, portanto, um passo fundamental para alcançar a meta de oferecer qualidade na atenção à saúde.

A avaliação dos serviços de saúde deve dotar-se de um enfoque conceitual peculiar, diferente do utilizado para avaliar outros produtos ou serviços. Faz-se necessário a utilização de uma abordagem “multidimensional” da avaliação, com a participação dos diversos atores sociais envolvidos nos serviços de saúde e a construção de espaços institucionais para desenvolver as atividades da qualidade (SERAPIONI, 1999).

Corroboram com essa opinião Esperidião e Trad (2005), quando afirmam que a inserção do usuário na avaliação de serviços de saúde tem sido muito valorizada não apenas por constituir-se um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço, além de articular os aspectos econômicos de eficiência e eficácia dos serviços e a aceitabilidade social dos mesmos.

Em síntese, a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A avaliação em serviços de saúde deve tornar-se um procedimento habitual na gestão destes serviços, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas. Portanto, a avaliação é parte integrante e necessária ao planejamento e indispensável no processo de tomada de decisões. Ela é uma tarefa que deve ser assumida por trabalhadores e gestores dos serviços de saúde. Considerando essa perspectiva, o objetivo do processo de avaliação é a busca pela maior eficiência e eficácia dos serviços e isso só poderá ser obtido se a avaliação levar em conta a percepção e as necessidades dos usuários. (TANAKA; MELO, 2004).

Esses mesmos autores chamam atenção para algumas dificuldades comumente identificadas por gestores e profissionais da saúde quando envolvidos em processos avaliativos:

- a) Pouca familiaridade dos gestores e profissionais com o campo teórico/conceitual da avaliação em saúde;
- b) Dificuldades na escolha dos parâmetros no processo avaliativo;
- c) Identificação e construção de indicadores específicos;
- d) Pouca clareza quanto aos propósitos da avaliação;
- e) Apropriação da importância como instrumento de condução a uma tomada de decisão;
- f) Precariedade dos registros e dificuldades no acesso as informações relevantes para a avaliação pretendida.

Instituir a prática da avaliação no cotidiano da gestão e utilizá-la como atividade de educação permanente dentro do serviço constitui-se como práticas importantes para a superação destas dificuldades.

Entender a avaliação como instrumento de gestão facilita o processo de decisão oportuno no tempo, a partir de resultados confiáveis, suficientemente abrangentes e que atendam aos objetivos propostos pela avaliação (TANAKA; MELO, 2004).

Entre tantos desafios que estão postos para incorporar a avaliação como parte integrante do cotidiano da gestão, vencer as resistências às mudanças dos profissionais e gestores, mostrando a avaliação como um aspecto positivo do processo de qualidade da assistência e não como um caráter impositivo ou punitivo na tentativa de superar a desmotivação e as amarras que impedem a implementação das avaliações nos serviços de saúde, é um aspecto fundamental para o aprimoramento destes serviços. Investir na adoção da avaliação como prática cotidiana da gestão constitui-se como um passo imprescindível ao alcance da efetividade e excelência no trabalho em saúde.

1.6 SERVQUAL como ferramenta para avaliação da qualidade em serviços de saúde

A gestão eficiente de um sistema, organização ou serviço de saúde envolve a aplicação de técnicas e ferramentas de controle e melhoria contínua como método para definir as direções a serem seguidas, investigar as causas dos problemas e entender os processos organizacionais (MOTTA; CORRÊA; MOTTA, 2001).

Apesar de pouco difundidas no setor público, essas ações são imprescindíveis ao alcance da excelência na prestação de serviços. Kotler (2000), destaca segundo sua percepção como sendo as ações mais importantes o comprometimento da alta gerência com a qualidade, a implementação de padrões rigorosos e sistemas de monitoramento dos serviços, atendimento às reclamações dos clientes e a ênfase na satisfação dos usuários e dos profissionais.

Considerando que as falhas na qualidade são observadas pela avaliação da discrepância existente entre o serviço esperado e o recebido, Parasuraman, Zeithalm e Berry (1988) desenvolveram um instrumento de avaliação da qualidade denominada SERVQUAL, utilizada para pesquisar a satisfação do cliente baseada no modelo da falha da qualidade em serviços. Primordialmente criado para utilização na área de marketing, a aplicação da escala SERVQUAL para avaliar serviços de saúde já está bem documentada e é um instrumento autorizado para este fim, conforme afirmam os trabalhos de Brasil (1994), este que buscou verificar a dimensionalidade e operacionalização do instrumento SERVQUAL no contexto de serviços hospitalares e pelos estudos de Hercos e Berezovsky (2006) que objetivou identificar a percepção dos usuários do SUS sobre a qualidade dos serviços oftalmológicos prestados pela Fundação Hilton Rocha em Belo Horizonte. Também foi utilizado nos estudos de Arroyo (2007) para avaliação da qualidade das consultas médicas nos serviços de saúde de Ribeirão Preto.

A escala é estruturada sob a perspectiva das cinco dimensões da qualidade em serviços determinada por Parasuraman, Zeithalm e Berry (1988): Tangibilidade, Confiabilidade, Atendimento, Segurança e Empatia. A figura 2 representa o modelo teórico-conceitual da ferramenta SERVQUAL.

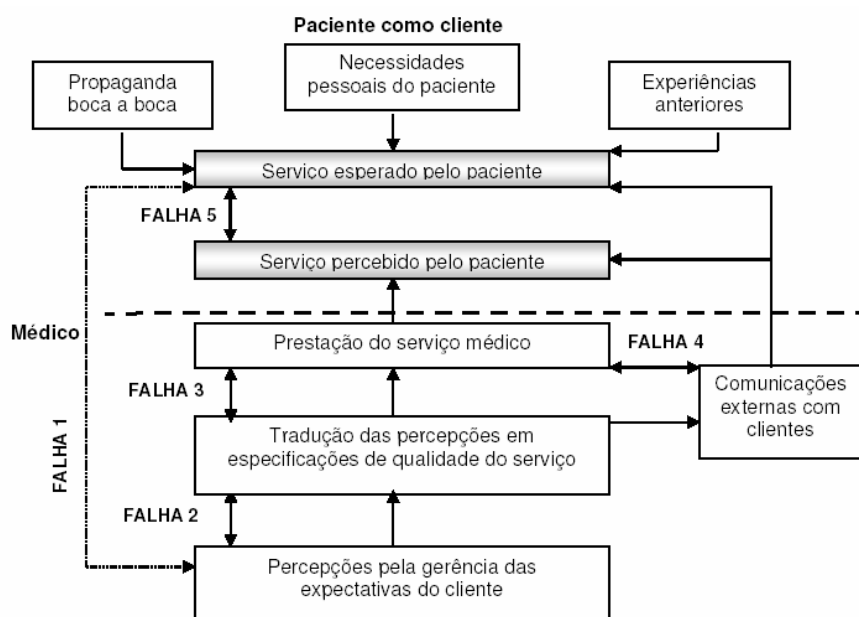


Figura 2. Modelo adaptado de falha da qualidade de serviços de saúde
Fonte: Arroyo, 2007.

A figura apresentada, adaptada para o setor da saúde, ilustra o modelo conceitual de qualidade dos serviços de saúde baseado no modelo dos cinco *gaps* ou falhas, sendo qualidade do serviço definida como o intervalo (*gap*) entre a expectativa dos usuários em relação ao serviço e a percepção do desempenho efetivamente alcançado.

Moraes e Lacombe (1999), caracteriza a falha 1 (ou *gap* 1) como sendo a percepção inadequada da gerência sobre as expectativas das necessidades dos usuários; a falha 2 ocorre quando surgem falhas na tradução das expectativas dos usuários e as especificações de qualidade do serviço; a falha 3 se refere a lacuna existente entre as especificações e o serviço efetivamente prestado ao usuário; a falha 4 está relacionada a ausência de comunicação precisa com os usuários e a falha 5, chamada de *gap* do consumidor, representa a diferença entre as expectativas do usuário de determinado serviço e a performance nele alcançado (ARROYO, 2007).

É importante salientar que a ferramenta não mensura o tempo do atendimento, ela avalia a qualidade do serviço, indicando os pontos fortes e fracos e o nível de qualidade com base na expectativa e na percepção, isto é, o que se espera do serviço oferecido e o que foi percebido pelo usuário do serviço prestado.

As cinco dimensões da qualidade estão assim representadas no instrumento SERVQUAL: tangibilidade; confiabilidade; resposta ao atendimento; segurança e por fim empatia.

O conhecimento da percepção do usuário sob a ótica das cinco dimensões anteriormente mencionadas possibilita uma avaliação do grau de satisfação do usuário com a assistência prestada pelas organizações e serviços de saúde. Permite também a gestão institucional conhecer seu desempenho, suas forças e fraquezas, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento de ações de melhoria contínua, possibilitando assim, o oferecimento de serviços excelentes à população.

1.7 Justificativa

Considerando a grande complexidade que caracteriza a prestação e o gerenciamento dos serviços de saúde, torna-se fundamental uma análise mais aprofundada da percepção do usuário em relação à assistência do SUS, na perspectiva de legitimá-lo como um sistema de saúde efetivo e garantindo ao cidadão o direito constitucional de acesso a saúde pública de qualidade.

Deve-se considerar ainda a importância das informações produzidas pelas avaliações no sentido de melhorar as intervenções em saúde, bem como utilizá-las como estratégias para oferecer serviços de qualidade, respeitando os princípios e diretrizes do SUS.

Sendo assim, o desenvolvimento de pesquisas sólidas, em uma perspectiva científica, ao mesmo tempo viável, com legitimidade e aplicabilidade, é de suma importância para as organizações de saúde e para o sistema como um todo, tendo em vista que essa avaliação possibilita identificar os pontos fracos que tornam a qualidade inferior ao esperado pelos usuários, além de orientar e direcionar ações de melhoria e estratégias de gestão da saúde, na busca de torná-la eficiente.

É no sentido de conhecer o grau de satisfação dos usuários dos serviços de saúde ambulatoriais oferecidos pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro, e na possibilidade de identificar as falhas existentes no processo de prestação destes serviços, que este estudo torna-se relevante do ponto de vista acadêmico e social. Além do que se trata de um estudo inédito na instituição onde se espera com os resultados obtidos, fornecer informações relevantes à gestão do mesmo que possibilitarão ajustes na assistência do HUAC até os níveis esperados pelos usuários.

1.8 Perguntas Conductoras

- a) Os usuários dos serviços ambulatoriais do HUAC estão satisfeitos com a qualidade dos serviços oferecidos?
- b) Quais os fatores que mais interferem no grau de satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido no ambulatório HUAC?

1.9 Objetivos

1.9.1 Objetivo Geral

Avaliar a satisfação dos usuários sobre a qualidade do atendimento ambulatorial oferecido pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro no município de Campina Grande – PB, no período de outubro a dezembro de 2009.

1.9.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar os fatores que mais interferem no grau de satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais do HUAC segundo as dimensões da qualidade – tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança, empatia e acesso;
- b) Analisar a disparidade existente entre a qualidade esperada e a qualidade oferecida pela instituição em cada uma dessas dimensões;
- c) Analisar os pontos críticos que diminuem a satisfação e os níveis de qualidade esperados pelos usuários.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo de Pesquisa

O presente estudo estrutura-se como um estudo de caso exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa.

As pesquisas de natureza quantitativa demonstram a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação, e possibilitam, em consequência, conforme Richardson (1999), uma margem de segurança quanto às inferências.

Neste caso em particular, foi realizado um estudo transversal com aplicação de questionário fechado.

2.2 Período do Estudo

A pesquisa foi realizada no período de outubro a dezembro de 2009.

2.3 Local de Estudo

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

Além de seu papel assistencial, o HUAC constitui-se como unidade formadora de recursos humanos em saúde, contribuindo para a formação acadêmica de profissionais dos cursos de medicina, enfermagem e fisioterapia. Além destes, a instituição ainda desenvolve 5 (cinco) programas de pós-graduação *lato sensu* na modalidade de Residência Médica em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Endocrinologia e Infectologia.

Atualmente, o HUAC está habilitado para atender os procedimentos de média complexidade das principais áreas da saúde, isto é, clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ginecologia e infectologia, e realizar procedimentos de complexidade secundária e terciária dessas especialidades. No que se refere aos procedimentos de alta complexidade, o hospital realiza quimioterapia adulto e infantil e tratamento do HIV através do Hospital-Dia.

Sua estrutura física abrange uma área coberta de 16.324 m² subdividida em Unidade Hospitalar e Unidade Ambulatorial. A Unidade Hospitalar possui 178 leitos operacionais, sendo destes, dez leitos de UTI adulto, cinco de UTI infantil e quatro de UTI neonatal. Possui quatro salas cirúrgicas e pronto atendimento adulto e infantil. Sua Unidade Ambulatorial dispõe de 58 consultórios destinados a realização de consultas em 25 especialidades médicas distintas.

Ainda tratando da estrutura, o HUAC também dispõe de laboratórios de análises clínicas, biologia molecular, anatomia patológica, imagem e uma agência transfusional, isto é, unidade de produção de hemoderivados ligado a rede de hemoderivados do estado da Paraíba.

No que se refere aos recursos humanos, o quadro funcional do HUAC é composto por 628 servidores públicos federais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, sendo 469 profissionais de saúde e 159 técnicos da área gerencial-administrativa. Possui também 142 colaboradores terceirizados que desempenham atividades de apoio, principalmente serviços gerais, vigilância e portaria.

Na rede de assistência a saúde de Campina Grande, o HUAC participa como unidade hospitalar de assistência terciária, sendo referência para 48

municípios do estado da Paraíba pactuados com a Secretaria de Saúde do município para o ano de 2009.

A importância do HUAC para a rede de assistência a saúde em todo estado está representado pelo número de atendimentos realizados mensalmente pela instituição que totalizam, em média, 11.000 atendimentos entre consultas médicas e internações hospitalares, referenciados pela Secretaria Municipal de Saúde com quem o hospital é contratualizado.

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

A instituição tem como missão: *Contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, por meio de desenvolvimento de assistência à saúde de excelente qualidade; formação de profissionais de elevado padrão moral, técnico, ético e humanitário, de forma responsável perante a sociedade e o meio ambiente.*

Na busca de cumprir com sua missão organizacional e alcançar seus objetivos, o hospital tem investido constantemente em melhorias estruturais, modernizando suas instalações e adquirindo novos equipamentos, na tentativa de ampliar quantitativa e qualitativamente sua oferta de serviços.

O HUAC foi escolhido para ser local de estudo por ser um hospital de referência para a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande e pela facilidade de acesso que a pesquisadora possui para a realização do estudo, tendo em vista que a mesma é servidora do quadro efetivo da instituição e está disponível para o desenvolvimento da pesquisa proposta.

2.4 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um instrumento de pesquisas adaptado do SERVQUAL. Percebendo a necessidade de se investigar alguns aspectos que não estavam contemplados no SERVQUAL, foram adicionadas algumas perguntas ao instrumento aplicado com vistas a responder certos questionamentos sobre o acesso aos serviços de saúde e ao perfil sócio econômico dos usuários. Sendo assim, o questionário ficou dividido em 5 partes, onde as duas primeiras são relativas as questões sobre expectativas e percepções dos usuários, a terceira parte é relativa a questões para determinar a importância de cada uma das cinco dimensões da qualidade de serviço para os entrevistados (todas relativas ao SERVQUAL), a quarta parte é relativa a questões com cinco níveis de resposta para avaliar a satisfação com o acesso aos serviços de saúde e a quinta parte do questionário foi estruturada para obtenção de dados sócio econômicos dos usuários entrevistados.

A ferramenta SERVQUAL é composta por 44 declarações afirmativas referentes a opinião do usuário, dentre as quais, 22 estão relacionadas às expectativas e as 22 restantes tratam a questão da percepção do usuário acerca do serviço recebido. O instrumento de pesquisa SERVQUAL é apresentado no anexo A.

Foram realizadas adaptações na proposta inicial de Parasuraman, Zeithalm e Berry (1990). As afirmativas estão relacionadas no Quadro 1 em cada um dos dois módulos: expectativas e percepções, com graduações na forma da escala Likert de 5 pontos, sendo: (1) discordo totalmente, (2) discordo, (3) não concordo nem discordo (4) concordo e (5) concordo plenamente (DALAZANA; FERREIRA; TALAMINI, 2007). O mesmo quadro apresenta também a validação do instrumento de coleta de dados. Assim, têm-se os valores de Alfa de Cronbach que, segundo Malhotra (2001) faz um exame da confiabilidade das afirmativas e, através do qual, constatou-se que todas as dimensões analisadas apresentaram coeficientes variando de 0 a 1. Valores abaixo de 0,60 indica uma fidedignidade insatisfatória. No caso do questionário usado nesse estudo, 4 dimensões da qualidade apresentaram valores de Alfa de Cronbach superiores a 0,60 o que indica uma consistência interna

satisfatória para a escala utilizada verificando-se a sua fidedignidade. Apenas o primeiro indicador apresentou um valor inferior ao preconizado por Dalazana, Ferreira e Talamini (2007), mas, o valor encontrado para o mesmo não ficou muito abaixo de 0,60 o que fez com que fosse considerado o conjunto dos 5 indicadores como confiáveis. Na tentativa de melhorar o Alfa de Cronbach, foi realizado permuta entre as variáveis que poderiam ficar no indicador de tangibilidade, mas não se conseguiu melhorar o alfa, optando-se por deixar todos os itens deste indicador na análise.

O teste de validação do instrumento – Teste de Alfa Cronbach – foi realizado para validar a mudança da escala de Likert, de 7 pontos para 5 pontos a exemplo de alguns estudos encontrados na literatura. Foi necessário utilizá-lo por ter sido modificada a escala proposta pelos autores Parasuraman, Zeithalm e Berry (1990), embora alguns outros autores já tivessem feito alterações deste tipo. Optou-se em fazer o supracitado teste com toda a amostra do estudo, uma vez que o teste piloto constituiu-se de uma amostra muito pequena, servindo apenas para constatar o grau de entendimento do questionário pelo usuário. Por ser uma amostra pouco representativa, salientamos que o teste piloto não seria a amostra ideal para fazer o teste de validação do instrumento tendo em vista que nela poderia ter se apresentado reprodutibilidade e na amostra final não.

Optou-se por mudar a escala de 7 para 5 pontos por entendermos que esta seria de melhor entendimento para os usuários, tendo em vista que o público alvo do estudo é de baixa escolaridade e com os 7 níveis de resposta ficaria mais difícil do usuário entender as escalas intermediárias. Conforme outros autores na literatura, vimos que poderíamos usá-lo com uma escala de 5 pontos sem alterar a reprodutibilidade do instrumento (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006; DALAZANA; FERREIRA; TALAMINI, 2007).

Afirmativas e dimensões da escala SERVQUAL

Aspectos tangíveis $\alpha = 0,527$
Q 1 – Excelentes hospitais têm equipamentos modernos.
Q 2 – O ambiente físico de excelentes hospitais são agradáveis.
Q 3 – Os trabalhadores dos excelentes hospitais têm boa aparência.
Q 4 – Os materiais associados com os serviços prestados nos excelentes hospitais têm uma boa aparência visual.
Confiabilidade $\alpha = 0,742$
Q 5 – Quando excelentes hospitais prometem fazer algo em certo tempo, eles cumprem.
Q 6 – Frente a problemas dos usuários, os excelentes hospitais demonstram sincero interesse em resolvê-los.
Q 7 – Excelentes hospitais fazem o serviço certo logo na primeira vez.
Q 8 – Excelentes hospitais executam seus serviços no tempo em que se comprometem.
Q 9 – Excelentes hospitais procuram realizar as tarefas sem erros.
Resposta do atendimento $\alpha = 0,646$
Q 10 – Trabalhadores de excelentes hospitais prometem realizar os serviços nos prazos em que serão executados.
Q 11 – Trabalhadores de excelentes hospitais dão atendimento com rapidez aos seus usuários.
Q 12 – Trabalhadores de excelentes hospitais têm sempre boa vontade em ajudar seus usuários.
Q 13 – Trabalhadores de excelentes hospitais nunca estão ocupados para esclarecer dúvidas dos seus usuários.
Segurança ou garantia $\alpha = 0,751$
Q 14 – O comportamento dos trabalhadores de excelentes hospitais transmite confiança nos usuários.
Q 15 – Usuários de excelentes hospitais sentem segurança em realizar suas consultas nessa instituição.
Q 16 – Trabalhadores de excelentes hospitais são educados com seus usuários.
Q 17 – Trabalhadores de excelentes hospitais têm conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários.

Empatia $\alpha = 0,729$
Q 18 – Excelentes hospitais dão atenção individual a cada usuário.
Q 19 - Excelentes hospitais têm horários de funcionamento conveniente para todos os usuários.
Q 20 - Excelentes hospitais têm que oferecer atendimento individual a cada usuário.
Q 21 - Excelentes hospitais estão dispostos em oferecer o melhor serviço aos seus usuários.
Q 22 - Excelentes hospitais percebem as necessidades específicas de seus usuários.

Quadro 2: Afirmativas e dimensões da escala SERVQUAL

Fonte: Elaboração própria

Todas as pessoas entrevistadas responderam sobre as cinco dimensões.

Este trabalho parte da análise de um hospital estruturado com rede de serviços ambulatoriais que compõem uma cadeia de usuários/profissionais do hospital. A partir disso, tem-se a pergunta que levou a presente pesquisa: qual a qualidade percebida dos usuários do hospital? Para responder esta questão, foi feita uma revisão bibliográfica do constructo qualidade, do Modelo *Gap*, dos autores Parasuraman, Zeithalm e Berry (1990), composto pelos *Gap 1*, *Gap 2*, *Gap 3*, *Gap 4* e *Gap 5*. No caso do presente trabalho, o *gap* avaliado é o *Gap 5*, que faz menção às cinco dimensões da qualidade

O valor para o *gap 5* de cada declaração é obtido através da soma das diferenças entre os valores do par **Percepção / Expectativa** para cada usuário entrevistado, isto é, o Valor SERVQUAL é igual a:

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

Todas as afirmativas foram distribuídas de acordo com as cinco dimensões da qualidade explicitada. Através da subtração entre as médias das percepções e as médias das expectativas, é possível diagnosticar a qualidade do serviço oferecido. As notas de desempenho percebido inferiores às das expectativas significaram um resultado negativo, o que é sinal de que a qualidade percebida está abaixo do esperado; ao contrário, indica, que a qualidade percebida esta acima do esperado; e a nota próxima de zero é sinal de que a qualidade percebida é satisfatória.

O instrumento de pesquisa permitiu mensurar o nível de concordância dos usuários do hospital com relação às expectativas e percepções relacionadas a cada uma das variáveis do estudo. Dessa forma, alcançaram-se os objetivos propostos na pesquisa, que contribuirão para a tomada de decisão da gestão do hospital, possibilitando, assim, uma melhora dos serviços e na satisfação dos usuários.

Além destes questionamentos do SERVQUAL, foi perguntado ao usuário sobre possíveis problemas no acesso ao serviço, como por exemplo, sobre o tempo de deslocamento, o tempo de espera desde a chegada ao serviço até a efetivação do atendimento, o número de vezes que precisou ir até a unidade para ser atendido, o tempo decorrido entre a marcação da consulta e a efetivação da mesma, dentre outros.

2.5 Universo e Amostra

O universo da pesquisa foi constituído pelos usuários que utilizaram os serviços de saúde oferecidos no ambulatório do HUAC. A média mensal de serviços realizados, mais especificamente consultas médicas, realizadas no ambulatório da instituição é aproximadamente 10.000 atendimentos.

Para calcular a amostra utilizou-se como parâmetro 42,0% de satisfação, percentual encontrado para população atendida no estudo **Pesquisa Mundial de Saúde - 2003: O Brasil em números** (SZWARCOWALD, et al., 2004). A amostra foi aleatória, sistemática do tipo proporcional com um erro amostral de 5% e uma confiabilidade de 95%. Com base nos parâmetros utilizados, foi calculado um tamanho amostral de 372 usuários acrescido de 20% considerando-se as possíveis perdas amostrais, totalizando 446 usuários de todas as especialidades médicas do HUAC. Para calcular a amostra foi utilizado software EPI-INFO versão 3.3.2. Foi realizado um pré-teste em parte da amostra que objetivou analisar a compreensão do questionário pelos usuários e o tempo gasto em cada entrevista. Esta amostra foi utilizada para realizar a análise descritiva da condição socioeconômica e para avaliar a satisfação em relação às perguntas sobre o acesso aos serviços de saúde.

Para a avaliação da qualidade dos serviços através do SERVQUAL, onde é realizado pareamento de respostas da parte da percepção menos a parte das

perguntas referentes as expectativas, foi preciso retirar do banco da pesquisa inicial, 113 questionários que tinham questões respondidas em branco. O tamanho da amostra final para esta análise ficou então em 333 usuários.

2.6 Critérios de Inclusão

Foram incluídos neste estudo todos os usuários que se submeteram a consultas médicas em qualquer especialidade oferecida no HUAC no período da pesquisa. No caso específico da pediatria, a entrevista foi conduzida com o responsável legal do menor.

2.7 Recrutamento da população do estudo e coleta de dados

O recrutamento dos indivíduos e as entrevistas foram realizados na sala de espera dos ambulatórios, obedecendo a uma sistemática de acordo com o local em que o usuário estava sentado. Todos os assentos foram numerados de 1 a 178 (total de assentos). Em seguida foi realizada uma amostragem aleatória sistemática para determinar quais destes assentos seriam incluídos na seleção dos usuários.

A coleta dos dados foi realizada nos três turnos de atendimento dos ambulatórios, isto é, das 07h00mim às 11h00mim; das 11h00mim às 15h00mim; 13h00mim às 17h00mim, dentre a 25 especialidades médicas existentes na instituição, a saber: imunologia, angiologia, cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral, cirurgia torácica, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, ginecologia, hematologia, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, oncologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, reumatologia e urologia.

2.8 Variáveis da Pesquisa

- a) **Variável dependente da parte relativa ao estudo da qualidade através do SERVQUAL** - médias das cinco dimensões do SERVQUAL, obtidas através da diferença entre os valores do par Percepção / Expectativa para cada usuário entrevistado, isto é, Valor SERVQUAL = Percepção – Expectativa.
- b) **Variável dependente em relação ao módulo sobre acesso**: grau de satisfação, definida como o percentual de respostas de grau excelente ou bom para as questões que contemplam 5 níveis de resposta. Os indivíduos classificados como satisfeitos foram aqueles que tiveram percentuais acima de 50% para as perguntas com cinco níveis de resposta.
- c) **Variáveis independentes**: sexo, escolaridade¹, idade e situação ocupacional (empregados, autônomos e não-empregados - pessoas não economicamente ativas²).

2.9 Análise e tratamento dos dados

Os seguintes aspectos foram analisados com notas que variam de 1 a 5: aparência das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação; capacidade em prestar o serviço prometido de forma precisa e confiável; disposição para ajudar seus usuários e prestar os serviços com presteza; conhecimento e cortesia dos trabalhadores e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade; o cuidado e a atenção individualizados proporcionados aos usuários. Os aspectos tempo gasto com deslocamento, tempo de espera até o atendimento; tempo de duração da consulta; tempo de espera entre a marcação da consulta e a data da efetivação da consulta e quantidade de vezes que precisou ir ao hospital para

¹ Baixa Escolaridade: até o Ensino Fundamental completo; Alta Escolaridade: Ensino Médio e Superior

² Pessoa Não Economicamente Ativa: Pessoa que, durante 12 meses anteriores à data do Censo, se encontrava em uma ou mais das seguintes situações: exercia afazeres domésticos no próprio lar; estudava; vivia de rendimentos de aposentadoria ou de aplicação de capital; estava detida cumprindo sentença, doente ou inválida sem estar licenciada do trabalho; não desejava trabalhar ou, desejando, deixou de procurar trabalho porque não o encontrava. (IBGE, 2010).

conseguir o atendimento foram avaliados com 5 níveis de resposta que variaram de excelente a muito ruim.

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

As informações recebidas foram tabuladas e analisadas utilizando-se o teste de Friedman para detectar diferenças entre as 5 dimensões estudadas. Todas as análises estatísticas apresentaram conclusões com 95% de confiança. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Foram utilizados os *software Microsoft Excel 2007* para construção do banco de dados e o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 8.0 para executar as análises.

3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa obedeceu plenamente a todas as normas previstas na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde e passou por avaliação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPQAM) para suas análises norteadoras acerca dos aspectos éticos em investigações científicas que envolvem seres humanos. O projeto foi considerado aprovado conforme documento de parecer em anexo (Anexo B).

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) onde foram especificados os possíveis riscos e benefícios da participação dos usuários nessa pesquisa, solicitando uma assinatura a cada usuário ou responsável legal, que concordou em participar deste estudo.

A apresentação dos resultados foi feita de forma agregada, de modo a não tornar possível a identificação de nenhum usuário participante no estudo. Foi garantido o sigilo das informações pessoais dos usuários, bem como a pesquisa foi realizada de forma a respeitar a privacidade do mesmo durante a aplicação dos questionários, o que ajudou a minimizar os possíveis riscos de constrangimento dos indivíduos.

A coleta de dados foi oficialmente autorizada pela direção do hospital conforme carta de anuência anexa (Anexo D). As informações obtidas neste estudo serão mantidas em acervo exclusivo aos pesquisadores envolvidos na pesquisa, sendo guardados os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, confidencialidade e privacidade exigidas pela resolução acima citada.

4 RESULTADOS

Do total de entrevistados (n=446), 89,3% pertenciam ao sexo feminino. A faixa etária predominante no estudo ficou em 31 a 49 com 43,4%. Quanto ao nível de escolaridade, houve predomínio de baixa escolaridade com 59,4% do total. A maioria dos usuários entrevistados são de pessoas não trabalhadoras, ou seja, pessoas não economicamente ativas, com 52,9% do total, seguidos de pessoas empregadas (28,8%) e autônomos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição percentual das características sócio econômicas dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2009.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	48	10,7
Feminino	398	89,3
Faixa etária		
13 a 20 anos	29	6,6
21 a 30 anos	102	22,8
31 a 49 anos	194	43,4
50 anos e mais	121	27,2
Escolaridade		
Baixa	265	59,4
Alta	181	40,6
Situação ocupacional		
Empregado	128	28,8
Não trabalhador	236	52,9
Autônomo	82	18,3

As dimensões avaliadas para medir a qualidade dos serviços utilizados pelos usuários do ambulatório do hospital foram: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia.

A tabela 2 mostra que os usuários estão mais insatisfeitos quanto à empatia e à confiabilidade (ambos com média de -2,1), uma vez que estes indicadores apresentaram uma distância maior da média entre a avaliação do HUAC e o que

seria um hospital ideal, ou de excelência. Os demais resultados demonstraram resultados inferiores, o que demonstra uma menor insatisfação. O atendimento foi o melhor indicador avaliado.

De um modo geral, o usuário do HUAC está insatisfeito com a qualidade do serviço oferecido na unidade de saúde. A avaliação geral do serviço prestado pela instituição variou de -76,0 a 33,0 com média igual a -7,1. O valor negativo para este indicador revela que o desempenho percebido é inferior ao esperado, portanto, a qualidade percebida está aquém da esperada, indicando insatisfação

Tabela 2 – Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto aos indicadores da qualidade do serviço. Campina Grande - PB, 2009.

Indicadores	Medidas descritivas			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tangibilidade	- 12,0	10,0	-1,7	3,3
Confiabilidade	- 20,0	10,0	- 2,1	4,6
Atendimento	- 16,0	12,0	- 0,2	3,9
Segurança	- 15,0	4,0	- 1,0	2,6
Empatia	- 20,0	8,0	- 2,1	4,4
Avaliação geral	-76,0	33,0	-7,1	14,6

Nota: $p < 0,000$ – Teste de Friedman

Em relação a análise da importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço do HUAC, os usuários demonstraram que dão maior importância para a confiabilidade (35,9), segurança (21,9) e atendimento (18,7). A tangibilidade e a empatia foram os indicadores que receberam o menor grau de importância na opinião dos usuários do HUAC (Tabela 3).

Tabela 3 - Satisfação dos usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro quanto à importância atribuída aos indicadores da qualidade do serviço. Campina Grande - PB, 2009.

Indicadores	Medidas descritivas			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tangibilidade	0	100	10,1	22,9
Confiabilidade	0	100	35,9	37,4
Atendimento	0	100	18,7	31,2
Segurança	0	100	21,9	32,2
Empatia	0	100	13,6	25,9

Nota: $p < 0,000$ – Teste de Friedman

Na seqüência, tem-se os resultados relacionados à qualidade percebida dos serviços fornecidos aos usuários através dos *gaps* das 3 dimensões de maior importância para os usuários. Os valores negativos indicam uma qualidade percebida insatisfatória, os valores iguais a zero a qualidade percebida é aceitável e os valores positivos a qualidade percebida é boa.

O indicador confiabilidade merece ser destacado por ter sido considerado o mais importante pela maioria dos usuários. A análise dos itens que compõem esse indicador revela que a maior insatisfação está relacionada ao cumprimento das atividades nos horários marcados, pois o valor da diferença é de - 0,59. O nível de insatisfação dos usuários do HUAC em relação à execução de tarefas sem cometer erros também teve sua diferença entre o percebido e o esperado na ordem de - 0,53. Neste indicador, o item “execução dos serviços de forma correta logo da primeira vez”, teve uma avaliação por parte dos usuários com discreta insatisfação (tabela 4).

Tabela 4 – Desempenho dos atributos (itens) do indicador confiabilidade em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2009.

Medida da avaliação da qualidade do serviço				
Itens do indicador confiabilidade	Percebido (recebido)	Ideal (expectativa)	Gap (desempenho percebido menos ideal)	Gap médio
Q5 – O HUAC deve fazer suas atividades no horário marcado.	4,30	4,89	- 0,59	
Q6 - O HUAC deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas dos usuários.	4,52	4,95	- 0,43	
Q7 – O HUAC deve executar os serviços de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	4,33	4,50	- 0,17	- 0,41
Q8 – O HUAC deve prestar seus serviços no prazo de execução prometido.	4,60	4,94	- 0,34	
Q9 – O HUAC deve executar suas tarefas sem erros.	4,36	4,89	- 0,53	

Analisando o indicador “segurança”, os resultados revelam que o nível de insatisfação são baixos, e de forma geral a segurança é melhor avaliada pelos usuários do que a confiabilidade. Nesse indicador, o comportamento dos trabalhadores do HUAC em relação a transmissão de confiança aos usuários, obteve os maiores níveis de insatisfação (- 0,35) (tabela 5).

Tabela 5 – Desempenho dos atributos (itens) do indicador segurança em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2009.

Medida da avaliação da qualidade do serviço				
Itens do indicador segurança	Percebido (recebido)	Ideal (expectativa)	Gap (desempenho percebido menos ideal)	Gap médio
Q14 – No HUAC o comportamento dos trabalhadores deve transmitir confiança aos usuários.	4,64	4,99	- 0,35	
Q15 – Usuários do HUAC devem sentir-se seguros em realizar suas consultas nessa instituição.	4,78	4,98	- 0,20	
Q16 – Os trabalhadores do HUAC devem ser educados com seus usuários	4,74	5,00	- 0,26	- 0,25
Q17 – Os trabalhadores do HUAC devem ter conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários.	4,68	4,88	- 0,20	

Outro indicador que foi considerado importante pelos usuários foi em relação a qualidade do atendimento. Nesse indicador, os usuários se mostraram insatisfeitos com o fato dos trabalhadores do HUAC não disponibilizarem tempo para tirar dúvidas de seus usuários. Em contrapartida, a rapidez com que os trabalhadores atendem os usuários, revelou uma qualidade percebida aceitável (Tabela 6).

Tabela 6 – Desempenho dos atributos (itens) do indicador atendimento em relação à qualidade dos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2009.

Medida da avaliação da qualidade do serviço			
Itens do indicador atendimento	Percebido (recebido)	Ideal (expectativa)	Gap (desempenho percebido menos ideal)
Q10 – Os trabalhadores do HUAC devem prometer realizar os serviços nos prazos em que serão executados.	4,59	4,95	- 0,36
Q11 – Os trabalhadores do HUAC devem prestar atendimento com rapidez aos seus usuários.	4,40	4,37	0,03
Q12 – Os trabalhadores do HUAC devem ter sempre boa vontade em ajudar seus usuários.	4,68	4,98	- 0,30
Q13 – Os trabalhadores do HUAC nunca devem estar ocupados para esclarecer dúvidas dos seus usuários.	4,35	3,92	- 0,43

Em relação a análise das questões que procuraram mensurar a satisfação com o acesso aos serviços ambulatoriais do HUAC, o tempo de deslocamento até o hospital, o tempo de espera entre a chegada ao HUAC e o término do atendimento e o tempo entre a marcação e a efetivação da consulta tiveram percentuais de satisfação abaixo do corte considerado de 50% para mensurar a satisfação. O maior percentual de satisfação encontrado foi em relação ao tempo de duração da consulta (77,9%) e em relação ao número de vezes que o usuário precisou procurar o HUAC até ser atendido (Tabela 7).

Tabela 7 – Percentual de satisfação segundo o acesso aos serviços do Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande - PB, 2009.

Aspectos do acesso	N	%
Tempo de deslocamento até o HUAC	445	47,0
Tempo de espera entre chegada ao HUAC e término do atendimento	437	41,4
Duração da consulta	435	77,9
Tempo entre marcação e efetivação da consulta no HUAC	443	34,8
Número de vezes que procurou o HUAC até ser atendido	442	68,8

Nota: os valores de N menores do que 446 representam os "missings" das questões.

5 DISCUSSÃO

A avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde tem sido cada vez mais enfocada na literatura (DONABEDIAN, 1992; FRANCO; CAMPOS, 1998; NOGUEIRA, 1994). Ela já é uma temática consagrada e reconhecida em suas várias abordagens (DESLANDES, 1997). Segundo Serapioni (1999), a novidade no movimento atual é a inserção da opinião dos usuários como um aspecto determinante para a avaliação qualidade destes serviços.

A publicação da RADIS 23, em julho de 2004, sobre os primeiros resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) realizada no Brasil em 2003 revelou que 58% das pessoas entrevistadas estavam insatisfeitas com o funcionamento da assistência de saúde do país (SZWARCOWALD et al., 2004).

Reconhecendo essa crescente importância e legitimidade da perspectiva avaliativa dos usuários acerca da qualidade dos serviços de saúde e que a satisfação do usuário refere-se à percepção subjetiva que cada indivíduo tem do serviço que recebe (SILVA; FORMIGLI, 1994), buscamos investigar a satisfação dos usuários do ambulatório do HUAC sob as 5 dimensões da qualidade definidas por Parasuraman, Zeithalm e Berry (1990) no SERVQUAL, bem como no que se refere ao acesso à esses serviços.

Os dados obtidos neste estudo, assim como nos trabalhos de Hercos e Berezovsky (2006), demonstram que a escala SERVQUAL adaptada, apresentou um índice adequado de consistência interna, tendo sido observada a existência de *gap's* entre a percepção da qualidade dos serviços recebidos e a expectativa dos usuários sobre estes serviços. Dessa maneira, temos que este instrumento é perfeitamente aplicável para avaliar serviços de saúde.

O perfil predominante dos usuários encontrados neste estudo foi de uma população adulta, do sexo feminino, de baixa escolaridade e não economicamente ativas, resultados estes encontrados também nos trabalhos de Mendes et al. (2009).

De maneira geral foi observado um grau significativo de insatisfação dos usuários em relação à qualidade dos serviços prestados pelo HUAC, sendo que essa insatisfação se revela mais especificamente quanto aos aspectos da Confiabilidade e Empatia. As outras dimensões, Tangibilidade, Segurança e

Atendimento, tiveram menores graus de insatisfação, tendo o atendimento se apresentado com menor grau de insatisfação.

Observa-se assim, a necessidade de intervenções administrativas imediatas na tentativa de corrigir tal insatisfação. Para Akerman e Nadanovsky (1992), para avaliar a qualidade de um serviço, deve-se levar em consideração a opinião de quem a define, não existindo serviços excelentes se o usuário, alvo deste serviço, não estiver plenamente satisfeito.

Não fora objetivo deste estudo, analisar a associação entre as características socioeconômicas e o grau de satisfação dos usuários. Porém, a insatisfação encontrada nesses resultados pode ser atribuída, assim como no trabalho de Gouveia (2009), a existência de uma expectativa de qualidade já elevada na população usuária do SUS.

Tratando-se da análise de importância conferida pelos usuários às 5 dimensões da qualidade do instrumento SERVQUAL, a confiabilidade foi o aspecto que os usuários atribuíram maior importância, corroborando com os trabalhos de Dalazana, Ferreira e Talamini (2007), e os estudos de Parasuraman, Zeithalm e Berry (1990), que também obtiveram a confiabilidade como a dimensão mais relevante. Ainda conforme os resultados dos estudos anteriormente citados, a dimensão menos importante apontada foi a tangibilidade.

Tendo sido considerada a dimensão mais importante, foi a confiabilidade a dimensão que obteve o menor grau de satisfação, sendo o cumprimento das atividades no horário marcado o item mais crítico, seguido da realização das atividades sem erros. Essa insatisfação foi revelada por comentários feitos pelos usuários no momento da realização das entrevistas tais como “O médico só chega muito atrasado”; “o médico marca numa hora e só chega 2 ou 3 horas depois...” ou ainda, fazem comentários dizendo que vão tentar marcar com outro médico da mesma especialidade, uma vez que aquele atendimento tornou-se não confiável porque a equipe (médico e enfermagem) foram rudes e não prestaram a devida atenção no usuário.

De acordo com Lemme, Noronha e Resende (1991), é no estilo de comunicação que a relação entre médicos e pacientes se consolida, predominando sobre a qualidade técnica no decorrer do atendimento, conseguindo-se assim, estabelecer uma relação de confiança. Os médicos que demonstram interesse, amizade, vontade de ajudar, bom humor, simpatia e calor humano, conseguem as

melhores respostas nos tratamentos e maiores graus de satisfação por parte dos usuários.

Quanto à dimensão segurança, apontada pelos usuários do HUAC como a segunda dimensão mais importante quando se trata de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, a insatisfação encontrada refere-se à transmissão de confiança dos profissionais para os usuários, confirmando os resultados de Junqueira e Auge, (1995), realizado na Secretaria Municipal de Guarulhos – São Paulo, que também apresentou a falta de confiança nos profissionais e nos serviços como um item de elevado grau de insatisfação.

Referente ao atendimento, terceira dimensão no *ranking* de importância para a avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do HUAC, o item que trata da rapidez com que os profissionais realizam o atendimento foi o único que apresentou satisfação aceitável. A maior insatisfação observada foi quanto a não disponibilidade de tempo dos profissionais para esclarecer as dúvidas aos usuários. Esses resultados apresentam similaridade com o estudo qualitativo de Lemme, Noronha e Resende (1991) realizado em um hospital universitário no Rio de Janeiro, que constatou que as reclamações mais frequentes estavam relacionadas ao atendimento oferecido pelo profissional, tais como falta de atenção e desinteresse. Expressões ditas pelos usuários entrevistados do tipo “gostaria que o médico olhasse para mim...” ou ainda, “esse médico além de demorar muito pra chegar, ainda nos atende com má vontade”, confirmam essa fraqueza no serviço do HUAC.

Gouveia et al. (2005) em **Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil - 2003**, afirma que do ponto de vista dos usuários dos serviços de saúde no país, a satisfação com o atendimento está relacionada a qualidade do tratamento por parte do profissionais, ao cuidado recebido e a solução dos problemas, mas sobretudo, ao acesso aos serviços. Assim sendo, quando tratamos neste estudo sobre o aspecto do acesso ao HUAC, foi observado elevado percentual de insatisfação, sendo os principais relativos ao tempo entre a marcação e a efetivação da consulta, tempo de espera entre a chegada ao hospital e o término do atendimento e ao tempo de deslocamento até o HUAC.

Considerando o tempo entre a marcação e a efetivação da consulta, pode-se perceber que o gerenciamento dos serviços de saúde pública de Campina Grande, realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, ainda deixa muito a desejar principalmente no que se refere à regulação e organização das ações de saúde no

município, uma vez que, todos os agendamentos de consulta para o HUAC são realizados pela supracitada secretaria. Alguns comentários feitos aos entrevistadores e registrados nos diários de campo tratavam desse item. Por exemplo, podemos citar: “passei dois anos para marcar essa consulta no meu bairro”.

Quanto ao tempo de espera prolongado, Hercos e Berezovsky, (2006) afirmam que já existe consenso entre autores de que esse tempo de espera seja um dos pontos débeis dos serviços públicos. Para esses autores e para Franco e Campos (1998) a denominação PACIENTE é de fato a palavra mais adequada para denominar usuários de serviços públicos de saúde. Outros autores ainda tais como Gouveia (2009); Junqueira e Auge (1995); Mendes et al. (2009), também encontraram como resultado dos seus estudos o tempo de espera como o aspecto do acesso que gera maior grau de insatisfação. De forma similar aos trabalhos destes autores, este estudo encontrou o tempo de espera como sendo um aspecto causador de elevado percentual de insatisfação, constituindo-se como fonte das principais reclamações dos usuários do HUAC. Para ilustrar essas reclamações, podemos exemplificar com a seguinte expressão, muito frequente durante as entrevistas: “o tempo que a gente espera aqui nessa cadeira é muito grande”.

Em se tratando do tempo de deslocamento até o HUAC, as maiores queixas estão relacionadas ao transporte, geralmente fornecido pelas prefeituras dos municípios circunvizinhos, pactuados com a Secretaria de Saúde de Campina Grande, para possibilitar que seus munícipes venham até o hospital para realizar suas consultas. Em Campina Grande, o HUAC está bem localizado, próximo ao centro da cidade, com várias opções de transporte a disposição, sejam eles públicos ou particulares. Os usuários que possuem dificuldade de acesso geográfico sentem essa limitação por dependerem das ambulâncias ou dos carros oficiais das prefeituras. Pesquisando esses usuários foi comum ouvir “tive que remarcar minha consulta porque meu prefeito não liberou o carro para eu vir”. Apesar de influenciar no percentual de satisfação com os serviços do HUAC, esse item não se constitui como fraqueza da instituição, uma vez que o transporte é disponibilizado pelos municípios pactuados.

Ainda tratando da dimensão acesso, os usuários do HUAC demonstraram-se satisfeitos apenas com o tempo de duração da consulta e com o número de vezes que procuraram o hospital para serem atendidos.

A satisfação dos pacientes com a atenção recebida é um dos indicadores de melhoria da qualidade do serviço (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006). Considerando que essa satisfação diz respeito à percepção subjetiva que cada sujeito tem do serviço prestado, é imprescindível aos gestores conscientizarem-se da importância de cada uma das cinco dimensões da qualidade, principalmente as que apresentaram maiores fragilidades, de modo que intervenções administrativas sejam implementadas, na tentativa de reorganizar o serviço e melhorar o grau de satisfação de seus usuários.

Os resultados obtidos neste estudo sugerem o monitoramento e a avaliação sistemática e permanente da qualidade dos serviços prestados no HUAC, segundo a opinião de quem utiliza tais serviços, trazendo assim sugestões e críticas concretas que possibilitem solucionar as fragilidades encontradas, planejar ações estratégicas efetivas para a melhoria do serviço oferecido e atender plenamente as expectativas dos usuários.

Deste modo, propõe-se que a satisfação do usuário torne-se um objetivo estratégico para o ambulatório do HUAC, tendo em vista seu importante papel na rede assistencial do SUS em Campina Grande. A melhoria da qualidade deste serviço de saúde constitui-se como um passo fundamental para a melhora efetiva da saúde da população paraibana e para a consolidação do SUS como um sistema de saúde legítimo, efetivo e eficiente.

6 CONCLUSÕES

- a) O perfil dos usuários do HUAC entrevistados foi predominantemente pessoas adultas, do sexo feminino, de baixa escolaridade e não economicamente ativas;
- b) As dimensões de maior insatisfação revelada pelos usuários foram relativas à confiabilidade e empatia. O atendimento foi o melhor indicador avaliado;
- c) A avaliação geral revelou que os usuários estão insatisfeitos com os serviços prestados pelo HUAC, uma vez que sua expectativa encontra-se acima da qualidade percebida, considerando-se as dimensões da qualidade estudadas;
- d) Para os usuários entrevistados, a dimensão da avaliação da qualidade mais importante é a confiabilidade, seguido de segurança e atendimento;
- e) A insatisfação dos usuários, no que se refere ao aspecto da confiabilidade, está principalmente relacionada ao cumprimento das atividades no horário marcado e na execução de tarefas sem erros;
- f) Em relação à segurança, os resultados apontaram baixa insatisfação, sendo o comportamento dos servidores quanto à transmissão de confiança aos usuários a questão geradora de maior insatisfação;
- g) Quanto ao atendimento, apesar de ter sido o melhor indicador avaliado, o maior grau de insatisfação revelado foi a não disponibilidade de tempo dos profissionais para tirar as dúvidas dos usuários. Ainda nesta dimensão, a rapidez no atendimento mostrou uma qualidade percebida aceitável;
- h) No que se refere ao acesso, o tempo de espera entre a marcação e a efetivação da consulta, o tempo de espera entre a chegada ao hospital e o término da consulta e o tempo de deslocamento do usuário até o hospital apresentando elevados percentuais de insatisfação.
- i) Os usuários só demonstraram satisfação com o tempo de duração da consulta e com número de vezes que procuraram o HUAC para serem atendidos.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. *Saúde em debate*, Londrina, n. 33, p. 50-53, 1991.

AKERMAN, M; MENDES, R.; BORGES, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 605-615, jul./set., 2004.

AKERMAN, M; NADANOVSKY P. Avaliação dos serviços de saúde: Avaliar o quê? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.44, p. 361-365, out./dez., 1992.

ALMEIDA, H. M. S. Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 5-10, jul./set., 2001.

ARROYO, C. S. *Qualidade de Serviços de Assistência à Saúde: o tempo de atendimento da consulta médica*. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO. *Hospitais universitários e de ensino no Brasil: desafios e soluções*. Disponível em: <http://www.abrahue.org.br/pdf/hu_desafios_solucoes.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

AZEVEDO, C. S. *Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro*. 1993. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

BARBANTI, P. Gestão e Saúde. *Cadernos FGV Projetos*, ano 4, n. 9, p. 16-20, ago., 2009.

BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo: Makron Books, 1994.

BONACIM, C. A. G; ARAÚJO, A. M. P. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 49. n. 4, p.419-433, out./dez., 2009.

BONATO, V. L. *Gestão em Saúde: Programas de qualidade em Hospitais*. São Paulo: Ícone, 2007.

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Senado. 1988.

BRASIL. *Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: < [http:// www.planalto.gov.br/.../Decreto/D7082.htm](http://www.planalto.gov.br/.../Decreto/D7082.htm)>. Acesso em: 20 abr. 2010.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 05 fev. 2010.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C.P.; BURALLI, K.O. Avaliação de ações e serviços de saúde. *Mundo da Saúde*, São Paulo, n.24, p.72-88, 2000.

COHEN, E; FRANCO, R. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petrópolis: Vozes. 1998.

CONTANDRIPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-46.

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

DEMO, P. *Avaliação Qualitativa*. São Paulo: Editora Cortez. 1999.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*. Rio de Janeiro, v.13, p.103-107., 1997.

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

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

DONABEDIAN, A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in quality assessment and monitoring)*. v. 1. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. In *QRB*, n. 18, p.356-360.1992.

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

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

FERREIRA, A. B. H. NECESSIDADE. In: _____. *Novo dicionário Aurélio*. 15. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

FITZSIMMONS, J. A; FITZSIMMONS, M. J. *Administração de Serviços*. Porto Alegre: Bookman, 1998.

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

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n.6, p.165-181, 2001.

FURTADO, T. O Gerenciamento da Saúde Brasileira. *Cadernos FGV Projetos*, n.3, ano 2, p. 14-15, abr., 2007.

GATTINARA, B.C.; IBACACHE, J.; PUENTE, C.; GIACONI, J.; CAPRARA, A. Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos Norte y Ichilo, Bolívia. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, n.11, p.425-438, 1995.

GOUVEIA, G. C. *Avaliação da satisfação dos usuários com o Sistema de Saúde brasileiro*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, Recife, 2009.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W.V; LUNA, C.F; SOUZA-JUNIOR P.R.B; SZWACWALD, C. L. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no Brasil – 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, supl, p.109-118, 2005.

GUEDES, D. G. M; GARCIA, T. R. Atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde e satisfação do usuário: estudo no município de Campina grande (PB). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.59, p.40-49, set./dez., 2001.

GURGEL, G. D; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência e saúde coletiva*, v.7, n.2, p.325-334, 2002.

HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, São Paulo, v.69, n. 2, p. 213-219, 2006.

ISHIKAWA, K. *Controle de Qualidade Total*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n.19, p.60-78, jan./abr, 1995.

KOTLER, P. *Administração de Marketing: a edição do novo milênio*. 10 ed. São Paulo: Prantice Hall, 2000.

LAS CASAS, A. L. *Qualidade Total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LEBOW, J. L. Consumer assessments of the quality of medical care. *Medical Care*, n.12, v.4, p.328-337, 1974.

LEMME, A. C.; NORONHA, G.; RESENDE, J. B. A satisfação do usuário em hospital universitário. *Revista de saúde pública*, São Paulo, v.25, n.1, p. 41-46, 1991.

MACHADO, N.P; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Revista brasileira de fisioterapia*. São Paulo, v.12, n.5, p.401-408, 2008.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

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

MALIK, A. M; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. Série Saúde e Cidadania, v.3. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

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

MENDES, A. C. G et al. Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.9, n.2, p. 157-165, abr./jun., 2009.

MENDES, N. C. N.; OLIVEIRA, J. A.; MEDEIROS, D. D. Qualidade de serviço e comprometimento organizacional em uma organização de saúde: um estudo de caso no setor ambulatorial do Hospital do Câncer de Natal-RN. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 21, 2001, Salvador. *Anais. Salvador: ABEPRO*, 2001.

MIGUEL, L. F. Impasses da accountability: dilemas e alternativas da representação política. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 25, p.25-38, nov, 2005.

MIRSHAWKA, V. *Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.

MORAES, M. N.; LACOMBE, A. A medição da qualidade em serviços de distribuição: um estudo de caso. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 23,1999. Foz do Iguaçu. *Anais*. Foz do Iguaçu: ANPAD. 1999.

MOTTA, V. T.; CORRÊA, J. A.; MOTTA, L. R. *Gestão da qualidade no laboratório clínico*. 2 ed. Caxias do Sul: Médica Missau, 2001.

NOGUEIRA, L. C. L. *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Belo Horizonte: EDG, 1999.

NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA et al. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, S. M. A. *Qualidade da assistência hospitalar: avaliação a satisfação dos usuários durante seu período de internação*. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988.

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

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v.1, n.19, p.27-34, jan./fev., 2003.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v.6, n.1, jan./mar., 1990.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, M. P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 48, p.109-119, 1995.

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

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

SOUZA, C. F. *A percepção dos usuários da UBS Cedro Alvorada sobre o acolhimento de demandas de pronto-atendimento e acompanhamento no PSF da UBS Cedro*. 2006. Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SPILLER, E. S. et al. *Gestão dos serviços em saúde*. Série Gestão em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

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

TANAKA, O.Y; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Org). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TEMPORÃO. J. G. Gestão e Saúde. *Cadernos FGV Projetos*, n.9, ano 4, p. 8-15, ago., 2009.

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

TRAD; L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.429-435, abr./jun., 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20 supl 2. p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; NOVAES, H. M. D. Investigação e avaliação em serviços de saúde. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v.20, sup.2, p.144-145, 2004.

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, nov./dez., 2002.

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

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

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



WEISS, L. G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Medical Care*, v.26, p.383-392.1988.

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

ANEXO A – INSTRUMENTO DE PESQUISA SERVQUAL ADAPTADO

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

Obrigado por colaborar!

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

16. Os trabalhadores de excelentes hospitais serão educados com seus usuários.	1	2	3	4	5
17. Os trabalhadores, em excelentes hospitais, terão os conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários.	1	2	3	4	5
18. Excelentes hospitais darão atenção individual a cada usuário.	1	2	3	4	5
19. Excelentes hospitais terão horários de funcionamento convenientes para todos seus usuários.	1	2	3	4	5
20. Excelentes hospitais terão que oferecer atendimento individual a cada usuário.	1	2	3	4	5
21. Excelentes hospitais estarão dispostos em oferecer o melhor serviço a seus usuários.	1	2	3	4	5
22. Excelentes hospitais perceberão as necessidades específicas de seus usuários.	1	2	3	4	5

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

11. Os trabalhadores do HUAC dão atendimento com agilidade.	1	2	3	4	5
12. Os trabalhadores do HUAC têm sempre boa vontade em ajudá-lo.	1	2	3	4	5
13. Os trabalhadores do HUAC nunca estão ocupados para esclarecer suas dúvidas.	1	2	3	4	5
14. O comportamento dos trabalhadores do HUAC te transmite confiança.	1	2	3	4	5
15. Você sente-se seguro em suas consultas com o HUAC.	1	2	3	4	5
16. Os trabalhadores do HUAC são educados com você.	1	2	3	4	5
17. Os trabalhadores do HUAC possuem os conhecimentos necessários para responder às suas questões.	1	2	3	4	5
18. O HUAC lhe dá atenção individualizada.	1	2	3	4	5
19. O HUAC tem horários de funcionamento convenientes para todos seus usuários.	1	2	3	4	5
20. O HUAC tem trabalhadores que dão a você um atendimento personalizado.	1	2	3	4	5
21. O HUAC está disposto em prestar o melhor serviço a você.	1	2	3	4	5
22. O HUAC percebe suas necessidades específicas.	1	2	3	4	5

Parte III

Nós gostaríamos de conhecer o grau de importância de cada uma dessas características para você quando você avalia uma instituição de serviços de saúde. Por favor, você tem 100 pontos para distribuir entre as cinco características de acordo com a importância dada por você para cada uma delas. Por favor, assegure-se de que a soma dos pontos dados a cada uma das características totalize 100.

1. A aparência das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação.	_____ pontos
2. A capacidade em prestar o serviço prometido de forma precisa e confiável.	_____ pontos
3. A disposição para ajudar seus usuários e prestar os serviços com rapidez.	_____ pontos
4. O conhecimento e a educação dos trabalhadores e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade.	_____ pontos
5. O cuidado e a atenção individualizados proporcionados aos usuários.	_____ pontos
TOTAL DE PONTOS	100 pontos

Qual das cinco características acima é a mais importante para você? (Por favor, coloque o número da característica de 1 a 5).	_____
Qual é a segunda mais importante para você?	_____
Qual é a menos importante para você?	_____

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

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

- excelente
- bom
- razoável
- ruim
- muito ruim

Como o Sr. avalia o tempo de espera entre a chegada ao hospital e o término do seu atendimento?

- excelente
- bom
- razoável
- ruim
- muito ruim

Como o Sr. avalia o tempo de duração da consulta ?

- excelente
- bom
- razoável
- ruim
- muito ruim

Como o Sr. avalia o tempo de espera entre a marcação da consulta e a data da efetivação da consulta?

- excelente
- bom
- razoável
- ruim
- muito ruim

Como o Sr. avalia a quantidade de vezes que precisou vir ao hospital para conseguir o atendimento?

- excelente
- bom
- razoável
- ruim
- muito ruim

Agora fale um pouco sobre você:

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Nível de Escolaridade:

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

Situação ocupacional:

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

ANEXO B – Parecer do Comitê de ética



Título do Projeto: Qualidade em serviços públicos de saúde: A percepção dos usuários do Hospital Universitário em um município paraibano.

Pesquisador responsável: Daisy Ferreira Ribeiro

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 14/08/2009

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 41/09

Registro no CAAE: 0039.0.095.000-09

PARECER Nº 42/2009

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

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 03 de setembro de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 03 de setembro de 2009.


Rafael da Silveira Moreira
Cirurgião Dentista
Vice Coordenador
MAGALHÃES
CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 03/09/2010.

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Este estudo está sendo conduzido pela FIOCRUZ/Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, sob a responsabilidade da mestranda Daisy Ferreira Ribeiro e orientação da Professora Dra Giselle Campozana Gouveia.

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

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO.**

Pesquisadora responsável: **Daisy Ferreira Ribeiro**

Telefone da pesquisadora para contato: **(83) 2101-5528.**

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

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

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Caso você sinta necessidade de saber se este projeto foi aprovado em um Comitê de Ética poderá acessar o site: www.saude.gov.br/sisnep.

Se concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. Esta pesquisa terá início em outubro de 2009 com previsão de término para dezembro de 2009. Em qualquer fase deste estudo, é assegurado seu direito de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo da sua parte.

Daisy Ferreira Ribeiro
Pesquisadora

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____.

RG: _____ CPF: _____, abaixo

assinado, concordo em participar da pesquisa **QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO**, como sujeito. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Discuti com a pesquisadora Daisy Ferreira Ribeiro sobre a minha decisão em participar desse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os procedimentos adotados. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Campina Grande, ____/____/2009.

Assinatura do usuário

Daisy Ferreira Ribeiro
Pesquisadora

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(menores de 18 anos)

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

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

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

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: **QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO.**

Pesquisadora responsável: **Daisy Ferreira Ribeiro**

Telefone da pesquisadora para contato: **(83) 2101-5528.**

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar a satisfação dos usuários dos serviços de saúde oferecidos no ambulatório do Hospital Universitário Alcides Carneiro e para tanto será aplicado um formulário com questões fechadas sobre os serviços avaliados.

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

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora para esclarecimentos de eventuais dúvidas. Caso você sinta necessidade de saber se este projeto foi aprovado em um Comitê de Ética poderá acessar o site: www.saude.gov.br/sisnep.

Se concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. Esta pesquisa iniciou em outubro de 2009 com previsão de término para dezembro de 2009. Em qualquer fase deste estudo, é assegurado seu direito de retirar o consentimento sem qualquer prejuízo da sua parte.

Daisy Ferreira Ribeiro
Pesquisadora

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, _____,
RG: _____ CPF: _____, abaixo
assinado, concordo que meu (minha) filho (a) _____
nascido(a) em ____ / ____ / _____, participe voluntariamente da pesquisa **QUALIDADE
EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM UM MUNICÍPIO PARAIBANO**, como sujeito. Tive
pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o
estudo. Discuti com a pesquisadora Daisy Ferreira Ribeiro sobre a minha decisão em
participar desse estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo e os procedimentos
adotados. Concordo em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a
qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação
no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Campina Grande, ____/____/2009.

Assinatura do usuário

Daisy Ferreira Ribeiro
Pesquisadora

ANEXO D – Carta de Anuência



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Rua Dr Carlos Chagas, s/n – São José
58.400-398 – Campina Grande – PB
Fone: (83) 2101-5526/2101-5502 – Fax: (83) 2101-5523
Email: diretoriaaer@ufcg.edu.br

CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), sediada à rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José, na cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, inscrita no CNPJ Nº 05.055.128/0002-57, aqui representado por Alana Abrantes Nogueira de Pontes, CPF nº 338.951.714-68, atualmente exercendo a função de Diretora Geral, declara ter conhecimento das atividades a serem realizadas no HUAC em função do projeto de mestrado **Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: A percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano**, que tem por responsável a servidora Daisy Ferreira Ribeiro, mestranda do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ.

Campina Grande, 10 de julho de 2009.

Alana Abrantes Nogueira de Pontes
Diretora Geral do HUAC
SIAPE 2024297