UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar:
o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes

Cláudia Elisângela Fernandes Bis Furlan

Ribeirão Preto

2011

CLÁUDIA ELISÂNGELA FERNANDES BIS FURLAN

Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar:
o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes

Tese apresentada Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Comunicação em Enfermagem

Orientadora: Isabel Amélia Costa Mendes

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Furlan, Cláudia Elisângela Fernandes Bis

Avaliação de qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes. Ribeirão Preto, 2011.

112 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental
Orientadora: Mendes, Isabel Amélia Costa.

1. Enfermagem; 2. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde; 3. Qualidade da Assistência à Saúde; 4. SERVQUAL; 5. Avaliação de Serviços de Saúde, 6. Gestão de Qualidade.

FURLAN, Cláudia Elisângela Fernandes Bis

Avaliação da qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes

Tese apresentada a Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Enfermagem Fundamental.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____ Assinatura _____

RESUMO

FURLAN, C. E. F. B. Avaliação de qualidade do atendimento hospitalar: o esperado e o percebido por clientes e acompanhantes. 2011. 112p, Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

O presente estudo teve como objetivo identificar a avaliação de qualidade do atendimento hospitalar de clientes e acompanhantes de um hospital privado. Para tal, foi desenvolvido em duas etapas, sendo a primeira uma revisão integrativa cuja questão norteadora foi: - Qual é o conhecimento produzido na enfermagem na última década, utilizando o questionário SERVQUAL? Foram encontrados três estudos descritivos, com abordagem quantitativa e de nível 4 de evidência. Na segunda etapa foi desenvolvido estudo exploratório descritivo de natureza quantitativa e delineamento não-experimental transversal, cujos dados são provenientes das variáveis medidas nas dimensões do questionário SERVQUAL expectativa e percepção, antes e após a internação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP. Foi desenvolvida em uma instituição hospitalar de atenção médica suplementar, na cidade de Ribeirão Preto, no período de dezembro de 2010 a março de 2011, com clientes e acompanhantes de ambos os sexos que procuraram a instituição por motivo cirúrgico eletivo. O questionário utilizado é composto de 23 pares de afirmativas sendo 22 pares distribuídos nas dimensões tangibilidade (itens 1 a 4), confiabilidade (itens 5 a 9), responsabilidade (itens 10 a 13), segurança (itens 14 a 17) e empatia (itens 18 a 22). A afirmativa 23 é relacionada exclusivamente a qualidade geral do atendimento. As análises exploratórias (frequências), cálculo da consistência interna (alfa de Cronbach) e Coeficiente Kappa foram realizadas por meio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.0 e pelo SAS 9.2®. Os participantes do estudo foram divididos em três grupos: Grupo 1 (clientes, n=172), Grupo 2 (clientes e acompanhantes, n=52) e Grupo 3 (acompanhantes, n=40). Em relação à idade, a maioria do Grupo 1 possuía mais de 60 anos, no Grupo 2 a maioria dos clientes possuía entre 18 e 30 anos e os acompanhantes entre 50 e 60 anos e no Grupo 3 a maioria possuía entre 40 a 49 anos. Em relação ao estado civil, escolaridade e especialidade cirúrgica da internação os participantes se caracterizaram como casados, com terceiro grau completo e realizando/acompanhando cirurgia geral. Os valores de alfa de Cronbach obtidos indicam boa consistência interna Grupo 1 ($\alpha = 0,936$), Grupo 2 ($\alpha = 0,942$) e Grupo 3 (α clientes= 0,904 e α acompanhantes= 0,879). Obtivemos altos graus de concordância nos três grupos Grupo 1 (91,10%), Grupo 2 (87,98%) e Grupo 3 (91,19%). Concluímos que o questionário SERVQUAL foi sensível para captar em quais itens de cada dimensão os clientes e acompanhantes tiveram percepção acima ou abaixo de suas expectativas. Não encontramos na literatura investigações utilizando o SERVQUAL que considerassem a avaliação de qualidade feita por clientes e acompanhantes simultaneamente em instituições hospitalares. Acreditamos que essa avaliação seja válida na obtenção de informações de quem recebe o serviço prestado diretamente (cliente) e de quem participa do processo como observador (acompanhante) ao mesmo tempo. Os resultados deste estudo fornecem subsídios para o desenvolvimento de novas investigações que analisem a qualidade do atendimento hospitalar simultaneamente em instituições semelhantes, abordando além do cliente, acompanhantes, duplas (cliente e acompanhantes simultaneamente) e profissionais de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. SERVQUAL. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão de Qualidade.

ABSTRACT

FURLAN, C. E. F. B. **Hospital quality care assessment: what is expected and perceived by clients and companions.** 2011. 112p, Dissertation (Doctorate in Nursing) – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2011.

This study aimed to identify how clients and companions of a private hospital evaluate the quality of care delivery. For that, the study was conducted in two stages. The first was an integrative literature review whose guiding question was: What is the knowledge produced in nursing in the last decade using the SERVQUAL questionnaire? Three descriptive studies with quantitative approach and with Level of Evidence 4 were found. In the second stage a descriptive-exploratory study of quantitative nature with a non-experimental cross-sectional design was developed. Data originated from variables measured in the dimensions “expectation” and “perception” of the SERVQUAL questionnaire before and after hospitalization. The project was approved by the Ethics Research Committee at the University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing. It was carried out in a hospital facility of supplementary medical care in Ribeirão Preto, SP, Brazil from December 2010 to March 2011 with clients and companions of both genders who sought the facility for elective surgeries. The questionnaire is composed of 23 pair of statements; 22 pairs are distributed in the dimensions: tangibles (items from 1 to 4), reliability (items from 5 to 9), responsiveness (items from 10 to 13), assurance (items 14 to 17) and empathy (items 18 to 22). The statement 23 is exclusively related to the general quality of care. The exploratory analysis (frequencies), computation of internal consistency (Cronbach’s alpha) and Kappa coefficient were performed through the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 15.0 and SAS 9.2®. The study’s participants were divided into three groups: Group 1 (clients, n=172), Group 2 (clients and companions, n=52) and Group 3 (companions, n=40). Most of those in Group 1 were older than 60 years of age, most in Group 2 were between 18 and 30 years of age and companions were between 50 and 60 years of age, and most in the Group 3 were between 40 and 49 years of age. In relation to marital status, education and surgical specialty, patients were characterized as married, with a bachelor’s degree and undergoing/follow-up of general surgery. Cronbach’s alpha values indicate good internal consistency: Group 1 ($\alpha = 0.936$), Group 2 ($\alpha = 0.942$) and Group 3 (α clients= 0.904 and α companions= 0.879). High levels of agreement were obtained in the three groups: Group 1 (91.10%), Group 2 (87.98%) and Group 3 (91.19%). The conclusion is that the SERVQUAL questionnaire was sensitive to grasp in which items of each dimension clients and companions presented perceptions above or below their expectations. Studies using SERVQUAL and addressing quality assessment simultaneously performed by clients and companions in hospital facilities were not found. We believe this assessment is valid to obtain information from the recipients of care (clients) and those who participate in the process as observers (companions) at the same time. This study’s results support the development of further research to simultaneously analyze the quality of hospital care in similar facilities, including in addition to clients, companions, both (clients and companions simultaneously) and nursing professionals.

Key words: Nursing; Quality Assurance, Health Care; Quality of Health Care; SERVQUAL; Health Services Evaluation; Quality Management.

RESUMÉN

FURLAN, C. E. F. B. Evaluación de calidad de la atención hospitalaria: lo esperado y lo percibido por clientes y acompañantes. 2011. 112h, Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La finalidad de este estudio fue identificar la evaluación de calidad de la atención hospitalaria por clientes y acompañantes de un hospital privado. Para eso, fue desarrollado en dos etapas, siendo la primera una revisión integradora con la siguiente cuestión orientadora: - ¿Cuál es el conocimiento producido en la enfermería en la última década, utilizando el cuestionario SERVQUAL? Fueron encontrados tres estudios descriptivos, con aproximación cuantitativa y nivel 4 de evidencia. En la segunda etapa fue desarrollado un estudio exploratorio y descriptivo del tipo cuantitativo y con diseño no-experimental transversal, cuyos datos resultan de las variables medidas en las dimensiones del cuestionario SERVQUAL expectativa y percepción, antes y después de la hospitalización. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la EERP-USP. Fue desarrollada en una institución hospitalaria de atención médica suplementaria, en la ciudad de Ribeirão Preto, Brasil, entre diciembre del 2010 y marzo del 2011, con clientes y acompañantes de ambos sexos que procuraron la institución por motivo quirúrgico electivo. El cuestionario abarca a 23 parejas de afirmativas, siendo 22 parejas distribuidas en las dimensiones tangibilidad (ítem 1 a 4), confiabilidad (ítem 5 a 9), responsabilidad (ítem 10 a 13), seguridad (ítem 14 a 17) y empatía (ítem 18 a 22). La afirmativa 23 refiere exclusivamente a la calidad general de la atención. Los análisis exploratorios (frecuencias), cálculo de la consistencia interna (alfa de Cronbach) y Coeficiente Kappa fueron alcanzados mediante el *software* estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.0 y SAS 9.2®. Los participantes del estudio fueron divididos en tres grupos: Grupo 1 (clientes, n=172), Grupo 2 (clientes y acompañantes, n=52) y Grupo 3 (acompañantes, n=40). Respecto a la edad, la mayoría del Grupo 1 tenía más que 60 años, en el Grupo 2 la mayoría de los clientes tenía entre 18 y 30 años y los acompañantes entre 50 y 60 años y, en el Grupo 3, la mayoría tenía entre 40 y 49 años. Con relación al estado civil, escolaridad y especialidad quirúrgica de la hospitalización, los participantes se caracterizaron como casados, con educación superior completa y fueron sujetos a/acompañaron cirugía general. Los valores del alfa de Cronbach alcanzados indican buena consistencia interna Grupo 1 ($\alpha = 0,936$), Grupo 2 ($\alpha = 0,942$) y Grupo 3 (α clientes= 0,904 y α acompañantes= 0,879). Obtuvimos altos grados de concordancia en los tres grupos Grupo 1 (91,10%), Grupo 2 (87,98%) y Grupo 3 (91,19%). Concluimos que el cuestionario SERVQUAL fue sensible para captar en cuales ítem de cada dimensión los clientes y acompañantes tuvieron percepciones arriba o debajo de sus expectativas. No encontramos en la literatura investigaciones utilizando el SERVQUAL que consideraran la evaluación de calidad hecha por clientes y acompañantes simultáneamente en instituciones hospitalarias. Creemos que esa evaluación sea válida en la obtención de informaciones de quien recibe el servicio prestado directamente (cliente) y de quien participa del proceso como observador (acompañante) al mismo tiempo. Los resultados de este estudio proveen soporte para el desarrollo de nuevas investigaciones que analicen la calidad de la atención hospitalaria de manera simultanea en instituciones semejantes, considerando, además del cliente, acompañantes, parejas (clientes y acompañantes simultáneamente) y profesionales de enfermería.

Términos-clave: Enfermería; Garantía de la Calidad de Atención de Salud; Calidad de la Atención de Salud; SERVQUAL; Evaluación de Servicios de Salud, Gestión de Calidad.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao meu querido marido, Rogério, por todo amor, apoio, compreensão e participação em todos os dias desse trabalho. Sem você, esse trabalho não teria se concretizado. Obrigada pela estrutura que me providenciou e providencia.

Aos meus filhos Juninho e Maria Júlia por compreenderem minha ausência em momentos importantes. Por não me permitirem desanimar e serem a alegria de minha vida. Cada dia mais inteligentes e capazes de enfrentarem o mundo.

À todos de minha família: Cláudio e Cida (meus pais), Camila (irmã), Norisvaldo e Valdete (sogros), Marcelo e Sara (cunhados) que compreenderam minhas ausências e colaboraram sempre, com palavras e atitudes de apoio

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Pai que não me deixou sozinha em nenhum momento nessa caminhada.

À Profa. Dra. Isabel Amélia Costa Mendes, minha orientadora, pelo apoio e encorajamento, pelo exemplo pessoal e profissional.

Às Profa. Dra. Maria Auxiliadora Trevizan e Maria Suely Nogueira pelo carinho e apoio.

À Dra. Simone de Godoy, que não mediu esforços em colaborar com esse trabalho.

Às Profa. Dra. Alessandra Mazzo, que sempre esteve por perto encorajando-me e trazendo contribuições importantes.

A todos participantes dos grupos GEPECOPEn e GepuRHen pela rica contribuição profissional e pessoal em nossas reuniões e eventos, em especial para Sílvia e Mirela.

À instituição de saúde participante do estudo pela permissão da realização e ao acolhimento humano que recebi de todos os funcionários da recepção, da portaria, da enfermagem (centro cirúrgico e alas), da conservação de ambientes, dos recursos humanos, do corpo clínico e de seus gerentes.

A todos os participantes do estudo que contribuíram com esse trabalho, permitindo minha participação nesse momento de suas vidas.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior - CAPES pelo apoio financeiro à pesquisa, por meio da concessão da bolsa de Demanda Social durante o Doutorado.

À Myeko que colaborou profundamente com a análise dos dados.

A Davi que colaborou intensamente com a análise dos dados.

À Cristina pela contribuição ímpar com as referências bibliográficas.

Aos amigos, dentro e fora dos muros da faculdade, que sempre estiveram presentes nas discussões, nas incertezas e na conclusão de cada etapa desse período de doação.

LISTA DE SIGLAS

PDCA	Plan Do Check Action (Planejar Fazer Checar e Agir)
ISO	Internacional Organization for Satandardization
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
SUS	Sistema Único de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ISO	InternationalInternational Organization for Standardization
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
BIREME	Centro Latinoamericano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library (Livraria Científica Eletrônica)
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição Grupo 1 (clientes) em relação a faixa etária. Ribeirão Preto, 2010-2011	66
Tabela 2-	Distribuição dos acompanhantes em relação ao grau de parentesco com os clientes do Grupo 1. Ribeirão Preto, 2010-2011	67
Tabela 3-	Distribuição do Grupo 1 (clientes) em relação a especialidade cirúrgica. Ribeirão Preto, 2010-2011	68
Tabela 4-	Distribuição do Grupo 1 (clientes) em relação a especialidade cirúrgica. Ribeirão Preto, 2010-2011	68
Tabela 5-	Distribuição dos acompanhantes em relação ao grau de parentesco com os clientes do Grupo 2. Ribeirão Preto, 2010-2011	70
Tabela 6-	Distribuição dos clientes do Grupo 2 em relação a especialidade cirúrgica. Ribeirão Preto, 2010-2011	70
Tabela 7-	Distribuição do Grupo 3 (acompanhantes) em relação a faixa etária. Ribeirão Preto, 2010-2011	71
Tabela 8-	Distribuição do Grupo 3 (acompanhantes) em relação ao grau de parentesco com os clientes. Ribeirão Preto, 2010-2011	71
Tabela 9-	Distribuição das especialidades cirúrgicas dos clientes que o Grupo 3 acompanhava. Ribeirão Preto, 2010-2011	72
Tabela 10-	Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 1 (clientes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011	73
Tabela 11-	Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 2 (acompanhantes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011	73
Tabela 12-	Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 3 (clientes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011	74
Tabela 13-	Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 3 (acompanhantes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011	74

Tabela 14-	Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 11 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011	74
Tabela 15-	Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 14 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011	76
Tabela 16-	Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 15 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011	77
Tabela 17-	Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 16 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011	77
Tabela 18-	Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 18 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011	78
Tabela 19-	Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 20 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011	78
Tabela 20-	Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 1, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Tangibilidade. Ribeirão Preto, 2010-2011	82
Tabela 21-	Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 2, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Confiabilidade. Ribeirão Preto, 2010-2011	82
Tabela 22-	Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 3, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Responsabilidade. Ribeirão Preto, 2010-2011	83
Tabela 23-	Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 4, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Segurança. Ribeirão Preto, 2010-2011	83
Tabela 24-	Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 5, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Empatia. Ribeirão Preto, 2010-2011	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian	32
Quadro 2- Valores do Coeficiente Kappa e critérios de concordância	58
Quadro 3- Apresentação de publicações que utilizaram o SERVQUAL na Enfermagem de acordo com base de dados, nome da publicação, autoria, objetivo do estudo e resultados	61

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	14
1.1	Evolução Conceitual e histórica da qualidade	15
	Qualidade de saúde no Brasil	18
1.2	Sistemas de certificação e acreditação de qualidade hospitalar	24
	ISO	25
	ONA	25
	Avaliação da qualidade	29
1.3	Enfermagem e a qualidade	35
	Avaliação da qualidade de enfermagem	40
1.4	O Servqual	43
2.	OBJETIVOS	49
2.1	Objetivo Geral	50
2.2	Objetivos Específicos	50
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	51
3.1	Etapa 1: Revisão Integrativa	52
3.2	Etapa 2: Servqual	53
	a) delineamento do estudo	53
	b) aspectos éticos	53
	c) local de estudo	54
	d) população do estudo	54
	e) mensuração da expectativa e percepção	54
	f) procedimento de coleta de dados	55

g) processamento e análise de dados	57
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
4.1 Etapa 1: Revisão integrativa	60
4.2 Etapa 2: Etapa Servqual	65
a) caracterização da população do estudo	65
b) expectativas e percepções	72
5. CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	96
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
Apêndice B – Item Complementar – Caracterização da Amostra	98
Apêndice C – Tabelas dos Coeficientes Kappa	99
ANEXOS	110
Anexo A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa	111
Anexo B – Questionário SERVQUAL	112

1 INTRODUÇÃO

A introdução deste estudo está dividida em três partes. Na primeira parte, apresentamos tema qualidade de acordo com sua evolução conceitual e histórica, na segunda parte traçamos um perfil da qualidade da saúde no Brasil e na terceira e última parte abordamos a avaliação da qualidade na saúde, discutindo-se temas relacionados como as características dos serviços, as dimensões da qualidade e as principais estratégias adotadas para o alcance da qualidade.

1.1 Evolução conceitual e histórica da qualidade

As escolhas permeiam nosso dia-a-dia. Acordamos e dormimos escolhendo bens e serviços a serem adquiridos ou descartados por suas características que nos agradam ou desagradam, nos satisfazem ou não alcançam nossos desejos e aspirações sobre ele; estão a um custo alto demais para o que representam ou a um custo adequado para o que serão utilizados.

O mundo hoje vive as escolhas realizadas há décadas passadas. Optou-se pela alta tecnologia e consumo de produtos cujas embalagens saltam aos olhos do consumidor, ensejando sua aquisição. Processos e maquinários foram desenvolvidos a base de combustíveis renováveis ou não. Indústrias despejam os restos de seus dejetos na natureza, carros poluem o ar e propagandas ensejavam o consumo de bebidas e cigarros como status financeiro mascarado pela lucratividade que esses produtos significam para certos setores.

Acordamos, um pouco tarde, para a necessidade da simplificação de alguns processos e a urgência em retomar outros. Tecnologia a serviço do homem utilizando o menor consumo de energia, menos embalagens, criação e consumo de combustíveis verdes, indústrias cujos dejetos são tratados ou reaproveitados dentro da própria linha de produção. É nesse ambiente onde hoje temos diariamente a busca pela qualidade de serviços e produtos que se insere nossa pesquisa.

Juran (1992) coloca que a palavra “qualidade” envolve definições que não podem estar contidas em frases curtas; é um assunto que exige planejamento para ser tratado. É uma palavra que domina em si diversos sentidos; duas características são marcantes: o desempenho do produto/serviço e a ausência de deficiências desse produto/serviço. O primeiro relacionado à satisfação e o segundo à insatisfação do cliente. Na obra o autor coloca a qualidade como sendo a entrega de bens e serviços ao cliente, sem deficiências, buscando em longo prazo a perfeição. A satisfação ou insatisfação do cliente, ou seja, a aprovação ou desaprovação da qualidade de um produto/serviço é a ação de adquiri-lo ou de criticá-lo. Assim, na venda de um produto/serviço, cabe à empresa visualizar que sua

lucratividade e competitividade no mercado estarão atreladas à satisfação (qualidade) ou insatisfação (falta de qualidade).

Antecedendo à discussão sobre a qualidade, devemos abordar a diferença entre serviços e produtos. Os serviços, diferentemente dos produtos ou bens, são intangíveis, indivisíveis, variáveis e perecíveis. Para Kotler, Hayes e Bloom (2002) a intangibilidade é a incapacidade dos serviços serem experimentados, tocados ou provados anteriormente à sua produção. Os autores dão o exemplo de uma cirurgia estética, onde, o serviço só será apreciado ao término de um processo (no caso, o ato cirúrgico e a recuperação a este relacionada). Outra característica de um serviço é a indivisibilidade, relatada pelos autores como a incapacidade de um serviço ser desvinculado da empresa ou do profissional que o desempenha e a forma de como este serviço é percebido; ou seja, a capacidade profissional, aparência, postura e a ética que o profissional ou a empresa apresentam, constituem indicadores para avaliação da empresa e do serviço que ela presta. Entendemos, portanto, que a indivisibilidade se estende nas empresas a todos os funcionários que participam da produção de um serviço, independentemente da instância na qual executa suas atividades e do montante de sua participação na produção do serviço.

Tomando como exemplo o hospital como empresa prestadora de serviços, entende-se que não só a enfermagem e o corpo clínico serão responsáveis pelo serviço (assistência) executado, mas também a recepcionista, o porteiro, os funcionários da higienização de ambientes, a nutrição e outros que direta ou indiretamente estarão presentes no processo de cuidar daquele cliente, com suas atitudes acolhedoras ou não.

Percebemos que o cliente observa e considera diversos quesitos do profissional que o atende e de outros profissionais que indiretamente participam daquele momento de atendimento/internação. Podem por exemplo, julgar a cordialidade da recepção, a eficiência da nutrição e a agilidade do serviço de higienização de ambientes. Cabe ao prestador de serviços empenhar-se na superação das expectativas de seus clientes, oferecendo serviços de qualidade que estejam em patamares superiores ao esperado pelo cliente

A variabilidade é outra característica do serviço e aparece como a diferença entre um serviço prestado a um indivíduo e diferentemente a outro. Nessa característica estão posicionados os erros, os enganos, as incertezas e as imperícias que podem destoar de um cliente para outro. Cabe ao prestador de serviços prever os erros que possuem maior probabilidade de acontecer, adotando medidas que previnam e corrijam possíveis ocorrências, evitando que a credibilidade da prestadora de serviços seja afetada perante o cliente (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002).

A perecibilidade é outra característica do serviço, relacionada ao fato do serviço não poder ser armazenado em armários ou gavetas para posterior utilização. Tal característica está relacionada com a capacidade do prestador de serviço executar da melhor maneira possível o prometido, mantendo a coerência diante do que foi acordado com o cliente (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002). Entendemos que esta característica de um serviço esteja intimamente ligada com aquilo que ela produz, como produz, como entrega ao cliente e como este a percebe.

Além das características do serviço, outros atributos de crucial importância dentro das empresas são: as relações profissionais e a satisfação do cliente. Diferentemente do cliente que adquire um produto, o cliente de um serviço dificilmente saberá se o que recebeu realmente é tão bom quanto deveria ser. Cabe às empresas e aos profissionais manterem-se equiparados com as exigências do mercado, acompanhando os avanços tecnológicos das últimas décadas, promovendo oportunidades de maior contato com os clientes e entendendo que a tecnologia instrumentaliza o cliente com informações e habilidades. Kotler, Hayes e Bloom (2002) sugerem que o prestador de serviços deva sempre controlar todos os momentos que envolvem a prestação do serviço, difundindo de modo verdadeiro a qualidade do serviço entregue.

De acordo com Gurgel Júnior e Vieira (2002), os padrões de qualidade e confiabilidade nas indústrias elevaram-se durante a II Guerra Mundial, para suprir as necessidades de armamentos e suprimentos geradas no conflito. Por meio da inspeção em amostragem, os estabelecimentos produtores de bens ligados à guerra, conseguiram produzir melhor e em menos tempo. Décadas depois, no período pós-guerra, vários países careciam de mudanças no gerenciamento das empresas para se reerguerem. Dessa necessidade, surgiram conceitos básicos como a Quantificação dos Custos da Qualidade, o Controle Total da Qualidade, a Engenharia da Confiabilidade e o Programa do Zero Defeito. Kotler, Hayes e Bloom (2002) citam ainda a Teoria de Philip Crosby na qual qualidade é “estar de acordo com as especificações”.

Esses conceitos deram origem à Era da Qualidade, cuja principal meta era a prevenção de erros e problemas, por meio de ferramentas administrativas. Nesse momento foram sistematizados diversos mecanismos para a resolução dos problemas, sendo o mais conhecido, o PDCA (*Plan, Do, Check e Action*) ou Ciclo de Deming.

À época, alguns estudiosos da qualidade abordavam os custos da ausência de qualidade, ou seja, o que as empresas desperdiçavam economicamente, em função do erro, gerando o retrabalho e a insatisfação dos clientes. Entre eles, destacamos o de Juran (1992), para quem a qualidade de uma empresa consiste na entrega de um produto ou serviço ao cliente, com total ausência de deficiência, garantindo a este satisfação. Assim, a insatisfação do cliente com o produto recebido gera como

consequência prejuízos econômicos para a empresa/e ou cliente. Entende-se que, para a área da saúde, esta desestabilização entre a expectativa e a percepção pode gerar não só prejuízos econômicos plausíveis de serem medidos, como prejuízos/riscos à integridade física, mental e emocional do cliente e de seus familiares.

Recentemente, os profissionais liberais enfrentam uma condição de oferta excessiva de produtos e serviços no mercado. Quando a oferta excede a procura obriga os profissionais a lançarem mão de estratégias para conquistar novos clientes. Entre essas estratégias é citada a propaganda de seus serviços (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002). Seguindo a linha de raciocínio desses autores, acreditamos que por melhor que seja a estratégia de *marketing* utilizada, os serviços prestados devem ter atributos diferenciais (qualidade) que além de conseguir clientes, os cativa.

As estratégias de marketing relacionadas a serviços profissionais podem pecar em alguns pontos com relação ao serviço prestado. Entre eles, tem-se a utilização de um marketing por terceiros, a incerteza do cliente com o serviço a ser recebido, a falta de experiência no ramo da atividade, a sustentação da qualidade, propaganda insuficiente, divergências com relação propaganda, pouco conhecimento sobre questões de marketing (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002).

Os hospitais prestam serviços profissionais de alto risco e, na maioria das vezes, de alto custo. E, mesmo que um cliente esteja satisfeito com o serviço prestado em uma unidade de saúde ou por um profissional, existe ainda a possibilidade de o cliente procurar outra empresa, pois suas expectativas podem ter sido alcançadas, porém não completamente. Kotler, Hayes e Bloom (2002) citam como razões para essa migração as mudanças de necessidade ou circunstâncias do cliente, a evolução dos concorrentes, a indicação de terceiros, a insuficiente capacidade de resposta e a difícil acessibilidade à empresa ou ao profissional prestador de serviços.

Nesse sentido, compreendemos que o prestador de serviços não está diante de máquinas e botões cujo simples toque produzirá uma peça palpável, durável, a baixo custo, com alta satisfação e de excelente qualidade. Nem que a cada pressão nesse botão a próxima peça gerada será igual à anterior. Assim, de acordo com Kotler, Hayes e Bloom (2002), uma empresa prestadora de serviços para entregá-los com qualidade deve sempre estar em conformidade com o desejo do cliente, o que o cliente solicitou e, após a entrega do serviço, checar a existência de harmonia entre o recebido e o solicitado.

Qualidade na saúde no Brasil

No Brasil, as mudanças na política de saúde nas décadas de 80 e 90 do século passado, unidas ao movimento de redemocratização e crise econômica, contribuíram no âmago de toda essa

mudança germinasse a semente da garantia do acesso à saúde, que mais tarde se transformaria no Sistema Único de Saúde, o SUS, por meio da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

O SUS concretiza a responsabilidade do Estado com os cidadãos no quesito saúde, prevendo em seu texto a assistência igualitária, eficiente e descentralizada, colaborando com os primeiros passos rumo à municipalização da saúde. O SUS objetivou a descentralização da gestão dos serviços e ações na assistência hospitalar e ambulatorial, cujas diretrizes de funcionamento e controle social (participação popular) deveriam garantir a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Sobre a questão de saúde no Brasil, Cultait (1998) aborda que o momento exige a valorização do nível municipal, de acordo com os princípios do SUS. Porém, o alcance social esperado na época, não havia sido atingido por vários motivos; segundo ele, dificuldades relacionadas ao financiamento e na eficiência administrativa de projetos.

Vecina Neto, Cultait e Terra (1998), comentam que a descentralização proposta pelo SUS, oferecendo aos municípios a abertura necessária para o controle social e a instalação de um sistema no qual o Estado, em sua esfera de atuação possa regular ações, proporcionou o discernimento para qual caminho seguir rumo à superação dos entraves. Assim, coube aos municípios a representação dos desafios a serem abordados. Nessa direção os coordenadores comentam que as organizações de saúde e os indivíduos envolvidos nestas, precisavam apreender as mudanças necessárias de modo eficaz, desenvolvendo habilidades para reproduzi-los de acordo com a nova ordem.

Os coordenadores acima citados entendiam que a cultura organizacional do setor público pouco estimulava a criatividade e a participação de seus trabalhadores, então, à capacitação técnica proposta pelo programa sugere que além da capacitação técnica, os profissionais precisam de capacitação técnica, liberdade e autonomia para criarem e agirem.

Barata, Tanaka e Mendes (2003) colocam como conhecimento de todos as dificuldades encontradas pelo SUS na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde em todas suas instâncias, dentro da descentralização, onde coube aos municípios o maior envolvimento. A evolução do sistema único de saúde desencadeou problemas financeiros, gerenciais e organizacionais que contemporizaram a implantação dos princípios de modo rápido.

O SUS é um dos sistemas público de saúde de maior cobertura do mundo, desenhado para atender desde a atenção primária a alta complexidade, porém, com intensa necessidade financeira que desequilibra as atividades de outros setores (BARATA; TANAKA; MENDES, 2003).

Cabe ressaltar que na época que precede a criação do SUS, não era reconhecido o direito à saúde aos cidadãos brasileiros, em todas suas instâncias e especialidades. Na época, a falta de

cobertura e as condições sócio-econômicas desfavoráveis tornavam a saúde do brasileiro uma preocupação assombrosa. A saúde melhorou e o número de usuários do SUS aumentou devido à crise econômica, ao desemprego e a impossibilidade dos cidadãos pagarem sua atenção médica suplementar. Os investimentos tornaram-se difíceis e as limitações de recursos, resultados dessa crise, aumentaram a desigualdade social (BARATA; TANAKA; MENDES, 2003).

A solução encontrada foram medidas racionalizadoras na forma de emenda constitucional, que possibilitaram o ajuste no valor disponibilizado ao Ministério da Saúde. O valor obtido no período, foi cerca de R\$244,00 per capita/ano gasto com saúde pública no Brasil. Comparando-se ao gasto estimado pela atenção médica suplementar com seus conveniados, aproximadamente R\$687,00 per capita/ano, observa-se uma diferença gritante no montante do investimento, trazendo dificuldades ao SUS em garantir aos seus usuários a equidade e a integralidade (BARATA; TANAKA; MENDES, 2003).

A discrepância entre os atendimentos em instituições públicas de saúde deve-se ao modo como a descentralização da saúde ocorreu nos municípios, de como foi enfrentada pelos gestores, de acordo com características regionais (envolvendo localização, cultura e condições sócio-econômicas de cada município).

A municipalização sozinha não foi capaz de garantir a equidade e a integralidade da assistência à saúde. De modo amplo foi oferecido aos cidadãos atenção básica e alta complexidade de modo insuficiente. Essa falha de cobertura provocou a movimentação dos usuários do SUS aos grandes centros, resultando em filas, demora no atendimento e tempo de espera para atendimento prolongado. Assim, a regionalização se fez presente e necessária. Um agravante para esse problema foi a sede dos municípios por recursos não realizando planejamento regional de saúde, buscando parcerias com municípios vizinhos e recebendo incentivos financeiros em cima de produtividade (número de procedimentos). Assim, o planejamento regional não foi racional e eficiente. Cada município buscou recursos segundo a lógica da produtividade, acontecendo uma necessidade constante de tecnologia e recursos para a melhoria da qualidade (BARATA; TANAKA; MENDES, 2003).

Uma estratégia do Governo do Estado de São Paulo para o aumento da cobertura de saúde foram os ambulatorios, hospitais gerais, especializados e a parceria com instituições privadas conveniadas ao sistema de saúde (Santas Casas). Tais instituições encontravam-se em situação financeira difícil, uma vez que o repassado pelas tabelas do SUS por procedimento, muitas vezes não cobria os gastos tidos. Mais uma vez, o governo do estado movimentou-se e inaugurou hospitais que atendiam somente usuários do SUS e por meios de contatos de gestão definiu responsabilidades aos serviços a serem prestados e aos financiamentos, porém, com avaliação periódica do atendimento

prestado por meio de indicadores de produção de serviços, de qualidade dos serviços e de satisfação dos usuários (BARATA; TANAKA; MENDES, 2003).

Ainda hoje no Brasil, o cidadão que pode pagar pela saúde, procura a atenção médica suplementar na maioria das vezes, vista como fonte de resolução de seus problemas em saúde, fugindo das longas filas de espera, do atendimento desumanizado e sem acolhimento, ou ainda, pelo desejo em ser atendido nas suas expectativas de conforto e comodidade.

Em entrevista, Paulo Sérgio Barros Barbanti, presidente do Grupo Notre Dame Intermédica, maior empresa brasileira do setor de planos de saúde em número de usuários, relata que a parceria da atenção médica suplementar com o setor público (SUS) mostra-se como alternativa para a resolução de problemas de saúde do país. Segundo Barbanti, caberia ao Estado os serviços relacionados à vigilância e imunizações preservando os conceitos de medicina social bem exercidos até então. Para o entrevistado, privado e público se mesclariam na atenção primária, secundária e terciária, com ênfase na base da atenção primária para o Estado com as medidas de prevenção, vigilância e imunização. O cidadão brasileiro conveniado à atenção médica suplementar possui dois planos de saúde, um público (SUS) e outro privado (atenção médica suplementar), permitindo assim a livre escolha entre um serviço ou outro de acordo com sua comodidade, com a distância, com o relacionamento com a equipe de saúde e com a resolutividade. Finaliza sua entrevista indicando que o ideal para o setor seria ter um gestor cuja formação básica fosse em Ciências da Saúde, com especialização e capacidade em gerência (BARBANTI, 2009)

Malik e Schiesari (1998) argumentam que o novo profissional de saúde deve ter uma diversidade e amplitude de conhecimentos e habilidades, não só na sua área de atuação, como deve ter também na área administrativa, proporcionando-lhe uma melhor visão da totalidade e um forte empenho social. Então, cabe ainda às instituições de saúde, públicas ou privadas, ajustarem-se à necessidade do mercado, intensamente competitivo, inserido num país que busca dia após dia a melhoria e o crescimento.

Aliado a esta idéia cita-se o Programa Saúde e Cidadania para Gestores Municipais dos Serviços de Saúde, do Ministério da Saúde, especificamente na cartilha Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, escrita por Malik e Schiesari (1998). Essa cartilha serviu como ferramenta na atualização de práticas administrativas e gerenciais do SUS. Citam que além das mudanças com o perfil do profissional de saúde, existe a necessidade da organização das unidades e de seus colaboradores, ganhando em eficiência, aprendizado e inovação. Esse projeto apoiou as diretrizes do SUS, disponibilizou aos municípios brasileiros com mais de 50.000 habitantes a capacitação dos

gerentes e permitiu a construção de crítica em cima dos recursos humanos, gerando mudanças organizacionais.

Concordamos com o exposto pelas autoras com relação à nova formação do profissional de saúde e ressaltamos que este não deve perder de foco o principal de suas ações: o cliente. Portanto, o conhecimento administrativo deve estar aliado às necessidades dos usuários das unidades de saúde. Assim, o conhecimento administrativo dos profissionais de saúde, deve considerar a promoção da assistência focada na humanização.

Infelizmente, mesmo com apoio do Estado à saúde, a comparação direta entre hospitais públicos e os tradicionais mostra uma diferença na qualidade de prestação de serviços ocasionada pela variação de tipo e complexidade de seus atendimentos. Barata, Tanaka e Mendes (2003) colocam em números em seu trabalho que o investimento realizado, por exemplo, em hospitais universitários no estado de São Paulo é menor do que o realizado em outras partes do país e sugerem que as instituições de saúde do SUS devem adaptar-se às diferentes situações e características de seus hospitais, buscando a melhoria nas suas gerências, por meio de recursos como os pregões eletrônicos (que reduzem o prazo de compra e os custos), por exemplo, para desenvolverem uma administração pública transparente e que permita a avaliação dos serviços prestados.

Então, entendemos que a saúde, pública e privada no Brasil, deve buscar continuamente a adoção de estratégias que permitam a otimização dos recursos econômicos, físicos, humanos e ambientais, entregando aos seus usuários serviços de qualidade.

Puccini e Cecílio (2004) discorrem sobre a importância da adoção da qualidade na saúde brasileira como um movimento crescente que abrange várias vertentes, sendo uma delas, a humanização. A humanização identifica-se em atitudes distintas frente a atividades (como a permanência de acompanhantes na internação da criança e de idosos, organização de atividades de convívio e lúdicas, parto humanizado, cuidado mãe-canguru, entre outros). Os autores discutem o alcance obtido pelas medidas humanizadoras como contribuição das necessidades sociais, entre elas, o acesso e uso da saúde que à primeira vista pode parecer apenas como a busca de um ideal, emergindo em diversas frentes, de maneiras diferentes, porém com o mesmo cerne. Dentro de cada atividade na saúde que envolve o outro existem questões práticas e teóricas, comportamentais e afetivas que, derivam atitudes de acolhimento.

Com a ênfase na humanização, as relações interpessoais são valorizadas e cria-se uma linha delicada entre a necessidade do mercado e a busca da assistência com dignidade. Ainda existe o desenvolvimento fragmentado, baseado nas experiências díspares, com necessidades e ensejos focados no movimento humanizador em trilhas diferentes (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

Há evidências de desafios encontrados na vigência do SUS (descentralização, regionalização e humanização). Acreditamos que a humanização almejada pelo SUS não diz respeito somente às unidades hospitalares, onde os clientes podem permanecer internados por longos períodos, mas englobando as unidades de atendimento, unidades de saúde e programas como os de saúde da família.

Concordamos com Barata, Tanaka e Mendes (2003) sobre a construção e manutenção do SUS, que com dificuldades e obstáculos aperfeiçoa a garantia dos princípios equidade, integralidade, almeja a humanização de atendimento de seus usuários e busca a qualidade em larga escala. Porém apenas o desejo em realizar uma obra não significa concretizá-la. O avanço depende de recursos e incentivos financeiros que poderão reduzir a dívida social de anos entre a cidadania e a saúde no país.

Uma estratégia que contribuiu para o desenvolvimento da qualidade no setor saúde no Brasil cujo foco principal de atuação não foi a saúde, mas nela ecoou, foi a criação do Código de Defesa do Consumidor. A institucionalização deste instrumento de proteção ao consumidor trouxe conquistas importantes para os cidadãos brasileiros, no âmbito da saúde enquanto usuários do SUS e da atenção médica suplementar. Tal fato gerou mudanças nos estabelecimentos de saúde, entre as quais, a criação do plano assistencial baseado em critérios de segurança, qualidade, efetividade e eficácia, transitando por normas de proteção e defesa do consumidor diante de danos sofridos e com a responsabilização do profissional e/ou da instituição de saúde executante (BRASIL, 1990).

A decisão de uma instituição de optar pela qualidade solicita dos envolvidos comprometimento e apoio, uma vez que a qualidade necessita de contínuas mudanças, além de sua incorporação no trabalho em equipe acima de disputas políticas, projetos pessoais e dificuldades temporais. A participação de instituições de saúde nos processos de acreditação hospitalar possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada seja ela vinculada a qualquer agência acreditadora ou à utilização da estratégia de pesquisas de satisfação dos usuários. Com a premissa de considerar primeiramente a atenção prestada ao cliente, o Ministério da Saúde, em 2006, lançou a Carta dos Direitos dos Usuários à Saúde. Por meio de linguagem clara e objetiva, essa carta explicita aos usuários do SUS os princípios norteadores, seus direitos e deveres nos serviços públicos e em instituições credenciadas ao SUS. O conteúdo da Carta dos Direitos dos Usuários à Saúde divulga ainda o direito ao acesso ordenado e organizado às instituições, o recebimento do tratamento adequado e efetivo para seu problema (doença ou agravo), o acolhimento e a não discriminação no atendimento, tendo seus valores respeitados (BRASIL, 2006).

Entendemos que no Brasil, após a concepção e a instalação do SUS, o direito à saúde que antes não era concedido a todos os cidadãos passa a ser uma obrigatoriedade do Estado. Assim, toda

uma estruturação nacional foi obrigada a atender um país continental, com diferenças regionais, geográficas e populacionais.

Dentro desse processo de mudança e estruturação aconteceram perdas e ganhos para a saúde e para os cidadãos. Para a saúde, estratégias como a descentralização permitiram ganhos para alguns municípios que foram capazes de moldar sua renda às suas necessidades, buscaram parcerias com municípios vizinhos, oferecendo especialidades que até então não eram disponibilizadas. Porém, serviços de alta complexidade ficaram afastados dos pequenos municípios pelo alto custo de instalação e manutenção de equipamentos e de pessoal especializado, tornando-se regionais e fazendo com que a população que não pode pagar pela assistência médica suplementar migre para essas cidades. Para os cidadãos, por outro lado gerou um processo de insatisfação com grandes filas de espera, atendimento mecânico e deshumanizado e que obrigou a parceria do Estado com a iniciativa privada em busca de leitos em unidades de tratamentos especializados (como hemodiálise) e de cuidados intensivos (terapia intensiva, transplante, entre outras).

A atenção médica suplementar tem, então, importante papel complementar no setor saúde no Brasil, uma vez que suas parcerias nos setores de maior complexidade proporcionam o atendimento de seus conveniados e dos cidadãos. Mas, entendemos que no que se refere à atenção básica em saúde, à vigilância, aos programas de imunização e campanhas de erradicação/controle de doenças, os serviços públicos mostram-se competentes e absorvem todas as necessidades.

No município onde realizamos esta pesquisa entendemos que a descentralização aconteceu de modo mais tranquilo que em parte do país, pois já era um pólo de atenção em saúde, contava com uma rede pública que interagia com hospitais de atendimento de alta complexidade e de especialidades, hospitais de ensino e uma forte influência das universidades em suas ações.

1.2 Sistemas de certificação e acreditação de qualidade hospitalar

Abordaremos neste tópico os principais sistemas de certificação e acreditação em instituições de saúde, uma vez que no município onde o estudo se desenvolveu os hospitais optaram por um desses sistemas para a implantação da qualidade e melhoria da assistência aos seus clientes. Por exemplo, na instituição de saúde onde o estudo foi realizado o sistema escolhido foi a acreditação pela ONA (Organização Nacional de Acreditação). Em um dos hospitais estaduais deste município utiliza-se o CQH (Controle de Qualidade Hospitalar) e em um hospital privado a certificação pela ISO (International Organization for Standardization).

ISO

Simultaneamente à concretização do SUS, em 1987, chega ao Brasil, a ISO. Sediada em Genebra - Suíça, essa entidade não-governamental de normatização, ficou amplamente conhecida pela edição das normas ISO série 9000, que tratam sobre o sistema de gestão da qualidade de uma empresa. O selo ISO 9000 é alcançado pelas empresas que entregam os bens/serviços por ela produzidos, de acordo com as normas da qualidade. Além disso, os bens/serviços devem, em qualquer momento da sua produção apresentar sempre as mesmas características, por meio da manutenção de padrões dentro das empresas que aplicam os sistemas de gestão (FRANCESCHINI; GALETTO; CECCONI, 2006). A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) adotou o selo ISO 9000, cujos padrões são aceitos em vários países.

A versão brasileira da ISO manteve os padrões internacionais com adaptações para a realidade nacional: entrega de produtos e serviços de qualidade, no tempo determinado, de modo correto e a baixo custo (BACIC; VANUCCI, 2008). O modelo ISO 9000 para as instituições de saúde no Brasil foi um desafio ainda maior num cenário de mudanças políticas e sociais pulsantes e vigentes na época. De acordo com Ishinose e Almeida (2001), a ISO exige um grau de organização inicial que na época, poucos hospitais brasileiros possuíam, dificultando o processo de acreditação e certificação. Porém, esse sistema visa melhoria das condições hospitalares para clientes e para profissionais de saúde.

Ishinose e Almeida (2001) descrevem que no Brasil, seguindo a tendência mundial, existem dois modelos que tentam garantir a qualidade dos serviços: Modelo de Acreditação Hospitalar (ONA) e certificação baseada nas normas da ISO série 9000. Ressalta-se que ambos têm a mesmo conjunto de condições a serem cumpridas para o alcance da acreditação ou certificação.

Na certificação da ISO 9000, os objetivos a serem alcançados são a aceitação total, a compatibilidade atual e futura e a flexibilidade futura. Essa certificação dita diretrizes a serem cumpridas por clientes e fornecedores, em todos os setores de uma instituição, de tal maneira que as atividades sejam desenvolvidas de modo eficaz, afinada ao alcance da qualidade e a competitividade no mercado (ISHINOSE; ALMEIDA, 2001).

ONA

Entendemos que para a implantação da qualidade da assistência hospitalar são necessárias ferramentas gerenciais e dentro desse enfoque encontra-se a criação da ONA como agência reguladora e credenciadora do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência à saúde no território nacional.

A ONA, aliada ao Ministério da Saúde, objetiva avaliar e acreditar instituições de saúde que atingiram os objetivos propostos pela mesma de qualidade total, dentro dos níveis estabelecidos. Reconhecida como entidade competente no processo de Acreditação Hospitalar em parceria com o Ministério da Saúde, sua participação é definida nesse procedimento por direitos e deveres. O Ministério da Saúde e ONA são parceiros em todas as fases do processo de avaliação, do início até a certificação da instituição hospitalar. A acreditação concretizada pela ONA é realizada em três níveis, sendo o nível 1 - segurança e estrutura, o nível 2 - organização e o nível 3 - práticas de gestão de qualidade. O processo de Acreditação Hospitalar permite a uma instituição de saúde a educação permanente dos profissionais de saúde, contribuindo para o reforço e a realização de procedimentos com padrão de qualidade assistencial (BRASIL, 2002).

O processo de Acreditação Hospitalar começa quando uma instituição almeja receber a certificação e se inscreve no processo de avaliação, contratando uma instituição acreditadora. O próximo passo é a formação da equipe avaliadora, composta por um avaliador-líder (responsável perante a Instituição Acreditadora por todas as fases do processo), um avaliador (profissional qualificado para realizar as avaliações, capacitado pelas normas específicas da ONA) e a equipe de avaliadores (composta por no mínimo três membros, um médico, um enfermeiro e um administrador). Cabe à instituição em processo de acreditação o preparo para a avaliação seguindo essas etapas: confirmar visita, traçar plano de visita e preparar a instituição para avaliação. Durante a visita, são realizadas observações, entrevistas com os funcionários, análise de documentos e acesso às instalações (BRASIL, 2002).

O término do processo de avaliação se dá com a aprovação do relatório de avaliação pela Instituição Acreditadora, a emissão e entrega do parecer final à organização correspondente à ONA. A partir desse momento, a organização prestadora tem um prazo para ajustar não conformidades menores e se for necessário, solicitar nova visita. A instituição acreditadora retorna à prestadora, verifica não conformidades pendentes e, de acordo com o percebido durante a visita, a equipe de avaliadores entrega o Relatório de Avaliação à prestadora de serviços. O processo de avaliação termina quando a instituição avaliada é aprovada pela Instituição Acreditadora, emitindo seu parecer final e o entrega à Organização Nacional de Acreditação (BRASIL, 2002).

Além da Acreditação Hospitalar, outras estratégias podem ser utilizadas para a avaliação em saúde. As pesquisas de avaliação em saúde são utilizadas como ferramenta importante pela Organização Mundial de Saúde, para analisar a responsividade dos sistemas de saúde e fornecer subsídios sobre a satisfação dos usuários. Essas pesquisas baseiam-se em dimensões distintas envolvendo os cuidados prestados nas instituições. Considerar as expectativas e percepções

expressas pelos clientes é uma abordagem que surge após a década de 90 e possibilita focalizar do ambiente de saúde, a relação médico-paciente, as relações multi e interdisciplinares e a qualidade técnica dos profissionais de saúde em cada uma das áreas de atuação (VAISTMAN; BORGES DE ANDRADE, 2005).

A utilização das pesquisas de satisfação colabora com o desenvolvimento dos serviços no que tange ao entendimento das melhorias necessárias para atender a clientela. Além disso, os clientes assistidos nos serviços públicos expressam suas opiniões sobre a capacidade de atendimento das instituições e de seus colaboradores, a estrutura da instituição, atitudes que poderiam contribuir com a capacidade de resposta dos serviços e mudanças nas instituições de saúde. Entendemos que as pesquisas de satisfação têm potencial de contribuir com os gestores das instituições de saúde, instrumentalizando-os e ao mesmo tempo oferecendo diretrizes para que os mesmos ajam de acordo com as necessidades da clientela, buscando a melhoria contínua sob avaliação constante de resultados, de modo que mantenham a competitividade da qualidade dos serviços oferecidos, de modo que tenham condições de satisfazer clientes internos e externos.

A criação do prêmio de Qualidade Hospitalar pelo Ministério da Saúde oferecido aos hospitais públicos que são avaliados positivamente pelos clientes, por meio de Pesquisa de Satisfação da Qualidade do Atendimento, impulsionou reformas, instalação de equipamentos, investimento em treinamento de recursos humanos. Este prêmio destina-se às unidades de saúde reconhecidas pelos usuários como portadoras de instalações físicas adequadas e o atendimento das equipes médica e de enfermagem de maneira satisfatória (BRASIL, 2001).

Entende-se que essa iniciativa do Ministério da Saúde dá ao usuário do SUS a possibilidade de ser ouvido. Ter voz para reclamar daquilo que foi insatisfatório e colaborar com estratégias para a melhora. Anteriormente, tinha-se a falsa idéia de que um serviço público não deveria ser alvo de reclamações por ser gratuito. Hoje, percebe-se que não só a atenção médica suplementar tem os direitos preservados. A assistência qualificada e humanizada é atributo de todos os cidadãos brasileiros, possuidores ou não de atenção médica suplementar. Acredita-se que essa validade estratégia seja válida para o alcance da igualdade entre os serviços públicos reforçando as diretrizes do SUS. Vaistman e Borges de Andrade (2005) atentam para a observação das diferenças entre o setor público e a atenção médica suplementar, onde a avaliação dos serviços acontece de maneira diferente, pois o cliente do setor público avalia o serviço recebido por dois prismas: o de cidadão e o de consumidor do serviço prestado, enquanto o usuário do serviço privado tem a comodidade de procurar por outro serviço ou por outro profissional para satisfazer sua necessidade diante da insatisfação ou de atributos oferecidos que não preenchem suas expectativas.

Vaistman e Borges de Andrade (2005) em seu estudo trazem a nova conceitualização das pesquisas junto aos pacientes que agora não medem apenas a satisfação, mas também a responsividade. Esse novo conceito desenvolveu-se à partir dos estudos de Donabedian que incorporaram os pacientes na definição de parâmetros e na medida da qualidade em saúde. À partir daí vários enfoques foram abordados objetivando conhecer a opinião do paciente. Assim necessitou-se desenvolver as várias dimensões que envolvem a assistência, desde as instalações físicas das unidades de saúde até a relação médico-paciente, transpondo-se a qualidade técnica dos profissionais de saúde envolvidos nesse processo.

Além da mudança dos parâmetros de avaliação houve a mudança da linguagem. De onde antes havia a palavra paciente, com a conotação clara de sujeito passivo de uma ação, substitui-se por consumidor. Essa substituição vincula-se a um conjunto de medidas eficientes, objetivas e que estão de encontro com as características do usuário da saúde, privado ou público (VAISTMAN; BORGES DE ANDRADE, 2005).

Entende-se que o alcance de bons resultados pressupõem ao cliente a atuação do fornecedor em favor da qualidade. Portanto, compreende-se que a qualidade é um tema de crucial importância na saúde como um todo e ecoa fortemente na Enfermagem Moderna. A partir dessa realidade surge a necessidade em produzir conhecimento científico sobre o tema, para que as ações cotidianas dos profissionais sejam assertivas, eficientes e eficazes, permeadas por ética e empatia, de acordo com o esperado pelo cliente e familiares.

É esperado que a Enfermagem reconheça as necessidades de mudança do enfoque da doença para o cliente, observando-o e atendendo-o como indivíduo único, com especificidades e necessidades diferenciadas dos demais, buscando a qualidade da assistência. Adotar essas mudanças no seu cotidiano, somando a assistência prestada aos objetivos da gerência das instituições de saúde em que estiver empregado possibilita a melhoria contínua (ANTUNES, 1997).

Do exposto, concluímos que a saúde é um bem inerente ao cidadão no território nacional e que, por razões diversas, parte da população não possui esse bem na integralidade ou desconhece o oferecimento dos serviços pelos municípios. Apesar de diversas tentativas e estratégias para implantação e divulgação, parte dos brasileiros desconhece até mesmo os direitos instituídos pelo Estado para sua proteção. Então, quando o cidadão possui poder econômico, procura por outros estabelecimentos que não-governamentais para obter diferencialmente o que o Estado possa não conceder.

Entendemos que muitas vezes o próprio cliente teme responder a uma pesquisa de satisfação realizada por uma instituição pública temendo represálias no próximo atendimento ou até

mesmo a suspensão desse tipo de atendimento. Por muitas vezes vimos cirurgias serem remarcadas por motivos dos mais diversos e contemplamos o cidadão, que sem reclamar, aguarda sua vez em ser operado, sentindo-se agradecido por ter tido a oportunidade de estar naquele serviço. O cliente se cala por passividade (afinal não pode pagar por uma cirurgia e posterior internação particular) e por receio (em perder a vaga, por meses, ou anos aguardada).

Por outro lado observamos que o usuário da atenção médica hospitalar exerce melhor sua crítica aos serviços de saúde apreciando em sua avaliação os diversos quesitos que envolvem a assistência. Consideram a qualidade dos serviços dos profissionais de saúde e de todos que direta ou indiretamente atuam no ambiente hospitalar. Também consideram aspectos relacionados a estrutura física (acomodações, limpeza do ambiente, sucateamento de equipamentos), aos funcionários (desde a vestimenta até o lidar com o público e a destreza profissional) e aos resultados (atendimento no horário, intercorrências, erros).

Avaliação da Qualidade

Entendemos que a qualidade em saúde seja algo de difícil medida. Segundo Donabedian (1997), alguns aspectos são de fácil medida, porém outros demandam profundidade de conhecimento, envolvimento interpessoal e o desempenho técnico profissional. Acredita-se que a avaliação da qualidade em saúde seja de difícil avaliação. Para Donabedian (1966), é extremamente difícil definir o que é a qualidade e médicos, enfermeiros e clientes têm visões diferentes sobre uma mesma dimensão ou aspecto

Os estudos sobre a qualidade na saúde têm um importante marco histórico, na década de 60, do século passado, com Avedis Donabedian. Médico generalista armênio, radicado nos Estados Unidos. Bester e Neuhauser (2004) relatam que Donabedian foi o primeiro a interessar-se e a estudar, sistematicamente, a qualidade da atenção médica aos clientes. Ele ensinou Medicina Preventiva no *New York Medical College* de 1957 a 1961. Após esse período, permaneceu 28 anos na *School of Public Health* da Universidade de Michigan. Foi reconhecido por suas contribuições à saúde pública e foi honrado como distinto professor *Nathai Sinai*. Além de outras passagens em sua vida, cabe ressaltar que foi membro fundador do *Institute of Medicine of the National Academy of Sciences*. Participou de fundações, bibliotecas e centros de pesquisa em diversas partes do mundo.

Bester e Neuhauser (2004) mostraram que para Donabedian idéias e ações não se separam; que as idéias são forças verdadeiramente fortes que formam um mundo tangível. Defendeu que as pessoas precisam compreender o relacionamento entre a qualidade e os sistemas (manejo) e que estes não são aprendidos em escolas médicas e de enfermagem.

De acordo com Tronchin, Melleiro e Mota (2006) qualidade no setor saúde é o alcance da integralidade das características deste setor, onde processo/ produto/ organização combinam-se, satisfazendo necessidades claras ou obscuras dos envolvidos: clientes internos (os próprios colaboradores da instituição e os profissionais envolvidos direta ou indiretamente), clientes externos (clientes e seus familiares, amigos) e colaboradores (empresas associadas à instituição principal).

Em seu estudo, Donabedian (1997) coloca seus esforços em definir qualidade em saúde como elementos somados à medida que se exterioriza o desempenho de quem executa ação. Essa definição pode ser mais estreita ou não de acordo com a forma que o conceito de saúde toma dentro da responsabilidade profissional, colocando-o como responsáveis diretos na auto e heteroavaliação da assistência prestada e como co-responsável em trazer melhorias incluindo os aspectos físicos, psicológicos e sociais.

De acordo com Paiva (2006), na saúde, a qualidade de assistência apresenta uma significação diferente nos diversos ramos, porém, intensificou-se nas unidades de atenção médica suplementar. Nessa parte do setor saúde, os principais objetivos da qualidade na assistência encontram-se vinculados à competitividade e sobrevivência no mercado, à redução dos custos pela otimização das ações e à redução das falhas. Assim, define-se que de modo parecido com o que acontece na indústria (produção de um bem), a assistência médica reporta-se ao fato de que a produção de serviço que poderá apresentar problemas decorrentes da falta de qualidade, intimamente relacionados na indústria a falhas dos desenhos dos sistemas, de um processo de produção em desalinho com o esperado, enquanto na assistência médica, os problemas que surgem partem da competência profissional e da variabilidade na prática clínica.

O modelo donabediano, de acordo com Malik e Schiesari (1998) para a avaliação da qualidade em saúde, está fundamentado na tríade estrutura, processo e resultado, correspondentes à Teoria Geral de Sistemas (*input/process/output*). Assim:

-Estrutura: engloba os recursos físicos, humanos (quantidade, tipo, distribuição e qualificação), materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos (técnico-administrativos), além do apoio político e condições institucionais. Na estrutura estão os recursos relativamente estáveis e cruciais para o atendimento assistencial.

-Processo: são as atividades que envolvem os profissionais de saúde e seus clientes, baseados em valores aceitos, do ponto de vista técnico-administrativo. Desde o modo como o cliente busca o serviço, a maneira pela qual os profissionais o recebem, diagnosticam ou utilizam meios diagnósticos, tratam, recomendam ou implementam o tratamento, ou seja, a ação em saúde em todos os níveis de atenção, começando pelo fato do cliente procurar por aquele estabelecimento e não outro.

-Resultado: é o efeito do cuidado no estado de saúde do cliente. O resultado é o alcance de características esperadas e positivas dos produtos e benefícios da unidade de saúde para seus clientes, é a somatória da estrutura e do processo, disponibilizados ao cliente. Entende-se que o resultado é a assistência prestada ao cliente, partindo do princípio da satisfação de suas expectativas, levando em consideração as implicações das atividades realizadas nos serviços de saúde no cliente por intermédio dos profissionais de saúde. Então, pode-se afirmar que o resultado é uma das características mais importantes na avaliação da qualidade em saúde, porém não será alcançado se estrutura e processo não forem positivos.

Para Donabedian (1997) a avaliação dos serviços de saúde deve considerar as dimensões técnica e de relacionamento pessoal. Relata que tão importante quanto a estrutura física é a capacidade de relacionamento dos funcionários de uma instituição; que a condução do relacionamento interpessoal deve atender ao que o indivíduo espera dentro do conhecimento técnico, porém transmitindo confiança, honestidade, sensibilidade. Sinaliza, assim, para a necessidade de plano de cuidado humanizado, tratando das características e anseios individuais de cada cliente. Barbosa e Melo (2008) propõem que as instituições de saúde devam motivar os funcionários, reconhecendo falhas, instituindo ações educativas e construtivas, prevenindo riscos e promovendo a saúde dos mesmos.

Baseado no quadro a seguir, extraído de Arroyo (2007), tem-se os atributos relacionados à sustentação da qualidade de um serviço de saúde (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) de acordo com os princípios donabedianos.

Dimensão	Descrição da Dimensão da Qualidade
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, 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	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtida. 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, aos efeitos e ao custo do cuidado prestado.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado na forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
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. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

Fonte: Arroyo (2007, p.16)

Quadro 1 – Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

A temática qualidade em saúde está associada à avaliação dos serviços oferecidos e recebidos. Portanto, quando se busca a avaliação da qualidade, realiza-se o reforço dos conceitos implícitos na abordagem da qualidade necessária aos serviços de saúde. Malik e Schiesari (1998) colocam que a avaliação na saúde objetiva descobrir, medir e analisar os resultados de dada ação. Pode servir como ferramenta no conhecimento dessa atividade e colaborar com seu aperfeiçoamento. Consideram critérios implícitos e explícitos importantes dentro da avaliação e sugerem que a avaliação

deva conter a clareza de que o processo não é e nem pode ser o objetivo único e que esta, pode levar em consideração os preceitos da população, dos financiadores, da literatura científica, de parâmetros nacionais, estaduais e municipais entre outro e não encontrar situação adequada para a resolução de um problema. Pode-se valorizar um ponto de vista e à partir dele iniciar uma reflexão sobre o pensamento de uma sociedade. Ou ainda, considerar a opinião de quem consome a ação ou o produto, que na área da saúde é quem recebe a assistência. Entre as racionalidades expostas para a avaliação, as autoras sugerem a participação, ou seja, avaliar em que situações os serviços ocorrem. A preocupação em avaliar os serviços e o sistema de saúde deve ser uma constata nas agendas políticas. Expõem como preocupação a inquietação pela avaliação que antes lidava apenas com os resultados finais da assistência e que, atualmente, consideram até mesmo os custos envolvidos na atenção, justificando a necessidade de investimentos maiores no setor para alcançar os objetivos propostos. A avaliação somativa ou formativa da saúde deve acontecer de ser realizada com acompanhamento, definindo o propósito para qual este propósito serve (MALIK; SCHIESARI, 1998)

Avaliar a qualidade em saúde é buscar a resposta sobre o desempenho das ações desempenhadas. Essa avaliação pode conter dados sobre impactos e processos. Malik e Schiesari (1998) defendem a posição de que, se para alguns, um programa de atenção à saúde atinge seus objetivos propostos para outros, ou para quem os consome, pode deixar transparecer falhas. Portanto, a avaliação em saúde deve ser estabelecida a partir de critérios que respondam aos favorecidos ou aos prejudicados sobre a obtenção daquele resultado.

Para Bittar (2001), os indicadores são unidades de medidas quantitativas ou qualitativas que podem ser utilizados como parâmetros no acompanhamento e avaliação da qualidade de importantes cuidados direcionados aos clientes. Os indicadores, segundo o autor, podem orientar medidas a serem tomadas nas instituições, mesmo não caracterizando por si só uma medida direta da assistência. Podem ser taxas, coeficientes, fatos, índices ou até mesmo um número absoluto. Taxa/coeficiente é o número de vezes que o fato ocorreu dividido pelo número de vezes que ele poderia ter acontecido, multiplicado por uma base e definido no tempo e espaço. Esse indicador é amplamente utilizado, por exemplo, para mortalidade, morbidade e infecção hospitalar. Índice é a relação entre dois números ou razão entre determinados valores, exemplificando a rotatividade de leitos, onde se tem o número dos leitos e o número de ocupações daquele leito. Os fatos caracterizam a ocorrência de um resultado, positivo ou negativo, como uma intercorrência no cuidado, uma não conformidade ou um resultado adverso. Uma gestão voltada para a qualidade total utiliza os indicadores como fontes de controle de sua estrutura e serviços. Os indicadores podem medir aspectos quantitativos e qualitativos relacionados à estrutura, processo, resultado e ao ambiente. Os indicadores de ambiente são fatores

geográficos, educacionais, políticos, culturais, entre outros. Os de estrutura são os que medem a estrutura física, os recursos humanos, mobiliário, equipamentos e aspectos relacionados à organização. E os indicadores de processo estão relacionados às técnicas de funcionamento, a maneira como o serviço é executado. Os atributos necessários para os indicadores são: validade (capacidade de identificação), a sensibilidade (capacidade de identificar todos os problemas atuais), a especificidade (capacidade de identificar apenas os casos com problemas), simplicidade (facilidade de calcular), objetividade (objetivo certo) e o baixo custo (utilização sem investimento) (BITTAR, 2001).

Trabalhar com qualidade e buscar o credenciamento das instituições em agência acreditadoras são ações que necessitam do enfermeiro. Barbosa e Melo (2008) descrevem como incumbências do enfermeiro a coordenação e o gerenciamento de todo processo assistencial que envolve o cliente, levando em consideração suas especificidades, necessidades, orientações para a alta e recuperação. Além disso, o plano assistencial envolve mudanças ocorridas na sociedade, acompanhando as exigências que acontecem por parte dos clientes e familiares sobre os serviços prestados. A necessidade de avaliação e de obtenção de informações sobre o que o cliente espera e percebe como qualidade fomentou a criação e adaptação de diversos instrumentos de mensuração.

Nas últimas décadas, os serviços de saúde, em âmbito mundial, melhoraram suas condições de atendimento refletindo nas condições de saúde da população comparativamente às gerações anteriores. Direcionando suas ações na atenção individualizada e no alcance das expectativas dos clientes, pode-se dizer que o comprometimento com a qualidade nas instituições de saúde traz consigo uma preocupação constante com os resultados obtidos na assistência.

Assim, a avaliação deve tornar-se um hábito nas instituições representando a oportunidade dos profissionais em aprenderem com os acertos e erros e habilitarem-se para novas rotinas. Resultados positivos e negativos devem ser avaliados e expostos aos participantes de todo processo, envolvendo-os na tomada de decisões, reconhecendo a importância de cada um dentro do resultado final.

A adesão da doutrina da qualidade por uma instituição de saúde a obriga a comprometer-se com a mudança dentro de seus processos, com resultados positivos ou não, buscando continuamente introduzir novos conceitos e repaginar problemas, traçando soluções para os problemas, envolvendo a todos os membros e valorizando o trabalho em equipe (ANTUNES, 1997).

As variações sobre o conceito de qualidade em saúde se estendem além dos colaboradores internos e externos de uma instituição, alcançando os familiares dos clientes atendidos, em qualquer nível de atenção. Nesse sentido, entende-se que o hospital como uma empresa que presta serviços cruciais à humanidade atuando na prevenção, tratamento e recuperação tanto do corpo como da

mente, tem implícito o comprometimento com a valorização do cliente, no atendimento às suas necessidades e na melhoria constante dos processos, uma vez que, para atender integralmente, deve sintonizar as necessidades de seu público no seu cotidiano.

Acreditamos que a sintonia dessas necessidades pode ser atrapalhada por ruídos gerados pelas relações interpessoais entre os diversos setores do hospital. Sendo a Enfermagem profissão na qual o relacionamento interpessoal é de extrema importância por sua relação íntima e direta com clientes e familiares e os diversos setores da instituição de saúde, em diferentes níveis hierárquicos, reforça-se mais uma vez que se a qualidade for meta estabelecida pela instituição, cabe à profissão somar esforços aos demais colaboradores.

Entendemos que muitas vezes o cliente teme responder a uma pesquisa de satisfação realizada por uma instituição pública temendo represálias no próximo atendimento ou até mesmo a suspensão desse tipo de atendimento. Por muitas vezes vimos cirurgias sendo remarcadas por motivos dos mais diversos e contemplamos o cliente, que sem reclamar, aguarda sua vez em ser operado, sentindo-se agradecido por ter tido a oportunidade de estar naquele serviço.

Por outro lado, observamos que o cliente da atenção médica suplementar exerce melhor sua crítica aos serviços de saúde apreciando em sua avaliação os diversos quesitos que envolvem a assistência. Consideram a qualidade dos serviços dos profissionais de saúde e de todos que direta ou indiretamente atuam no ambiente hospitalar. Também consideram aspectos relacionados a estrutura física (acomodações, limpeza do ambiente, sucateamento de equipamentos), aos funcionários (desde a vestimenta até o lidar com o público e a destreza profissional) e aos resultados (atendimento no horário, intercorrências, erros).

Compreendemos a partir do exposto, que a qualidade nos serviços de saúde e na Enfermagem deve ser incorporada diariamente, proporcionando aos usuários uma assistência livres de riscos.

1.3 A Enfermagem e a Qualidade

As relações entre clientes e profissionais de saúde são antigas e datam do princípio da humanidade, quando ainda não havia o cientificismo permeando as práticas. De acordo com D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006) a qualidade no setor saúde é histórica e desde o início, tem como premissa ser inconcebível colaborar com a vida de alguém sem realizá-lo ou ter a intenção de fazê-lo da melhor maneira possível.

A busca pela qualidade na Enfermagem tem sua primeira figura imortalizada por Florence Nightingale, que durante a Guerra da Criméia, desenvolveu métodos que objetivavam a melhoria no

atendimento prestado aos feridos. Com suas atitudes inovadoras, Nightingale, transporta a Enfermagem para a modernidade, cuja prática baseia-se em competências técnico-científicas, capacitando-se no equilíbrio entre as exigências institucionais e as necessidades da clientela assistida (CADAH, 2000).

É consenso que Florence Nightingale foi uma administradora hospitalar brilhante, contribuindo com o desenvolvimento do cuidar, a partir da estruturação do ambiente onde o paciente se encontrava, cuidando da dietética, rouparia e coordenação do pessoal que assistia aos clientes.

Essa mudança de ótica sobre o cliente, adicionando ao cuidado a observação, a experimentação, controles e individualização, a Enfermagem é trilha gradualmente o caminho da qualidade. A Enfermagem adota a qualidade como um modelo no qual a assistência aceitável é aquela que abrange as expectativas dos trabalhadores da saúde e dos clientes assistidos após mutações no modelo de administração tradicional.

Antunes e Trevizan (2000) colocam que essas mudanças partem do princípio que não apenas as expectativas da instituição e dos trabalhadores em saúde devam ser atendidas, mas com igual peso a dos clientes e de seus familiares (ANTUNES, TREVIZAN, 2000).

Enxergar a qualidade por esse prisma garante às instituições de saúde a permanência no mercado, e de acordo com Moraes (2009) as instituições de atenção médica suplementar, por questão de sobrevivência, perceberam a necessidade de mudança e anteciparam-se às do setor público, submetendo-se à nova ordem do mercado.

Ao lado dessa visão, temos, no Brasil uma movimentação em busca da qualificação dos profissionais de enfermagem que se concretizou com a permanência no mercado dos atendentes de enfermagem que haviam sido admitidos antes da vigência da Lei Federal 8967 de 28 de dezembro de 1994, que altera a redação do artigo 23 da Lei 7498/86 (BRASIL, 1994). Assim os atendentes mantiveram-se em suas funções realizando apenas cuidados elementares de Enfermagem, ou buscaram a preparação profissional. Cada categoria interna da Enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e o parteiro), de acordo com a Lei no. 94406 de 08 de junho de 1987 tiveram suas atribuições e obrigаторiedades regulamentadas. Cabe, portanto, ao enfermeiro, entre outras responsabilidades os cuidados de maior complexidade, a organização e direção dos serviços de Enfermagem, participação em projetos de construção e/ou reformas de unidades de saúde e participação na prevenção de danos aos clientes durante a assistência de Enfermagem (BRASIL, 1987).

Esse importante passo dado no território nacional mostra a importância da qualificação dos profissionais de saúde para a prestação de assistência com qualidade. Antunes e Trevizan (2000)

colocam que a significação da qualidade na saúde está intimamente relacionada com a participação efetiva de atores que executam e recebem ações, a saber: os atores neste cenário são os clientes, familiares, profissionais e instituições de saúde públicas ou privadas. As relações entre os profissionais da saúde das diferentes modalidades assistenciais e clientes/familiares é uma das facetas da qualidade na saúde.

Calixto-Olalde (2008) descreve a qualidade como foco de atenção das instituições, cuja fonte de conhecimento em relação ao serviço é quem o consome (cliente, paciente ou usuário); é ele que indicará se a qualidade é boa ou não. É pelo olhar do cliente que acontece a avaliação de um serviço prestado e esta avaliação vai além dos aspectos relacionados à estrutura, processo e resultado, nos quais a Enfermagem se insere de maneira direta e muito próxima ao cliente no ambiente hospitalar.

Assim, a qualidade está intimamente relacionada com a satisfação do cliente com o que lhe é produzido e entregue. Antunes (1997) relata que o prestador de serviços necessita conhecer as expectativas e necessidades dos seus clientes, para garantir-lhes que o serviço a ser adquirido/consumido seja entregue a um custo razoável sem causar-lhe danos.

Calixto-Olalde (2008) sugere que a qualidade dos serviços de saúde deve ir além da excelência de diagnosticar e tratar, caminhando rumo a uma atenção ímpar, chegando a usar a expressão que o cliente deva ser “ser tratado humanamente”. Para a autora, o cuidar exercido pela enfermagem necessita da junção de elementos como compaixão, competência, consciência e confiança. Entende-se que esses elementos agem como diferencial na prática assistencial e podem contribuir no relacionamento horizontal entre cliente/profissional pontuando positivamente para a percepção do serviço.

A percepção do cliente sobre o serviço de saúde e o atendimento que lhe é dispensado são geralmente diferentes da opinião do prestador de serviços em saúde, pois o cliente intensifica sua análise no relacionamento interpessoal e o prestador de serviços, na competência técnica que envolve a assistência (CADAH, 2000). Assim, entendemos que cabe a todos envolvidos, incluindo a Enfermagem, executar o serviço/assistência, da melhor maneira possível, dentro dos padrões técnico-científicos, da aceitação do cliente e das possibilidades da instituição em que trabalham.

Uma condição ímpar para a correção desses entraves entre expectativas e percepções de clientes e prestadores de serviços é Gestão da Qualidade Total (GQT) na enfermagem. Sua adoção deve ser abraçada como o desafio de realizar uma atividade trabalhosa, que envolve tempo e persistência. Porém, os resultados obtidos do árduo esforço permitem a gratificação de toda uma assertividade, do prazer de trabalho em equipe e da compreensão da necessidade do respeito ao outro (ROCHA, 2007).

Como mostrou o estudo realizado por Balsanelli e Jericó (2005) a adoção da GQT por uma instituição de saúde precisa ter o comprometimento dos dirigentes. No caso das instituições estudadas o comprometimento de todos os níveis hierárquicos alcançou o objetivo de contínua melhoria, favorecendo mudanças, e intervenções a favor da qualidade. A prática da GQT proporciona a valorização dos recursos humanos, garante a satisfação dos clientes/familiares e possibilita o reconhecimento pela sociedade do trabalho desenvolvido. Existe ainda a reestruturação na empresa que permite a melhoria dos indicadores de estatística hospitalar, proporcionando segurança aos assistidos. Relatam somente aspectos positivos relacionados à adoção da GQT. Apontam para o fato de que como essa gestão descentraliza o poder, proporciona a administração participativa, onde cabe ao gerente trilhar o caminho da mudança, orientando e educando os encarregados, contribuindo para uma atuação coesa dos que executam as ações. Na Enfermagem, portanto, cabe ao enfermeiro a tomada da GQT como premissa e envolver toda a equipe sob sua liderança nesse objetivo comum recebendo o apoio dos dirigentes (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

A partir do exposto, entendemos que para se manter e crescer dentro de suas atividades, a instituição de saúde deva continuamente melhorar sua estrutura física e processos. Concordamos com Moraes (2009) em que melhorias não devem ser apenas estruturais, devem vislumbrar a adequação dos processos e acompanhar os resultados. Acreditamos que a Enfermagem, por sua relação constante e próxima ao cliente, seja capaz de influenciar a opinião destes acerca do serviço prestado, ocasionando resultados positivos ou negativos de acordo com o desenvolvimento e entrega da assistência.

Alguns autores colocam como a falta de medidas que privilegiem a qualidade no dia-a-dia das instituições de saúde podem prejudicar o atendimento dos clientes e a percepção dos mesmos e de seus acompanhantes com relação aos serviços prestados. No estudo de Andrade et al. (2009) onde acompanhantes/familiares de clientes atendidos por serviço de emergência foram ouvidos, o cenário encontrado era o de que: havia falta comunicação dos profissionais de saúde com os acompanhante/familiares, não havia reconhecimento por parte dos profissionais de saúde da importância dos familiares no processo de doença/agravo da saúde, o acolhimento era inviabilizado pela estrutura física inadequada (que ia desde a falta de conforto à visualização do atendimento de outros clientes), a alta demanda inviabilizava a assistência humanizada (muitas filas e o estresse da demora por atendimento e por informação) e a aparente falta de capacitação profissional.

Além do quadro encontrado por Andrade et al. (2009), os sujeitos participantes do estudo apontaram, ainda, a falta de humanização dos profissionais de saúde por não aparentarem estar sensíveis aos acontecimentos com os clientes, declarando que a falta de apoio dos profissionais é

percebida não só no processo da doença, como na possibilidade de colaborar com estratégias para que os familiares tenham ferramentas para o enfrentamento dessa situação de modo integral e holístico.

No estudo de Arroyo (2007) os participantes da amostra pertencente ao setor privado, tiveram melhor percepção dos serviços recebidos do que os clientes do setor público de saúde. No julgamento de cada instituição a diferença entre os grupos foi na percepção do serviço oferecido. De acordo com a autora as instituições privadas precisam ser melhoradas nos aspectos de segurança e empatia e as instituições do setor público necessitam de melhorias nas dimensões de empatia (atenção personalizada e horários convenientes), segurança (gentileza dos funcionários), confiabilidade (comprometimento e solidariedade) e na tangibilidade (características físicas dos locais).

Ouvir as exigências dos clientes e colocá-las em prática se torna fator determinante para a superação da situação que vai além da disputa pela permanência no mercado entre as instituições hospitalares (ANTUNES, 1997). A introdução gradual de um modelo que almeja mudar o estilo de atendimento, moldando-o ao perfil e necessidades dos clientes, permite sua permanência no mercado. Rocha e Trevizan (2009) sugerem que para a mudança acontecer, a Enfermagem precisa ser incluída no delineamento deste plano, uma vez que essa reestruturação é tarefa mútua, ou seja, de responsabilidade dos gestores, profissionais da saúde e clientes.

De acordo com D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006), a Enfermagem têm contribuído positivamente para o aprimoramento da qualidade nas instituições, uma vez que participa em algumas circunstâncias como produtor da ação (prestando assistência) e como agente avaliador de ações de outros profissionais (dentro da própria enfermagem ou auditando serviços).

Barbosa e Melo (2008) descrevem que é exigido que o profissional de Enfermagem tenha uma postura auto-avaliativa em suas ações; ao enfermeiro cabe ainda manter a equipe de enfermagem coesa, estimulando a motivação dos membros, gerando ambiente digno, que ajuste a satisfação/recuperação do cliente. A qualidade de assistência de enfermagem deve ser objetivo central, dentro de qualquer atividade desempenhada na atenção ao cliente. A preocupação com a qualidade não pode ser regulada somente pela maneira como se faz a ação, mas que essa ação deve ser feita da melhor maneira possível.

A visão da qualidade nos hospitais e serviços de saúde ainda está longe de privilegiar de maneira ímpar a participação do cliente, de permitir de maneira natural que o usuário expresse suas opiniões e expectativas. Deve-se lembrar que os entraves enfrentados pela saúde poderiam ser transpostos se a atuação fosse conjunta entre profissionais da saúde/clientes/instituições de saúde, durante a utilização/recebimento dos serviços.

Como mencionado anteriormente, a garantia de que os serviços de saúde sejam prestados com competência e segurança aos clientes, é recente no Brasil. O Estado garantia essas dimensões na atenção hospitalar por meio de licenças de funcionamento, alvarás e demais critérios que consideravam a estrutura, o processo e os resultados (PAIVA, 2006). Porém, na atualidade se faz necessária a avaliação dos serviços por parâmetros que possam monitorar os resultados obtidos pelas instituições e à partir deles implantar ou implementar as mudanças necessárias pela ótica do cliente.

A Enfermagem por ser uma das categorias profissionais de maior número do ambiente hospitalar e pelo contato íntimo e intenso com os clientes é capaz de conhecer que medidas podem amenizar o sofrimento de um paciente, reduzir o estresse da internação, acolher os familiares/amigos dos clientes e ser uma ponte de ligação entre dirigentes do serviço hospitalar e o público atendido.

Avaliação da Qualidade de Enfermagem

Na década de 50 do século passado todo referencial da Enfermagem era centrado no conhecimento técnico-científico, que possibilitava a execução do cuidado. Com o passar dos anos o ato de assistir passa por transformações e se torna o cuidar, incluindo tomada de decisão e ação dos profissionais.

Na América Latina, nos últimos anos não se notam ações embasadas na garantia da qualidade de assistência como em países como Estados Unidos, Canadá e Europa. Mesmo com essa situação ainda rudimentar algumas instituições de saúde públicas e privadas no Brasil, iniciam o desenvolvimento de programas de qualidade. Essa movimentação é recente e data das últimas décadas (ADAMI, 2000).

Segundo Malik e Teles (2001), cujo estudo apresentou um levantamento realizado entre 159 hospitais do estado de São Paulo (públicos, filantrópicos e universitários), quando estes foram abordados sobre a iniciativa de qualidade, 22 hospitais apresentaram-se como tendo implantado algum tipo de iniciativa em qualidade. Portanto, uma porcentagem menor que um quarto do total. Cabe ressaltar que dos 22 hospitais, sete eram públicos, cinco filantrópicos, oito não filantrópicos e dois universitários.

Outra questão abordada foi o tempo de implantação do sistema de qualidade, três disseram ter levado menos de um ano para a implantação, cinco de um a dois anos, três entre dois e três anos e a maioria, 11 declararam que ainda estavam em processo de implantação. Ou seja, o período de implantação em nenhuma das 22 instituições que se aproximaram da temática, nenhuma a utiliza a mais de três anos (MALIK; TELES, 2001).

A pergunta que se seguiu foi o motivo que conduziu os hospitais à implantação da qualidade. O motivo primordial foi a melhoria da assistência, seguido de melhoria na organização da instituição e apenas em terceiro lugar surge a satisfação do cliente (MALIK; TELES, 2001). Os autores concluíram com seu estudo que possam existir mais iniciativas de implantação de qualquer tipo de sistema de qualidade, só que podem ser desconsideradas por não estarem formalizadas, ou seja, não havendo o conhecimento ou a cooperação dos dirigentes das instituições. Assim, os autores colocam a necessidade de nova pesquisa na tentativa de verificar regulamentos que permeiam as relações das instituições públicas e privadas que podem modificar essa realidade de pequena porcentagem de hospitais envolvidos plenamente com qualidade.

Segundo D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006) ainda que o resultado seja um indicador de qualidade da assistência prestada, ao mesmo tempo em que seja avaliado deve-se checar a estrutura e o processo para, o entendimento de diferentes formas de planejamento e intervenções que podem ou não conduzir a progressos como a otimização da administração dos serviços de saúde.

Uma proposta de avaliação na qualidade em saúde foi a utilização de indicadores de qualidade. Esses indicadores devem ter características como: disponibilidade, fidedignidade, facilidade para cálculo, sensibilidade, abrangência, objetividade, baixo custo e utilidade, entre outras (BITTAR, 2001)

A adesão e incorporação a sistemas de qualidade tornam-se necessários tanto para instituições de saúde como para profissionais. A qualidade possibilita direcionar empenhos, alcançando melhoria da assistência e permitindo na prática, frutos tanto para a profissão como para os clientes assistidos (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

As pesquisas de satisfação são criticadas pela abordagem de aspecto subjetivo envolvendo a ausência de atitudes práticas baseadas nas colocações dos clientes. Outro ponto é o reconhecimento por parte dos usuários da qualidade dos serviços, uma vez que nem sempre uma avaliação positiva pode ser encarada como uma avaliação criticamente positiva de qualidade (VAISTMAN; BORGES DE ANDRADE, 2005).

Partindo desse princípio de avaliação crítica da qualidade recebida por um serviço, Vaistman e Borges de Andrade (2005) sinalizam que no setor público de saúde a avaliação realizada pelos usuários envolve uma interação complexa que muitas vezes está mais relacionada à gratidão de ter acesso àquele serviço, ao receio de julgá-lo negativamente e de perder esse acesso, de sentir-se dependente daqueles funcionários de saúde.

A administração pública brasileira tem iniciativas que visam a reforma do Estado rumo a uma gestão que busque resultados, proporcionando uma prestação de serviço adequada e eficiente;

portanto, com qualidade. Assim, foca a ouvidoria do usuário: a oportunidade do usuário de ser ouvido e de colaborar com as mudanças nos serviços públicos oferecidos. Por meio dos dados obtidos pela 1ª Pesquisa Nacional de Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos (BRASIL, 2000), foram definidas diretrizes de padrões de qualidade do atendimento aos usuários prestado por órgãos e entidades de administração pública federal que atendam aos cidadãos brasileiros. A partir daí, diversos programas vinculados ao Avança Brasil, utilizaram os indicadores fornecidos por esta pesquisa. Cabe ressaltar que, diferentemente do setor privado, a saúde no setor público pela equidade não escolheu favoritos entre os cidadãos e nem tem como meta a lucratividade e sim a assistência integral (DINSDALE; MARSON, 2000).

Dinsdale e Marson (2000) comentam que no caso dos serviços públicos, a efetividade da avaliação em saúde utilizando-se pesquisas de satisfação pode não ser legítima, uma vez que essas pesquisas absorvem as opiniões de insatisfação com o serviço público e ou de satisfação com o serviço privado, colocando-o com qualidade superior, que pode ou não ser real. Para os autores é inadequado comparar público e privado, pois os primeiros visam a proteção do interesse público, utilizam de mecanismos especiais para promoverem equidade enquanto o setor privado visa o lucro. Ambos, público e privado, estão focados na maximização de satisfação dos clientes com perspectivas diferentes: no público, a satisfação precisa estar equilibrada. Entende-se à partir daí que pesquisas de satisfação devem ser comparadas aos pares, ou seja satisfação entre serviços públicos e satisfação entre serviços privados.

A percepção dos usuários do setor público foi estudada por Dinsdale e Marson (2000) que também avaliaram o desempenho como relativamente abaixo do setor privado. Porém, os autores acreditam que esses dados podem estar equivocados, pois a dificuldade na abordagem dos usuários do sistema público é que as perguntas sobre percepção deles com relação aos serviços podem mostrar expectativas evocadas relacionadas aos governantes, à questões burocráticas. Mas, ao avaliarem serviços públicos específicos, as taxas de satisfação percebidas mostram-se mais elevadas. Essa descoberta coloca uma questão em cheque: se o desempenho do serviço público pode não ser tão diferente do desempenho do privado.

Os referidos autores enxergam as pesquisas de satisfação com os usuários como ferramentas possibilitadoras de melhorias, se forem concentradas nos desejos dos usuários, ainda que se oponham ao que querem os responsáveis pelas decisões.

Outra ferramenta, anteriormente citada, de grande utilidade para a avaliação de qualidade que pode ser utilizada na saúde é o questionário SERVQUAL. A seguir, descrevem-se alguns estudos cuja ferramenta foi utilizada em sua versão original ou em versões adaptadas do questionário para

avaliar a qualidade de serviços e a assistência de enfermagem a partir da percepção de clientes e/ ou acompanhantes.

Em “Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital Privado”, Cruz (2008) analisou a satisfação dos usuários, relacionada aos atributos dos serviços prestados em uma unidade de internação que abrangeu 71 sujeitos de uma capital brasileira. Esse estudo exploratório-descritivo obteve como resultados a satisfação global dos usuários com relação aos serviços recebidos, sendo as dimensões de garantia e de confiabilidade as de maior peso, seguidas pela empatia, responsabilidade e tangibilidade.

Morais (2009) avaliou a qualidade de assistência de enfermagem pelos critérios donabedianos de estrutura, processo e resultados, utilizando instrumento com escala Likert. Nesse estudo, o autor avaliou a qualidade de assistência de enfermagem prestada aos clientes em uma unidade de emergência de um hospital localizado em município de grande porte do estado de São Paulo. Obteve que a grande maioria dos clientes declarou estar pouco satisfeita com a assistência de enfermagem.

A qualidade do serviço de enfermagem pelo olhar do cliente, no serviço de urgência de um hospital do México foi estudada por Calixto-Olalde (2008) quando identificou que a percepção dos usuários em relação à qualidade do serviço de enfermagem foi menor que a expectativa. Obteve resultados que sinalizam para a necessidade de formulação de estratégias por parte dos profissionais de Enfermagem, para oferecerem assistência com qualidade.

Do exposto, optou-se pela adoção do questionário SERVQUAL para nortear o estudo da sobre a avaliação da qualidade do atendimento hospitalar por meio do observado e percebido pelos clientes e acompanhantes.

1.4 O SERVQUAL

Avaliar um produto palpável, passível de testes não é tarefa fácil. Avaliar um serviço mostra-se uma tarefa mais complexa ainda, uma vez que o serviço é algo não palpável, que não se toma nas mãos, e se percebe de acordo com o que se recebe, ou seja, ao mesmo tempo em que o serviço é executado, é avaliado. Além disso, a avaliação dos serviços pode sofrer influências de fatos passados, informações obtidas por meio de comunicação/meio social e pelo próprio serviço fornecido. A avaliação dos serviços (bens intangíveis) tem sido alvo de estudos na área de Marketing, onde se destacam os trabalhos realizados por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991).

Qualquer produto de qualquer espécie, produzido por uma indústria, é um bem tangível, passível da identificação de defeitos de funcionamento, de resistência e de conformidade com especificações do fabricante e das leis vigentes para comercialização. Porém, um serviço, quando é

adquirido, é um bem intangível, que ao mesmo tempo em que é produzido, é consumido. Seus defeitos ou não conformidades podem ser observados, sentidos e experimentados ao mesmo tempo em que é consumido. A intangibilidade dos serviços é uma característica que faz com que sua avaliação seja executada durante sua construção e entrega, obriga o prestador de serviços a manter relacionamento próximo com o usuário durante esse processo. Portanto, os serviços são intangíveis e julgados por aquilo que proporcionam, baseando-se em experiências anteriores e sofrendo o julgamento do cliente e do prestador por prismas diferentes (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002).

Entende-se que, por mais que uma empresa produtora de serviços controle todas as fases envolvidas no processo, desde a concepção até entrega ao consumidor, torna-se muito difícil apreender com precisão qual é o julgamento utilizado por quem recebe o serviço. Da concepção à entrega, vários fatores podem estar envolvidos nesse critério de avaliação, e a qualidade é um deles.

Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) a qualidade de um serviço é o resultado entre a expectativa do consumidor antes do recebimento daquele serviço e a experiência do consumidor decorrente do serviço oferecido. Essa afirmação baseia-se no chamado paradigma da desconfirmação, amplamente utilizado por textos referentes à qualidade dos serviços. Por meio do paradigma da desconfirmação se tem a satisfação ou insatisfação do usuário de acordo com o desempenho dos serviços prestados, abaixo ou acima de suas expectativas.

Essas diferenças na produção e entrega de serviços denotam falta de qualidade e desinformação sobre o que os cliente esperam/desejam. Para entender essa lacuna entre as percepções e expectativas dos clientes, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) desenvolveram um questionário chamado SERVQUAL. Vaistman e Borges de Andrade (2005) citam o SERVQUAL como uma das metodologias mais conhecidas para medir a qualidade dos serviços de diferentes naturezas.

Além de ser capaz de fornecer informações entre as expectativas e percepções dos clientes, o SERVQUAL apresenta como ponto positivo a possibilidade de conhecer a participação dos funcionários nas linhas de frente e suas contribuições no produto final (entrega do bem ou serviço) da empresa. Esses funcionários são os que têm contato direto com o cliente, são responsáveis pela ação direta com os consumidores e colaboram com os gestores na tomada de decisões, possibilitando que informações sobre o bem ou serviço cheguem às suas mãos, permitindo a análise da qualidade do serviço prestado (KOTLER, 2005).

Com base nos conceitos do SERVQUAL criado por Parasuram, Zeithaml e Berry (1998), entende-se que a positividade do modelo baseia-se na possibilidade de os serviços serem avaliados durante o consumo ou na vigência da aquisição de um serviço. Portanto, ao buscar a avaliação de serviços de saúde, o modelo SERVQUAL mostra-se capaz de avaliar a qualidade de serviço prestado

ou concedido por uma empresa, seja qual for seu ramo de atuação, permitindo, portanto, perfeitamente sua aplicação nas instituições de saúde, uma vez que são fornecedoras de bens/serviços aos clientes (pacientes e familiares).

Dentro de uma mesma instituição percebem-se variações na qualidade dos serviços, algumas vezes até mesmo naqueles realizados por um mesmo funcionário em momentos diferentes de seu trabalho.

Acreditamos que as afirmativas contidas no questionário contemplem dimensões importantes para o julgamento da qualidade do serviço prestado por empresa ou instituição de um serviço, considerando dimensões técnicas e de relacionamento pessoal com o cliente. Assim, entende-se que avaliar um serviço deve considerar estrutura (recursos materiais), o processo (relacionamento pessoal) e o resultado (como a percepção do cliente pelo serviço recebido).

De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991), as relações entre as expectativas do usuário de um serviço e as percepções relacionam-se de três modos. No primeiro, quando a expectativa é menor do que a percepção, a qualidade percebida é boa. Na segunda, quando expectativas e percepções são idênticas, a qualidade percebida é aceitável e em terceiro, quando a expectativa é maior do que é percebido, a qualidade é ruim. Então, segundo Cruz (2008), entre o desejável e o mínimo aceitável existe uma margem de tolerância na qual o serviço oscila de satisfatório a aceitável e que a um nível inferior, causa a frustração. Para a autora, essa tolerância, pode variar de acordo com o momento em que o serviço é entregue, somando-se a ele, outros fatores pessoais ou externos.

O usuário compara aquilo que recebeu com o que esperava ou desejava receber. As diferenças entre o esperado e o percebido no desempenho de um serviço são as lacunas (*gaps*). As lacunas são capazes de medir a satisfação e a qualidade de serviços de acordo com uma característica específica. Somando-se as avaliações específicas, pode-se obter a avaliação final da qualidade de um serviço pelo ponto de vista do cliente (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

O modelo da figura a seguir mostra as cinco lacunas relacionadas à qualidade de um serviço.

Fonte: Adaptado de Cruz (2008, p.34)

Figura 1 – Modelo GAP da Qualidade dos Serviços

Observa-se que o *gap 1* é a diferença entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial. Esse *gap* diz respeito à discrepância entre o que o usuário espera e o que os responsáveis pelo serviço acreditam ser. No *gap 2*, tem-se a diferença entre a percepção gerencial e as expectativas do cliente de acordo com as especificações de qualidade de serviços. O *gap 3* revela a diferença entre os padrões da empresa e o que realmente é recebido pelo cliente. O *gap 4* refere-se à quilo que foi prometido (a propaganda ou promessas) realizada pela empresa e o que o cliente realmente recebeu. E, o *gap 5* é a diferença entre expectativa do cliente e a percepção do serviço recebido. Portanto o

último *gap* refere-se à somatória dos outros e que a percepção do cliente pelo serviço recebido estará no trilhado e na intensidade dos outros *gaps*. Os autores chamam a atenção para o fato de que quem consome os serviços utilizam discernimentos parecidos para chegar à uma conclusão sobre os serviços prestados pelas empresas, independente da natureza do serviço (MIGUEL; SALOMI, 2004)

O questionário SERVQUAL criado por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1998) contém 22 pares de afirmativas relacionadas à expectativa e à percepção do cliente dentro de categorias específicas do serviço. Portanto, a ferramenta SERVQUAL é par entre expectativa (E) e percepção (P) mede por meio das cinco dimensões o resultado do serviço prestado a um cliente.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1998) a partir das observações realizadas com grupos, puderam determinar a qualidade de serviço de acordo com a diferença entre as percepções do serviço pelos usuários e de suas expectativas. Aludiram que os mesmos utilizavam as dimensões gerais do serviço para a avaliação da qualidade. Tais resultados confirmaram a influência nos usuários pelo processo e não só pelos resultados da qualidade do serviço prestado.

As dimensões obtidas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) delimitam os critérios utilizados para julgamento da qualidade pelos usuários e são: tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, garantia e empatia. A tangibilidade é a dimensão relacionada à estrutura, ou seja, às instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e materiais disponíveis em uma empresa/instituição. Confiabilidade é a dimensão que fornece a segurança sobre o serviço prestado. Os mecanismos que as empresas/instituições disponibilizam para que os serviços sejam prestados dentro dos padrões aceitos de qualidade, reduzindo riscos e danos para os clientes que os adquirem é o desempenhar das funções de modo sólido. A responsabilidade, terceiro critério de avaliação de qualidade, diz respeito à disponibilidade da instituição em colaborar com o usuário, atendendo de forma peculiar, atenciosa, precisa e instantânea. Entende-se que nesse critério, a solicitude dos funcionários pontua positivamente. A garantia é como o serviço é transmitido pelos funcionários aos clientes, a capacidade em comunicar de modo confiante. A empatia é o modo como a instituição recebe e atende o cliente. Nesse critério estão inseridas a acessibilidade, sensibilidade e a energia em atender os anseios do cliente (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1998).

Kotler, Hayes e Bloom (2002), complementam os significados das dimensões do SERVQUAL quando colocam que a confiabilidade é uma das dimensões mais importantes na qualidade dos serviços fornecidos, exigindo da empresa prestadora de serviços que não prometa além do que cumprirá e que corresponda às promessas feitas. Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991), dentro das cinco dimensões descritas, a confiabilidade é a mais importante e a tangibilidade a menos importante.

Sobre a capacidade de resposta (responsabilidade) cabe à empresa não demorar para responder ao seu cliente e mostrar-se disposto a fazê-lo. Com relação à segurança, os autores citam que os serviços profissionais, como os do hospital, por exemplo, no qual o cliente participa de um serviço cujo risco potencial pode ser sua vida ou a de um ente querido, devam ser medidos. Sobre a dimensão empatia, acredita-se que todos desejem ser atendidos como alguém importante, sentindo-se especial. Para promover esse ambiente de empatia, sugerem a memorização de detalhes das necessidades específicas dos clientes, no caso do hospital, exemplifica-se como em casos de reinternações de reservar aquele cliente cuidados específicos que já foram conhecidos de acordo com a rotina do hospital (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002).

A recomendação da literatura é que o mesmo questionário seja aplicado antes e após o recebimento do serviço, para identificar a expectativa e a percepção do cliente (ARROYO, 2007; BEREZOVSKY; HERCOS, 2006; CRUZ, 2008; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Tendo até este ponto apresentado a qualidade como um valor para serviços e produtos, historiado sobre sua utilização, focalizado a qualidade na saúde e na Enfermagem e sintetizado suas contribuições, passamos agora para os objetivos e descrição do percurso metodológico deste estudo.

2. Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é identificar a avaliação de qualidade do atendimento hospitalar de clientes e acompanhantes de um hospital privado de uma importante cidade do interior paulista, utilizando o SERVQUAL.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar revisão integrativa da literatura, sobre a produção científica da enfermagem na última década utilizando o SERVQUAL;
- Identificar a expectativa dos clientes e acompanhantes de um hospital privado quanto à qualidade do atendimento, por meio do questionário SERVQUAL (expectativa), na internação hospitalar eletiva;
- Identificar a percepção dos clientes e acompanhantes de um hospital privado quanto à qualidade do atendimento, por meio do questionário SERVQUAL (percepção), na alta hospitalar;
- Mensurar o grau de concordância entre expectativa e percepção sobre a qualidade do atendimento por clientes e acompanhantes de um hospital privado.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Para o cumprimento dos objetivos, o presente estudo foi desenvolvido em duas etapas, descritas a seguir.

3.1 Etapa 1: revisão integrativa

Utiliza-se a revisão integrativa da literatura para o profundo entendimento de um fenômeno com base em estudos anteriores. Essa modalidade metodológica reúne dados de diferentes tipos de pesquisas e possibilita ampliar as conclusões. Para a efetiva contribuição do método na implementação de intervenções aos pacientes, é necessário seguir as seguintes etapas: identificação do problema e da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos selecionados, interpretação e síntese dos resultados encontrados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa realizada nesse estudo baseou-se no referencial de Ursi e Galvão (2006). De acordo com as etapas propostas formulamos a seguinte questão norteadora: Qual é o conhecimento produzido na enfermagem na última década, utilizando o questionário SERVQUAL? Foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on line* (MEDLINE), Banco de Teses da USP e *Web of Science* para identificação das referências.

Os critérios de inclusão das referências foram: atender a questão norteadora, estar disponível na íntegra (texto completo) nas bases de dados, ter sido publicado no período de 2000 a 2010 e estar no idioma inglês, português ou espanhol.

A busca foi realizada utilizando-se a palavra SERVQUAL, rastreada em resumos, títulos, corpo de texto, citações na íntegra ou no assunto.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados com o auxílio de um instrumento de coleta de dados bibliográficos baseado no modelo proposto por Ursi (2005), contemplando dados relacionados à identificação (título de artigo, título do periódico, autores, local de trabalho, graduação, país, idioma e ano de publicação), instituição sede do estudo, tipo de revista científica, características metodológicas, objetivo ou questão de investigação e amostra (seleção, tamanho, idade, sexo, período, tempo de internação, pacientes, acompanhantes e pacientes e acompanhantes).

Os estudos selecionados foram analisados e classificados de acordo com o nível de evidência. De acordo com Stetler (2001), o nível 1 pertence aos estudos clínicos controlados e randomizados, no nível 2 os de evidências obtidas em estudos individuais com delineamento

experimental, o nível 3 os de evidências advindas de estudos quase-experimentais e no nível 4 evidências de estudos descritivos, nível 5 são evidências provenientes de relatos de caso ou experiência e no nível 6 as evidências são baseadas em opiniões de especialistas.

Após a fase de classificação dos resultados, tem-se a fase de interpretação e síntese dos dados. Nessa fase é feita a identificação de possíveis lacunas de conhecimento. A partir dessas lacunas podem-se orientar possíveis estudos. Então, na última fase da revisão integrativa tem-se a apresentação, de maneira clara e completa, possibilitando que avaliação crítica dos dados obtidos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

3.2 Etapa 2: SERVQUAL

a) Delineamento do Estudo

Estudo exploratório descritivo de natureza quantitativa e delineamento não-experimental transversal, cujos dados são provenientes das variáveis medidas nas dimensões do questionário SERVQUAL expectativa e percepção, antes e após a internação.

Estudos quantitativos são capazes de gerar e refinar o conhecimento, por meio do raciocínio dedutivo. Os resultados obtidos por esse tipo de estudo são baseados na observação, na medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva (BURNS; GROVE, 2005).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) o delineamento de pesquisa utilizado pela abordagem quantitativa apresenta estratégias para a obtenção de informações precisas e que permitam a interpretação. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Os estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados, são apropriados para descrever a situação ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo.

b) Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, sob o nº de protocolo nº 1255/2010 (Anexo A).

Os indivíduos foram convidados a participar do estudo e, para tal, foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e forma de participação. Após orientação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), recebendo uma cópia deste, assinada pela autora.

c) Local do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido em uma instituição hospitalar de atenção médica suplementar, na cidade de Ribeirão Preto, importante pólo de pesquisa/desenvolvimento em saúde do interior do estado de São Paulo, no período de dezembro de 2010 a março de 2011.

A instituição possui 84 leitos físicos e 110 leitos operacionais. Presta assistência em todas as especialidades médicas, pronto-atendimento, internações clínicas e cirúrgicas, cirurgias ambulatoriais e internações em terapia intensiva. Possui taxa de ocupação dos leitos em torno de 67%. Focada em cirurgias e procedimentos de alta complexidade, possui 24 leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) que atendem clientes neonatais, pediátricos e adultos. O Centro Cirúrgico dessa instituição é formado por seis salas cirúrgicas que tem uma taxa de ocupação no período da manhã de 95% e 64% no período da tarde. Realiza uma média de 6.600 procedimentos e cirurgias ao mês. Recebe clientes particulares e da atenção médica suplementar da cidade de Ribeirão Preto e região e de outras regiões do Estado. Foi certificada pela ONA primeira vez em 2001, recebendo a Acreditação Plena em 2010. A equipe de gestão de qualidade é composta por uma enfermeira, uma biomédica e uma secretária.

d) População do Estudo

A população delimitada para o estudo foi a de clientes e acompanhantes de ambos os sexos, com idade entre 18 e 80 anos, com o primeiro grau completo, que procuraram a instituição para internação por motivo cirúrgico eletivo, em condições físicas, psicológicas e emocionais que permitisse responder à pesquisa no momento da internação e da alta hospitalar. Foram excluídos da amostra clientes cuja internação se deu para uma permanência inferior a um dia.

Nos casos de internação pediátrica o acompanhante foi entrevistado uma vez se enquadrava nos critérios de inclusão acima descritos.

e) Mensuração da expectativa e percepção

Foi utilizado o questionário SERVQUAL, originalmente desenvolvido no *Marketing Science Institute (MSI)* para avaliação de serviços. Tem como objetivo principal medir a qualidade funcional, em diversos setores de serviços (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

A versão do questionário SERVQUAL utilizada é a de Berezovsky e Hercos (2006) ¹em estudo similar em uma fundação de atendimento oftalmológico. Foram necessárias alterações ortográficas em itens do questionário em que apareciam as palavras “fundação” e “equipe”, as quais

¹ Autorização para utilização do instrumento recebida por e-mail <bisfurlan@terra.com.br> em 14 jun. 2010.

foram substituídas por “hospital” e “enfermagem”, respectivamente. Assim temos expectativa correspondendo a “atendimento ideal” e percepção a “atendimento recebido”

A escala Likert de um a sete é a métrica do SERVQUAL, que compreende desde a total discordância até a total concordância nas afirmativas sobre expectativa e percepção do cliente sobre as dimensões abordadas pelo questionário, onde: 1=Discordo Totalmente, 2=Discordo Muito, 3=Discordo Pouco, 4=Nem Concordo e Nem Discordo, 5=Concordo Pouco, 6=Concordo Muito e 7=Concordo Plenamente.

O questionário é composto de 23 pares de afirmativas sendo 22 pares distribuídos nas dimensões tangibilidade (itens 1 a 4), confiabilidade (itens 5 a 9), responsabilidade (itens 10 a 13), segurança (itens 14 a 17) e empatia (itens 18 a 22). A afirmativa 23 é relacionada exclusivamente a qualidade geral do atendimento. O questionário também possui uma tabela de pontos composta por cinco afirmativas, cada uma delas referente a uma das dimensões abordadas pelo SERVQUAL, onde o entrevistado deveria distribuir 100 pontos entre elas (Anexo B).

Além do SERVQUAL utilizamos um questionário para caracterização da amostra contemplando dados referentes a sexo, idade, estado civil, escolaridade, motivo da internação, entre outras informações (Apêndice B).

f) Procedimento de coleta de dados

Prova Piloto

Inicialmente foi realizada prova piloto com duração de dez dias onde foram entrevistadas 20 pessoas (clientes e acompanhantes). Tal procedimento teve como objetivos calibrar a autora quanto a abordagem dos participantes, definir locais para realização das entrevistas, identificar tempo de duração das entrevistas, fatores que poderiam criar vieses e estabelecer rotina de coleta de dados.

Após realização da prova piloto definiu-se que a abordagem dar-se-ia na seguinte sequência: apresentação da autora, objetivos do estudo, esclarecimento quanto aos aspectos éticos e assinatura de TCLE. Os locais selecionados para a realização das entrevistas sobre as expectativas foram a recepção e a sala de acolhimento pré-operatório (sala vip); e para as entrevistas sobre percepção foram selecionadas as unidades de internações.

Para identificação do tempo de duração, todas as entrevistas da prova piloto foram cronometradas. O tempo das entrevistas de expectativa variou de 15 a 45 minutos, com média de 20,1 minutos. A aplicação do questionário de percepção variou de 8 a 25 minutos com média de 12 minutos. Observou-se durante a aplicação da prova piloto que indivíduos com maior grau de escolaridade tendem a utilizar menos tempo no responder e que indivíduos acima de 60 anos utilizam mais tempo

para responder. Durante o teste piloto não foram observadas diferenças entre homens e mulheres para responder o questionário.

A prova piloto foi útil para o estabelecimento de rotinas. Entre elas: o recebimento diário dos mapas cirúrgicos com as cirurgias planejadas, o contato direto com a equipe de enfermagem das unidades de internação e definição de horários. Os mapas cirúrgicos foram enviados via e-mail e permitiram a organização com relação a identificação prévia dos potenciais indivíduos a serem entrevistados. A visita diária nas unidades de internação permitiu o acompanhamento do planejamento das altas hospitalares e momento da visita para coleta de dados referente a percepção.

Para facilitar o entendimento dos entrevistados quanto a escala Likert, esta foi impressa contendo o significado de cada valor numérico. Foi plastificada e entregue ao participante nos momentos de entrevista. Essa medida proporcionou maior tranquilidade ao participante em escolher e responder os números relativos à satisfação/insatisfação.

O horário de início da realização das entrevistas foi 5h30 e o término dependia do número de cirurgias diárias, variando de 13h a 17h.

Coleta de Dados

A coleta de dados seguiu a rotina estabelecida na prova piloto.

Para a primeira entrevista (expectativa) os sujeitos foram identificados ao chegarem à instituição e dirigirem-se a recepcionista para internação e esta informava à pesquisadora que o cliente era cirúrgico. Enquanto a recepcionista executava os procedimentos iniciais relativos à internação, a pesquisadora se apresentava e convidava os sujeitos a participarem do estudo.

Em seguida esclarecia quanto aos objetivos da pesquisa, que a participação era voluntária, sigilosa e entregava o TCLE em duas vias para assinatura, sendo que uma ficava com a pesquisadora e outra era entregue ao cliente. Na sequência, o cliente foi orientado sobre como responderia ao questionário, ao final recebia da pesquisadora a escala Likert para que pudesse escolher qual valor atribuiria a cada um dos 23 itens lidos pela pesquisadora. Estando já de posse da escala, o cliente era orientado a distribuir 100 pontos para as cinco afirmativas referentes às dimensões abordadas pelo SERVQUAL. Aplicou-se, então, o questionário de caracterização da amostra e o cliente foi orientado a retornar a recepcionista para proceder à internação.

Nos casos em que a internação foi realizada antes da abordagem da pesquisadora, as entrevistas foram realizadas posteriormente.

As entrevistas foram realizadas na recepção e sala vip.

Quando a entrevista foi realizada com o cliente e o acompanhante, a abordagem e o preenchimento dos questionários foram realizados simultaneamente.

Houve situações em que o entrevistado foi somente o acompanhante, quando o cliente não atendia aos critérios de inclusão (idade abaixo do estabelecido, escolaridade e incapacidade para responder) e quando o cliente já estava em cirurgia.

A segunda entrevista (percepção) foi realizada de acordo com a permanência dos sujeitos entrevistados anteriormente. Inicialmente foram entrevistados aqueles que tinham a alta programada para o período da manhã e em seguida os que tinham alta prevista para o período da tarde e/ou noite. As informações referentes a permanência dos clientes foram fornecidas pela equipe de enfermagem das unidades de internação. A segunda entrevista foi realizada no quarto do cliente.

g) Processamento e análise dos dados

As análises exploratórias (frequências), cálculo da consistência interna (alfa de Cronbach) e Coeficiente Kappa foram realizadas por meio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.0 e pelo SAS 9.2®.

Para verificação da consistência interna dos itens do questionário utilizado, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach. Este indicador é recomendado para análise da consistência interna de instrumentos, por refletir o grau de covariância dos itens entre si. De acordo com Pasquali (2003) o coeficiente alfa vai de 0 a 1, sendo que 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e 1 indica a presença de consistência de 100%. Valores de alfa de Cronbach considerados aceitáveis são os maiores que 0,70 por refletirem alto grau de consistência interna (PASQUALI, 1998).

O cálculo do coeficiente Kappa é, seguramente, a principal estratégia utilizada na literatura, quando o interesse é a avaliação da concordância entre métodos traduzidos em forma de categorias. O Kappa expressa a proporção da concordância observada que não é devida ao acaso, em relação à concordância máxima que ocorreria além do acaso (LUIZ, 2009).

De acordo com Luiz (2009) há várias classificações para os intervalos de interpretação do coeficiente Kappa, optamos por utilizar a apresentada a seguir.

Valor de Kappa	Concordância
< 0	Pobre
0 – 0,19	Superficial
0,20 – 0,39	Razoável
0,40 – 0,59	Moderada
0,60 – 0,79	Substancial
0,80 – 1,00	Quase Perfeita

Fonte: Luiz (2009, p. 351)

Quadro 2 - Valores do Coeficiente Kappa e critérios de concordância

Para cálculo dos coeficientes Kappa, adotamos neste estudo, uma recategorização da escala Likert, onde 1, 2, 3 passaram a ser correspondente a discordo; 4 a neutro e 5, 6, 7 a concordo. Tal decisão foi necessária devido ao fato de a grande variação de categorias na escala do SERVQUAL ter gerado valores de Kappa muito baixos.

Para relacionarmos a alocação de 100 pontos feita pelos entrevistados nas últimas cinco afirmativas do questionário de expectativa, com os escores atribuídos em cada domínio, optamos por calcular a média de pontos alocados em relação aos escores. Para tal, foi feita uma somatória dos escores de cada domínio, tendo em vista obtermos qual seria a distribuição máxima de pontos em cada dimensão. Para as dimensões com quatro itens (tangibilidade, responsabilidade e segurança) o máximo de pontos foi de 28 e para as com cinco itens (confiabilidade e empatia) foi de 35. Em seguida a somatória foi dividida em três faixas de categorias para cada dimensão, a saber:

- de 1 a 12 ou de 1 a 15 correspondem a discordo,
- de 13 a 16 ou 16 a 20 correspondem a neutro e
- de 17 a 28 ou 21 a 35 correspondem a concordo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Etapa 1 – Revisão integrativa

Na base de dados LILACS foram encontradas nove publicações. Destas, cinco não possuíam texto completo disponível e entre as quatro restantes apenas uma atendia à questão norteadora. No MEDLINE localizou-se 102 publicações. Destas, 92 não possuíam texto completo disponível e as dez restantes não atendiam a questão norteadora. No Banco de Teses da USP foram localizadas três dissertações e quatro teses, sendo que uma de cada modalidade atendia a questão norteadora. Na busca na *Web of Science* foram encontradas 107 publicações. Destas, apenas uma respondia a questão norteadora.

As publicações localizadas em mais de uma base de dados foram consideradas apenas uma vez, sendo que uma que se encontrava no banco de teses também foi excluída por ter sido localizado artigo a ela correspondente.

Para a revisão integrativa utilizou-se três publicações, apresentadas no quadro a seguir.

Base de dados	Ano de publicação	Periódico	Nome da publicação	Autores	Objetivo do estudo	Resultados
Lilacs	2010	Rev Esc Enferm USP	Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado	Wilma Batista Cruz e Marta Maria Melleiro	Analisar a satisfação dos usuários em relação a um conjunto de atributos prestados em unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital privado	Os usuários mostraram satisfação com a equipe de enfermagem em relação aos cuidados recebidos e os atributos predominantes foram confiabilidade e responsividade. A satisfação foi maior com as equipes médica e de enfermagem.
Banco de teses da USP	2008	-	Escala SERVQUAL: Validação para a cultura mexicana e a qualidade do serviço de Enfermagem	Maria Glória Calixto-Olalde	Avaliar a qualidade do serviço de enfermagem a partir do uso da escala SERVQUAL	A avaliação da qualidade do serviço de enfermagem mostrou-se satisfatória. Os clientes revelaram que as dimensões que precisam de maior atenção são a tangibilidade, responsabilidade e empatia. Sendo as de menor prioridade: segurança e confiabilidade.
Web of Science	2007	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	<i>A comparative study of patient's and nurses' perceptions of the quality of measuring services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey</i>	Mi Ai Lee e Young-Hee Yom	Comparar a qualidade do serviço de enfermagem, satisfação e intenção de reinternação hospitalar percebidas por pacientes hospitalizados e enfermeiros na Coreia	Foram encontradas diferenças entre as percepções de enfermeiros e pacientes em todas as dimensões. Enfermeiros valorizam serviços hábeis e precisos. Clientes valorizam ambiente agradável para descansar. Para o enfermeiro o menos importante é fornecer coragem e esperança. O desempenho dos enfermeiros nunca superou as expectativas dos clientes. A maior diferença foi alcançada na dimensão tangibilidade e a menor em empatia. As autoras manifestam preocupação quanto a escala ser adequada para uso no oriente devido a questões culturais. Identificaram que a qualidade da assistência de enfermagem é ruim e que há necessidade de mudanças no ambiente hospitalar.

Quadro 3 – Apresentação de publicações que utilizaram o SERVQUAL na Enfermagem de acordo com base de dados, nome da publicação, autoria, objetivo do estudo e resultados

No LILACS foram encontradas outras três publicações, sendo que duas (66,67%) relacionavam-se com a avaliação dos serviços do SUS: uma avaliou os serviços médicos prestados a clientes submetidos a cirurgia cardíaca e a outra o serviço oftalmológico prestado por uma fundação, respectivamente. A terceira publicação (33,33%) referia-se à avaliação de qualidade das consultas externas em serviço de medicina interna em Lima no Peru.

No MEDLINE foram identificadas sete publicações que utilizaram o SERVQUAL, três (42,86%) utilizaram o questionário como adjuvante ou em comparação com outras ferramentas de avaliação de qualidade, duas (28,58%) avaliaram serviços domiciliares, uma (14,28%) avaliou a qualidade do serviço educacional oferecido por faculdade de ciências médicas e uma (14,28%) avaliou uma biblioteca.

No Banco de Teses da USP foram encontradas três dissertações e duas teses que utilizaram o SERVQUAL. Assim, das cinco publicações tem-se uma (20%) que avaliou cursos de pós-graduação, uma (20%) serviços de hotelaria, uma (20%) tempo de consulta médica, uma (20%) desenvolvimento de produto e uma (20%) serviços turísticos em ambiente *on e off line*.

Na *Web of Science*, entre os artigos que estavam repetidos e que não estavam disponíveis na íntegra, foram encontrados 100 artigos que utilizaram o SERVQUAL, dos quais: 29 (29%) eram relacionados a serviços gerais (indústrias, agricultura, manejo de água, comércio, imóveis, construções, hospitais e etc) que empregaram o questionário em suas análises, seguidos de 15 (15%) que utilizaram o SERVQUAL em comparação com outras ferramentas de avaliação de qualidade, 15 (15%) relacionados ao turismo (agências, hotéis, aeroportos, etc), 13 (13%) às tecnologias de informação (serviços de telecomunicação, desenvolvimento de software), 12 (12%) a bibliotecas físicas e virtuais, seis (6%) a bancos, educação e transportes.

O SERVQUAL desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) foi a primeira tentativa de operacionalização do constructo de satisfação do usuário frente a um serviço. O questionário tem sido utilizado para avaliação de qualidade em diversos ramos da economia (turismo, educação, indústria, transportes, saúde, entre outros) e apóia decisões na busca da melhoria da qualidade, do ponto de vista dos clientes (diferença entre expectativa e percepção).

A presente revisão integrativa possibilitou identificar o que foi produzido na Enfermagem utilizando o SERVQUAL na última década. A maioria das produções (66,7%) foi publicada em português, por enfermeiras, no período de 2007 a 2010. Todas as pesquisas foram desenvolvidas em hospitais, com pacientes de clínica médica e cirúrgica, adultos, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos, que foram atendidos em ambulatório e/ou permaneceram internados por períodos superiores a um dia.

Todos os estudos são descritivos, com abordagem quantitativa e enquadram-se no nível 4 de evidência.

Identificamos que a utilização do questionário SERVQUAL é apropriada para avaliação de qualidade esperada e percebida por clientes em ambiente hospitalar. Tal avaliação foi identificada em todas as publicações a partir das diferenças entre expectativas e percepções nas dimensões que envolvem a qualidade, tanto de clientes como de profissionais da saúde. Dos resultados das publicações avaliadas emerge a necessidade de incorporação e compreensão da qualidade do atendimento, tendo em vista que todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no atendimento ao cliente, interferem neste processo.

Para Donabedian (1997), a obtenção da qualidade do atendimento em saúde é possível com a compreensão dos profissionais quanto a necessidade de manter adequadamente as relações interpessoais com os clientes, propiciando-lhes maior bem-estar.

As dimensões tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, garantia e empatia delimitam os critérios utilizados por usuários de serviços para o julgamento da qualidade. A tangibilidade é a dimensão de menor importância e a confiabilidade é a de maior importância na avaliação do cliente sobre um serviço recebido (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

Quanto a dimensão tangibilidade (estrutura física e recursos humanos e materiais) encontramos no artigo de Lee e Yom (2007) que esta foi a dimensão menos valorizada pelos participantes. Nas publicações de Cruz e Melleiro (2010) e Calixto-Olalde (2008) a tangibilidade foi apontada pelos clientes como um aspecto a ser melhorado, necessitando de intervenções. Apesar de ser considerada pela literatura como uma dimensão de menor importância, duas das três publicações apontaram-na como característica a ser tratada pelas instituições de saúde com maior atenção.

Kotler, Hayes e Bloom (2002) consideram a dimensão confiabilidade como a “segurança do serviço a ser prestado ao cliente”. Identificamos no estudo de Lee e Yom (2007), que o serviço de enfermagem despertou preocupações quanto à formação dos enfermeiros e tratamento destes recebido. Nos estudos de Calixto-Olalde (2008) e Cruz e Melleiro (2010) essa dimensão foi avaliada positivamente, não merecendo ajustes. Concluímos que na maioria dos estudos analisados nesta revisão integrativa, os clientes confiaram naqueles que lhes prestaram cuidados durante sua hospitalização.

A dimensão responsabilidade é conceituada por Kotler, Hayes e Bloom (2002) como a disponibilidade da instituição em colaborar com o cliente de maneira atenciosa. No estudo de Calixto-Olalde (2008) a autora identificou que a responsabilidade necessita de melhor avaliação por parte dos dirigentes da instituição na qual desenvolveu o estudo. O estudo de Cruz e Melleiro

(2010) encontrou dados diferentes onde os pacientes perceberam responsabilidade por parte da instituição em que estiveram internados. No estudo de Lee e Yom (2007) os clientes perceberam essa dimensão como a terceira de maior preocupação.

Segurança, diz respeito ao que a instituição transmite ao cliente sobre como realiza seus serviços (KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002). No estudo de Lee e Yom (2007) esta foi a segunda dimensão melhor percebida pelos participantes do estudo. Em Calixto-Olalde (2008) foi uma das duas melhores avaliações percebidas pelos participantes e, para Cruz e Melleiro (2010) foi um atributo que alcançou a satisfação com avaliação neutra, ou seja, não foi pior nem melhor ao que era esperado.

A atenção individualizada e a preocupação genuína com o cliente são apontadas como importantes quesitos para alcance da qualidade (DONABEDIAN, 1997). No questionário SERVQUAL estas características são contempladas pelas afirmações referentes à empatia. No estudo de Calixto-Olalde (2008) esta dimensão obteve percepção abaixo da expectativa. Para Cruz e Melleiro (2010) a empatia não mereceu nem críticas e nem elogios, sendo classificada como aceitável. Para Lee e Yom (2007) essa dimensão foi julgada como ruim.

Como contribuições para a enfermagem os resultados da revisão integrativa mostram que apesar da tangibilidade ser considerada pela literatura como uma das dimensões de menor importância, ela foi apontada pelos participantes dos estudos como uma dimensão que merece mais atenção. Acreditamos que isso se deve ao fato de os estudos terem sido realizados em ambiente hospitalar, no qual o cliente aparenta estar mais preocupado com os recursos humanos e materiais necessários ao atendimento dos agravos à sua saúde e aos riscos oriundos da falta desses.

De modo geral, a responsabilidade percebida foi menor do que a esperada nos estudos analisados. Acreditamos que esse resultado relaciona-se à maneira como as instituições respondem aos seus clientes, valorizando os questionamentos de fácil solução em detrimento daqueles que demandam maior envolvimento/investimento. Entendemos que cada questionamento do cliente deve ser valorizado, uma vez que percebendo tal atitude institucional o cliente transporá sua percepção quando avaliar a qualidade do atendimento.

Nas três publicações analisadas, a segurança obteve avaliação positiva, uma vez que em duas atingiu as expectativas dos clientes e em uma obteve a neutralidade. Acreditamos que tal dimensão mostra-se melhor incorporada nas instituições avaliadas.

A empatia foi percebida de maneira distinta em cada um dos estudos analisados. Acreditamos que tais resultados vinculam-se à forma peculiar com que cada instituição recebe e

atende seus clientes, sua cultura e seus profissionais. Entendemos que colocar o cliente no centro das atividades possibilita a melhoria da qualidade de atendimento.

Acreditamos que utilizar o SERVQUAL na enfermagem, seja na íntegra ou como referência, colabora para avaliação da qualidade do atendimento hospitalar, por meio da opinião dos clientes.

A revisão integrativa realizada identificou um número limitado de publicações específicas da enfermagem que utilizaram o SERVQUAL. Acreditamos que talvez deva-se ao desconhecimento dos profissionais de que esta ferramenta, originada do marketing de serviços, possa subsidiar a avaliação da qualidade do atendimento na saúde. Entendemos que hoje o ambiente hospitalar, e principalmente as unidades de atenção médica suplementar, devam identificar a qualidade do atendimento pela opinião dos clientes para sobreviverem no mercado de modo a aprimorar continuamente a qualidade da assistência e da segurança do paciente, o que, conseqüentemente poderá contribuir para a valorização dos profissionais de saúde e de enfermagem pela sociedade.

4.2 Etapa 2: SERVQUAL

a) Caracterização da população do estudo

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2010 a março de 2011, em um total de 74 dias.

De acordo com os mapas cirúrgicos, estavam previstas 746 cirurgias neste período. Entre elas 359 (48,13%) tinham período de internação inferior a um dia e 387 (51,87%) superior a um dia, sendo que destas, seis foram canceladas.

Das 381 cirurgias previstas com permanência superior a um dia, 48 (12,60%) eram em clientes menores de 18 anos, nove (2,37%) em clientes com idade acima de 80 anos e 75 (19,68%) de clientes previamente internados, totalizando 249 cirurgias.

Entre os 249 possíveis clientes a serem entrevistados, 28 (11,25%) foram internados fora do horário de coleta de dados e/ou foram chamados para o centro cirúrgico antes de serem abordados pela pesquisadora, 16 (6,43%) foram chamados para o centro cirúrgico durante a entrevista, 6 (2,40%) receberam alta entre 18h00 e 5h00, 2 (0,80%) recusaram-se a participar do estudo e 2 (0,80%) eram analfabetos. Assim, foram entrevistados 195 (78,32%) dos possíveis clientes.

Dos 195 clientes, 185 (94,88%) estavam acompanhados. Deste total de acompanhantes 107 (57,83%) não permaneceram junto ao cliente pelo menos durante um dia de internação, 56 (30,27%) foram entrevistados e 22 (11,90%) recusaram-se a participar do estudo.

Além dos 56 acompanhantes de clientes adultos, foram entrevistados dez acompanhantes de clientes menores de 18 anos, totalizando 66 acompanhantes entrevistados.

Os participantes do estudo foram divididos em três grupos:

Grupo 1 = clientes

Grupo 2 = clientes e acompanhantes e

Grupo 3 = acompanhantes.

O Grupo 1 foi composto por um total de 172 clientes, dos quais a maioria 96 (55,80%) eram mulheres e 76 (44,20%) homens.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos clientes do Grupo 1 em relação a faixa etária.

Tabela 1 - Distribuição Grupo 1 (clientes) em relação a faixa etária.
Ribeirão Preto, 2010-2011

Faixa etária	N (%)	%
18 — 30	25	14,50
30 — 40	33	19,20
40 — 50	28	16,30
50 — 60	32	18,60
60 ≥	54	31,40
Total	172	100

Em relação a faixa etária 54 (31,40%) estavam na de 60 ou mais anos, 33 (19,20%) na de 30 a 40 anos, seguidos de 32 (16,30%) na de 50 a 60 anos. A faixa etária que obteve menor número de clientes foi a de 18 a 30 anos com 25 (14,50%).

Quanto à situação familiar/conjugal 118 (68,60%) eram casados, 31 (18,04%) solteiros, 11 (6,39%) viúvos e 12 (6,97%) possuíam outros tipos de união.

A maioria 94 (54,65%) possuía o terceiro grau completo, 60 (34,89%) o segundo grau completo e 18 (10,46%) o primeiro grau completo.

A permanência da maioria 107 (62,20%) dos clientes no hospital foi de um dia de internação, 38 (22,12%) dois dias, 20 (11,62%) três dias, 6 (3,48%) e 1 (0,58%) permaneceram 4 e 5 dias internados respectivamente.

Neste grupo, 162 (94,18%) clientes estavam acompanhados no momento da internação e 10 (5,82%) estavam sozinhos. A distribuição dos acompanhantes em relação ao grau de parentesco com os clientes do Grupo 1 encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos acompanhantes em relação ao grau de parentesco com os clientes do Grupo 1. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grau de parentesco	N (%)	%
Pais	20	12,34
Cônjuges	78	48,19
Filhos	16	9,86
Irmãos	08	4,93
Outros(amiga, namorada, cunhada, vizinha,etc.)	40	24,68
Total	162	100

Abaixo encontra-se a distribuição dos clientes do Grupo 1 em relação a especialidade cirúrgica (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do Grupo 1 (clientes) em relação a especialidade cirúrgica. Ribeirão Preto, 2010-2011

Especialidade	N	%
Cirurgia Geral	57	33,10
Ginecologia	12	7
Cabeça e Pescoço	28	16,30
Ortopedia	23	13,40
Otorrinolaringologia	04	2,30
Urologia	20	11,60
Tórax	01	0,60
Cirurgias Combinadas	27	15,70
Total	172	100

O Grupo 2 foi composto por 26 clientes e 26 acompanhantes. Entre os clientes 13 (50%) eram mulheres e 13 (50%) homens e entre os acompanhantes 17 (65,39%) mulheres e 9 (34,61%) homens, cuja distribuição em relação a faixa etária é apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do Grupo 2 (clientes e acompanhantes) em relação à faixa etária. Ribeirão Preto, 2010-2011

Faixa Etária	Clientes		Acompanhantes	
	N	%	N	%
18 — 30	08	30,72	04	15,36
30 — 40	05	19,23	04	15,36
40 — 50	03	11,53	07	26,99
50 — 60	03	11,53	06	23,06
60 ≥	07	26,99	05	19,23
Total	26	100	26	100

Quanto à situação familiar/conjugal dos clientes a maioria 18 (69,22%) era casada, 6 (23,10%) solteiros, 1 (3,84%) viúvo e 1 (3,84%) possuía outro tipo de união. Entre os acompanhantes 21 (80,77%) eram casados e 5 (19,23%) solteiros.

Para escolaridade obteve-se 15 (57,70%) clientes e 15 (57,70%) acompanhantes com o terceiro grau completo e 11 (42,30%) clientes e 11 (42,30%) com segundo grau completo.

Em relação a permanência no hospital dos clientes do Grupo 2, 12 (46,19%) permaneceram um dia internado, 9 (34,61%) dois dias, 4 (15,36%) três dias e 1 (3,84%) quatro dias.

A distribuição dos acompanhantes em relação ao grau de parentesco com os clientes do Grupo 2 encontra-se na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos acompanhantes em relação ao grau de parentesco com os clientes do Grupo 2. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grau de parentesco	N (%)	%
Pais	06	23,06
Cônjuges	11	42,37
Filhos	02	7,68
Irmãos	03	11,53
Outros (amiga, namorada, cunhada, vizinha, etc.)	04	15,36
Total	26	100

Apresenta-se abaixo a distribuição dos clientes do Grupo 2 em relação a especialidade cirúrgica (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos clientes do Grupo 2 em relação a especialidade cirúrgica. Ribeirão Preto, 2010-2011

Especialidade	N (%)	%
Cirurgia Geral	09	38,52
Cabeça e Pescoço	02	7,68
Ortopedia	03	11,53
Otorrinolaringologia	01	3,84
Urologia	03	11,53
Neurocirurgia	01	3,84
Cirurgias Combinadas	06	23,06
Total	26	100

O Grupo 3 foi composto por um total de 40 acompanhantes, dos quais a maioria 26 (65%) eram mulheres e 14 (35%) homens, cuja distribuição quanto a faixa etária encontra-se na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição do Grupo 3 (acompanhantes) em relação a faixa etária. Ribeirão Preto, 2010-2011

Faixa etária	N	%
18 – 30	04	10
30 – 40	11	27,50
40 – 50	18	45
50 – 60	03	7,50
60≥	04	10
Total	40	100

Quanto à situação familiar/conjugal dos acompanhantes a maioria 36 (90%) era casada, um (2,50%) solteiro, 1 (2,50%) viúvo e 2 (5%) possuía outro tipo de união.

Para escolaridade obteve-se 29 (72,50%) acompanhantes com o terceiro grau completo, oito (20%) segundo grau completo e três (7,50%), o primeiro grau completo.

Quanto a permanência hospitalar dos clientes do Grupo 3, 19 (47,5%) permaneceram um dia internado, 10 (25%) dois dias, três (7,5%) três dias, seis (15%) quatro dias e dois (5%) por período igual ou superior a cinco dias.

A distribuição dos acompanhantes do Grupo 3 em relação ao grau de parentesco com os clientes encontra-se na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição do Grupo 3 (acompanhantes) em relação ao grau de parentesco com os clientes. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grau de parentesco	N	%
Pais	12	30
Cônjuges	18	45
Filhos	07	17,5
Irmãos	01	2,5
Outros (amiga, namorada, cunhada, vizinha, etc.)	02	5
Total	40	100

A seguir apresenta-se a distribuição das especialidades cirúrgicas dos clientes que o Grupo 3 acompanhava (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das especialidades cirúrgicas dos clientes que o Grupo 3 acompanhava. Ribeirão Preto, 2010-2011

Especialidade	N (%)	%
Cirurgia Geral	06	15
Ortopedia	05	12,50
Urologia	05	12,50
Tórax	05	12,50
Cirurgias Combinadas	05	12,50
Total	40	100

Pode-se observar que em relação ao sexo os Grupos 1 e 3 foram compostos em sua maioria por mulheres e no Grupo 2 homens e mulheres tiveram a mesma proporção.

Em relação a idade, a maioria do Grupo 1 possuía mais de 60 anos, no Grupo 2 a maioria dos clientes possuía entre 18 e 30 anos e os acompanhantes entre 50 e 60 anos. No Grupo 3 a maioria possuía entre 40 a 49 anos.

De maneira geral, em relação ao estado civil, escolaridade e especialidade cirúrgica da internação os participantes se caracterizaram como casados, com terceiro grau completo e realizando/acompanhando cirurgia geral.

b) Expectativas e Percepções

O questionário utilizado neste estudo mede a qualidade dos serviços de enfermagem com duas escalas (expectativa e percepção), ambas nas cinco dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsabilidade, segurança e empatia.

As dimensões foram avaliadas baseadas na escala Likert de 1 a 7 (concordância total à discordância total), com evolução positiva do menor para o maior número e o número 4 representando tanto a falta de concordância como a falta de discordância com a afirmação colocada.

Para verificação da consistência interna dos itens do questionário utilizado, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach (Tabelas 10,11, 12 e 13).

Tabela 10 - Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 1 (clientes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011

Escala/Subescalas	Alfa de Cronbach
Expectativa	0,932
Tangibilidade	0,701
Confiabilidade	0,772
Atendimento	0,821
Segurança	0,803
Empatia	0,860
Percepção	0,937
Tangibilidade	0,671
Confiabilidade	0,733
Atendimento	0,931
Segurança	0,852
Empatia	0,907
Total Expectativa e Percepção	0,936

Tabela 11 - Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 2 (acompanhantes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011

Escala/Subescalas	Alfa de Cronbach
Expectativa	0,941
Tangibilidade	0,634
Confiabilidade	0,660
Atendimento	0,827
Segurança	0,833
Empatia	0,889
Percepção	0,952
Tangibilidade	0,835
Confiabilidade	0,782
Atendimento	0,948
Segurança	0,854
Empatia	0,903
Total Expectativa e Percepção	0,942

Tabela 12 - Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 3 (clientes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011

Escala/Subescalas	Alfa de Cronbach
Expectativa	0,948
Tangibilidade	0,546
Confiabilidade	0,715
Atendimento	0,827
Segurança	0,956
Empatia	0,855
Percepção	0,950
Tangibilidade	0,709
Confiabilidade	0,802
Atendimento	0,923
Segurança	0,779
Empatia	0,799
Total Expectativa e Percepção	0,904

Tabela 13 - Confiabilidade total e das subescalas do questionário SERVQUAL do Grupo 3 (acompanhantes), segundo valores da estatística alfa de Cronbach. Ribeirão Preto, 2010-2011

Escala/Subescalas	Alfa de Cronbach
Expectativa	0,862
Tangibilidade	0,705
Confiabilidade	0,715
Atendimento	0,673
Segurança	0,567
Empatia	0,853
Percepção	0,921
Tangibilidade	0,727
Confiabilidade	0,664
Atendimento	0,815
Segurança	0,807
Empatia	0,835
Total Expectativa e Percepção	0,879

Os valores de alfa de Cronbach (Tabelas 10, 11, 12 e 13) indicam boa consistência interna avaliando-se os valores correspondentes às subescalas de Expectativa e Percepção, sendo estes compatíveis com o questionário SERVQUAL utilizado por Berezovsky e Hercos (2006) e Hercos (2006) que encontraram valor total de $\alpha=0,9398$.

A seguir apresentamos os resultados obtidos com a aplicação dos questionários SERVQUAL, expectativa e percepção, aos três grupos participantes do estudo.

Para apresentação das estatísticas Kappa optamos por apresentar as discordâncias no Apêndice C e as concordâncias nesta seção. Há itens em que não foi possível o cálculo devido ao fato de, em alguma variável, uma categoria não ter sido observada nem na expectativa, nem na percepção; assim, temos valores de Kappa negativos e/ou baixos.

Para o Grupo 1 (clientes) obtivemos altas porcentagens de concordância entre expectativa confrontada com a percepção em todas as dimensões. Na Tangibilidade (itens 1 a 4) o nível de concordância variou de 85,5% a 99,4%, relativo aos itens 2 e 3, respectivamente. Para Confiabilidade (itens 5 a 9) a concordância variou de 83,1% a 95,9% para os itens 5 e 9, respectivamente. A Responsabilidade (itens 10 a 13) obteve variação de porcentagem de concordância de 84,9% (item 13) a 94,8% (item 12). Na Segurança (itens 14 a 17) obtivemos 92,4% (item 17) e 98,8% (item 16) de variação de concordância, entre expectativa e percepção. A variação de concordância entre expectativa e percepção na Empatia (itens 18 a 22) foi de 83,7% (item 20) a 91,9% (item 19). Quanto à qualidade geral (item 23) a concordância entre expectativa e percepção foi de 95,4%.

Da mesma maneira, para o Grupo 2 (clientes e acompanhantes) obtivemos altas porcentagens de concordância entre expectativa confrontada com a percepção em todas as dimensões. Na Tangibilidade (itens 1 a 4) o nível de concordância variou de 78,8% a 96,2%, relativo aos itens 2, 3 e 4. Para Confiabilidade (itens 5 a 9) a concordância variou de 90,5% (item 5) a 94,2% (itens 6, 7, 8 e 9). A Responsabilidade (itens 10 a 13) obteve variação de porcentagem de concordância de 90,5% (item 13) a 94,2% (item 10). Na Segurança (itens 14 a 17) obtivemos 92,4% (item 14) e 94,2% (itens 15, 16 e 17) de variação de concordância entre expectativa e percepção. A variação de concordância entre expectativa e percepção na Empatia (itens 18 a 22) foi de 84,6% (item 18) a 96,2% (item 21). Quanto à qualidade geral (item 23), a concordância entre expectativa e percepção foi de 98,1%.

Para o Grupo 3 (acompanhantes) também foram obtidas altas porcentagens de concordância entre expectativa confrontada com a percepção em todas as dimensões. Na dimensão Tangibilidade obtivemos totais de concordância de 95%, 82,5%, 95% e 87,5% nos itens 1 a 4, respectivamente, entre expectativa confrontada com a percepção. Em relação a Confiabilidade os totais de concordância foram de 85%, 87,5%, 97,5%, 92,5% e 95% nos itens 5 a 9, respectivamente, entre expectativa e percepção. Na Responsabilidade, itens 10, 12 e 13, os totais de concordância foram de 87,5%, 95% e 90% quando confrontadas a expectativa com a percepção, respectivamente. O item 11 apresentou 92,5% ($Kappa = 0,47$) de concordância entre expectativa e percepção (Tabela 14).

Tabela 14 – Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 11 pelo Grupo 3 (acompanhantes).
Ribeirão Preto, 2010-2011

Classificação	Percepção 11		
Expectativa 11	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (2,5)	0 (0,0)	37 (92,5)
Kappa = 0,47 IC95% (0,16; 0,78)			

Para Segurança, o item 17 obteve concordância de 92,5%. Os itens 14, 15 e 16 obtiveram concordâncias entre expectativa e percepção de 92,5% (Kappa=0,47), 90% (Kappa=0,37) e 95% (Kappa=0,66), (Tabelas 15, 16 e 17).

Tabela 15 – Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 14 pelo Grupo 3 (acompanhantes).
Ribeirão Preto, 2010-2011

Classificação	Percepção 14		
Expectativa 14	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (2,5)	0 (0,0)	37 (92,5)
Kappa = 0,47 IC95% (0,16; 0,78)			

Tabela 16 – Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 15 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011

Classificação	Percepção 15		
Expectativa 15	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Concordo	2 (5,0)	0 (0,0)	36 (90,0)
Kappa = 0,37 IC95% (0,13; 0,61)			

Tabela 17 – Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 16 pelo Grupo 3 (acompanhantes). Ribeirão Preto, 2010-2011

Classificação	Percepção 16		
Expectativa 16	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (2,5)	0 (0,0)	38 (95,0)
Kappa = 0,66 IC95% (0,36; 0,95)			

Na Empatia os itens 19 e 21 obtiveram 87,5% e 92,5% de concordância entre expectativa e percepção. Os itens 18 e 20 apresentaram 90% (Kappa = 0,38) e 87,5% (Kappa = 0,30) de concordância, respectivamente (Tabelas 18 e 19).

Tabela 18 – Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 18 pelo Grupo 3 (acompanhantes).
Ribeirão Preto, 2010-2011

Classificação	Percepção 18		
Expectativa 18	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	3 (7,5)	0 (0,0)	36 (90,0)
Kappa = 0,38 IC95% (0,13; 0,62)			

Tabela 19 – Estatística Kappa obtida entre Expectativa e Percepção, segundo a classificação do dos escores atribuídos no item 20 pelo Grupo 3 (acompanhantes).
Ribeirão Preto, 2010-2011

Classificação	Percepção 20		
Expectativa 20	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Concordo	3 (7,5)	0 (0,0)	35 (87,5)
Kappa = 0,30 IC95% (0,08; 0,52)			

Em relação à qualidade geral (item 23) a concordância foi de 92,5% quando confrontada expectativa e percepção.

Encontramos menor porcentagem de concordância entre expectativa e percepção para Tangibilidade no item 2 (instalações físicas visualmente bonitas e agradáveis) e para Confiabilidade no item 5 (o hospital realiza suas atividades no horário marcado), para os três grupos. Para Responsabilidade no item 13 (a equipe de enfermagem está disponível para atender aos pedidos do paciente) para os Grupos 1 e 2 e Empatia no item 18 (a equipe de enfermagem dá atenção individualizada ao cliente) nos Grupos 2 e 3. Na Segurança no item 14 (o comportamento da equipe de enfermagem transmite confiança aos pacientes) para o Grupo 2; no item 16 (a equipe de enfermagem é educada e cortês com os seus pacientes) para o Grupo 3

e item 17 (a equipe de enfermagem tem conhecimento adequado para responder as perguntas dos pacientes) para o Grupo 1.

As maiores porcentagens de concordância entre expectativa e percepção para Tangibilidade foram referentes ao item 3 (a equipe de enfermagem tem aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho) para os Grupos 1 e 2. Para Confiabilidade o item 9 (o hospital apresenta relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros) para os Grupos 1 e 2 e item 7 (o hospital executa os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho) para os Grupos 2 e 3. Para Responsabilidade o item 12 (a equipe de enfermagem procura ajudar seus pacientes) para os Grupos 1 e 3. Para Segurança o item 16 (a equipe de enfermagem é educada e cortês com os seus pacientes) para os Grupos 1 e 2 e item 17 (a equipe de enfermagem tem conhecimento adequado para responder as perguntas dos pacientes) para os Grupos 2 e 3. Para Empatia o item 21 (o hospital prioriza os interesses do paciente) para os Grupos 2 e 3.

No item 19 (o hospital funciona em horários adequados aos seus pacientes) notamos menor porcentagem de concordância para o Grupo 3 (acompanhantes) e maior concordância para o Grupo 1 (clientes).

Em relação ao funcionamento do hospital em horários adequados, existe uma porcentagem de concordância menor para os acompanhantes e maior para clientes, mostrando que o mesmo item comportou-se de maneira diferente nesses grupos e que isso se deve ao fato de terem necessidades diferentes que podem não ser valorizadas por não serem vistos como foco de atenção da qualidade de atendimento.

No estudo de Cruz (2008) foi observado que os participantes com idade superior a 65 anos, usuários da atenção médica suplementar, mostraram diferentes opiniões sobre as dimensões da qualidade dos serviços e enfatizaram garantia, confiabilidade e empatia. Em nosso estudo classificamos os participantes em função do motivo de sua presença na instituição, como cliente ou acompanhante e observamos convergência entre nossos achados em relação às dimensões confiabilidade e empatia.

Quanto a avaliação de qualidade encontramos resultados parecidos com os de Hercos (2006) uma vez que o autor obteve dos clientes percepção acima da expectativa de 84,29%, enquanto em nosso estudo foi de 91,10% para o Grupo 1 (clientes) e de 90,09% para os três grupos.

Hiidenhovi, Laippala e Nojonen (2001) realizaram um estudo na Finlândia para desenvolvimento de um instrumento para medir a qualidade dos serviços entregues aos pacientes. Na primeira etapa desenvolveram um questionário, na segunda etapa testaram a

primeira versão e desenvolveram a segunda, na terceira etapa testaram a segunda versão e desenvolveram a terceira. O questionário possuía 43 perguntas relacionadas à garantia de competência da instituição, divulgação das informações, empatia da equipe, colaboração e conforto no atendimento, à sensação do cliente em estar no comando de seu tratamento, à aspectos gerais relacionados à equipe de linha de frente e uma avaliação geral da instituição. Após várias mudanças, o questionário obteve consistência interna e foi considerado válido. Ao final da investigação os autores concluíram que o instrumento produzido não era uma escala de medida de satisfação e também não media o esperado e o percebido pelos clientes como o SERVQUAL.

Lee et al. (2000) analisaram propriedades psicométricas de métodos alternativos na avaliação da qualidade do cuidado em saúde pela perspectiva de médicos. Desenvolveram um questionário baseado no refinamento da escala SERVQUAL, dividido em quatro seções que avaliavam as dimensões propostas pelo questionário e outras duas (serviço de medicina e profissionalismo). Em contraste com muitas pesquisas, consideraram a opinião dos médicos em detrimento da dos clientes e, após o término do estudo concluíram que é necessário ouvir as percepções os clientes, pois estes são capazes de identificar a validade do cuidado entregue.

De Man et al.(2002) utilizaram o SERVQUAL para avaliar a qualidade de um serviço de medicina nuclear. Os clientes apontaram a necessidade de otimizar a estrutura física, os processos e aprimorar a habilidade técnica da equipe de saúde. De acordo com os autores os profissionais de saúde desse serviço pareceram subestimar as percepções dos clientes.

Lee e Yom (2007) desenvolveram estudo na Coréia onde avaliaram a qualidade do serviço de enfermagem, a satisfação dos clientes e a intenção destes em utilizar novamente os serviços da instituição. Utilizaram o SERVQUAL com clientes hospitalizados e enfermeiros. Foram encontradas diferenças entre as percepções de enfermeiros e pacientes em todas as dimensões. Enfermeiros valorizam serviços hábeis e precisos. Clientes valorizam ambiente agradável para descansar. Para o enfermeiro o menos importante é fornecer coragem e esperança. O desempenho dos enfermeiros nunca superou as expectativas dos clientes. A maior diferença foi alcançada na dimensão tangibilidade e a menor em empatia. Os autores concluíram que o desempenho da enfermagem foi relativamente mais baixo do que as expectativas dos clientes, apontando para má qualidade da assistência de enfermagem.

Em nosso estudo encontramos altas porcentagens de concordância entre expectativa e percepção nos itens relacionados ao atendimento e cuidados dessa profissão.

Concordamos com Barbosa e Melo (2008) ao sugerirem que hoje é necessário que o profissional de enfermagem seja avaliador de suas próprias ações, crítico, capaz de reconhecer erros e acertos e não perder o entusiasmo motivador dos que estão à sua volta.

De acordo com Antunes (1997) a adesão e o comprometimento de uma instituição de saúde com a qualidade envolve todos os membros e valoriza o trabalho em equipe. Na instituição onde desenvolvemos este estudo percebemos que há uma movimentação no sentido de envolver todos os setores na busca da qualidade.

Lages e Fernandes (2005) acreditam que são necessárias novas investigações sobre instrumentos de múltiplas questões para explorar atributos da qualidade dos serviços. Sugerem como apropriado considerar valores de serviços pessoais para os clientes, tais como fidelidade do cliente e a satisfação deste com o serviço.

De nossa parte, acreditamos que para estudos futuros seja importante obter dados mais precisos junto aos clientes sobre o que os motivou a procurar pela instituição, se recebeu informações sobre a qualidade de seus serviços e se a utilizou anteriormente.

De acordo com Parasuraman, Zeithaml e Berry (1991) a aplicação do SERVQUAL não deve ser feita apenas uma vez. Sua primeira utilização deve ser considerada um ponto de partida para periodicamente ser re-utilizado junto a outras formas de avaliação. Concordamos com os autores sobre a necessidade de se repetir a aplicação do questionário rotineiramente para acompanhamento da qualidade do serviço prestado. Os dados obtidos podem servir como indicadores para implementação de novas rotinas, mudanças estruturais e de recursos humanos.

Quanto aos 100 pontos que foram alocados pelos participantes, no momento da primeira entrevista (expectativa), de acordo com o grau de importância de cada característica na avaliação da qualidade do atendimento hospitalar, apresentamos a seguir as médias de cada grupo de acordo com os escores atribuídos em cada domínio correspondente (Tabelas 20 a 24).

Tabela 20 – Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 1, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Tangibilidade. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grupos	Tangibilidade	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Grupo 1 Clientes	13 a 16	1	12,5	*	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
	17 a 28	171	16,29	6,45	0	10	20	20	30
Grupo 2 Clientes e Acompanhantes	17 a 28	52	17,07	8,27	0	10	20	20	60
Grupo 3 Acompanhantes	17 a 28	40	13,71	6,03	0	10	12,5	20	20

Tabela 21 – Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 2, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Confiabilidade. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grupos	Confiabilidade	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Grupo 1 Clientes	1 a 15	2	25	7,07	20	20	25	30	30
	16 a 20	3	23,33	5,77	20	20	20	30	30
	21 a 35	167	25,25	14	1	20	20	30	90
Grupo 2 Clientes e Acompanhantes	21 a 35	52	26,25	14,38	10	20	20	30	100
Grupo 3 Acompanhantes	21 a 35	4	30,63	15,9	5	20	25	40	70

Tabela 22 – Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 3, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Responsabilidade. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grupos	Responsabilidade	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Grupo 1 Clientes	1 a 12	1	20	*	20	20	20	20	20
	13 a 16	1	20	*	20	20	20	20	20
	17 a 28	170	17,47	5,89	0	15	20	20	30
Grupo 2 Clientes e Acompanhantes	1 a 12	1	0	*	0	0	0	0	0
	17 a 28	51	17,89	5,35	10	15	20	20	30
Grupo 3 Acompanhantes	13 a 16	2	30	14,14	20	20	30	40	40
	17 a 28	38	17,19	6,53	3,3	10	20	20	40

Tabela 23 – Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 4, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Segurança. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grupos	Segurança	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Grupo 1 Clientes	1 a 12	1	20	*	20	20	20	20	20
	13 a 16	1	20	*	20	20	20	20	20
	17 a 28	170	22,07	12,76	2,5	20	20	20	99
Grupo 2 Clientes e Acompanhantes	1 a 12	1	0	*	0	0	0	0	0
	17 a 28	51	21,81	9,89	10	15	20	20	50
Grupo 3	13 a 16	1	0	*	0	0	0	0	0

Acompanhantes	17 a 28	39	20,9	9,31	0	15	20	25	50
---------------	---------	----	------	------	---	----	----	----	----

Tabela 24 – Média de alocação de pontos dos Grupos 1, 2 e 3 na característica 5, de acordo com as faixas dos escores atribuídos na dimensão Empatia. Ribeirão Preto, 2010-2011

Grupos	Empatia	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Grupo 1	1 a 15	2	25	7,07	20	20	25	30	30
Clientes	16 a 20	7	15,71	4,26	10	12,5	15	20	20
	21 a 35	163	18,99	8,33	0	15	20	20	80
Grupo 2	1 a 15	1	0	*	0	0	0	0	0
Clientes e Acompanhantes	16 a 20	1	10	*	10	10	10	10	10
	21 a 35	50	18,35	7,14	10	15	20	20	50
Grupo 3	16 a 20	1	10	*	10	10	10	10	10
Acompanhantes	21 a 35	39	17,39	7,41	3,4	10	20	20	40

Os Grupos 1 (clientes) e 2 (clientes e acompanhantes) possuem maior expectativa em relação à tangibilidade e alocaram médias maiores de pontuação à característica 1 com 16,29 (DP=6,45) e 17,07 (DP=8,27), respectivamente.

Quanto à expectativa em relação à confiabilidade foi o Grupo 3 (acompanhantes) que alocou média maior de pontuação à característica 2 com 30,63 (DP=15,9).

As diferenças nas médias de alocação de pontos quanto às expectativas nas características 3, 4 e 5 foi pequena nos 3 grupos.

5. Conclusão

5 CONCLUSÃO

Por meio da revisão integrativa da literatura sobre a produção científica da enfermagem baseada no SERVQUAL na última década, observamos que o uso do questionário, seja na íntegra ou como referência, colabora para avaliação da qualidade do atendimento hospitalar, por meio da opinião dos clientes.

De Florence Nightingale até os dias atuais a Enfermagem tem trilhado passo a passo o caminho rumo à qualidade de atendimento de seus clientes, profissionalizando-se e integrando conhecimentos de áreas como administração e marketing aos seus próprios. A contribuição da Enfermagem para a qualidade hospitalar acontece de várias maneiras: executando e avaliando cuidados diretos e indiretos ao cliente, difundindo inovações necessárias à assistência e auditando suas ações para aperfeiçoamento do cuidado em função de indicadores e da opinião dos envolvidos (instituição, outros profissionais, clientes, familiares).

Acreditamos que não cabe mais aos usuários de instituições de saúde serem vistos como pacientes pela enfermagem. Percebê-los como clientes pode contribuir para que suas ações atendam melhor o que estes têm enquanto expectativa.

Mensuramos o grau de concordância entre expectativa e percepção sobre a qualidade do atendimento por clientes e acompanhantes de um hospital privado e obtivemos alta concordância nos três grupos.

Apesar das altas porcentagens na dimensão tangibilidade, a instituição precisa atentar-se para detalhes relacionados à aparência das instalações físicas.

Por meio de análise dos níveis de concordância obtidos, concluímos que o questionário SERVQUAL foi sensível para captar em quais itens de cada dimensão os clientes e acompanhantes tiveram percepção acima ou abaixo de suas expectativas.

Destacamos que não encontramos na literatura investigações utilizando o SERVQUAL que considerassem a avaliação de qualidade feita por clientes e acompanhantes simultaneamente em instituições hospitalares. Acreditamos que essa avaliação seja válida na obtenção de informações de quem recebe o serviço prestado diretamente (cliente) e de quem participa do processo como observador (acompanhante) ao mesmo tempo.

Os resultados deste estudo fornecem subsídios para o desenvolvimento de novas investigações que analisem a qualidade do atendimento hospitalar simultaneamente em instituições semelhantes, abordando além do cliente, acompanhantes, duplas (cliente e acompanhantes simultaneamente) e profissionais de enfermagem.

Referências

REFERÊNCIAS²

ADAMI, N. P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul. Enfermagem*. São Paulo, v. 13, parte I, 2000. Número especial. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_esp1/pdf/art23.pdf. Acesso em: 13 jan. 2011.

ANDRADE, L. M.; MARTINS, E. C.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; BESERRA, E. P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 151-157, 2009.

ANTUNES, A. V. O gerenciamento da Qualidade na Enfermagem. 1997. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da Qualidade: Utilização no setor de Enfermagem. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, jan. 2000.

ARROYO, C. S. Qualidade de Serviços de Assistência à Saúde: o tempo de atendimento da consulta médica. 2007. 129 f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Economia Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BACIC, M. J.; VANUCCI, J. C. P.; Impacto da certificação ISO no desempenho de empresas de pequeno porte da indústria química paulista. *Rev. Inform. Contábil*, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ricontabeis/index.php/contabeis/article/viewFile/95/75>. Acesso em: 20 dez. 2010.

BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 397-402, 2005.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. 15 anos do SUS: Desafios e perspectivas. 2003. p. 95-100. Disponível em: http://www.fo.usp.br/departamentos/social/saude_coletiva/O15anosdoSUS.pdf. Acesso em: 10 jan. 2011.

BARBANTI, P. Entrevista com Paulo Barbanti FGV Projetos, Cadernos FGV, Rio de Janeiro, ano 4, n. 9, p. 16-19. ago. 2009. Entrevista.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 366-370, maio./jun. 2008.

BEREZOVSKY, A.; HERCOS, B. V. Qualidade dos serviços oftalmológicos prestados aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. *Arq. Bras. Oftalmol.*, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 213-219, 2006.

BESTER, M.; NEUHAUSER, D. Avedis Donabedian: father of quality assurance and poet. *Qual. Saf. Health Care*, London, v. 13, p. 472-473, 2004.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS*, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf. Acesso em: 19 jul. 2011.

BRASIL. Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987. Dispõe do Exercício Profissional. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.bmn.com.br/plan-leg/ma/fed/decr/94406-87.pdf>. Acesso em 22 fev. 2011.

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

BRASIL. Lei nº 8078 de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/DPDC/servicos/legilacao/pdf/cdc.pdf>. Acesso em: 12 set. 2010.

BRASIL. Lei n.8967, de 28 de dezembro de 1994. Altera a redação do art.23 da Lei 7498/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 dez. 1994. Seção 1, n 247, p. 20829. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/127444/lei-8967-94>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria da Gestão. Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços públicos., Brasília, DF, 2000. p. 41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2009/GM. Prêmio Qualidade Hospitalar. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-2009.htm>. Acesso em: 20 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3. ed. rev. atual. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 117).

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta aos Usuários da Saúde. Brasília, DF, 2006. (Série E. Legislação de Saúde).

BURNS, N.; GROVE, S. K. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 5th ed. St.Louis: Elsevier, 2005.

CADAH, L. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes. 2000.104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CALIXTO-OLALDE, M. A. G. Escala SERVQUAL: validação para a cultura mexicana e a qualidade do serviço de enfermagem segundo a percepção de pacientes hospitalizados. 2008. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CRUZ, W. B. S. Análise dos Níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado. 2008. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

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

CULTAIT, R. Apresentação. In: MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.p. XI-XII.

DE MAN, S.; GEMMEL, P.; VLERICK, P.; RIJK, P.V.; DIERCKX, R. Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. Eur. J. Nuclear Med., v. 29, n. 9, p. 1109-1117, Sep. 2002.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev. Bras. Enferm., Brasília, DF, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan./fev. 2006. <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/Saude%20&%20Cidadania%20Volume03.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2010.

DINSDALE, G.; MARSON, D. B. Metodologia para medir satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. In: DINSDALE, G.; MARSON, D. B.; SCHMIDT, F.;

STRICKLAND, T. Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros. Brasília, DF: ENAP, 2000. p. 15-98. (Cadernos ENAP, 20).

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.*, Malden, v. 44, n. 3, p. 166-203, 1966.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? *Arch. Pathol. Lab. Med.*, Chicago, v. 121, n. 11, p. 1145-1150, 1997.

FRANCESCHINI, F.; GALETTO, M.; CECCONI, P. A worldwide analysis of ISO 9000 standard diffusion. *Benchmarking Int. J.*, v. 13, n. 4, p. 523-541, 2006. Disponível em: <http://staff.polito.it/fiorenzo.franceschini/Pubblicazioni/A%20worldwide%20analysis%20of%20ISO%20standard%20diffusion%20considerations%20and%20future%20developments.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2011.

GURGEL JUNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. Qualidade total e a administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HERCOS, B. V. S. Avaliação da qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SUS. 2006. 59f. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

HIIDENHOVI, H.; LAIPPALA, P.; NOJONEN, K. Development a patient orientated instrument to measure service quality in outpatients departments. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v. 34, n. 5, p. 696-705, 2001.

ISHINOSE, R. M.; ALMEIDA, R. T. Desmistificando a certificação e a acreditação de hospitais. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA, 2., 2001, Habana. Disponível em: <http://www.hab2001.sld.cu/arrepdf/00268.pdf> Acesso em: 12 jan. 2011.

JURAN, J. M. Planejando para a qualidade. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

KOTLER, P. Administração de marketing: a edição do novo milênio. 10. ed. São Paulo, Prentice Hall, 2005.

KOTLER, P.; HAYES, T.; BLOOM, P. N. Marketing de serviços profissionais. 2. ed. Barueri: Manole, 2002.

LAGES, L. F.; FERNANDES, J. C. The Servpal Scale: a multi-item instrument for measuring a consumer's personal values about a service offering. *J. Bus. Res.*, v. 5, n. 11, p. 1562-1572, Nov. 2006. Disponível em: http://www.cerog.org/lalondeCB/CB/2003_lalonde_seminar/229-244_pap_17-rev_fernandes_lages.pdf. Acesso em: 31 jan. 2011.

LEE, H.; DELENE, L. M.; BUNDA, M. A.; KIM, C. Methods of measuring health-care service quality. *J. Bus. Res.*, v. 48, p. 233-246. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0148296398000897>. Acesso em: 12 mar. 2011.

LEE, M. A.; YOM, Y. -H. A comparative study of patient's and nurse's perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.*, Oxford, v. 44, p. 545-555, 2007.

LUIZ, R. R. Métodos estatísticos em estudos de concordância. In: MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 350-352.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo/Editora Fundação Petrópolis, 1998. (Série Saúde e Cidadania).

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e Programas de Qualidade no Estado de São Paulo. *Rev. Adm. Emp.*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-9, jul./set. 2001.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enferm.*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em:

MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Produção*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 12-30, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000100003&lng=en. Acesso em 17 fev.2011.

MORAIS, A.S. *A qualidade da assistência de Enfermagem em uma unidade de emergência de adultos: percepção do usuário*. 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PAIVA, S. M. A. *Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação*. 2006. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

PARASURAMAN, A.; ZEITHMAL, V.; BERRY, L. L. Refinement and reassessment of the SERVQUAL dimensions. *J. Retailing*, New York, v. 67, n. 4, p. 420-450, 1991.

PARASURAMAN, A.; ZEITHMAL, V.; BERRY, L. L. SERVQUAL: a multiple-scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J. Retailing*, New York, v. 64, n. 1, p. 41-50, 1998.

PASQUALI, L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes, 2003.

PASQUALLI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 27-36, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-53, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/29.pdf>. Acesso em: 14 jan.2011.

ROCHA, E. S. B. *Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar: visão do enfermeiro*, 2007. 93 f. Mestrado (Dissertação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

ROCHA, E. S. B.; TREVIZAN, M. A. Quality at a hospital's nursing service. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 240-245, 2009.

STETLER, C. B. Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice. *Nursing Outlook*, v. 49, n. 6, p. 272-279, 2001. Disponível em: <http://www.rgt.qc.ca/repDoc%5CSymposiums%5C2007%5CLundi%2026%20novembre%20PM%5CArticle%20Stetler%20model%20%C3%A9valuation.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2011.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein, CIDADE*, v. 8, pt. 1, p. 2102-106, 2010.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; MOTA, N. V. V. P. Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do Programa de Qualidade Hospitalar. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 300-305, abr./jun. 2006. Disponível em Acesso em:

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

URSI, E. S.; GALVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Rev. Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 124-131, jan./fev. 2006.

VAISTMAN, J.; BORGES DE ANDRADE, G. R. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VECINA NETO, G.; CULTAIT, R.; TERRA, V. Notas explicativas. In: MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1998.p.XIII-XX. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/adminpublicacao/arquivo/Saude%20&%20Cidadania%20Volume03.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: A qualidade do Serviço de Enfermagem: o esperado e o percebido pelo cliente

Pesquisadora: Cláudia E.F.Bis Furlan – Doutoranda da EERP-USP.

Meu nome é Cláudia Bis Furlan, sou enfermeira, doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP e sou responsável por esta pesquisa. Convido você a participar deste estudo, que tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência de Enfermagem de acordo com o esperado e o percebido pelo cliente. Essa entrevista será realizada durante sua internação e terá duração aproximada de vinte minutos. Um segundo questionário, igual ao primeiro com as afirmações voltadas sobre sua percepção do atendimento recebido será aplicado com seu consentimento no momento da alta e terá a mesma duração. Todas as informações que você prestar nessa entrevista serão mantidas em segredo e serão utilizadas para pesquisa. Será preservada sua identidade e as informações prestadas serão anotadas, sendo que ao final da entrevista poderá pedir para lê-las. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final será a tese e haverá a divulgação em revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando. Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado por isso. Os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para você nesse momento, mas sua participação será importante, pois poderemos aprender muito com os resultados desse estudo, melhorando a qualidade da assistência de Enfermagem. Se você tiver alguma dúvida, poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através do endereço e/ou telefone abaixo. Uma cópia assinada desse termo lhe será entregue. Obrigada pela colaboração.

Pesquisador responsável:

Cláudia Bis Furlan – Doutoranda da EERP-USP. (e-mail: bisfurlan@terra.com.br)

End.: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário.
Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 Fone: 0 (XX)16-3602-3469

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo as perguntas da entrevista. Sei quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei, também, que ao final desta pesquisa, o meu nome será mantido em segredo. Aceito também as informações prestadas sejam anotadas. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2010

Participante

Pesquisadora

APÊNDICE B – ITEM COMPLEMENTAR – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1)Dados do entrevistado

Identificação:

Nome:_____

nº do participante:_____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Amasiado () Viúvo () Outros

2)Motivo da internação:

3)Tipo de Convênio: () Medicina de Grupo () Particular

4)Presença de acompanhante? () Não () Sim. Grau de parentesco:_____

5)Local da realização d a entrevista:_____

Data da entrevista: ____/____/____ Hora: ____ : ____

Data da internação: ____/____/____

Data da alta: ____/____/____

6)Observações importantes durante a entrevista:

APÊNDICE C – TABELAS DE COEFICIENTES KAPPA

Grupo 1 - Clientes

Percepção 1			
Expectativa 1	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	14 (8,1)	1 (0,6)	156 (90,7)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,08; 0,06)		
Percepção 2			
Expectativa 2	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	2 (1,2)	0 (0,0)	5 (2,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,2)
Concordo	14 (8,1)	2 (1,2)	147 (85,5)
Kappa (IC95%)	0,10 (-0,09; 0,30)		
Percepção 3			
Expectativa 3	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	0 (0,0)	0 (0,0)	171 (99,4)
Kappa (IC95%)	*		
Percepção 4			
Expectativa 4	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Concordo	4 (2,3)	0 (0,0)	164 (95,4)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,15; 0,11)		
Percepção 5			
Expectativa 5	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	2 (1,2)	0 (0,0)	13 (7,6)
Neutro	2 (1,2)	0 (0,0)	7 (4,1)
Concordo	5 (2,9)	0 (0,0)	143 (83,1)
Kappa (IC95%)	0,13 (0,02; 0,23)		
Percepção 6			
Expectativa 6	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (4,1)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Concordo	13 (7,6)	0 (0,0)	149 (86,6)
Kappa (IC95%)	0,06 (-0,18; 0,07)		

Percepção 7			
Expectativa 7	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,3)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,2)
Concordo	5 (2,9)	2 (1,2)	159 (92,4)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,05; -0,01)		

Percepção 8			
Expectativa 8	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,3)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,2)
Concordo	4 (2,3)	0 (0,0)	162 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,15; 0,10)		

Percepção 9			
Expectativa 9	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Concordo	2 (1,2)	0 (0,0)	165 (95,9)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,14; 0,11)		

Percepção 10			
Expectativa 10	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Concordo	7 (4,1)	1 (0,6)	160 (93,0)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,05; -0,01)		

Percepção 11			
Expectativa 11	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Concordo	11 (6,4)	1 (0,6)	156 (90,7)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,05; -0,01)		

Percepção 12			
Expectativa 12	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	7 (4,1)	0 (0,0)	163 (94,8)
Kappa (IC95%)	0,18 (0,07; 0,30)		

Percepção 13

Expectativa 13	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	3 (1,7)	0 (0,0)	7 (4,1)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (3,5)
Concordo	9 (5,2)	1 (0,6)	146 (84,9)
Kappa (IC95%)	0,17 (-0,05; 0,40)		

Percepção 14

Expectativa 14	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (0,6)	0 (0,0)	2 (1,2)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,9)
Concordo	3 (1,7)	1 (0,6)	160 (93,0)
Kappa (IC95%)	0,18 (-0,15; 0,51)		

Percepção 15

Expectativa 15	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (2,3)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,9)
Concordo	2 (1,2)	0 (0,0)	161 (93,6)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,10; 0,07)		

Percepção 16

Expectativa 16	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (0,6)	0 (0,0)	170 (98,8)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,15; 0,14)		

Percepção 17

Expectativa 17	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (0,6)	0 (0,0)	3 (1,7)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Concordo	2 (1,2)	1 (0,6)	159 (92,4)
Kappa (IC95%)	0,14 (-0,15; 0,43)		

Percepção 18

Expectativa 18	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (0,6)	1 (0,6)	8 (4,7)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,2)
Concordo	10 (5,8)	4 (2,3)	146 (84,9)
Kappa (IC95%)	0,05 (-0,11; 0,22)		

Percepção 19			
Expectativa 19	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (3,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Concordo	5 (2,9)	0 (0,0)	158 (91,9)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,15; 0,09)		
Percepção 20			
Expectativa 20	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	2 (1,2)	0 (0,0)	8 (4,7)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,7)
Concordo	11 (6,4)	4 (2,3)	144 (83,7)
Kappa (IC95%)	0,08 (-0,11; 0,27)		
Percepção 21			
Expectativa 21	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (4,7)
Neutro	0 (0,0)	2 (1,2)	1 (0,6)
Concordo	6 (3,5)	0 (0,0)	155 (90,1)
Kappa (IC95%)	0,08 (-0,08; 0,24)		
Percepção 22			
Expectativa 22	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (0,6)	0 (0,0)	15 (8,7)
Neutro	1 (0,6)	0 (0,0)	2 (1,2)
Concordo	7 (4,1)	0 (0,0)	146 (84,9)
Kappa (IC95%)	0,05 (-0,08; 0,17)		
Percepção 23			
Expectativa 23	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	7 (4,1)	0 (0,0)	164 (95,4)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,10; 0,08)		

Grupo 2 – Clientes e acompanhantes

Percepção 1			
Expectativa 1	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	5 (9,5)	1 (1,9)	46 (88,6)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 2			
Expectativa 2	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	8 (15,2)	2 (3,8)	41 (78,8)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,11; 0,07)		

Percepção 3			
Expectativa 3	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	50 (96,2)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 4			
Expectativa 4	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	1 (1,9)	50 (96,2)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 5			
Expectativa 5	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,7)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	47 (90,5)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,15; 0,10)		

Percepção 6			
Expectativa 6	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,22; 0,18)		

Percepção 7			
Expectativa 7	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	1 (1,9)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 8			
Expectativa 8	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	0,24 (0,10; 0,36)		

Percepção 9			
Expectativa 9	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,28; 0,23)		

Percepção 10			
Expectativa 10	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	0 (0,0)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	0,23 (0,03; 0,43)		

Percepção 11			
Expectativa 11	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	48 (92,4)
Kappa (IC95%)	-0,04 (-0,31; 0,24)		

Percepção 12			
Expectativa 12	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	2 (3,8)	48 (92,4)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,18; 0,14)		

Percepção 13			
Expectativa 13	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	2 (3,8)	1 (1,9)	47 (90,5)
Kappa (IC95%)	-0,04 (-0,24; 0,17)		

Percepção 14			
Expectativa 14	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	2 (3,8)	48 (92,4)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,18; 0,14)		

Percepção 15			
Expectativa 15	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,28; 0,23)		

Percepção 16			
Expectativa 16	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,8)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,28; 0,23)		

Percepção 17			
Expectativa 17	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (1,9)	1 (1,9)	49 (94,2)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,22; 0,18)		

Percepção 18			
Expectativa 18	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (1,9)	0 (0,0)	4 (7,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	1 (1,9)	44 (84,6)
Kappa (IC95%)	0,20 (-0,20; 0,60)		

Percepção 19			
Expectativa 19	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (7,6)
Concordo	2 (3,8)	0 (0,0)	46 (88,6)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,15; 0,10)		

Percepção 20			
Expectativa 20	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (7,6)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	1 (1,9)	45 (86,5)
Kappa (IC95%)	-0,05 (-0,10; 0,01)		

Percepção 21			
Expectativa 21	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	1 (1,9)	0 (0,0)	50 (96,2)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,14; 0,12)		

Percepção 22			
Expectativa 22	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Concordo	3 (5,7)	0 (0,0)	47 (90,5)
Kappa (IC95%)	-0,04 (-0,24; 0,17)		

Percepção 23			
Expectativa 23	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,9)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	0 (0,0)	0 (0,0)	51 (98,1)
Kappa (IC95%)	*		

Grupo 3 – Acompanhantes

Percepção 1			
Expectativa 1	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Concordo	1 (2,5)	0 (0,0)	38 (95,0)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,14; 0,16)		

Percepção 2			
Expectativa 2	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	4 (10,0)	2 (5,0)	33 (82,5)
Kappa (IC95%)	-0,04 (-0,21; 0,14)		

Percepção 3			
Expectativa 3	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Concordo	1 (2,5)	0 (0,0)	38 (95,0)
Kappa (IC95%)	-0,01 (-0,16; 0,14)		

Percepção 4			
Expectativa 4	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (5,0)	1 (2,5)	35 (87,5)
Kappa (IC95%)	-0,05 (-0,31; 0,21)		

Percepção 5			
Expectativa 5	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	1 (2,5)	0 (0,0)	2 (5,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	3 (7,5)	0 (0,0)	34 (85,0)
Kappa (IC95%)	0,22 (-0,08; 0,52)		

Percepção 6			
Expectativa 6	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)
Concordo	4 (10,0)	0 (0,0)	35 (87,5)
Kappa (IC95%)	0,11 (-0,02; 0,24)		

Percepção 7			
Expectativa 7	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	0 (0,0)	0 (0,0)	39 (97,5)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 8			
Expectativa 8	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (2,5)	1 (2,5)	37 (92,5)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,25; 0,20)		

Percepção 9			
Expectativa 9	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Concordo	0 (0,0)	0 (0,0)	38 (95,0)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 10			
Expectativa 10	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (2,5)	1 (2,5)	35 (87,5)
Kappa (IC95%)	-0,05 (-0,28; 0,18)		

Percepção 12			
Expectativa 12	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (5,0)	0 (0,0)	38 (95,0)
Kappa (IC95%)	*		

Percepção 13			
Expectativa 13	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (5,0)	0 (0,0)	36 (90,0)
Kappa (IC95%)	-0,05 (-0,36; 0,25)		

Percepção 17			
Expectativa 17	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	0 (0,0)	1 (2,5)	37 (92,5)
Kappa (IC95%)	-0,02 (-0,16; 0,15)		

Percepção 19			
Expectativa 19	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Concordo	3 (7,5)	0 (0,0)	35 (87,5)
Kappa (IC95%)	-0,05 (-0,28; 0,18)		

Percepção 21			
Expectativa 21	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (5,0)	0 (0,0)	37 (92,5)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,33; 0,26)		

Percepção 22			
Expectativa 22	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	1 (2,5)	0 (0,0)	38 (95,0)
Kappa (IC95%)	-0,03 (-0,33; 0,28)		

Percepção 23			
Expectativa 23	Discordo	Neutro	Concordo
Discordo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Neutro	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Concordo	2 (5,0)	1 (2,5)	37 (92,5)
Kappa (IC95%)	*		

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602 3382 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 011/2011

Ribeirão Preto, 25 de janeiro de 2011.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 19 de janeiro de 2011.

Protocolo: nº 1255/2010

Projeto: A QUALIDADE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM: O ESPERADO E O PERCEBIDO PELOS CLIENTES.

Pesquisadores: Isabel Amélia Costa Mendes
Cláudia Elisângela Fernandes Bis Furlan

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Isabel Amélia Costa Mendes
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

ANEXO B - QUESTIONÁRIO SERVQUAL

Características	Expectativa							Percepção						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. O hospital tem equipamentos conservados e modernos														
2. Instalações físicas do hospital são visualmente bonitas e agradáveis.														
3. A equipe de Enfermagem do hospital tem aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.														
4. Relatórios e demais documentos entregues ao paciente no hospital são de fácil compreensão e visualmente atrativos.														
5. O hospital realiza suas atividades no horário marcado.														
6. O hospital demonstra interesse sincero em resolver os problemas do paciente.														
7. O hospital executa os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.														
8. O hospital presta seus serviços no prazo de execução prometido.														
9. O hospital apresenta relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.														
10. No hospital, a equipe de Enfermagem informa aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.														
11. No hospital, a equipe de Enfermagem atende prontamente seus pacientes.														
12. No hospital, a equipe de Enfermagem procura ajudar seus pacientes.														
13. No hospital, a equipe de enfermagem esta disponível para atender aos pedidos do paciente.														
14. No hospital, o comportamento da equipe de Enfermagem transmite confiança aos pacientes.														
15. Pacientes do hospital sentem-se seguros em utilizar os seus serviços														
16. No hospital, a equipe de Enfermagem é educada e cortês com os seus pacientes.														
17. No hospital, a equipe de Enfermagem tem conhecimento adequado para responder as perguntas dos pacientes.														
18. No hospital, a equipe de Enfermagem dá atenção individualizada ao cliente														
19. O hospital funciona em horários adequados aos seus pacientes.														
20. O hospital tem uma equipe de Enfermagem que dê atenção pessoal aos seus pacientes.														
21. O hospital prioriza os interesses do paciente.														
22. No hospital a equipe de Enfermagem entende as necessidades específicas de seus pacientes														
23. No hospital a qualidade geral do atendimento de Enfermagem é satisfatória														

Instruções: Cinco características do atendimento recebido neste hospital estão listadas abaixo. Indique a importância de cada uma destas características na avaliação da qualidade do atendimento de enfermagem no hospital. Distribua um total de 100 pontos entre as cinco características, de acordo com o grau de importância em sua avaliação – quanto mais importante for a característica, mais pontos devem ser usados na avaliação. Assegure que o total da avaliação das cinco características some 100 pontos.

Características	Pontos
1. A aparência das instalações físicas, pessoal, materiais de comunicação e equipamentos do hospital.	
2. A execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura pelo hospital.	
3. A ajuda aos pacientes e o pronto atendimento de suas necessidades pelo hospital.	
4. O conhecimento, a cortesia e a confiabilidade transmitida pela enfermagem aos pacientes do hospital	
5. A atenção individualizado aos pacientes pela equipe de enfermagem do hospital.	
Total	100

Dados do entrevistado: Escolaridade () Superior; () Médio – 5º do 1º grau ao 3º ano do 2º grau () primário 1º à 4ª série do 1º grau; () analfabeto

Idade: _____ Sexo: _____