

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ELYROSE SOUSA BRITO ROCHA

**Qualidade do cuidado de enfermagem:
satisfação do cliente hospitalizado**

Ribeirão Preto

2011

ELYROSE SOUSA BRITO ROCHA

Qualidade do cuidado de enfermagem: satisfação do cliente
hospitalizado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Dinâmica da organização
dos serviços de saúde e de enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Maria Auxiliadora
Trevizan

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.

Rocha, Elyrose Sousa Brito

Qualidade do cuidado de enfermagem: satisfação do cliente hospitalizado. Ribeirão Preto, 2011.

120 f. : il.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Trevizan, Maria Auxiliadora.

1. Gestão da Qualidade. 2. Satisfação do paciente. 3. Cuidado de enfermagem. 4. Enfermagem.

Nome: Rocha, Elyrose Sousa Brito

Título: Qualidade do cuidado de enfermagem: satisfação do cliente hospitalizado

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem Fundamental

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Este trabalho foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado de São Paulo (FAPESP).

Dedico este trabalho

À todos os profissionais de enfermagem que se dedicam com afinco à busca da excelência do cuidado.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Kerson, por estar ao meu lado sempre, em momentos alegres e difíceis. Eu não teria conseguido sem o seu amor, o seu companheirismo, o seu cuidado e a sua dedicação.

À Clara, minha filha muito amada, por encher os segundos da minha vida de alegria e graça, dando-me força e ânimo de continuar a tarefa. Jamais experimentei um amor tão profundo e isto faz tudo na vida valer mais a pena!

Fénelon disse que “os felizes são aqueles que se divertem com problemas que educam a alma e elevam o espírito”. Agradeço especialmente à Professora Doutora Maria Auxiliadora Trevizan, por me ajudar com muita competência, compreensão, entusiasmo, dedicação e cuidado a buscar e a encontrar o caminho desta felicidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, inteligência suprema e causa primeira de todas as coisas.

Aos meus queridos pais Elizabeth e Francisco, que são a base sólida da minha educação. Obrigada pela dedicação e cuidado sempre presentes, mesmo com a distância física que nos separa.

Aos meus queridos irmãos Carlos Alberto, Rosely e Francisco Antonio, pelo incentivo, preocupação e pela certeza de saber que sempre poderei contar com vocês.

Aos meus sogros, Luzenira e Kerson, sempre tão compreensivos e carinhosos. Obrigada pelo acolhimento e amor de pais que a mim dedicam.

À Professora Doutora Isabel Amélia Costa Mendes, da EERP – USP, pela colaboração, apoio e incentivo sempre presentes.

À Professora Doutora Carmem Gabriel, da EERP – USP, pelo incentivo e pelos esclarecimentos sempre tão lúcidos.

À enfermeira Miyeko Hayashida, pelo apoio e pelos esclarecimentos durante os procedimentos metodológicos da pesquisa.

À enfermeira Simone de Godoy, por sua ajuda e pelos esclarecimentos referentes à pesquisa, sempre que precisei.

À enfermeira Mirella Castelhana, por sua colaboração durante o procedimento de coleta de dados.

À enfermeira Patrícia de Carvalho Nagliate, com quem troquei experiência durante todo o período de doutorado. Obrigada pelo companheirismo e entusiasmo.

À Direção dos Hospitais que me permitiram ter acesso às suas instalações para realização das entrevistas. Um grande obrigado às enfermeiras e aos técnicos e auxiliares de enfermagem destas instituições pela maneira acolhedora com que me receberam.

À enfermeira responsável pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital B, pelo grande apoio e acolhimento.

À todas as demais pessoas que colaboraram para o êxito deste trabalho.

Desafiar caminhos requer muito esforço, mas acomodar-se nos paradigmas ultrapassados, também. Quase todos compram a idéia do progresso contínuo, mas por definição é impossível melhorar, a não ser que mudemos.

James C. Hunter

RESUMO

ROCHA, E. S. B. Qualidade do cuidado de enfermagem: satisfação do cliente hospitalizado. 2011. 120 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

Estudos apontam melhorias nos índices relativos aos cuidados de enfermagem após implantação da Gestão da Qualidade Total (GQT) em instituições de saúde (ANTUNES, 1997; BALSANELLI; JERICO, 2005; LIMA; ERDMANN, 2006; MATSUDA; ÉVORA e BOAN, 2000). Este fato foi a principal motivação para avaliarmos a qualidade do cuidado de enfermagem a partir da satisfação do paciente em instituições que adotam modelos gerenciais diferentes. Para tanto, realizamos um estudo exploratório e descritivo utilizando o Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP), composto por 25 itens agrupados em três domínios: área técnica-profissional, confiança e área educacional. Os dados foram coletados em um hospital privado com a GQT implantada e em um hospital filantrópico que não adota esta estratégia. Neste estudo, o ISP obteve alta consistência interna na análise de confiabilidade, com coeficientes alfa de *Cronbach* $\alpha=0,91$ para o Hospital A e $\alpha=0,88$ para o Hospital B. Na análise de confiabilidade dos domínios Educacional, Confiança e Técnico-profissional também obtivemos coeficientes satisfatórios ($\alpha=0,77$; $\alpha=0,84$; $\alpha=0,74$ para o Hospital A; $\alpha=0,77$; $\alpha=0,70$; $\alpha=0,71$ para o Hospital B). O nível de satisfação foi analisado em relação aos dados sócio-demográficos e características de internação dos pacientes. Os resultados obtidos demonstram altos níveis de satisfação nas duas instituições, sendo mais elevados no hospital que não adota a GQT. A análise da influência de características sócio-demográficas e de internação sobre a satisfação do paciente produziu resultados divergentes entre as duas instituições e em relação a outros estudos sobre o tema. As discordâncias encontradas indicam a necessidade do aprimoramento de métodos que levem em consideração o efeito de aspectos contextuais sobre a satisfação do paciente hospitalizado.

Palavras-chave: Gestão da Qualidade. Satisfação do paciente. Cuidado de enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

ROCHA, E. S. B. Quality of nursing care: satisfaction of the hospitalized client. 2011. 120 f. Thesis (PhD) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, São Paulo, 2011.

Studies have indicated improvements in the indices related to nursing care since the implementation of the Total Quality Management (TQM) in health institutions (ANTUNES, 1997; BALSANELLI; JERICO, 2005; LIMA; ERDMANN, 2006; MATSUDA; ÉVORA e BOAN, 2000). This fact was the primary motivation for evaluating the quality of nursing care, concerning patient satisfaction, in institutions that adopt different management models. For this, an exploratory and descriptive study was carried out using the Patient Satisfaction Instrument (PSI), composed of 25 items grouped into three domains: technical-professional area, confidence and educational area. Data were collected in a private hospital where the TQM had been implemented and in a philanthropic hospital that had not adopted this strategy. In this study, the PSI obtained high internal consistency in the reliability analysis, with Cronbach's coefficient $\alpha=0.91$ for Hospital A and $\alpha=0.88$ for Hospital B. In the reliability analysis of the domains Educational, Confidence and Professional-technical, satisfactory coefficients were also obtained ($\alpha=0.77$, $\alpha=0.84$, $\alpha=0.74$ for Hospital A, $\alpha=0.77$, $\alpha=0.70$, $\alpha=0.71$ for Hospital B). The satisfaction level was analyzed in relation to the socio-demographic data and hospitalization characteristics of the patients. The results obtained showed high levels of satisfaction in the two institutions, the highest being in the hospital which had not adopted the TQM. The analysis of the influence of sociodemographic and hospitalization characteristics on patient satisfaction produced results divergent between the two institutions and in relation to other studies on the subject. The discrepancies encountered indicate the need for improved methods that take into consideration the effect of contextual factors regarding hospitalized patient satisfaction.

Keywords: Quality Management. Patient satisfaction. Nursing care. Nursing.

RESUMEN

ROCHA, E. S. B. Calidad del cuidado de enfermería: satisfacción del cliente hospitalizado. 2011. 120 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de San Pablo, San Pablo, 2011.

Estudios mencionan mejoras en los índices relacionados a los cuidados de enfermería luego de haber implementado la Gestión de la Calidad Total (CGT) en instituciones de salud (ANTUNES, 1997; BALSANELLI; JERICO, 2005; LIMA; ERDMANN, 2006; MATSUDA; ÉVORA e BOAN, 2000). Esta situación fue la principal motivación para evaluar la calidad del cuidado en enfermería por medio de la satisfacción del paciente en instituciones que adoptan diferentes modelos gerenciales. Siendo así fue realizado un estudio exploratorio y descriptivo utilizando el instrumento de Satisfacción del Paciente (ISP), compuesto por 25 ítems agrupados en tres dominios: área técnica-profesional, confianza y educativa. Los datos fueron recolectados en un hospital privado que había implementado la GQT y en un hospital filantrópico, el cual no adopta esta estrategia. En este estudio, el ISP obtuvo alta consistencia interna durante el análisis de confiabilidad, con un coeficiente alfa de *Cronbach* $\alpha=0,91$ para el Hospital A y $\alpha=0,88$ para el hospital B. Durante el análisis de confiabilidad de los dominios Educativo, Confianza y Técnico-Profesional también se obtuvieron coeficientes satisfactorios ($\alpha=0,77$; $\alpha=0,84$; $\alpha=0,74$ para el Hospital A; $\alpha=0,77$; $\alpha=0,70$; $\alpha=0,71$ para el Hospital B). El nivel de satisfacción fue analizado con relación a datos socio-demográficos y características de internación de los pacientes. Los resultados muestran altos niveles de satisfacción en ambas instituciones, siendo mas elevados en el hospital que no adopta la GPT. El análisis de influencia de las características socio demográficas y de internación sobre la satisfacción del paciente mostró resultados divergentes en las dos instituciones, así como al ser comparados con otros estudios. Las discordancias encontradas indican la necesidad de mejorar los métodos llevando en consideración los efectos del contexto sobre la satisfacción del paciente hospitalizado.

Palabras claves: Gestión de la Calidad. Satisfacción del Paciente. Cuidado de Enfermería. Enfermería.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Percentual de pacientes por escolaridade no Hospital A	70
Gráfico 2 -	Percentual de pacientes por escolaridade no Hospital B	70
Gráfico 3 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o gênero dos pacientes	80
Gráfico 4 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o gênero dos pacientes	80
Gráfico 5 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o grau de escolaridade dos pacientes	84
Gráfico 6 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o grau de escolaridade dos pacientes	84
Gráfico 7 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo a faixa etária dos pacientes	87
Gráfico 8 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo a faixa etária dos pacientes	87
Gráfico 9 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o número de dias de internação dos pacientes	90
Gráfico 10 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o número de dias de internação dos pacientes	92

- Gráfico 11 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o número de internações 94
- Gráfico 12 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o número de internações 94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Distribuição da média e desvio padrão da satisfação dos pacientes dos Hospitais A e B	72
------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das características sócio-demográficas dos pacientes dos Hospitais A e B	69
Tabela 2 -	Distribuição das médias de satisfação total e por domínio do ISP nos Hospitais A e B	75
Tabela 3 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B	77
Tabela 4 –	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP nos Hospitais A e B segundo o gênero dos pacientes .	79
Tabela 5 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B segundo a escolaridade dos pacientes	83
Tabela 6 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B segundo a faixa etária dos pacientes	86
Tabela 7 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão no Hospital A segundo o número de dias de internação dos pacientes	89
Tabela 8 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão no Hospital B segundo o número de dias de internação dos pacientes	91
Tabela 9 -	Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B segundo o número de internações	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5S	Do japonês: Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu and Shitsuke
ACP	American College of Physicians
ACS	American College of Surgeons
AHA	American Hospital Association
AMA	American Medical Association
APM	Associação Paulista de Medicina
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEQ	Controle Estatístico da Qualidade
CMA	Canadian Medical Association
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CQH	Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar
CQI	Continuous Quality Improvement
CTQ	Controle Total da Qualidade
DP	Desvio Padrão
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GEPURHE ⁿ	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Utilização de Recursos Humanos em Enfermagem

GQ	Gestão da Qualidade
GQT	Gestão da Qualidade Total
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISO	International Standardization Organization
ISP	Instrumento de Satisfação do Paciente
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
N. T.	não tem
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACQS	Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde
PDCA	Plain Develop Check Act
PGQ	Programa Gestão com Qualidade
PSI	Patient Satisfaction Instrument
PSS	Patient Satisfaction Scale
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

- α Coeficiente alfa de Cronbach
- r Correlação de Pearson
- p Nível de significância da correlação de Pearson

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	24
1.1	APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	25
1.2	PROBLEMA EM ESTUDO	27
1.3	OBJETIVOS	27
1.4	ORGANIZAÇÃO DO TEXTO	28
2	REVISÃO DA LITERATURA	29
2.1	A QUALIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM ATUAL	30
2.2	GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM	35
2.2.1	Gestão da Qualidade Total: programas de acreditação	39
2.3	O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A SATISFAÇÃO DO CLIENTE HOSPITALIZADO	43
2.3.1	O desafio de avaliar a satisfação do cliente hospitalizado com o cuidado de enfermagem	47
2.3.2	A importância de avaliar a satisfação do cliente hospitalizado com o cuidado de enfermagem para a busca da qualidade	53
3	METODOLOGIA	58
3.1	PROCEDIMENTOS INICIAIS E ASPECTOS ÉTICOS	59

3.2	TIPO DE ESTUDO	59
3.3	LOCAIS DE INVESTIGAÇÃO	60
3.4	SUJEITOS PARTICIPANTES	63
3.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	64
3.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	65
3.7	ANÁLISE DOS DADOS	66
4	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	69
4.2	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES	70
4.3	RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM AS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	79
4.3.1	Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o gênero .	79
4.3.2	Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o grau de escolaridade	82
4.3.3	Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e a faixa etária	85
4.4	RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM DADOS DE INTERNAÇÃO	88
4.4.1	Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o número de dias de internação	88

4.4.2	Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o número de internações	92
5	CONCLUSÕES	96
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
	ANEXOS	110
	APÊNDICE	117

1 - INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

As instituições que prestam cuidado em saúde, públicas ou privadas, estão se preocupando com a qualidade dos seus serviços ou bens. Este fato pode ser consequência de um contínuo alargamento do setor saúde, porque tem crescente influência na economia dos diversos países e também porque sua clientela deseja, cada vez mais, a satisfação de suas necessidades de saúde e de doença, com qualidade (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

Em face disso, algumas instituições dessa área têm procurado adotar maneiras de gerenciar que possibilitam a melhoria da competência tanto técnica como humana dos profissionais envolvidos. Um dos resultados esperado após essa estratégia é a satisfação das pessoas que são atendidas por esses profissionais (ANTUNES, 1997; MATSUDA; ÉVORA e BOAN, 2000).

Para Pérez et al. (2008), o interesse por avaliação, auditoria e qualidade das instituições de saúde tem aumentado nos últimos anos. Este fenômeno pode ser resultado do questionamento da prática médica e do aumento das competências profissionais e econômicas. Medir a satisfação dos cuidados prestados constitui um objetivo de primeira ordem, porque permite escutar diretamente as pessoas acerca dos serviços que recebem e também porque a medida de satisfação é o resultado da atenção prestada.

Malik (1996) ressalta que para definir qualidade é necessário ter critérios próprios e, além disso, conhecer os dos outros potenciais avaliadores do mesmo objeto. Com base nisso, pensamos que não podemos falar de excelência nas ações efetivadas durante os cuidados de enfermagem, sem considerarmos a satisfação do cliente que se encontra hospitalizado, com a qualidade deste cuidado.

A qualidade do cuidado de enfermagem nos despertou interesse quando, recém formada e trabalhando em um hospital de caráter público, tivemos a oportunidade de vivenciar alguns conceitos da filosofia da Qualidade Total na prática como: envolvimento da chefia de enfermagem na escolha do material a ser utilizado com base no preço, pontualidade de entrega e qualidade; treinamento e

aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem; conforto e eficiência no atendimento ao cliente e outros.

Depois dessa experiência profissional passamos a estudar o assunto, tendo a oportunidade de ampliar este conhecimento durante a dissertação de mestrado intitulada “Gerenciamento da Qualidade em um Serviço de Enfermagem Hospitalar: visão do enfermeiro” (ROCHA, 2007).

Permanece o nosso interesse em continuar pesquisando sobre o tema, uma vez que reconhecemos a importância de conhecer e avaliar a satisfação do cliente hospitalizado para a melhoria do cuidado de enfermagem que lhe é prestado.

Em adição ao exposto, ressaltamos que estudos apontam melhorias nos índices relativos aos cuidados de enfermagem após implantação e constante implementação da Gestão da Qualidade Total (GQT) em Instituições de saúde (ANTUNES, 1997; BALSANELLI; JERICO, 2005; LIMA; ERDMANN, 2006; MATSUDA; ÉVORA e BOAN, 2000;). Assim sendo, este foi o principal motivo que nos levou ao desejo de avaliar a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem em uma instituição que implantou a GQT, bem como em outra instituição que não a implantou.

Extensa revisão de literatura sobre o tema nos mostrou a existência de diversos estudos, nacionais e internacionais, sobre a satisfação do cliente hospitalizado com os cuidados de saúde e de enfermagem. No entanto, não encontramos investigações sobre a satisfação do cliente com a qualidade do cuidado de enfermagem que considerassem a implantação da GQT na instituição ou serviço de enfermagem estudados. Não nos deparamos também com pesquisas que comparassem a satisfação do cliente neste tipo de instituição com a satisfação de clientes em uma instituição que não implantou a GQT.

Refletindo sobre esse contexto e reconhecendo a importância do tema para o aprofundamento da discussão sobre a avaliação da satisfação do cliente hospitalizado, bem como para a busca da melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem a partir desta avaliação, é que justificamos a razão deste estudo.

1.2 PROBLEMA EM ESTUDO

Na tentativa de estudar as questões expostas no item anterior, recorreremos à literatura sobre o tema e definimos o problema desta tese: a avaliação da qualidade do cuidado de enfermagem a partir da satisfação do cliente hospitalizado, em uma instituição de saúde que implantou a GQT e em outra Instituição que não implantou a GQT.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem a partir da satisfação do cliente hospitalizado.

Objetivos específicos

- Avaliar a satisfação do cliente hospitalizado com o cuidado de enfermagem prestado em uma instituição que implantou o Gerenciamento da Qualidade Total;
- Avaliar a satisfação do cliente hospitalizado com o cuidado de enfermagem prestado em uma instituição que não implantou o Gerenciamento da Qualidade Total;
- Traçar um paralelo das avaliações dos dois tipos de instituições estudadas.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TEXTO

O texto desta tese está organizado em cinco partes. Inicialmente, apresentamos o problema em estudo, bem como a justificativa e os objetivos da pesquisa. Em seguida, realizamos a revisão da literatura pertinente ao problema. Na terceira parte apresentamos a metodologia utilizada para a consecução dos objetivos. A apresentação e a análise dos resultados da pesquisa, bem como comparações entre as descobertas desta investigação com a literatura estão expostas na quarta parte da tese. Por fim, apresentamos as conclusões do trabalho a partir do objetivo proposto.

2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A QUALIDADE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM ATUAL

O termo qualidade desperta a atenção das pessoas por que sempre nos interessa saber se algo é bom ou ruim, se está certo ou errado, se serve ou não serve (MALIK, 1996). Frequentemente essas ponderações são úteis para nos orientar também em nossas escolhas e tomadas de decisão relativas ao nosso estado de saúde.

Para Barbosa e Melo (2008), qualidade é um termo bastante pesquisado, polêmico e que pode ser entendido sob diversos enfoques. Porém, Nascimento, Leitão e Vargens (2006) destacam que em se tratando de um modelo gerencial, a Qualidade possui sentido amplo e é usada para estruturar os serviços de uma determinada instituição na sua abrangência e de forma sistêmica.

Chiavenato (2003) relata que a Teoria Matemática trouxe enorme contribuição à administração das instituições porque oferece técnicas de planejamento e controle na utilização de recursos materiais, financeiros e humanos, bem como fornece suporte na tomada de decisões a fim de otimizar a execução de tarefas e minimizar os riscos. Para este estudioso, foi graças à Teoria Matemática que surgiu o movimento pela Qualidade como base fundamental para a excelência e a competitividade nas organizações (CHIAVENATO, 2003).

O movimento da Gestão da Qualidade começou no Japão com a aplicação de critérios estatísticos na linha de produção, transformando-se posteriormente em objeto de atenção das empresas a partir da Revolução Industrial. Ao longo do tempo, este tema ganhou grande dimensão dentro das organizações, envolvendo todos os setores, inclusive suas relações com fornecedores e clientes (CHIAVENATO, 2003). Atualmente, observamos que a busca pela Qualidade encontra-se inserida não só no setor industrial, mas também na prestação de serviços, incluindo as instituições de saúde.

Para Chiavenato (2003), cada época desenvolve uma forma organizacional apropriada às suas características e exigências. Graças ao grande impacto do desenvolvimento tecnológico e da tecnologia da informação vivemos atualmente a era da informação, marcada por incertezas, mas que também se caracteriza pela

mudança de foco das organizações. O capital financeiro cede lugar ao capital intelectual e o conhecimento passa a ser o recurso organizacional mais valioso.

Estes aspectos acarretaram mudanças na prestação de serviços e no padrão de comportamento da sociedade ao longo do tempo. O cidadão comum, por sua vez, está mais informado sobre seus direitos e exige mais qualidade ao consumir serviços e produtos, deixando de agir de forma passiva e condescendente (BARBOSA; MELO, 2008).

Em face disso, as instituições que prestam cuidados em saúde também têm passado por diversas transformações ao longo das últimas décadas, sendo a necessidade pela busca contínua da Qualidade uma delas. Os administradores dessas instituições percebem, cada vez mais, que os clientes estão exigindo qualidade na assistência, que os custos precisam baixar, que os funcionários precisam ser valorizados e que é necessário acompanhar as mudanças observadas (ANTUNES, 1997).

Inserida neste contexto está a enfermagem que, enquanto parte integrante dessas instituições, deve entender a importância da sua atitude e também que nada é mais certo que as mudanças. Deve agir no sentido de acompanhá-las ou até mesmo antecipá-las, conscientizando-se de que a busca da Qualidade pode trazer excelentes resultados (ANTUNES, 1997).

Assim, ao reconhecer a necessidade de transformações em sua forma de gerenciar e em sua prática assistencial, junto com os hospitais, ou por iniciativa própria, a enfermagem também resolveu adotar a busca da qualidade do cuidado prestado, visando a melhoria contínua de seus processos (ANTUNES, 1997).

A introdução de novas técnicas e métodos, a implementação da sistematização da assistência, a padronização e mais segurança na realização de procedimentos, bem como o investimento na qualificação das pessoas e a busca contínua de inovações são contribuições decorrentes do movimento da Qualidade para a enfermagem (ANTUNES, 1997).

Para Matsuda, Évora e Boan (2000), a busca pela Qualidade vislumbra um novo caminho para a enfermagem, uma vez que seus conceitos e princípios se propõem a estruturar e a valorizar o trabalho humano.

Barbosa e Melo (2008) realizaram uma revisão da literatura nacional, onde destacam estratégias que podem ser utilizadas pelo enfermeiro na realização de ações comprometidas com a promoção da qualidade da assistência de enfermagem. Dentre os estudos encontrados por estas pesquisadoras, dois abordam a Gestão da Qualidade em serviços de enfermagem identificando a importância da liderança para a qualidade da assistência prestada ao paciente, sob o enfoque da aplicação dos princípios de Deming (1990). Enfatizam que esta forma de gerenciar ajudará a enfermagem a implementar as transformações exigidas pelos novos tempos, que o enfermeiro deve ser o líder da Qualidade da assistência e apontam sugestões de como o enfermeiro líder da Qualidade da assistência deve agir perante seus liderados.

Outro estudo analisado por Barbosa e Melo (2008), identifica os componentes de satisfação no trabalho da equipe de enfermagem envolvida com a melhoria da qualidade da assistência. Nesta pesquisa, a participação dos auxiliares de enfermagem em atividades de planejamento e organização do serviço na unidade mostrou – se fundamental para a satisfação destes profissionais. E, por fim, o quarto estudo discutido por Barbosa e Melo (2008) abordou a qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica dos pacientes. Destacam que o paciente é o principal agente qualificador dessa assistência e, portanto, suas necessidades e expectativas somente serão atendidas se a equipe de enfermagem se propuser a conhecê-las.

Nascimento, Leitão e Vargens (2006) buscaram conhecer a opinião de enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde a respeito da implantação do programa de Qualidade Total nestas Unidades. Os resultados evidenciaram que existe uma expectativa favorável por parte deste profissional quanto à implantação da estratégia gerencial. Um dos profissionais entrevistados nesta pesquisa acredita que, uma vez implantada solidamente, a GQT poderia promover uma verdadeira revolução na prestação dos serviços públicos de saúde. Outro depoente valorizou, em sua fala, os estudos e as pesquisas sobre avaliações dos serviços de enfermagem. Para ele, as investigações nestes serviços podem trazer inovações e mudanças que promovem a qualidade.

Refletindo a respeito destes estudos, nos questionamos se é possível atingir e manter a Qualidade nos serviços de enfermagem atuais? E mais ainda, será que a enfermagem atual está pronta para enfrentar o desafio da busca pela excelência contínua? Sabemos que as respostas para estas questões são complexas, além de, possivelmente, apresentarem grande variação dependendo do tipo de serviço de saúde, da localização deste serviço, dentre outras variáveis. Apesar disso, quando pensamos na maioria dos serviços de enfermagem brasileiros, estas respostas nos parecem obscuras porque sabemos, com base em nossa prática assistencial, que os problemas de qualidade nesta área são inúmeros e frequentemente causam impedimentos sérios ao paciente e à própria equipe cuidadora.

Podemos encontrar exemplo disto nos achados de Oliveira, Camargo e Cassiani (2005), que ocuparam-se em identificar situações de erro de medicação, através da análise de 1.585 prontuários do setor de emergência de um hospital do nordeste do país. A análise dos dados mostrou que 71,6% destes prontuários não foram preenchidos corretamente em relação aos elementos de identificação do paciente. Este estudo salienta ainda que, dentre os medicamentos não administrados, 22,5% foram simplesmente circulados, 13,4% foram circulados com a sigla N.T. (não tem), 34,2% não estavam checados, 16,1% nem possuíam horário estabelecido para administração e 13,8% apresentavam outras anotações. Ainda sobre os medicamentos não administrados observou-se que 33% eram antieméticos, anticonvulsivantes, protetores gástricos e outros; 26% eram antibióticos ou anticoagulantes e 15% eram analgésicos.

Em nota à sua publicação oficial de dezembro de 2010, o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), lembra que no final deste ano a enfermagem foi surpreendida, com abordagem em mídia, por duas verdadeiras tragédias profissionais, quando duas crianças tiveram suas vidas ceifadas ao buscarem assistência: a primeira, de um ano e meio, que recebeu a conexão de uma via de oxigênio ao acesso venoso, causando morte imediata; e a segunda, de 12 anos, que recebeu infusão de vaselina líquida por acesso venoso. “Dois erros fatais, duas vidas irrecuperáveis” (COREN-SP, p.54, 2010).

Dentre os fatores que contribuem para este tipo de ocorrência, o Órgão Fiscalizador destaca: processos seletivos equivocados nas instituições de saúde,

sistematização equivocada nos processos operacionais assistenciais, ausência de observação ao mínimo necessário em termos de dimensionamento de pessoal, ausência da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) determinada em lei, sobrecarga de trabalho por péssimas condições ambientais ocupacionais, falta de empreendimento do enfermeiro observando princípios mínimos de biossegurança, dentre outros. Ressalta ainda que a enfermagem atual não deve permanecer passiva e omissa frente aos seus erros, sob pena de perpetuá-los e de assistirmos o horizonte da profissão se tornar anulado e obscuro. É momento de buscarmos soluções efetivas e definitivas para essas falhas, afinal somos profissionais que construímos a vida, não o dano e a morte (COREN-SP, 2010).

Embora saibamos que a enfermagem produz, diariamente, incontáveis ações que beneficiam a sociedade, também poderíamos citar vários estudos como o de Oliveira, Camargo e Cassiani (2005), relatando erros graves ou não, que resultaram em lesões leves ou definitivas ou até em morte, provenientes da falta de qualidade no cuidado prestado por estes profissionais.

Por que erros como estes ocorrem? Por que não conseguimos excelência na realização de nossos processos? As respostas para estas questões não são simples, mas talvez também pudéssemos começar por aceitar nossos erros e, em seguida, o desafio de melhorar a qualidade do cuidado que prestamos.

Apesar de a enfermagem atual produzir erros, também existem os bons resultados e a expectativa favorável à mudança por parte deste profissional, como foi citado por Nascimento, Leitão e Vargens (2006) em relação à implantação da GQT em Unidades Básicas de Saúde. Isto talvez indique que somos capazes de modificar o cenário na maioria dos serviços de saúde do país e que podemos cuidar com excelência.

2.2 GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM

Em busca de mais qualidade na prestação de seus serviços, as instituições de saúde atuais começaram a falar, a utilizar e a implementar a qualidade através de estratégias como por exemplo a Gestão da Qualidade Total (GQT), que consiste em um processo progressivo e contínuo de busca pela excelência na visão dos clientes (ROCHA, 2007).

Essa estratégia gerencial parte do reconhecimento das necessidades das pessoas e estabelece padrões para a satisfação dessas necessidades. Busca ainda manter os padrões, assegurando que essas necessidades sejam sempre satisfeitas, além de melhorar continuamente esses padrões para garantir que as pessoas continuem desejando o produto ou serviço prestado (NOGUEIRA, 1996).

Para Campos (1992), esse modelo gerencial encontra-se centrado no controle dos processos e tem como meta a satisfação das necessidades das pessoas.

Um dos pioneiros da GQT, W. Edwards Deming (1990), destaca que a qualidade consiste justamente na capacidade de atender as necessidades dos clientes por um preço que eles possam pagar. Acrescenta ainda que, numa organização, todos devem fazer o melhor que podem, porém devem também saber o que fazer.

A GQT nasceu após a segunda guerra com dois pensadores americanos, Deming e Juran, que colocaram suas inovações em prática ao reconstruírem a capacidade de produção industrial japonesa (ANTUNES, 1997). W. Edwards Deming foi o maior divulgador da análise estatística e popularizou estratégias como o Controle Estatístico da Qualidade (CEQ) no Japão e, posteriormente, nas organizações ocidentais (CHIAVENATO, 2003).

Ao mesmo tempo em que Deming colocava suas idéias sobre o controle da qualidade em prática diretamente na linha de produção das Industrias Japonesas, J. M. Juran estendeu os conceitos de Qualidade para toda a empresa com o seu Controle Total da Qualidade (CTQ). Essas idéias deram origem ao conceito estratégico de Qualidade Total (CHIAVENATO, 2003).

A partir de então, contribuições foram surgindo ao longo da história como, por exemplo, um projeto coordenado por Donald Berwick, em 1987, com o objetivo de comprovar ou não a aplicabilidade dos conceitos da GQT na área da saúde (NOGUEIRA, 1996), bem como a criação dos sete pilares para a Qualidade no setor saúde criados por Donabedian na década de 90 (HADDAD, 2004; NOGUEIRA, 1996).

Os modelos de GQT evoluíram e se difundiram ao longo do último século. Dentre as ferramentas utilizadas nesta maneira de gerenciar podemos citar: ciclo PDCA, que consiste em planejamento, execução, controle e análise de processos; diagrama de causa e efeito; programa 5S; desdobramento da função qualidade (QFD); seis sigma, dentre outros (PINTO; LEE HO, 2006).

Atualmente a GQT é alvo de discussões tanto em instituições de saúde, como no programa de disciplinas de administração dos cursos de enfermagem. Para Balsanelli e Jericó (2005), concomitante a este fato, vivenciamos uma emergente necessidade de produção de relatos de experiências advindas da implantação desse modelo nos serviços de saúde e de enfermagem. Faz-se necessário, conhecer os resultados alcançados para verificar a credibilidade dessa forma de gerenciar.

Estimulados por este pensamento, estes autores realizaram uma revisão bibliográfica com o objetivo de apresentar as experiências dos hospitais e serviços de enfermagem brasileiros nos programas de GQT. Ao analisar essas experiências verificaram que a implantação da GQT propiciou ganhos relacionados aos recursos humanos, garantindo a satisfação das pessoas no seu ambiente de trabalho. Além disso, o paciente teve suas necessidades supridas e ocorreram modificações nos indicadores de estatística da instituição, havendo reconhecimento da sociedade no que diz respeito à assistência hospitalar (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Os ganhos na área dos recursos humanos foram nítidos em uma das instituições estudadas. Após investimentos contínuos em treinamento e qualificação permanente, os colaboradores mostraram-se comprometidos e motivados. Eles demonstraram isto, principalmente, pela redução do índice de absenteísmo que em 1992 situava-se em torno de 40% e no ano de 1994 baixou para 13%, indicando um aumento no nível de satisfação dos funcionários em relação à instituição (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Os dados da mesma instituição que foram colhidos junto ao paciente e que foram levantados pela aplicação de questionários de avaliação da qualidade dos serviços prestados, revelaram o reconhecimento pelo bom atendimento, traduzidos por um aumento no índice de satisfação de mais de 100% entre 1992 e 1995 (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Este estudo evidencia que:

“[...] as experiências das instituições de saúde na adoção da GQT tem atingido resultados satisfatórios. Propicia-se assim, uma credibilidade a esse modelo gerencial, demonstrando que sua aplicabilidade garantiu a satisfação das necessidades do cliente bem como dos membros da organização.” (BALSANELLI; JERICÓ, p.401-402, 2005).

Por outro lado, para Nascimento, Leitão e Vargens (2006) a utilização deste modelo gerencial ainda deve ser vista com cautela, pois ainda são poucos os estudos que mostram resultados para avaliar os efeitos dos programas de qualidade em relação a melhorias de infra-estrutura, da qualificação do potencial humano e da agilidade do atendimento à clientela.

Antunes e Trevizan (2000) estudaram a utilização desta estratégia gerencial no serviço de enfermagem de um hospital privado com os objetivos de avaliar a forma de implantação, o envolvimento dos enfermeiros e a aplicação dos princípios de Deming. Dos 57 enfermeiros que responderam a esta pesquisa, 79% observaram melhoria na satisfação das pessoas que trabalham no local após a implantação da GQT, 89,5% observaram melhoria na satisfação do paciente e apenas um profissional disse não crer em bons resultados com a GQT. Esses estudiosos ainda ressaltaram que todos os 14 princípios de Deming estavam sendo utilizados no serviço de enfermagem avaliado. No entanto, dentre estes, os princípios 4, 5, 6 e 13 foram os que mais se destacaram. O princípio 7, que diz respeito a adotar e instituir a liderança, foi um dentre os que foram aplicados de forma mais inadequada, uma vez que não houve difusão dos princípios de liderança para a Qualidade na implantação da GQT.

Por outro lado, quando Rocha e Trevizan (2009) buscaram conhecer a opinião do enfermeiro a respeito da GQT com base nos 14 princípios de Deming em um serviço de enfermagem de uma Instituição hospitalar privada do Estado de São Paulo, o princípio mais bem pontuado por estes profissionais foi o sétimo.

Com base nestes estudos observamos que o processo de implantação e constante implementação da GQT nos serviços de saúde e de enfermagem pode sofrer variações e, talvez, este fato tenha a sua origem relacionada com aspectos como a própria maneira como a filosofia foi instituída, bem como com a cultura organizacional dominante. Concordamos assim que a nova filosofia deve ser adaptada à realidade de cada instituição, pois cada hospital, bem como cada serviço de enfermagem, deve traçar seu caminho para a Qualidade com base em seus indicadores, suas possibilidades, seus valores, suas características e sua clientela (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

Alguns estudiosos destacam a importância do papel do enfermeiro em todo o processo de planejamento, implantação e manutenção de Programas de Qualidade nos serviços de saúde e de enfermagem, servindo de elo entre a gerência, a equipe cuidadora e o cliente (LIMA et al., 2009; MOURA et al., 2009).

Lacerda, Rocha e Santos (2000) ressaltam a importância do papel de liderança exercido pelo enfermeiro no processo de avaliação de um Programa de Qualidade em um Centro de tratamento intensivo pediátrico, pela British Standards Institution para conferimento do certificado ISO 9002.

Backes et al. (2007) refletem a cerca do papel do enfermeiro enquanto empreendedor do cuidado com qualidade humanizado.

Ferramentas da Gestão da Qualidade, como o Brainstorming, o diagrama de Ishikawa e o gráfico de Pareto ajudaram os enfermeiros do serviço de enfermagem estudado por Svaldi e Filho (2000) a identificarem os principais aspectos da problemática local.

Na busca pela qualidade, tanto nos processos assistenciais quanto nos processos administrativos relativos ao trabalho do enfermeiro em centro cirúrgico, Mastroantonio e Graziano (2002), submeteram um instrumento de padrão de qualidade administrativo e assistencial para ser ajuizado por doze enfermeiros especialistas da área.

Matsuda e Évora (2006) desenvolveram atividades comprometidas com a Qualidade com o objetivo de melhorar os índices de satisfação no trabalho de uma equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. Apesar de as autoras considerarem que os índices permaneceram baixos após a intervenção, eles

aumentaram de 12,08 para 15,05 entre as enfermeiras e de 11,33 para 12,13 entre os auxiliares de enfermagem.

Estes estudos retratam claramente os esforços da enfermagem atual em atingir e manter a Qualidade do cuidado prestado, reforçando a opinião de que a GQT pode trazer bons resultados e ser útil à enfermagem na realização de seus processos e no alcance da satisfação de seus clientes.

2.2.1 Gestão da Qualidade Total: programas de acreditação

Os prêmios consagrados às instituições com alto nível de qualidade podem ser considerados desdobramentos importantes do movimento da Qualidade em nossos dias. Dentre estes prêmios podemos destacar o Prêmio Deming de Qualidade que surgiu no Japão em 1951 e foi copiado em vários lugares do mundo; o Prêmio Nacional de Qualidade do Brasil criado em 1991 e a International Standartization Organization (ISO) criada para estabelecer padrões internacionais de Qualidade, sendo que os padrões da série ISO9000 definem os componentes da qualidade (CHIAVENATO, 2003).

Desta forma, as organizações solicitam certificação da ISO naqueles padrões que mais se aproximam do seu negócio a fim de concorrerem no mercado internacional. Esta certificação é baseada na capacidade que a organização possui de implantar procedimentos documentados de seus processos e garante consistência de que a organização adota padrões reconhecidos mundialmente, porém não garante que a organização produza realmente produtos de qualidade. Importante destacar que os padrões da ISO14000 são direcionados para processos limpos de produção, que reduzam problemas ambientais como a poluição e o aquecimento planetário (CHIAVENATO, 2003).

No âmbito da saúde, as instituições também estão preocupadas em implementar programas de garantia da Qualidade que sustentem credibilidade para os profissionais de saúde e para a sociedade (SMELTZER; BARE, 1998).

Em 1951 o American College of Physicians (ACP), juntamente com a American Hospital Association (AHA), com a American Medical Association (AMA), a Canadian Medical Association (CMA) e o American College of Surgeons (ACS), criaram a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Trata-se de uma Organização independente, sem fins lucrativos, cujo o principal objetivo é proporcionar acreditação aos voluntários (THE JOINT COMMISSION, 2011).

Define-se acreditação como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. Tanto nas experiências brasileiras quanto internacionais, constitui-se em ações coordenadas por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia, que tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial (ONA, 2011).

A JCAHO começou a oferecer acreditação para hospitais em janeiro de 1953, quando Edwin L. Crosby tornou-se o seu primeiro diretor (THE JOINT COMMISSION, 2011). A Comissão desenvolveu um modelo que requer monitorização e avaliação da qualidade e da adequação do cuidado, que foi aplicado em instituições e empresas de saúde por meio de extensos programas organizacionais de Garantia de Qualidade e de sistemas de referência. A Garantia de Qualidade focaliza os incidentes ou erros individuais e possui uma expectativa mínima, sendo que indicadores objetivos e mensuráveis são utilizados para monitorizar, avaliar e comunicar a qualidade e a adequação do cuidado prestado (SMELTZER; BARE, 1998).

Em 1992, a revisão dos padrões da JCAHO deu início a uma orientação no sentido de as organizações de saúde passarem a implementar a Continuous Quality Improvement (CQI), que, diferentemente da Garantia de Qualidade, enfoca os processos envolvidos na prestação do cuidado e objetiva a melhoria da qualidade através da avaliação e do aprimoramento dos processos que mais afetam os resultados decorrentes do cuidado e a satisfação do paciente (SMELTZER; BARE, 1998).

Em âmbito nacional, o setor da saúde vem se ocupando com avaliação hospitalar desde 1970. Contudo, inicialmente, isto não causou impacto sobre a

qualidade dos serviços prestados. Em 1992 deu-se início a um consenso sobre a metodologia e os padrões a serem adotados, a partir do programa de organização da acreditação no país, que ocorreu em Brasília, com a participação das principais entidades de saúde da época (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Uma das primeiras experiências ligadas à acreditação no Brasil surgiu da iniciativa da Associação Paulista de Medicina (APM) em avaliar hospitais com a intenção inicial de dar “estrelas” a essas instituições. Esta iniciativa sofreu evolução ao longo do tempo, dando origem ao Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar (CQH) no Estado de São Paulo. Constitui-se em um Programa de adesão voluntária com o objetivo de contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, através do estímulo à participação e a auto-avaliação, bem como incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. A APM e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo são, atualmente, as suas entidades mantenedoras (CQH, 2011; SCHIESARI; KISIL, 2003).

O Programa iniciou suas atividades em julho de 1991 com um encaminhamento de comunicação aos hospitais do Estado de São Paulo, informando sobre seus objetivos e sua metodologia, bem como convidando-os a se afiliarem. Havia aproximadamente 800 hospitais no Estado naquela época. Destes, aproximadamente 200 responderam ao apelo inicial e 120 iniciaram sua participação ativamente. Este número caiu posteriormente para 80 e hoje soma cerca de 125 participantes, sendo alguns de fora do Estado (CQH, 2011).

Ao longo do tempo, iniciativas que fortaleceram o movimento de acreditação hospitalar no Brasil foram surgindo, como a criação do Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde (PACQS), em 1994, com a participação da Academia Nacional de Medicina, do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Este Programa transformou-se posteriormente no Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Em 1998, foi formado um grupo executivo no âmbito do Ministério da Saúde, sob a coordenação de Humberto de Moraes Novaes, encarregado pelo Programa Brasileiro de Acreditação, na tentativa de unificar todos os esforços nacionais. Esta iniciativa culminou na fundação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), da

qual participaram várias organizações. Em 1999 a ONA, órgão credenciador das instituições acreditadoras, foi constituído juridicamente (SCHIESARI; KISIL, 2003).

A ONA é uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do país (ONA, 2011).

A ONA é responsável pelo desenvolvimento dos padrões a serem aplicados nacionalmente, pelo desenvolvimento das normas reguladoras do processo de acreditação e pela supervisão do trabalho das instituições acreditadoras. Às instituições acreditadoras, como por exemplo o CQH, cabe a realização da acreditação propriamente dita dentro dos hospitais (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Para Schiesari e Kisil (2003), apesar de a concretização da ONA ser muito recente, conseguiu reunir muitos dos diferentes modelos e metodologias nacionais, bem como viabilizou discussões mais aprofundadas a respeito da acreditação no Brasil.

Atualmente, são 145 certificações hospitalares no país (ONA, 2011), sendo que os padrões da ONA estão sendo utilizados de forma crescente e começam a orientar a prática de diversos hospitais. Isto vem se mostrando dentro dos hospitais através dos conhecimentos dos padrões, da formação de comissões relacionadas à avaliação e/ou melhoria da prática assistencial, da formação de multiplicadores do processo de acreditação, dentre outros (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Feldman e Cunha (2006) buscaram identificar os critérios de avaliação de resultado aplicados aos serviços de enfermagem utilizados nos programas de acreditação. Os dados foram coletados em sete instituições credenciadas pela ONA e os achados evidenciaram ênfase nos critérios de resultado da área administrativa da enfermagem, indicando que, talvez, os critérios relativos à assistência e ao ensino e pesquisa ainda necessitem de uma mensuração mais precisa por parte dos Programas de acreditação.

Por outro lado, ao identificarem a opinião dos enfermeiros de um hospital acreditado a respeito dos indicadores que avaliam a assistência de enfermagem, Silva et al. (2009) verificaram grande valorização dos indicadores relacionados aos processos assistenciais específicos da enfermagem, sendo que os indicadores relacionados aos processos gerenciais não foram considerados por todos os enfermeiros como pertinentes para avaliar a qualidade da assistência.

2.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM E A SATISFAÇÃO DO CLIENTE HOSPITALIZADO

Na maioria das instituições de saúde atuais, o cuidado de enfermagem é realizado pela equipe de enfermagem, sob organização e supervisão da enfermeira. Isto propicia à enfermeira a oportunidade e a responsabilidade de assumir os papéis assistencial e de liderança dentro de um referencial de prestação de cuidado direto ao paciente (SMELTZER; BARE, 1998).

Desta forma, além de prestar cuidados ao paciente, a enfermeira é competente por envolver o paciente e sua família nos aspectos do cuidado, bem como por promover a comunicação entre estes e os membros da equipe de saúde. A enfermeira direciona o cuidado da equipe às necessidades do paciente, facilitando esse cuidado, propiciando a continuidade desse cuidado e promovendo ações dirigidas à qualidade desse cuidado (SMELTZER; BARE, 1998).

Além disso, à medida que as instituições de saúde atuais começam a implementar programas de melhoria contínua da qualidade, as enfermeiras têm várias oportunidades de se envolverem neste processo. Tanto as enfermeiras que ocupam cargos administrativos, como as que estão envolvidas diretamente com a assistência estão implicadas com a análise dos processos que estão sendo avaliados. O conhecimento dessas profissionais sobre os processos e as condições que interferem no cuidado do paciente é de suma importância para o estabelecimento das mudanças que aprimoram a qualidade desse cuidado (SMELTZER; BARE, 1998).

Para Fuchs (1995), os organogramas das instituições colocam, cada vez mais, os funcionários que atendem o cliente, como por exemplo a equipe de enfermagem, no topo. Afinal, a linha de frente é quem realmente sabe o que o cliente precisa e quer.

Assim, é cada vez maior a expectativa de que os profissionais de enfermagem estejam envolvidos com a qualidade do cuidado prestado, pois são eles quem tem constante contato com o paciente, tendo assim a oportunidade de aproximar-se do referencial de quem recebe esses cuidados, além de compreender melhor os anseios e expectativas desse cliente e amadurecer a prática de cuidar com qualidade (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

Por outro lado, reflitamos um pouco com Nogueira (1996) a respeito dos clientes de um hospital. Este autor ressalta que num serviço de saúde como, por exemplo, um hospital, existem os clientes externos, que são aqueles que não pertencem à instituição e que utilizam seus serviços; bem como os clientes internos, que são pessoas de dentro da própria instituição que precisam dos serviços que ela executa. Acrescenta ainda que é necessário que se entenda claramente que qualquer pessoa ou unidade que necessite de meus produtos, serviços ou informações é meu cliente.

Assim, se pararmos para pensar nessa relação dinâmica que ocorre em nossa prática hospitalar diária, percebemos que quando o setor de clínica médica solicita materiais de curativos estéreis para a central de material, o primeiro setor é cliente interno do segundo. Por sua vez, quando a central de material passa a receber os materiais de curativo para serem esterilizados novamente, estes deverão estar em ordem e o segundo setor passa a ser cliente interno da clínica médica.

Essas relações entre o cliente e o fornecedor, seja o primeiro interno ou externo, permeiam todo o trabalho dentro de qualquer instituição. Dentre os clientes mais importantes do setor saúde podemos citar os convênios, o SUS, as empresas de seguro médico, a comunidade onde a instituição está inserida, os familiares do paciente e, por fim, o próprio paciente, razão primeira da existência de qualquer serviço de saúde hospitalar (NOGUEIRA, 1996).

O termo paciente, que deriva do latim e significa padecer, tem sido usado tradicionalmente para denominar as pessoas que se encontram em situação de

receptoras de cuidados de saúde. Associa-se normalmente uma conotação de dependência a este termo. Talvez, em razão desse fato, mais recentemente tem-se usado também os termos cliente, usuário e consumidor com o mesmo propósito. Estes últimos termos, porém, possuem conotação de aliança e interdependência (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; SMELTZER; BARE, 1998). O termo usuário vem sendo bastante utilizado no Brasil tanto na literatura científica como em documentos oficiais. Já os termos consumidor e cliente encontram-se mais associados ao poder de decisão e à maior dignidade no relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente (BOSI; UCHIMURA, 2007; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Neste estudo, optamos por utilizar o termo cliente no título e ao descrever os objetivos, embora ao longo do texto também usemos o termo paciente.

Entretanto, o fato é que o paciente geralmente é um cliente diferente por que, se tivesse escolha, não utilizaria os serviços de um hospital. Também se diferencia porque, muitas vezes, não é ele quem determina os serviços e os produtos que irá usar durante o período de sua internação. Ou seja, embora o paciente seja o cliente, geralmente quem decide o serviço ou o produto a ser consumido por ele, são os profissionais de saúde por serem os detentores do saber técnico-científico específico necessário para a maioria das tomadas de decisão relativas aos estados de saúde e de doença das pessoas. Algumas vezes, o paciente e sua família podem participar das decisões que envolvem os serviços e os produtos que serão utilizados em seu tratamento; no entanto, o poder de decidir, por exemplo, qual antibiótico será mais adequado para tratar seu quadro infeccioso; qual solução tópica será utilizada em seu curativo; ou qual fisioterapia é mais adequada ao seu problema, não pertence à ele, mas aos profissionais competentes de cada carreira da área de saúde envolvida.

Imaginemos uma situação prática em que você ou alguém da sua família esteja sofrendo uma crise de apendicite infectada, o que implica em tratamento cirúrgico urgente. A caminho do hospital é natural que você tenha algumas expectativas em relação ao serviço que lhe será prestado; no entanto, também poderá perceber que as decisões e atitudes não dependerão somente de você. Você espera ser atendido sem demora, imagina que a dor irá melhorar logo independente do analgésico a ser utilizado, que o serviço médico e de enfermagem são modernos e eficientes. Além

disso, lhe interessa que suas dúvidas sejam sanadas, que esses profissionais gastem tempo explicando o que irão fazer por você, que a medicação seja administrada corretamente e que você não sofra nenhum tipo de infecção hospitalar, dentre outros.

A grande maioria de nós já passou pela experiência de ser este cliente diferente mas que, como todo cliente, quer ter suas necessidades satisfeitas. Por isso mesmo, entendemos os diversos sentimentos que podem surgir durante o recebimento dos cuidados de saúde: medo do desconhecido e do que irá acontecer, aborrecimento por ter a rotina e os planos futuros interrompidos, apreensão, impotência, dependência e outros.

Além disso, dependendo de circunstâncias associadas como, ou seja, diversidade cultural, idade, experiências anteriores em serviços de saúde e outras, as necessidades do paciente podem variar em número e prioridade para serem satisfeitas. Sabemos que certas necessidades são básicas a todas as pessoas e exigem satisfação imediata, como, por exemplo, o alívio da dor. Porém, alguns pacientes podem apresentar necessidades que outros ignoram, como o desejo de saber qual analgésico está sendo administrado em sua veia.

Em adição, ressaltamos que as instituições de saúde são organizações diferentes porque precisam estar preparadas para receber e satisfazer o paciente. Em relação a isto, MAcEachern (1951) se expressou e seu pensamento permanece atual quando destaca que de todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital porque o seu objetivo fundamental é receber o corpo humano, quando por alguma razão, tornou-se doente ou ferido e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal.

Para Silva et al. (2009), além de suas características tradicionais, as instituições de saúde atuais tem sido compelidas a desenvolverem visão de negócio para se adequarem às mudanças do mercado bem como às exigências de uma população cada vez mais consciente dos seus direitos. Desta forma, essas organizações estão aprendendo a associar baixos custos com excelência de qualidade para os clientes.

Vaz e Barros (1997) reconhecem que o Estado tem encontrado dificuldades na prestação de assistência à saúde da população, que, por sua vez, tem buscado

garantir esse direito através de convênios e medicinas de grupo. Em consequência, para um grande número de hospitais brasileiros, a qualidade e a satisfação das necessidades dos clientes são primordiais para que haja otimização dos resultados e garantia de sobrevivência num mercado cada vez mais competitivo.

Frente a estes aspectos, concordamos com Nogueira (1996) quando afirma que são justamente nesses detalhes que reside o grande desafio de prestar cuidado em saúde com qualidade, seja no setor público ou privado. É preciso que não nos deixemos entorpecer pela rotina e que saibamos ver em cada paciente suas necessidades e desejos, para satisfazê-los com individualidade e para cuidar com qualidade.

2.3.1 O desafio de avaliar a satisfação do cliente hospitalizado com o cuidado de enfermagem

O termo avaliação pode ser definido como a apreciação sobre condições, extensão, intensidade e qualidade de algo, sendo que esses valores são determinados por quem avalia (HOUAISS, 2009).

Em saúde, as primeiras pesquisas no campo da avaliação foram desenvolvidas na década de setenta e referiam-se à satisfação do paciente. O objetivo desses primeiros estudos era conseguir melhores resultados clínicos através de maior adesão ao tratamento (WILLIAMS, 1994).

A partir das idéias de Donabedian (1984), o conceito de qualidade nos serviços de saúde avançou e passou a incorporar a opinião dos não especialistas, ou seja, do paciente, na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. A avaliação da satisfação do paciente tornou-se um objetivo para a busca da qualidade, deixando de ser apenas um meio de conseguir a adesão do doente ao tratamento.

No Brasil, os estudos ganharam impulso na década de 90, a partir do fortalecimento do controle social no âmbito do SUS, por meio da participação da

comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Atualmente, essas avaliações vêm, cada vez mais, ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão das instituições de saúde de todo o mundo (BOSI; UCHIMURA, 2007; VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Em decorrência deste fato, há uma emergente produção de pesquisas sobre o tema em questão. Tanto que, ao realizarmos esta revisão de literatura, encontramos uma gama de estudos que avaliam a satisfação do paciente com os serviços de saúde e de enfermagem e que utilizam metodologias variadas em suas abordagens.

Frente ao exposto, não poderíamos deixar de considerar algumas observações que julgamos pertinentes. A primeira delas refere-se à polissemia conceitual da temática satisfação do paciente, muito bem colocada por alguns estudiosos (BOSI; UCHIMURA, 2007; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; GILL; WHITE, 2009; STANISZEWSKA; HENERSON, 2005; VAITSMAN; ANDRADE, 2005;).

O termo satisfação do paciente pode ser definido como sendo as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde (LINDER- PELZ, 1982).

Smith (1992) e Mahon (1996) relatam que a maioria das definições de satisfação do paciente inclui elementos de subjetividade, expectativas e percepções e, como avaliação subjetiva, representam uma mistura complexa da necessidade percebida, das expectativas e das experiências do cuidado.

A satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem foi conceituada por Risser (1975), como sendo o grau de congruência entre as suas expectativas e a sua percepção sobre o cuidado recebido.

Para Lynn, McMillen e Sidani (2007) a satisfação do paciente é um fenômeno complexo que não tem sido definido adequadamente. Infelizmente, existem problemas conceituais ao usarmos a satisfação do paciente para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem. Estes problemas estão centrados em duas questões: o que é a satisfação do paciente com o cuidado e o que o paciente valoriza no cuidado de enfermagem? As autoras ainda ressaltam que há uma tendência a se pensar que os pacientes estão sempre satisfeitos, não importa o que ocorra. No entanto, o fato

de não conseguirmos identificar as prioridades do paciente em avaliar os cuidados não significa que estas prioridades não existam.

As abordagens teóricas encontradas na literatura a respeito do conceito de satisfação do paciente originam-se, em sua maioria, da escola da psicologia social e do marketing. Apesar da vasta produção científica sobre o tema, este conceito ainda mostra-se pouco teorizado e comporta a necessidade do uso de diferentes lentes teóricas para o seu entendimento, considerando diferentes valores, crenças e visões de mundo, tanto por parte do paciente como relativas aos serviços de saúde (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), existem vários modelos para medir a satisfação do paciente, porém todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos.

Esperidião e Trad (2006) ressaltam alguns modelos teórico conceituais de avaliação da satisfação do paciente que são bastante desenvolvidos e comentados na literatura, como a teoria da discrepância e a teoria da realização ou confirmação da expectativa, onde a satisfação é dada pela diferença entre o que é esperado ou desejado, e o que é obtido. Outras teorias como a da atitude e a teoria da equidade também são citadas, juntamente com suas críticas específicas.

Independente da teoria utilizada, os estudos encontrados indicam a necessidade de se considerar a relação entre vários fatores que podem determinar a satisfação, como, por exemplo, a efetividade do serviço, o nível de saúde do paciente, ou ainda a idade e a escolaridade (BOSI; UCHIMURA, 2007; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

De modo geral, as pesquisas enfatizam a necessidade de se reconhecer a polissemia presente no conceito de avaliação da satisfação do paciente, uma vez que essa dificuldade pode resultar no enfraquecimento e estreitamento da amplitude deste conceito. Outra necessidade notável é uma melhor delimitação nos métodos adotados, no sentido de fornecer modelos consistentes e que dêem conta da complexidade do tema (BOSI; UCHIMURA, 2007; GILL; WHITE, 2009; STANISZEWSKA; HENERSON, 2005; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Apesar da variabilidade de conceitos e modelos de avaliação da satisfação do paciente, o desenvolvimento histórico até então observado nesta área, nos permite

confirmar a necessidade de seguirmos estudando o tema, uma vez que reconhecemos a sua importância para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Afinal, são esses estudos que nos permitem verificar o modo como as necessidades, as expectativas e os desejos do paciente estão sendo atendidos (BOSI; UCHIMURA, 2007; VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Outras considerações sobre as avaliações de satisfação do paciente que encontramos na literatura e que julgamos importante ressaltar, dizem respeito aos determinantes da satisfação. De modo geral, existem dois grandes grupos de aspectos que determinam a satisfação do paciente: um relativo ao serviço e seus provedores e outro inerente aos usuários (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

De acordo com a análise fatorial realizada por Sixma et al. (1998), 90 a 95% das variações de satisfação resultam de variáveis relacionadas aos pacientes, enquanto que apenas 5% dizem respeito aos serviços e seus provedores. Diante disso, esses autores consideram a satisfação como uma medida subjetiva e centrada no usuário.

Em resposta a estas preocupações, uma “segunda geração” de estudos sobre o tema tem explorado a maneira pela qual os pacientes constroem as suas expressões de satisfação. Embora estes estudos comecem a desvendar as complexidades das avaliações de satisfação do paciente, também reforçam a necessidade de continuarmos tentando compreender estas avaliações, particularmente a forma como os pacientes constroem seus julgamentos sobre a qualidade do cuidado que recebem e como isto é influenciado por diversos fatores (CASTILLO et al., 2007; QUINTANA et al., 2006; STANISZEWSKA; HENERSON, 2005).

DONAHUE et al. (2008) estudaram a relação entre a percepção de enfermeiros sobre empoderamento e satisfação do paciente hospitalizado com o cuidado de enfermagem. Encontraram uma correlação positiva significativa, indicando que fatores como maior acesso a informações, atividades de capacitação, oportunidades de envolvimento em ações de planejamento, maior acesso a recursos disponíveis podem melhorar a produtividade, a satisfação e a eficácia no trabalho dos enfermeiros, refletindo-se em maior satisfação das pessoas que são atendidas por eles. Para as autoras, a criação de mais oportunidades de engajamento dos enfermeiros em todos os níveis da organização hospitalar favorece a construção de

relacionamentos mais sólidos com os clientes de dentro e de fora da organização e consequente melhoria dos níveis de satisfação desses clientes.

Esperidião e Trad (2006) relatam que a satisfação do paciente é, na maioria das vezes, atribuída a aspectos humanitários da relação médico-paciente, à quantidade e qualidade de informações recebidas, à efetividade dos problemas e à continuidade do atendimento. No Brasil, sobretudo nos serviços públicos, além dos fatores humanitários, contam aspectos como acesso ao serviço e disponibilidade de insumos como vacinas e medicamentos.

Diante do exposto, fica claro que a satisfação do paciente, mesmo embutida de polissemia conceitual, tem sido usada com duas finalidades: descrever os serviços de saúde na perspectiva do paciente e/ou avaliar a qualidade do serviço a partir da satisfação ou perspectiva do paciente (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Para Esperidião e Trad (2006), o sentido fundamental de pesquisar no campo da avaliação dos serviços de saúde é, sobretudo, o de buscar converter os conceitos em estratégias, critérios e padrões de mensuração, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e no aperfeiçoamento dos serviços. A utilização desses conceitos se torna importante na medida em que permite representar aspectos da realidade, através de construções lógicas estabelecidas de acordo com um quadro teórico de referência.

Por outro lado, os aspectos que envolvem a satisfação do cliente também são complexos porque os pacientes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços e uma boa avaliação de um serviço pode ser fruto de uma baixa capacidade crítica dos usuários. Os resultados da maioria das pesquisas de avaliação, tanto nacionais como internacionais, têm sido bastante positivos em relação aos serviços de saúde, ou seja, na grande maioria dos estudos quem utiliza os serviços pode estar sendo pouco crítico em relação à sua qualidade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Para Turrini, Lebrão e Cesar:

[...] a percepção do cliente sobre determinado serviço é particular, pois se desconhecem os critérios que o cliente utiliza para definir a qualidade do serviço e também é difícil identificar o que significa para ele um serviço que seja capaz de resolver seu problema de saúde (TURRINI; LÉBRÃO e CESAR, P.664, 2008).

Paiva e Gomes (2007) acreditam que talvez ainda haja necessidade dos usuários entenderem a utilização das instituições de saúde como um direito, exercitando mais os seus direitos de serem atendidos com qualidade, colocando-se numa situação crítica e participativa frente à instituição e não como se estivessem recebendo desta um favor.

Trevizan et al. (2002) ressaltam que, enquanto líder do cuidado prestado ao cliente, o enfermeiro constitui-se a sua fonte principal de contato contínuo, o que lhe confere maior oportunidade de ajudar o paciente a tornar-se sujeito e protagonista do cuidado e tratamento recebidos por ele, aumentando sua participação nas decisões a respeito da assistência prestada. Isto implica em orientá-los a respeito de normas e direitos, bem como prestar-lhes informações completas, precisas e verdadeiras a respeito dos procedimentos dos integrantes da equipe de enfermagem e de outros profissionais.

O paciente e/ ou família deve ser bem informado das normas e rotinas da instituição, dos procedimentos que lhe ocorrerão e de seus direitos como cidadão e ser humano pois, só assim, terá melhores condições de opinar sobre o que considera ser melhor para si e participar da assistência que lhe é prestada.

Vale ressaltar que o conceito de responsividade dos serviços de saúde vem sendo incorporado mais recentemente às pesquisas de avaliação em saúde, talvez em resposta ao desafio exposto acima.

Responsividade diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). A Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu este conceito no campo da avaliação em saúde, como uma alternativa ao conceito de satisfação, para se referir aos elementos não-diretamente ligados ao estado de saúde. Seu fundamento está no pressuposto de que, além de promover e manter a saúde dos indivíduos, o sistema de saúde deve tratá-los com dignidade, facilitar sua participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde, incentivar a comunicação clara entre profissional de saúde e usuário e garantir a confidencialidade do histórico médico (DE SILVA, 2000).

Enquanto responsividade avalia o sistema de saúde como um todo, a satisfação do paciente focaliza geralmente as interações clínicas mais específicas do cuidado de saúde. Enquanto responsividade focaliza apenas os aspectos não-médicos, ou seja, não diretamente relacionados ao estado de saúde, a satisfação do paciente cobre geralmente os aspectos médicos e não-médicos do cuidado. E, por fim, enquanto responsividade avalia as percepções individuais sobre as expectativas legitimadas universalmente, a satisfação do paciente representa uma mistura complexa de necessidades percebidas, expectativas determinadas individualmente e experiência de cuidado (DE SILVA, 2000).

Entendemos que os conceitos de responsividade e de satisfação do paciente são distintos, possuem limites e vantagens próprios, mas podem, contudo, se complementar no sentido de aperfeiçoar as pesquisas desenvolvidas no campo da avaliação dos serviços de saúde.

Frente ao exposto, consideramos que um dos principais desafios do enfermeiro envolve o processo de repensar sua atuação, para que possa encontrar novas alternativas de cuidar, promovendo mudanças nas pessoas que recebem seus cuidados, consciente de que essas mudanças ocorrem no momento em que essas pessoas, ou seja o cliente, apoderam-se de seu papel junto ao ambiente em que convivem e passam a fomentar a construção do que desejam, baseados na informação, na ética e compreensão da assistência que lhe é prestada (FERNANDES; ANDRAUS e MURANI, 2006). Para nós, juntamente a este desafio, surge outro: o de conhecer e avaliar a satisfação deste cliente com o cuidado de enfermagem que recebe.

2.3.2 A importância de avaliar a satisfação do cliente hospitalizado com o cuidado de enfermagem para a busca da qualidade

Esperidião e Trad (2006) analisaram 56 publicações do período de 1970 a 2005, com os propósitos de compreender o conceito de satisfação e seus quadros teóricos de referência, identificar os determinantes da satisfação, bem como a

aplicação deste conceito no âmbito da saúde. Nos estudos analisados por estas autoras distinguem-se duas funções para a medida de satisfação do usuário de saúde: descrever os serviços na perspectiva deste usuário e avaliar a qualidade dos serviços de saúde, sendo a última mais freqüente.

Um dos estudos encontrado por Esperidião e Trad (2006) critica o emprego da satisfação do usuário para a avaliação da qualidade, uma vez que a satisfação está baseada nas expectativas dos usuários e corre-se o risco de se estar avaliando outros itens e não especificamente a qualidade do serviço (Aspinal et al, 2003).

Por outro lado, um recente estudo buscou identificar a opinião dos enfermeiros de um hospital privado acreditado acerca dos indicadores que avaliam a qualidade da assistência de enfermagem. Os resultados evidenciaram que, dentre outros indicadores, a satisfação do cliente foi considerado como indicativo de qualidade da assistência de enfermagem por 100% dos enfermeiros entrevistados. Afinal, mesmo considerando sua subjetividade, este indicador vem sendo utilizado como valioso instrumento para a reflexão das gerências sobre o processo de produção e organização dos serviços de saúde (SILVA et al., 2009).

Para Nogueira (1996), muitos aspectos da assistência à saúde poderiam ser eliminados ou modificados se parássemos para perguntar aos clientes destes serviços como poderíamos atendê-los melhor.

Segundo Nogueira (1996), nós, trabalhadores do setor saúde, muitas vezes desenvolvemos a tendência de enxergarmos as coisas de modo parcial achando que sabemos o que é melhor para o nosso cliente. De fato, é possível que tenhamos razão se estamos considerando apenas o ponto de vista técnico, porém a experiência de contato com esses serviços apresenta outras nuances. O paciente certamente saberá avaliar a atenção das pessoas consigo, a prontidão e exatidão das informações prestadas, a qualidade dos serviços auxiliares e outros. Por que não ampliar nossa percepção e sensibilidade em relação aos desejos e necessidades do paciente? Por que não ouvir o nosso cliente e prestar a ele o serviço que ele gostaria de receber, levando em conta esses outros aspectos, além da qualidade técnica?

Maisels e Kring (2005) coletaram dados a respeito da assistência de enfermagem prestada no Departamento de Pediatria do Hospital Willian Beaumont,

no estado de Michigan dos Estados Unidos da América. Neste estudo, um grupo de familiares de crianças hospitalizadas recebeu tratamento diferenciado de um grupo controle, em relação à atitude do profissional de enfermagem quando solicitado, quantidade de atenção dada às suas necessidades pessoais e grau com que os enfermeiros os mantiveram informados sobre testes, equipamentos e tratamentos dispensados à eles. Concluíram, dentre outros aspectos, que o simples ato de oferecer um “ouvido simpático e compreensivo”, bem como responder seus questionamentos, teve um efeito salutar sobre a satisfação geral do paciente e sua família em relação aos cuidados de enfermagem.

Acreditamos, portanto, que pensar em qualidade implica em estar atento não somente à qualidade técnica nos nossos serviços, mas também à todas essas dimensões que afetam a percepção do cliente e, conseqüentemente, o seu grau de satisfação.

Lima e Erdmann (2006) desenvolveram uma pesquisa sobre a construção de ações de enfermagem para reestruturar o Pronto Socorro de um hospital universitário de acordo com os padrões da acreditação hospitalar em urgência e emergência segundo o Ministério da Saúde. Para estes estudiosos é unânime a consideração, por parte da equipe de enfermagem, de que a excelência do cuidado está diretamente relacionada com a organização do serviço dentro da instituição. Além disso, ao discutir a satisfação do usuário, a equipe enfatizou que o atendimento prestado parecia não estar suprimindo a todas as necessidades do cliente que quer receber mais informação e orientação por parte do profissional que o atende.

Além da informação que deve ser dada ao cliente, reconhecemos na literatura corrente sobre o tema, outros aspectos inerentes à qualidade do cuidado de enfermagem que foram expressos por pacientes. Um deles é a segurança do cliente. Em seus estudos, Gomes et al. (2008) ressaltam a fala de uma cliente transportada por profissionais de enfermagem que, sem dúvida, nos remete à reflexão sobre a qualidade do cuidado de enfermagem prestado:

[...] hoje me senti desprotegida, apesar de estar sendo levada por aqueles homens tão fortes, que poderiam ser mais delicados (Eva, 50 anos, paciente submetida a histerectomia total). (GOMES et al., P.639, 2008).

Gomes et al. (2008), também constata a despersonalização e imposição de normas, com desrespeito à autonomia e à decisão do cliente. Exigimos o banho em horários determinados pela rotina e, muitas vezes, indesejados pelo cliente. Sem ouvi-lo, na maioria das vezes, vamos cuidando de acordo com um emaranhado de rotinas e conceitos predeterminados e não nos damos conta de que, com isso, anulamos a individualidade e a qualidade do nosso cuidado.

Estes estudiosos ressaltaram ainda que as narrativas de alguns usuários mostraram grau de satisfação excelente em relação aos cuidados recebidos (“5 estrelas”, “100%”, “Vip”, “não falta nada”) e bom (“bonito”, “bacana”, “legal”). Alguns clientes reconheceram o diálogo e o comprometimento de profissionais, marcadamente de uma enfermeira que rezava o terço com os clientes hospitalizados e de uma terapeuta ocupacional, que promovia atividades artísticas. No entanto, predominaram as narrativas que retratam atitudes de indiferença, grosseria, descaso e ação individualizada sem espírito de equipe, traduzindo baixa qualidade do serviço prestado (GOMES et al., 2008).

Outro aspecto que traduz o nível de satisfação do cliente em relação à qualidade do cuidado de enfermagem foi abordado por Pupulim (2009) em seus estudos e trata-se da privacidade. Esta pesquisadora entende que os sentimentos e reações do cliente devem ser observados e valorizados, pois a falta de privacidade provavelmente acarreta desconforto e insatisfação com o cuidado. Isto fica claro quando os clientes que participaram deste estudo, afirmaram que a privacidade engloba o respeito ao seu espaço, ao seu corpo, bem como aos seus sentimentos e a não divulgação de seus dados pessoais.

González et al. (2008), comparou a satisfação dos usuários de quatro hospitais do serviço de saúde Basco (Osakidetza, Espanha). Participaram deste estudo 650 pacientes de cada centro, os quais responderam a um questionário composto de 34 itens que indagavam sobre o grau de satisfação enquanto permaneceram internados.

Apesar de encontrar diferentes opiniões sobre alguns aspectos estudados, estes pesquisadores constataram que nenhum dos serviços foi apontado como o melhor ou o pior. Uma das instituições apresentou maior grau de satisfação em relação à informação prestada, tratamento e bem estar; e menor grau em relação à

limpeza. Inversamente, o hospital que apresentou maior grau de satisfação em relação à limpeza, obteve menor grau em informação e tratamento (GONZÁLEZ et al., 2008).

Para estes autores, a identificação desses fatores e as comparações realizadas permitem desenhar planos de melhoria mais adequados, pois o questionário aplicado permite detectar áreas de excelências e áreas com necessidades de melhorias nas instituições estudadas. Eles também chamam a atenção para a importância de avaliar o serviço prestado periodicamente, o que permite estabelecer tendências sobre a satisfação dos usuários (GONZÁLEZ et al., 2008).

De acordo com Feldman e Cunha (2006), na avaliação dos serviços de enfermagem, os aspectos pontuados pelos manuais dos programas de acreditação habitualmente partem de dados sobre satisfação do paciente, dentre outros.

Dessa forma, acreditamos que a satisfação do paciente é um indicador de grande importância para a qualidade de um serviço. Alguns autores chegam a considerar que qualidade e satisfação são sinônimos e enfatizam que é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento que lhe é prestado, para repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (Castillo et al., 2007; Lima et al., 2007).

Por fim, concordamos com Silveira, Fávero e Alves-Pereira (2003), quando relatam que o conhecimento das necessidades e expectativas do paciente em relação ao cuidado prestado pela equipe de enfermagem se constitui no primeiro passo a ser dado por esses profissionais na busca da qualidade.

3 - METODOLOGIA

3.1 PROCEDIMENTOS INICIAIS E ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, elaboramos um projeto de pesquisa que foi submetido à apreciação e aprovação das Instituições Hospitalares nas quais foi realizada a coleta de dados. Este projeto também foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, merecendo aprovação (EERP-USP). (ANEXOS A e B).

Obtivemos autorização para uso do instrumento de coleta de dados por parte da pesquisadora detentora dos direitos autorais. (ANEXO C).

Após obtermos as aprovações dos Hospitais e do Comitê de Ética da EERP, bem como a autorização para uso do instrumento, procedemos à coleta de dados junto aos sujeitos participantes.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo, cujo propósito é avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem a partir da satisfação do cliente hospitalizado

A pesquisa descritiva constitui um tipo de estudo não-experimental em que podemos observar, descrever e explorar aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 1995).

Para LoBiondo-Wood e Haber (2001), estudos survey descritivo/ exploratórios nos permitem coletar descrições detalhadas de variáveis existentes e usar os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes, fazendo assim planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde.

Estudiosos utilizam este tipo de pesquisa para obter informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno. As variáveis de interesse podem ser classificadas como opiniões, atitudes ou fatos e os dados da pesquisa

podem ser coletados por um questionário ou uma entrevista (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.3 LOCAIS DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo foi realizado em duas instituições hospitalares localizadas em cidade do interior do Estado de São Paulo.

Com o propósito de preservar a identidade dos hospitais, optamos por denominá-los de Hospital A e Hospital B, sendo que esta seqüência obedece à ordem de início da coleta de dados. Assim, iniciamos a coleta de dados no Hospital A e, em seguida, realizamos a coleta no Hospital B.

O Hospital A é uma Instituição privada, inaugurada no ano de 1969 e que tem a maior parte do seu atendimento voltado para a área cirúrgica, mas que também realiza atendimento clínico.

As especialidades de Neurocirurgia, Cirurgia Geral e Cirurgia Cardíaca respondem pela maior parte dos atendimentos. Entretanto, a Instituição também conta com UTI neonatal e pediátrica, UTI geral, pronto atendimento 24 horas, dentre outros serviços (informação verbal)¹.

Seu atendimento se constitui em 80% por convênios e 20% particulares. Sua capacidade atual é de 92 leitos, realizando cerca de 700 internações, 5500 atendimentos no pronto atendimento e aproximadamente 600 cirurgias mensais (informação verbal)¹.

O Programa de Qualidade do hospital foi implantado oficialmente em 1998, com a formação de um Comitê para implementação das diretrizes e formação da Comissão 5S. Em 1999, foi instituído o Escritório da Qualidade com a finalidade de organizar as ações junto aos diversos departamentos. O primeiro passo foi formar uma comissão para discutir os assuntos relacionados ao processo de acreditação pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), metodologia escolhida para

¹ Informação fornecida pela Gerente de enfermagem do Hospital A, em 2011.

implantação do modelo de Gestão da Qualidade. A partir da escolha do modelo, a Instituição buscou as ferramentas para implantação como: aquisição do manual da ONA, definição da missão, elaboração do organograma institucional, formação do grupo auditor interno e definição da Instituição para realização do diagnóstico institucional, neste caso, a Fundação Vanzolini. Atualmente, o hospital possui acreditação da ONA, através do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), recertificada pela quarta vez em 2010 (informação verbal)².

O Programa de Qualidade do hospital conta com um Comitê de Qualidade e com comissões de trabalho como: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Padronização de Medicamentos, Comissão de Prontuário, Comissão 5S, Comissão de Gerenciamento de leitos, Comissão de Reprocessamento de Materiais, Comitê de Gerenciamento de riscos, Grupo Auditor Interno, Grupo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e outros (informação verbal)².

Cabe ressaltar que as Comissões de Qualidade têm seus objetivos bem definidos e que a finalidade do Comitê de Qualidade é a coordenação geral da Qualidade, desenvolvendo as estratégias do programa e as metodologias de trabalho, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Diretoria do hospital, bem como analisar e aprovar as propostas de melhorias sugeridas pelas Comissões de Qualidade (informação verbal)².

O Programa de Gestão da Qualidade do Hospital A conta ainda com os times de melhorias, que trata da implantação de grupos que podem ser formados por iniciativa dos próprios funcionários ou por sugestão das chefias, coordenadoria, comissões ou do comitê, a fim de aperfeiçoar os processos e solucionar os problemas que surgem no dia a dia dos diversos setores (informação verbal)².

O Hospital B é uma Instituição filantrópica, fundada por portugueses em setembro de 1907, mas que foi inaugurada em seu endereço atual em janeiro de 1919. Sua missão é proporcionar aos clientes atendimento de qualidade, prestando assistência à saúde com eficiência e humanização (informação verbal)³.

² Informação fornecida pela enfermeira responsável pelo Programa de Qualidade do Hospital A, em 2011.

³ Informação fornecida pela enfermeira responsável pela CCIH do Hospital B.

Dentre as especialidades de atendimento destacamos cirurgia vascular, cardíaca e geral, ortopedia, oncologia, cuidados intensivos e pronto atendimento 24 horas.

O percentual de atendimentos se constitui, em média, de 80% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 20% por convênios. Sua capacidade atual é de 153 leitos, realizando 14000 atendimentos por mês entre exames, internações e cirurgias (informação verbal)³.

Apesar de ainda não possuir a Gestão da Qualidade Total implantada oficialmente em seus serviços, a Instituição B demonstra preocupação com a qualidade do cuidado de enfermagem prestado. Atualmente está concorrendo ao Prêmio Gestão com Qualidade – Dimensão Hospitalar, do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN – SP) (informação verbal)³. Este prêmio integra o Programa Gestão com Qualidade (PGQ), aprovado em Reunião Ordinária do Plenário do COREN – SP, em janeiro de 2009. O Programa tem como objetivo contribuir com o desenvolvimento da enfermagem por meio do estímulo e suporte técnico a uma gestão eficiente, eficaz e efetiva, garantindo resultados para a instituição, satisfação dos profissionais que fazem parte do quadro funcional e uma assistência de enfermagem científica com qualidade, prevenindo riscos (COREN-SP, 2011).

O Hospital B também conta com uma Comissão de Indicadores de Enfermagem, além da Comissão de Curativo, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão de Ética Hospitalar, Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos, dentre outras (informação verbal)³.

3.4 SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos da pesquisa foram os clientes hospitalizados nas Instituições A e B que se enquadraram nos critérios de inclusão e que concordaram, após os devidos esclarecimentos, em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e participar do estudo (APÊNDICE A).

Os critérios de inclusão para o participante foram:

1. faixa etária entre 18 e 75 anos de idade;
2. estar em condições físicas e psicológicas para responder o instrumento, o que implica em estar orientado no tempo, no espaço e em relação a si próprio. O paciente sabe, por exemplo, em que dia está, onde se encontra e tem ciência do propósito de permanecer internado, dentre outros aspectos. Além disso, o estado mental, o conteúdo do pensamento e o estado emocional do paciente estão preservados (SMELTZER; BARE, 1998);
3. estar internado em unidade de clínica médica ou cirúrgica. A escolha deste tipo de unidade deveu-se ao fato de encontrarmos mais facilmente pacientes que se enquadravam no critério anterior;
4. ter instrução a partir da 5ª série do 1º grau;
5. tempo de hospitalização a partir de 48 horas. Alguns estudos consideram que 48 horas, ou até mesmo a partir de 24 horas, constitui tempo suficiente para realizar a coleta de dados sobre a satisfação do paciente (GONZÁLEZ et al., 2008; IDVALL et al., 2002; LABARERE et al., 2001; LYNN; McMILLEN e SIDANI, 2007; MAISELS; KRING, 2005; PERNEGER et al., 2003; SALOMON et al., 1999; ZAKARIYA et al., 2007).

A amostra foi definida a partir do instrumento de coleta de dados e dos critérios estabelecidos por Nunnally (1978), que recomenda entre cinco e dez sujeitos para cada questão do instrumento. Como o Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP) possui 25 questões, a amostra poderia ser de 125 a 250 participantes. Neste estudo o total de sujeitos foi de 125 pacientes no Hospital A e 125 pacientes no Hospital B.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre março e junho de 2011, nos períodos da manhã e da tarde, pela autora deste estudo contando com a colaboração da enfermeira Mirella Castelhana Souza, bolsista de apoio técnico do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Utilização de Recursos Humanos em Enfermagem (GEPURHEn), da EERP-USP. A bolsista recebeu informações da autora do estudo sobre os objetivos e importância da pesquisa, bem como instruções sobre como proceder à coleta de dados.

A seleção dos participantes com base nos critérios de inclusão foi realizada contando com a colaboração da enfermeira responsável pela unidade de internação ou do técnico de enfermagem responsável pelos cuidados do paciente no momento. Para essa seleção também foram utilizados dados descritos no prontuário.

Após a seleção dos sujeitos, estes eram convidados a participar da pesquisa e a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, mediante os devidos esclarecimentos sobre o propósito e os objetivos do estudo.

A coleta foi feita através de entrevista com o paciente, conduzida pela autora deste estudo e pela enfermeira bolsista do GEPURHEn.

Antes de iniciarmos a entrevista propriamente dita, esclarecemos para o participante, em linguagem simples, que os profissionais de enfermagem são aqueles responsáveis por atender as necessidades de cuidados de enfermagem dos pacientes. Algumas dessas necessidades envolvem o sono e o repouso, as eliminações, a circulação, a higiene e o conforto, dentre outros (SMELTZER; BARE, 1998). Além disso, enfatizamos para os participantes que algumas ações da equipe de enfermagem são: trazer os remédios para o paciente, aplicar injeções e soros, fazer curativos, auxiliar na higiene do paciente quando necessário, auxiliar o médico em procedimentos, dentre outras. Julgamos estes esclarecimentos necessários a fim de minimizar o risco de o paciente confundir o profissional de enfermagem com os outros profissionais que o assistem durante o período de internação.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento usado nesta pesquisa é específico para a avaliação da satisfação do paciente hospitalizado com o cuidado de enfermagem que ele recebe. Trata-se do Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP), de Oliveira (2004), (ANEXO D), que é a adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument (PSI), de Hinshaw e Atwood (1982).

Por sua vez, o PSI originou-se do Patient Satisfaction Scale (PSS), um instrumento desenvolvido por Risser (1975) com o objetivo de avaliar a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem em ambulatório (OLIVEIRA, 2004).

O ISP é composto por 25 itens agrupados em três domínios: **área técnica-profissional**, composta por sete itens (12, 13, 15, 16, 18, 20, 25) que avaliam a competência do enfermeiro para o desenvolvimento de atividades técnicas e o conhecimento baseado nas necessidades para se completar as tarefas do cuidado de enfermagem; **confiança**, constituída por onze itens (1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 14, 19, 22, 23) que avaliam as características do enfermeiro que permitem uma interação construtiva e confortável para o paciente, bem como aspectos da comunicação; e **área educacional**, que contém sete itens (2, 7, 8, 11, 17, 21, 24) referentes à habilidade do enfermeiro em fornecer informações e orientações, incluindo suas respostas aos questionamentos feitos pelo paciente, explicações sobre o cuidado e demonstrações de técnicas (OLIVEIRA, 2004).

As respostas dos 25 itens do ISP são obtidas através de uma escala tipo *Likert*.

O PSI é um instrumento de fácil aplicação, que possui propriedades psicométricas bastante satisfatórias e coeficientes de confiabilidade para as três sub-escalas entre 0,78 e 0,87. Os resultados da tradução para a nossa cultura e validação deste instrumento, indicam que o ISP pode ser utilizado para medir a satisfação do paciente, com coeficientes *alfa de Cronbach* para as sub-escalas entre 0,62 e 0,79 (OLIVEIRA, 2004).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, realizamos a digitação dos dados em planilhas eletrônicas com a finalidade de melhor proceder ao tratamento estatístico.

O conjunto de planilhas eletrônicas foi elaborado com recursos de validação de entrada de dados e conversão automática de escores de acordo com as instruções para pontuação das escalas e sub-escalas referidas por Oliveira (2004). Para a elaboração das planilhas para execução destas funções, contamos com a colaboração do pós-doutorando da EERP – USP Kerson Rocha Junior.

Após digitação, os dados foram importados para um software de tratamento estatístico de dados (SPSS), onde foram gerados os gráficos e as tabelas.

Para obtermos a pontuação da escala, foram respeitadas as instruções de Oliveira (2004). Atribuímos a cada item uma pontuação levando-se em conta os itens positivos (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 24, e 25) e os negativos (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 18, 19, 20 e 22). Os itens positivos tiveram a pontuação invertida, ao contrário dos itens negativos, que mantêm a pontuação no sentido original da escala. Assim, para os itens negativos a alternativa “concordo totalmente” vale 1 ponto e a alternativa “discordo totalmente” valem 5 pontos. Já para os itens positivos, a alternativa “concordo totalmente” valem 5 pontos e “discordo totalmente” vale 1 ponto.

As pontuações das três subescalas são obtidas através da soma do resultado de cada item da subescala (educacional – 7 itens, técnica-profissional – 7 itens e confiança – 11 itens) e cálculo da média das pontuações de cada subescala (divisão da soma das pontuações obtidas em cada item da subescala pelo número de itens da subescala) (OLIVEIRA, 2004).

Na sequência, obtivemos a média simples da escala (soma das pontuações de todos os itens dividida pelo número de itens, que é 25) (OLIVEIRA, 2004).

Obtivemos também as médias de respostas das pontuações da escala, calculando-se quantas vezes cada pontuação foi escolhida em cada entrevista e, em seguida, determinando-se a média destes valores sobre todas as entrevistas.

Em seguida, buscamos a relação das médias de respostas das pontuações com as características sócio-demográficas dos pacientes, bem como com dados da internação.

Os resultados obtidos com os procedimentos do parágrafo anterior foram confrontados com o cálculo da correlação de Pearson entre as características sócio-demográficas e os dados da internação e a pontuação média do nível de satisfação. A pontuação média para o cálculo da correlação de Pearson foi obtida somando-se a pontuação atribuída a cada item da escala e, em seguida, dividindo-se este resultado pelo número de itens (25).

No caso da pontuação média dos domínios, dividimos a soma das pontuações atribuídas a cada item pelo número de itens de cada domínio.

4 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Ao analisarmos as características dos sujeitos que participaram desta pesquisa, constatamos um predomínio de pacientes do sexo masculino em ambos os hospitais estudados. Em relação à idade, a maioria dos participantes das duas Instituições possui entre 51 e 75 anos. (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das características sócio-demográficas dos pacientes dos Hospitais A e B. Ribeirão Preto, 2011

Características	Hospital A		Hospital B	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	52	41,6	56	44,8
Masculino	73	58,4	69	55,2
Idade				
18-30	14	11,2	19	15,2
31-40	14	11,2	11	8,8
41-50	18	14,4	28	22,4
51-60	29	23,2	35	28
61-75	50	40	30	24
Escolaridade				
Fundamental incompleto	5	4	59	47,2
Fundamental completo	20	16	38	30,4
Ensino médio completo	45	36	18	14,4
Superior completo	55	44	10	8
Tempo de internação				
48 horas	47	37,6	35	28
>48 horas – 5 dias	49	39,2	61	48,8
>5 dias – 10 dias	22	17,6	22	17,6
>10 dias	7	5,6	7	5,6
Hospitalização prévia				
não	58	46,4	58	46,4
Sim	67	53,6	67	53,6
2 hospitalizações	32	25,6	29	23,2
3 hospitalizações	12	9,6	17	13,6
>3 hospitalizações	23	18,4	21	16,8

Encontramos diferenças importantes referentes ao grau de escolaridade entre os dois Hospitais. Os dados demonstram uma proporção inversa para esta característica. Enquanto 44% dos pacientes do Hospital A possuem superior completo, 47,2% dos participantes do Hospital B possuem o fundamental incompleto. (Gráficos 1 e 2).

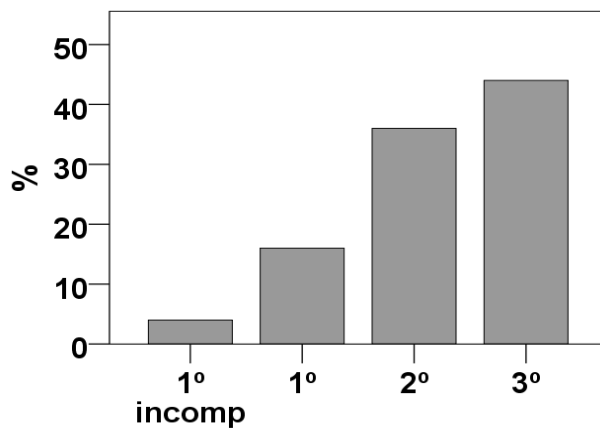


Gráfico 1- Percentual de pacientes por escolaridade no Hospital A. Ribeirão Preto, 2011

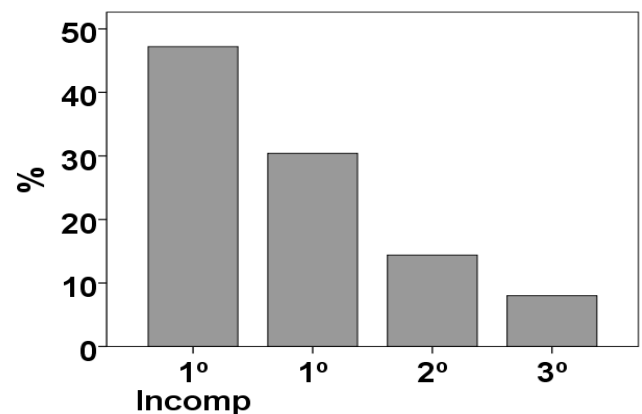


Gráfico 2- Percentual de pacientes por escolaridade no Hospital B. Ribeirão Preto, 2011

Quanto ao tempo de internação, verificamos que a maioria dos pacientes permaneceu internada entre mais de 48 horas e cinco dias em ambas as Instituições, sendo que a Instituição A apresenta maior número de pacientes com 48 horas de internação.

O número de hospitalizações prévias não demonstra diferenças significativas entre os dois Hospitais, sendo que 53,6% dos sujeitos de ambas as Instituições possui internação prévia. (Tabela 1).

4.2 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES

Inicialmente destacamos que, neste estudo, o coeficiente alfa de *Cronbach* do ISP é de $\alpha=0,91$ no Hospital A e de $\alpha=0,88$ no Hospital B.

O coeficiente alfa de *Cronbach* visa verificar a consistência interna do teste através da análise da consistência interna dos seus itens, ou seja, verificando a congruência que cada item do teste tem com o restante dos itens do mesmo teste. Quanto mais correlacionados são os itens, maior é o valor do alfa. O coeficiente vai de 0 a 1, sendo que o 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e o 1 indica presença de consistência de 100% (PASQUALI, 2009).

Na pesquisa de Oliveira (2004), o Instrumento também obteve alta consistência interna na análise de confiabilidade, com $\alpha=0,88$. Na análise de confiabilidade dos domínios Educacional, Confiança e Técnico-profissional também obtivemos coeficientes satisfatórios neste estudo ($\alpha=0,77$; $\alpha=0,84$; $\alpha=0,74$ para o Hospital A; $\alpha=0,77$; $\alpha=0,70$; $\alpha=0,71$ para o Hospital B). Os coeficientes destes três domínios do Instrumento nos achados de Oliveira (2004) foram $\alpha=0,66$; $\alpha=0,79$ e $\alpha=0,62$.

O Quadro 1 ilustra a média e o desvio padrão obtidos nesta pesquisa, para cada item do ISP em ambas as Instituições estudadas. De acordo com estas informações, a maioria dos pacientes dos dois Hospitais expressaram um nível de satisfação acima do ponto médio (pontuação 3) da escala tipo *Likert* do instrumento de coleta de dados.

Os itens que receberam maior pontuação no Hospital A foram 3, 4, 7 e 22, sendo o item 7 pertencente ao domínio educacional e os demais itens ao domínio confiança. A Instituição B também obteve maiores pontuações nos domínios educacional e confiança, pois elas referem-se aos itens 3, 17 e 22 do instrumento.

Os achados de Oliveira e Guirardello (2006) apontaram maiores pontuações em itens pertencentes aos domínios confiança e profissional.

Dentro do domínio confiança, os itens 3 (o enfermeiro(a) é uma pessoa agradável de se ter por perto), 4 (a gente se sente à vontade para fazer perguntas ao enfermeiro(a)) e 22 (eu estou cansado(a) do(a) enfermeiro(a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior) referem-se à avaliação, por parte do paciente, das características do enfermeiro que permitem uma interação construtiva e confortável.

No domínio educacional, os itens 7 (o enfermeiro(a) explica as coisas em uma linguagem simples) e 17 (é sempre fácil entender o que o(a) enfermeiro(a) está dizendo) referem-se à habilidade do enfermeiro em fornecer informações e

orientações, incluindo suas respostas aos questionamentos feitos pelo paciente, explicações sobre o cuidado e demonstrações de técnicas.

Itens do ISP	Média Hospital A	Desvio Padrão	Média Hospital B	Desvio padrão
1	3,81	1,590	4,30	1,398
2	3,84	1,542	4,15	1,432
3	4,72*	0,736	4,82*	0,610
4	4,65*	0,927	4,70	0,935
5	3,74	1,556	4,10	1,502
6	3,96	1,352	4,46	1,096
7	4,65*	0,918	4,73	0,883
8	3,86	1,479	4,17	1,407
9	2,97°	1,555	3,42	1,747
10	2,92°	1,654	2,90°	1,717
11	3,42	1,487	2,96°	1,851
12	4,09	1,276	4,57	1,034
13	4,27	1,207	4,46	1,181
14	4,22	1,163	4,70	0,795
15	4,02	1,160	3,90	1,496
16	4,42	1,049	4,65	0,918
17	4,31	1,050	4,76*	0,734
18	3,42	1,637	4,01	1,445
19	4,25	1,216	3,34°	1,836
20	4,38	1,169	4,39	1,307
21	4,25	1,029	4,70	0,813
22	4,62*	0,964	4,80*	0,783
23	4,19	1,169	4,64	0,827
24	3,41	1,482	3,67	1,650
25	3,35°	0,732	3,47	0,885

Quadro 1- Distribuição da média e desvio padrão da satisfação dos pacientes dos Hospitais A e B. Ribeirão Preto, 2011

Nota: símbolos utilizados:

*maiores médias

°menores médias

Alguns estudiosos ressaltam que a comunicação e a interação entre o enfermeiro e o paciente possuem um significado essencial nos processos de

enfermagem, constituindo-se em um comportamento fundamental durante o cuidado prestado (BARCELOS; ALVIM, 2003; GALVÃO et al., 2000; MENDES et al., 2000).

De fato, observamos não raramente, na prática de enfermagem hospitalar, o desenvolvimento de um relacionamento interpessoal entre os profissionais de enfermagem e o paciente desde a sua admissão até o momento da alta. As pessoas da equipe de enfermagem são, em geral, os profissionais que mantém maior tempo de contato com o paciente hospitalizado. Em adição, as atividades destes profissionais, principalmente do enfermeiro, frequentemente revertem-se de ações educacionais como forma de auxílio na recuperação e manutenção da saúde do paciente.

Observamos também uma expectativa, por parte do paciente, de que estes profissionais forneçam informações tanto sobre o cuidado recebido, como sobre normas e rotinas da instituição. Estes aspectos podem colaborar para um aumento nos níveis da satisfação do paciente em relação à confiança e papel educacional da equipe de enfermagem.

Salomon et al. (1999) desenvolveram e validaram um instrumento de mensuração da opinião do paciente sobre a qualidade do cuidado recebido em um hospital escola de Paris. Durante o processo surgiram duas sub-escalas: informação médica e relacionamento com as pessoas que oferecem os cuidados, bem como com a rotina diária do hospital. Para os autores, os itens que compuseram as sub-escalas enfatizam a importância, para o paciente, de receber informações atuais, fidedignas, de forma clara e completa. Cabe ressaltar ainda que uma das maiores pontuações da sub-escala relacionamento com as pessoas e rotina diária, foi atribuída às qualidades humanas dos enfermeiros.

Para alguns pesquisadores, apesar de o enfermeiro ter a oportunidade de se aproximar do paciente, esta interação ainda é limitada ao cumprimento de um papel instrumental, no contexto hospitalar brasileiro (MENDES et al., 2000; PONTES; LEITÃO e RAMOS, 2008). No entanto, estudos recentes apontam para uma tendência de modelos assistenciais, nos quais o relacionamento se configura de forma mais ativa e crítica na busca de mais qualidade das práticas de cuidados de enfermagem (VEIGA; FERNANDES e SADIGURSKY, 2010).

Desejamos ressaltar que os itens que obtiveram maior média (pertencentes ao domínio confiança e ao domínio educacional) nas duas instituições que participaram desta pesquisa, apresentam desvio padrão menor em relação ao desvio dos outros itens. Este fato aponta para uma baixa divergência de respostas nestes itens.

Os itens que receberam menor pontuação no Hospital A foram 9, 10 e 25, sendo que o item 25 pertence ao domínio técnico-profissional e os outros dois itens pertencem ao domínio confiança. No Hospital B, os itens com menor pontuação foram 10, 11 e 19, sendo o item 11 pertencente ao domínio educacional e os demais ao domínio confiança. (Quadro 1).

Interessante observar que duas das menores médias tanto para a Instituição A, como para a Instituição B pertencem ao domínio confiança, que também abriga os itens que obtiveram maiores médias. Ao pontuarem o item 9 (quando eu preciso conversar com alguém, eu posso contar meus problemas ao enfermeiro(a)), muitos entrevistados relataram que o nível de interação com estes profissionais não permitia esta aproximação. Estes relatos talvez reforcem os pensamentos de Mendes et al. (2000); Pontes, Leitão e Ramos (2008) sobre o fato da interação enfermeiro-paciente ainda se limitar ao cumprimento de papéis instrumentais no contexto brasileiro.

Ao pontuarem o item 10 (o(a) enfermeiro(a) está muito ocupado(a) no posto para perder tempo conversando comigo), vários respondentes de ambos os Hospitais acrescentaram que, de fato, pensavam que as pessoas da enfermagem não tinham tempo para conversar porque pareciam ter muito trabalho à fazer. Alguns pacientes ressaltaram que parecia haver muito serviço para o número de profissionais existentes.

Ainda no domínio confiança, outro item com menor média para o Hospital B foi o 19 (o(a) enfermeiro(a) não tem paciência suficiente), bem como o item 11 (eu gostaria que o(a) enfermeiro(a) me desse mais informações sobre os resultados do meu exame) pertencente ao domínio educacional.

Cabe ressaltar que ao pontuarem o item 11, muitos participantes relataram que preferem receber informações sobre os resultados dos seus exames através do médico porque acreditam que esta função é exclusiva deste profissional. Alguns

acrescentaram que acreditavam que o enfermeiro não seria capaz de explicar os resultados dos exames suficientemente.

Consideramos importante destacar que, apesar do item 25 possuir uma das menores médias para o Hospital A, as médias dos dois Hospitais para este item (o(a) enfermeiro(a) é habilidoso(a) ao auxiliar o médico nos procedimentos), concentram-se em torno do ponto médio (pontuação 3) da Escala de Likert e o desvio padrão apresenta-se baixo para as duas instituições estudadas. Isto decorre do fato de a maioria dos entrevistados optarem pela pontuação 3 da escala (Não tenho opinião) ao responderem este item, pois afirmavam não ter presenciado a situação descrita.

Devemos observar que os coeficientes alfa de *Cronbach* do domínio confiança do Hospital A ($\alpha=0,84$), bem como do domínio confiança no estudo de Oliveira (2004), ($\alpha=0,79$), foram os mais altos dentre os coeficientes dos três domínios de ambas as pesquisas. Este fato reforça a confiabilidade dos dados referentes a este domínio, que foi bem pontuado tanto nas Instituições que participaram deste estudo, como nos achados de Oliveira e Guirardello (2006).

Os dados da Tabela 2 demonstram que os pacientes das duas Instituições relataram satisfação com os cuidados de enfermagem recebidos. No entanto, as médias de satisfação de todos os itens e dos três domínios do instrumento foram mais altas para o Hospital que não implantou a GQT.

O domínio que pontuou maior média no Hospital A foi o Confiança, seguido do técnico-profissional. Para o Hospital B, estes também foram os domínios mais bem pontuados.

Tabela 2 - Distribuição das médias de satisfação total e por domínio do ISP nos Hospitais A e B. Ribeirão Preto, 2011

Domínios do ISP	Média Hospital A	Média Hospital B
Média de todos os itens	3,98	4,19
Educacional	3,96	4,16
Confiança	4,00	4,19
Técnico-profissional	3,99	4,20

Ao contrário destes resultados, Oliveira e Guirardello (2006) encontraram médias de satisfação mais altas em uma instituição privada em comparação com uma instituição pública. As autoras acreditam que as diferenças estruturais e administrativas entre as instituições e a adoção diferenciada de modelos de organização no cuidado, podem ter influenciado o nível de satisfação dos entrevistados.

Alhusban e Abualrub (2009) pesquisaram sobre a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem na Jordânia sob o enfoque de três objetivos: avaliar o nível de experiência do paciente com os cuidados de enfermagem, identificando aspectos importantes para a melhoria desta experiência; avaliar o nível de satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem, identificando aspectos importantes para aumentar essa satisfação; e comparar o nível de satisfação do paciente e suas experiências de acordo com as variáveis demográficas dos pacientes e características do ambiente hospitalar. Estas autoras também desenvolveram sua pesquisa em dois hospitais, sendo um semi-privado e um público e encontraram índices de satisfação mais elevados no primeiro tipo de instituição.

Ao encontro do pensamento de Oliveira e Guirardello (2006), estudos apontam melhorias nos índices relativos aos cuidados de enfermagem, incluindo a satisfação do cliente hospitalizado, após implantação e constante implementação da Gestão da Qualidade Total (GQT) em Instituições de saúde (ANTUNES, 1997; BALSANELLI; JERICO, 2005; LIMA; ERDMANN, 2006; MATSUDA; ÉVORA e BOAN, 2000).

A implantação de Programas de Qualidade pressupõem melhorias estruturais e administrativas tanto para quem recebe os cuidados de saúde, como para quem os fornece (BACKES et al., 2007; LACERDA; ROCHA e SANTOS, 2000; LIMA et al., 2009; KURCGANT et al., 2009; MASTROANTONIO; GRAZIANO, 2002; MATSUDA; ÉVORA, 2006; MOURA et al., 2009; PAIVA et al., 2010; SVALDI; FILHO, 2000).

Como já destacamos em seção anterior, este foi o principal motivo que nos levou ao desejo de avaliar a satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem em uma instituição que implantou a GQT, bem como em uma Instituição que não a implantou. Nossa intenção não é testar se a GQT funciona ou não para serviços de enfermagem, porém, frente às pesquisas desenvolvidas sobre o tema não

poderíamos deixar de considerar a implantação dessa estratégia como fator de influência na satisfação do paciente.

As divergências entre as médias de satisfação do paciente nos Hospitais desta investigação e nos Hospitais que participaram do estudo de Oliveira e Guirardello (2006), bem como nos hospitais do estudo de Alhusban e Abualrub (2009), apontam para a existência de influência de fatores diversos, além da estrutura e de modelos gerenciais, sobre a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem.

Optamos por também calcular as médias de resposta das pontuações como forma de mostrar a distribuição das respostas de acordo com as pontuações da escala. Estas médias foram obtidas calculando-se quantas vezes cada pontuação foi escolhida em cada entrevista e, em seguida, determinando-se a média destes valores sobre todas as entrevistas. Desta forma, na Tabela 3 observamos que a pontuação 5 apresenta maior média de respostas em ambos os hospitais, mais principalmente no Hospital B, traduzindo um alto nível de satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem. Este resultado está coerente com os dados da Tabela 2, onde observamos que a média total dos itens do ISP é mais alta no Hospital B.

Tabela 3 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B. Ribeirão Preto, 2011

Pontuação	Média Hospital A	Desvio Padrão	Média Hospital B	Desvio Padrão
1	2,56	3,593	2,68	3,219
2	1,99	2,635	1,64	2,146
3	2,06	1,736	1,20	1,185
4	4,94	4,445	2,19	2,645
5	13,45	6,642	17,29	5,634

Por outro lado, devemos considerar que a maioria das pesquisas de avaliação da satisfação do paciente concorda que esta percepção é embutida de aspectos subjetivos e complexos, podendo haver interferência destes aspectos na avaliação. Relembramos a fala de pacientes descrita por Gomes et al. (2008) demonstrando

satisfação com os cuidados recebidos, quando enfatiza o comprometimento e diálogo de uma enfermeira que rezava o terço com o cliente hospitalizado.

Desejamos ressaltar que, durante a coleta de dados, vivenciamos um momento em que uma paciente entrevistada atribuiu pontuação máxima ao item 18 do ISP (o(a) enfermeiro(a) é muito lento para fazer as coisas para mim). Em seguida à esta situação, a acompanhante da paciente que encontrava-se hospitalizada no leito ao lado a questionou sobre a pontuação atribuída, lembrando que no dia anterior a paciente havia precisado do auxílio da enfermagem para ir ao banheiro e, ao chamar várias vezes pela campainha, não foi atendida, resultando em consequências constrangedoras para a própria paciente. Ao ser lembrada do fato, a respondente desejou voltar atrás na pontuação atribuída, porém justificou que o fato não se repetiu e que entendia que a equipe de enfermagem era muito ocupada.

Para Vaitsman e Andrade (2005), o significado da satisfação do paciente depende do papel que este se atribui em relação ao sistema de saúde. As pesquisas de satisfação devem levar em conta que nem todos os usuários desempenham um papel crítico e a possibilidade da aceitação passiva do serviço deve ser considerada.

Talvez, um dos caminhos para minimizar as dificuldades ao avaliarmos a satisfação do paciente seja incentivá-lo a participar frequentemente das decisões relativas ao seu estado de saúde, ajudando-o a perceber os cuidados que recebe como um direito, bem como a exigir que este cuidado realmente tenha qualidade. Entretanto, reconhecemos, com base em nossa experiência hospitalar, que a adoção desta prática envolve barreiras relativas a própria predisposição do paciente em exercer um papel ativo e crítico frente aos cuidados que recebe.

Em um estudo comparativo desenvolvido durante o período de três meses em um Hospital Regional da Suécia, foi mensurado o grau de concordância entre os pacientes e a percepção das preferências deles pelo enfermeiro, com relação à participação do cliente no processo de tomada de decisão clínica no cuidado de enfermagem. Florin, Ehrenberg e Ehnfors (2006), afirmam que os enfermeiros não estão cientes das perspectivas e preferências dos pacientes no que diz respeito à sua participação na tomada de decisão clínica, tendendo a superestimar suas preferências em assumir um papel ativo. Ao mesmo tempo, os pacientes tendem a assumir um papel mais passivo no processo de decisão. As autoras afirmam

também que conclusões posteriores indicam que os enfermeiros não conseguem envolver com sucesso os pacientes no processo de decisão clínica.

4.3 RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM AS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

4.3.1 Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o gênero

Ao analisarmos a influência da variável gênero sobre o nível de satisfação dos entrevistados, não constatamos diferenças significativas nas médias das pontuações da escala. (Tabela 4); (Gráficos 3 e 4).

Tabela 4 – Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP nos Hospitais A e B segundo o gênero dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011

Gênero	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5
Hospital A					
F	2,06	2,13	1,85	5,79	13,17
M	2,92	1,89	2,22	4,33	13,64
Hospital B					
F	2,80	1,71	1,38	2,89	16,21
M	2,58	1,58	1,06	1,62	18,16

Gráfico 3 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o gênero dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011

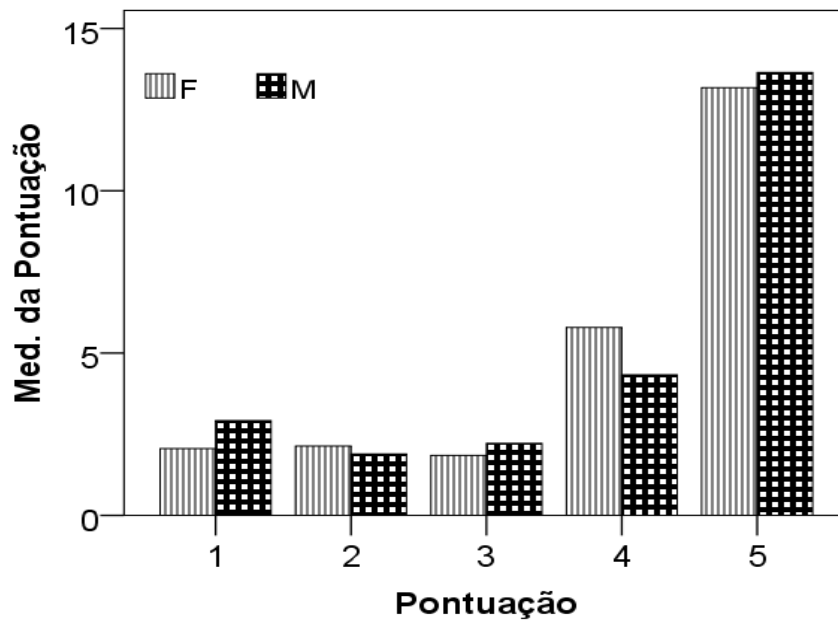
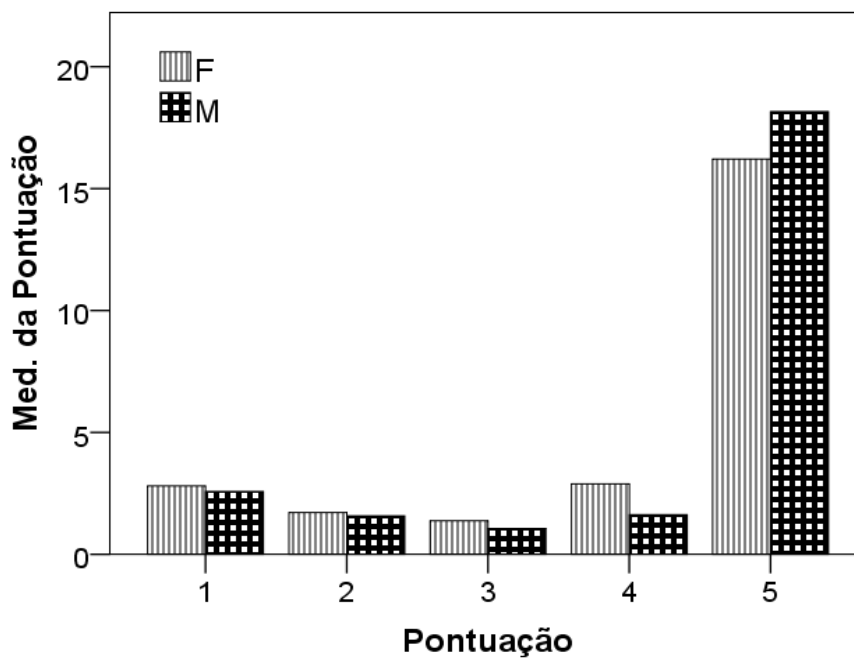


Gráfico 4 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o gênero dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011



Oliveira e Guirardello (2006) relataram também não ter encontrado influência significativa da variável gênero sobre a satisfação do paciente.

Weiss (1988) realizou uma avaliação da influência de fatores sócio-demográficos sobre a satisfação do paciente com cuidados médicos primários e não encontrou influência significativa do fator gênero sobre a satisfação dos participantes.

Young, Meterko e Desai (2000) analisaram os efeitos de características demográficas e institucionais sobre a satisfação do paciente com o cuidado hospitalar e também não encontraram influência do gênero sobre o nível de satisfação.

Por outro lado, pesquisa com método diverso do usado neste estudo encontrou algumas diferenças importantes. Ao explorar o significado de insatisfação do paciente com cuidados de saúde, Coyle (1999) encontrou que uma proporção maior de mulheres, em relação a de homens, relatou ser tratada como objeto em uma linha de produção médica altamente mecanizada e rotineira. Neste mesmo estudo, mulheres jovens são apontadas como particularmente mais interessadas em participar das decisões relativas aos cuidados que recebem.

O estudo de Coyle (1999) foi desenvolvido em serviços de saúde na cidade de Londres. Pensamos que, talvez, a influência da característica sócio-demográfica gênero sobre a satisfação do paciente possa sofrer variações de acordo com a cultura e o estilo de vida das pessoas.

Ao pesquisar a influência desta característica sócio-demográfica na satisfação de pacientes na Jordânia, Alhusban e Abualrub (2009) encontraram índices de satisfação mais elevados entre as mulheres.

Ao contrário de Coyle (1999) e Alhusban e Abualrub (2009), Thi et al. (2002) encontraram níveis de satisfação mais altos entre pacientes do sexo masculino.

4.3.2 Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o grau de escolaridade

Neste estudo, encontramos uma tendência de médias mais altas na pontuação 5 entre indivíduos com fundamental incompleto em relação a indivíduos com superior completo. Observamos que no Hospital B esta tendência é mais pronunciada. Particularmente, a média da pontuação 5 decresce com o aumento do nível de escolaridade nesta Instituição. (Tabela 5); (Gráficos 5 e 6).

Concentramos nossa análise do nível de satisfação sobre a média da pontuação 5 de ambas as instituições porque esta pontuação apresenta desvio padrão significativamente menor em relação à média, se comparada às outras pontuações. Este fato reforça a representatividade das médias da pontuação cinco e se mantém em relação a todas as características sócio-demográficas e de internação.

O cálculo da correlação de Pearson entre a média de pontuação da satisfação do paciente e o grau de escolaridade para o Hospital A, não apresenta resultado significativo. O mesmo cálculo apresenta correlação significativa para o Hospital B ($r = - 0,197, p < 0,05$). Este resultado confirma a tendência observada na Tabela 5 e no Gráfico 6.

A correlação de Pearson entre a média de pontuação da satisfação e a escolaridade por domínios do ISP não apresenta significância no Hospital A. No Hospital B a correlação é significativa apenas no domínio educação ($r = - 0,192, p < 0,05$).

Tabela 5 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B segundo a escolaridade dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011

Escolaridade	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5
Hospital A					
1º inc.					
Média	2,60	1,20	2,00	1,20	18,00
DP	2,510	1,304	1,414	1,789	4,743
1º					
Média	1,95	2,50	1,80	6,20	12,55
DP	3,187	2,893	1,281	4,731	6,878
2º					
Média	3,00	2,42	2,40	4,96	12,22
DP	3,656	2,824	2,209	4,685	6,845
3º					
Média	2,42	1,53	1,89	4,80	14,36
DP	3,794	2,418	1,436	4,178	6,364
Hospital B					
1º inc.					
Média	2,64	1,05	1,20	1,34	18,76
DP	3,614	1,644	1,284	1,625	5,137
1º					
Média	2,21	1,79	1,08	2,79	17,13
DP	1,663	1,989	1,124	2,315	4,509
2º					
Média	4,61	2,56	1,22	1,83	14,78
DP	4,258	2,202	0,943	2,121	6,638
3º					
Média	1,20	2,90	1,60	5,60	13,70
DP	1,476	3,843	1,265	5,420	7,689

Nota: termos utilizados:

1º inc. Ensino fundamental incompleto

1º Ensino fundamental completo

2º Ensino médio

3º Ensino superior

DP Desvio padrão

Gráfico 5 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o grau de escolaridade dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011

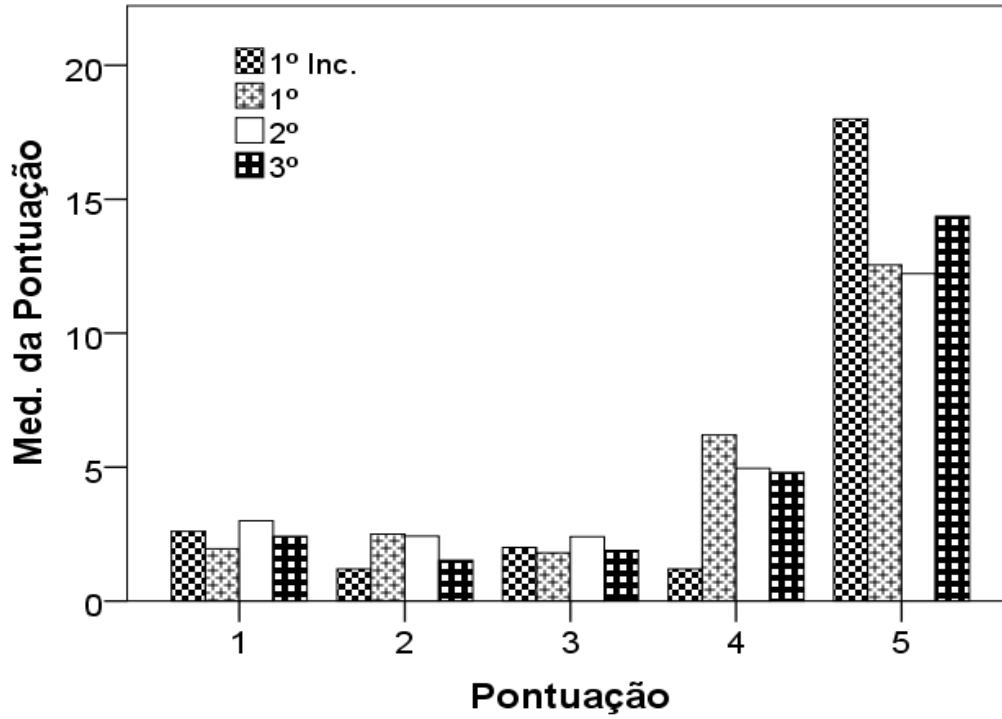
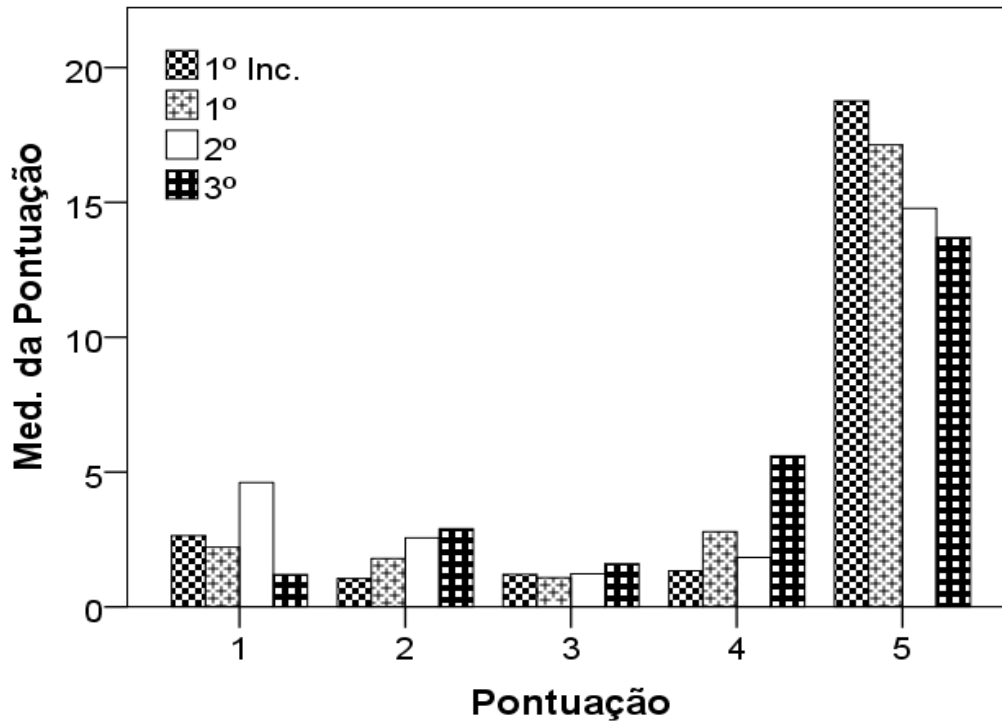


Gráfico 6 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o grau de escolaridade dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011



Oliveira e Guirardello (2006) não encontraram influência significativa do grau de escolaridade sobre a satisfação do paciente.

Ao avaliar o nível de satisfação do idoso com serviços oferecidos por Centros de Saúde de uma cidade satélite de Brasília, Souza (1997) encontrou associação positiva significativa entre renda e satisfação com os serviços, porém seus resultados não evidenciaram qualquer associação da satisfação do paciente com a idade, o sexo e a escolaridade.

Alhusban e Abualrub (2009) também não encontraram associação significativa entre escolaridade e nível de satisfação do paciente hospitalizado.

No entanto, os resultados encontrados por Weiss (1988) estão de acordo com os resultados desta pesquisa. O autor retrata que quanto mais alto o grau de escolaridade, menor o nível de satisfação do paciente.

Armigliato et al. (2010) verificaram a aplicabilidade de um questionário para avaliação de serviços públicos de saúde auditiva na perspectiva do usuário. Estas estudiosas identificaram escores elevados na pontuação total e por domínios do questionário, indicando que os respondentes avaliaram de forma positiva o atendimento prestado na instituição. Porém, para as autoras, os resultados obtidos podem ser reflexos da dificuldade de argumentação dos usuários do SUS (que geralmente são pacientes com menor nível educacional), como também da relutância em expressar críticas e opiniões negativas (viés da gratidão) por causa do receio de perder o direito ao atendimento prestado.

4.3.3 Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e a faixa etária

Ao analisarmos a associação da faixa etária com o nível de satisfação dos pacientes de ambas as Instituições deste estudo, não constatamos influência importante desta variável. (Tabela 6); (Gráficos 7 e 8).

Tabela 6 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B segundo a faixa etária dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011.

Faixa etária	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5
Hospital A					
18-30					
Média	2,14	1,86	1,79	4,64	14,57
DP	4,240	2,381	1,477	4,125	7,187
31-40					
Média	1,71	2,07	2,57	5,64	13,00
DP	2,431	2,841	2,875	4,517	7,296
41-50					
Média	2,50	2,78	1,83	6,78	11,11
DP	2,479	3,474	1,295	5,847	6,201
51-60					
Média	3,03	2,28	1,93	4,83	12,93
DP	3,630	3,326	1,791	4,751	7,421
61-75					
Média	2,66	1,56	2,16	4,22	14,40
DP	4,034	1,716	1,517	3,655	5,959
Hospital B					
18-30					
Média	3,00	1,74	1,89	2,32	16,05
DP	3,859	1,996	2,105	3,092	6,720
31-40					
Média	2,82	1,64	1,00	1,82	17,73
DP	2,228	2,335	0,447	1,401	4,197
41-50					
Média	2,89	1,71	1,14	1,79	17,46
DP	3,315	2,175	0,970	2,200	6,034
51-60					
Média	2,37	1,83	1,00	3,17	16,63
DP	2,680	2,256	1,057	3,330	5,230
61-75					
Média	2,67	1,37	1,13	1,50	18,33
DP	3,790	2,173	,776	1,978	5,689

Nota: termo utilizado:
DP Desvio padrão

Gráfico 7 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo a faixa etária dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011

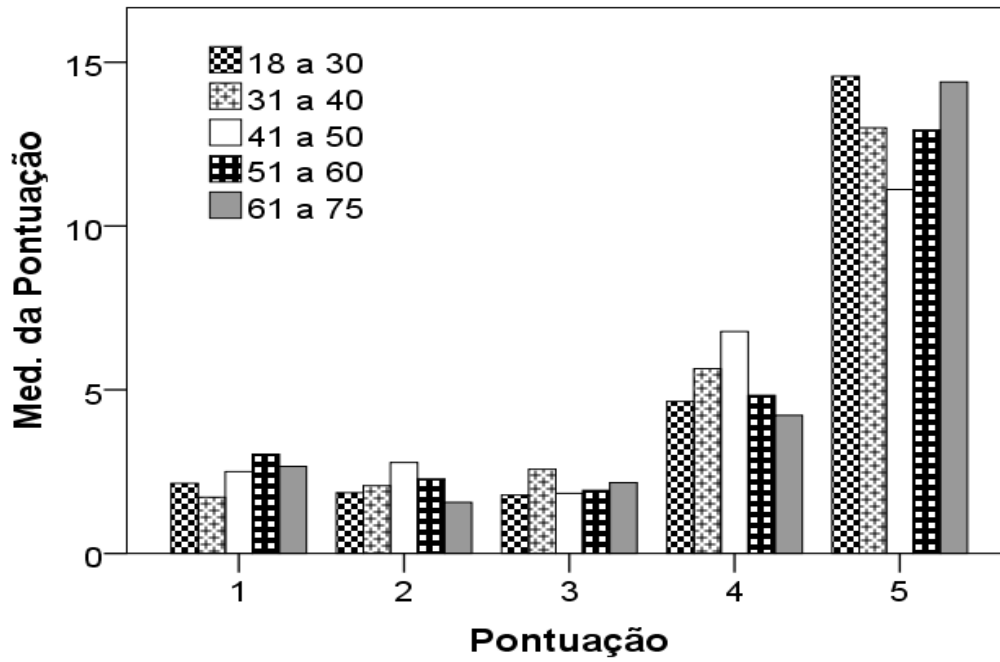
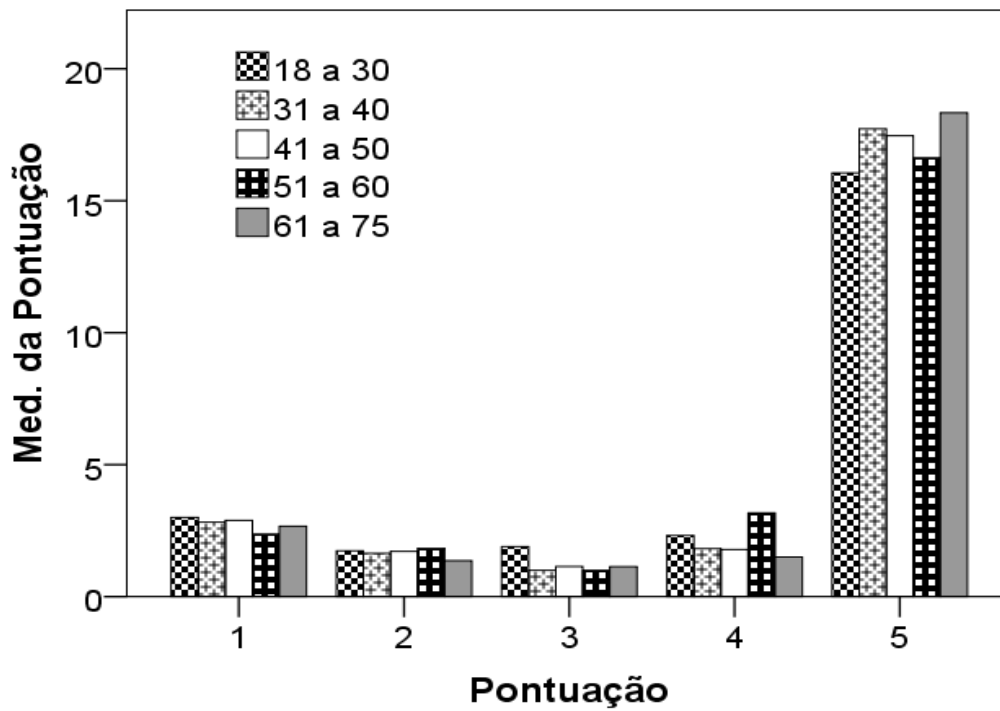


Gráfico 8 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo a faixa etária dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011



O cálculo da correlação de Pearson entre a média de pontuação da satisfação do paciente e a idade para ambos os Hospitais não apresenta resultado significativo. Da mesma forma, a correlação entre estas duas variáveis não apresenta correlação significativa por domínio do ISP nas duas instituições.

Da mesma forma, os resultados de Alhusban e Abualrub (2009) não evidenciaram influência da idade sobre a satisfação do paciente.

Oliveira e Guirardello (2006) constataram uma tendência dos pacientes com idade menor que 60 anos em relatar maior nível de satisfação em relação àqueles com idade igual ou superior a 60 anos.

Jaipaul e Rosenthal (2003) apontam que a satisfação do paciente declina com o avanço da idade. Ao determinar a relação entre idade, estado de saúde e satisfação de pacientes hospitalizados, estes autores constataram que os escores de satisfação para todos os itens da escala utilizada em seus estudos, inicialmente aumentaram até a idade de 65 anos e depois declinaram.

No entanto, alguns estudiosos retratam que a satisfação do paciente aumenta com a idade (SIXMA et al., 1998; THI et al., 2002; WEISS, 1988; YOUNG; METERKO e DESAI, 2000). Para Aspinal et al. (2003) a influência desta característica sócio-demográfica sobre a satisfação do paciente se deve ao fato de que os idosos tendem a possuir mais carisma e menos expectativas.

4.4 RELAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS PACIENTES COM DADOS DE INTERNAÇÃO

4.4.1 Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o número de dias de internação

Ao analisarmos a média das pontuações da escala por número de dias de internação constatamos diferenças importantes para a pontuação 5, no Hospital A.

Nesta situação observamos uma tendência de diminuição da satisfação do paciente com o aumento do número de dias de internação. (Tabela 7); (Gráfico 9).

Tabela 7 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão no Hospital A segundo o número de dias de internação dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011

Nº dias internação	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5
2 dias					
Média	1,79	1,43	2,34	3,45	16,00
DP	2,502	1,942	1,550	3,249	4,926
3 dias					
Média	3,44	2,06	1,94	3,88	13,69
DP	2,449	2,205	0,998	3,981	6,620
4 dias					
Média	2,24	2,00	1,95	7,14	11,67
DP	4,908	2,569	2,598	4,830	6,995
5 dias					
Média	3,17	2,08	2,17	5,33	12,25
DP	4,130	2,353	1,642	4,250	7,700
6 dias					
Média	1,88	1,25	1,63	8,25	12,00
DP	2,532	1,832	1,506	6,964	7,368
7 dias					
Média	4,57	1,86	2,29	4,71	11,57
DP	5,224	1,574	2,138	6,047	6,828

Nota: termo utilizado:

DP Desvio padrão

Em concordância com este resultado, Thi et al. (2002) observaram que serviços de saúde que apresentam tempo de internação maiores produzem níveis de satisfação mais baixos.

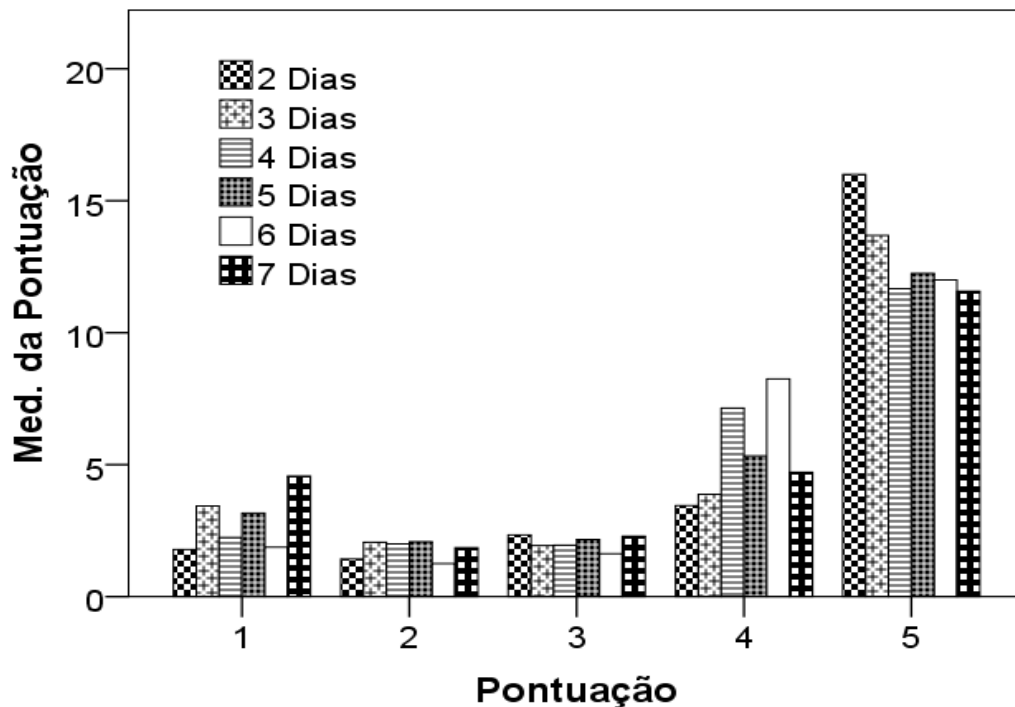
Ao estudar a satisfação do paciente hospitalizado de acordo com o tempo de internação, Tokunaga e Imanaka (2002) dividiram a amostra em três grupos: um grupo de até sete dias de internação; outro de oito dias a um mês de internação; e o

terceiro com mais de um mês de internação. Os resultados obtidos não mostram diferenças estatísticas significante entre os grupos sobre o nível geral de satisfação.

Alhusban e Abualrub (2009) também não constataram correlação significativa entre a permanência do paciente no hospital e sua satisfação com os cuidados recebidos.

Larsson (1999) encontrou níveis de satisfação mais baixos em mulheres jovens, bem educadas e com períodos mais curtos de internação.

Gráfico 9 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o número de dias de internação dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011



Nenhuma tendência foi observada no Hospital B em relação à esta característica de internação. (Tabela 8); (Gráfico 10).

O cálculo da correlação de Pearson entre a média de pontuação da satisfação do paciente e o número de dias de internação para o Hospital A apresenta correlação significativa ($r = -0,243$, $p < 0,01$). Este resultado confirma a tendência observada na Tabela 7 e no Gráfico 9. O mesmo não acontece no Hospital B, onde não obtivemos correlação significativa.

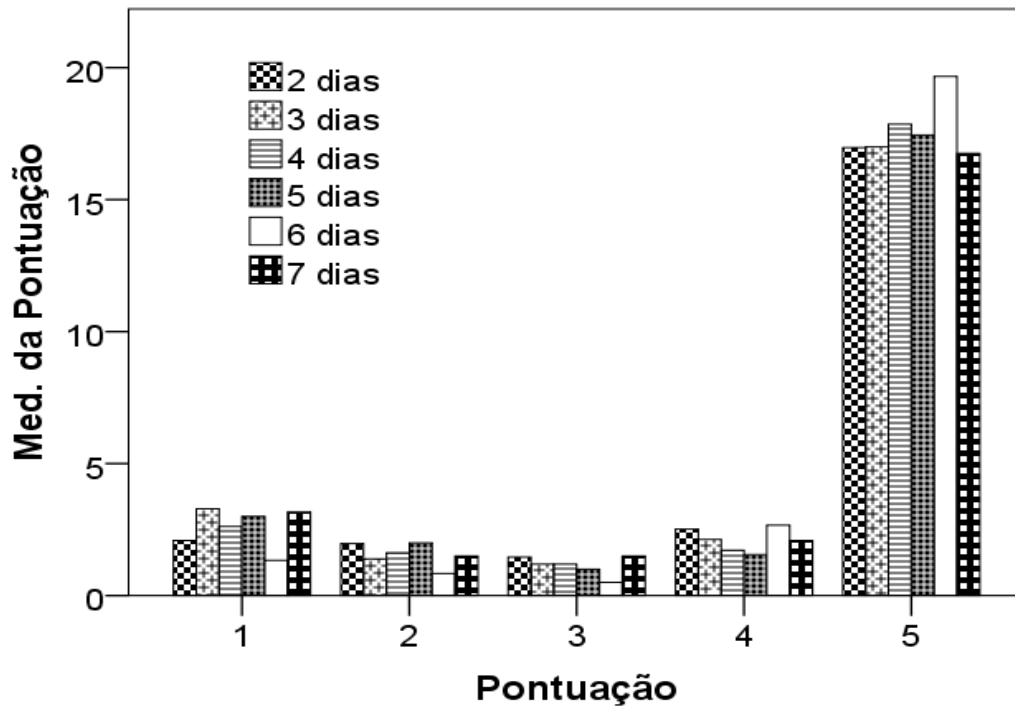
A correlação de Pearson entre a média de pontuação da satisfação e o número de dias de internação apresenta significância nos domínios confiança ($r = -0,268$, $p < 0,01$) e educação ($r = -0,215$, $p < 0,05$) para o Hospital A. No Hospital B a correlação é significativa no domínio confiança ($r = -0,230$, $p < 0,05$).

Tabela 8 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão no Hospital B segundo o número de dias de internação dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011

Nº dias internação	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5
2 dias					
Média	2,09	1,97	1,46	2,51	16,97
DP	1,853	2,431	1,039	3,091	5,623
3 dias					
Média	3,29	1,39	1,19	2,13	17,00
DP	3,917	2,362	1,621	2,766	6,250
4 dias					
Média	2,62	1,62	1,19	1,71	17,86
DP	3,138	1,244	1,250	2,327	4,199
5 dias					
Média	3,00	2,00	1,00	1,56	17,44
DP	2,345	3,082	0,500	1,878	5,503
6 dias					
Média	1,33	0,83	0,50	2,67	19,67
DP	1,506	1,169	0,548	2,338	2,875
7 dias					
Média	3,17	1,50	1,50	2,08	16,75
DP	4,609	1,977	1,000	2,778	7,098

Nota: termo utilizado:
DP Desvio padrão

Gráfico 10 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o número de dias de internação dos pacientes. Ribeirão Preto, 2011



4.4.2 Relação entre a avaliação da satisfação do paciente e o número de internações

Na tabela 9 e no gráfico 12 observamos uma tendência de crescimento no nível de satisfação em relação ao número de internações para o Hospital B. Esta tendência acentua-se a partir da segunda internação. Este resultado está de acordo com a fala de alguns pacientes que relataram retornar ao serviço sempre que precisavam porque sentiam-se satisfeitos com o atendimento recebido em relação ao atendimento de outros hospitais públicos da região. Entretanto, não obtivemos correlação significativa entre número de internações e a pontuação média da satisfação nesta instituição.

Tabela 9 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP e desvio padrão nos Hospitais A e B segundo o número de internações. Ribeirão Preto, 2011

Nº internações	Pontuação 1	Pontuação 2	Pontuação 3	Pontuação 4	Pontuação 5
Hospital A					
1					
Média	2,22	1,91	1,79	4,40	14,67
DP	3,362	2,836	1,373	3,713	6,406
2					
Média	2,44	1,94	2,47	5,12	13,03
DP	2,884	2,409	2,314	5,351	6,761
3					
Média	2,83	2,00	2,08	5,08	13,00
DP	3,353	1,758	1,165	3,728	7,006
4					
Média	5,58	2,17	2,67	4,33	10,25
DP	6,082	1,801	1,923	4,418	6,811
6					
Média	0,83	1,00	1,33	5,83	16,00
DP	1,169	2,000	1,366	4,535	5,441
Hospital B					
1					
Média	3,14	1,67	1,48	2,16	16,55
DP	3,886	2,081	1,380	2,346	5,768
2					
Média	1,69	1,45	1,10	2,34	18,41
DP	1,834	2,399	0,860	3,436	5,539
3					
Média	2,35	1,88	1,12	1,24	18,41
DP	2,572	1,996	1,219	1,985	5,466
4					
Média	2,00	0,50	0,25	2,50	19,75
DP	1,414	0,577	0,500	1,291	2,217

Nota: termo utilizado:

DP Desvio padrão

Gráfico 11 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital A segundo o número de internações. Ribeirão Preto, 2011

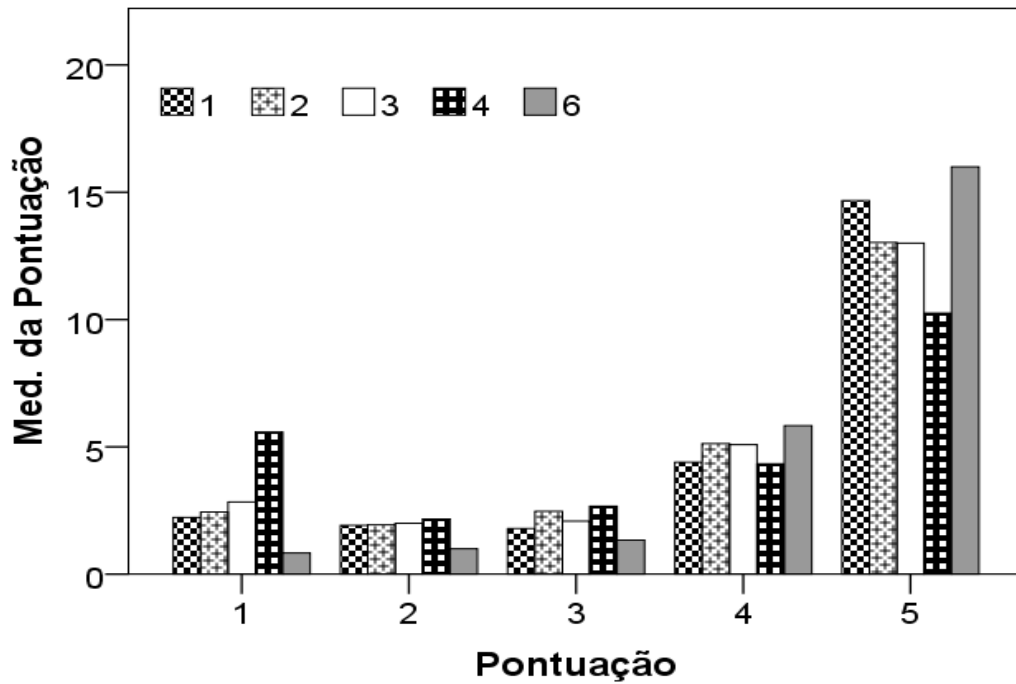
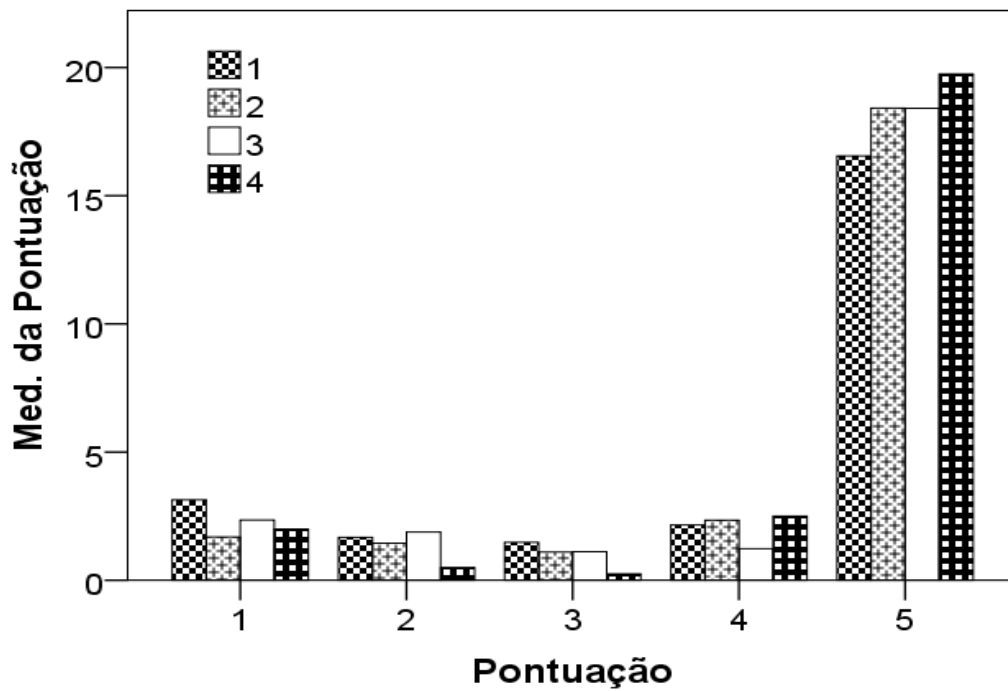


Gráfico 12 - Distribuição das médias de resposta das pontuações da escala do ISP no Hospital B segundo o número de internações. Ribeirão Preto, 2011



No Hospital A não constatamos nenhuma influência deste fator sobre a satisfação do paciente.

O cálculo da correlação de Pearson entre a média de pontuação da satisfação do paciente e o número de internações para o Hospital A apresenta correlação significativa ($r = - 0,182$, $p < 0,05$). A tabela 9 e o Gráfico 11 mostram que a média da pontuação 5 inicialmente decresce com o número de internações e, em seguida, há um aumento no caso de seis dias de internação.

Isto parece estar em contradição com o resultado da correlação, mas devemos considerar que os dados da Tabela 9 e Gráfico 11 se referem apenas a cinco valores diferentes para o número de internações enquanto a amostra total inclui também valores mais altos de números de internações.

O cálculo da correlação de Pearson entre a média de pontuação da satisfação do paciente e o número de internações para o Hospital B não apresenta significância. Da mesma forma, a correlação entre estas duas variáveis não é significativa por domínio do ISP nas duas instituições estudadas.

5 - CONCLUSÕES

O principal objetivo deste estudo é avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem a partir da satisfação do cliente hospitalizado. Devido ao método utilizado, acreditamos que o objetivo inicial foi alcançado mediante a determinação de dados referentes à satisfação do paciente hospitalizado em uma instituição com a Gestão da Qualidade implantada e em uma instituição que não adota este modelo gerencial.

Um dos principais resultados encontrados foi que a média total de satisfação dos pacientes da instituição B foi mais alta do que a média total de satisfação da instituição A. Cabe aqui salientar que o Hospital A possui caráter privado e a GQT encontra-se implantada há treze anos. O Hospital B é uma instituição filantrópica, que admite 80% de clientes do SUS e não tem a GQT na dinâmica do seu funcionamento.

Frente ao fato de que estudos apontam melhorias nos índices relativos aos cuidados de enfermagem após implantação da GQT em instituições de saúde (ANTUNES, 1997; BALSANELLI; JERICO, 2005; LIMA; ERDMANN, 2006; MATSUDA; ÉVORA e BOAN, 2000), as médias mais altas na segunda instituição sugerem a influência de fatores diversos, além do modelo gerencial, sobre a satisfação do cliente hospitalizado.

Observamos que no Hospital B obtivemos uma correlação negativa entre a escolaridade e a satisfação do paciente. Dado que nesta Instituição a maioria dos participantes possui baixo nível de escolaridade, podemos inferir que este grupo foi o que mais influenciou na avaliação da satisfação resultando em índices mais elevados. Embora não tenhamos obtido correlação significativa no Hospital A, a maioria dos participantes possui grau de escolaridade mais alto.

Estes dados divergem dos resultados encontrados em estudo que utilizou o mesmo instrumento de coleta de dados, pois Oliveira e Guirardello (2006) encontraram índices de satisfação mais altos em um hospital privado, comparados aos índices de um hospital público.

Os domínios do ISP que se referem à Confiança e à área técnico-profissional receberam maiores médias em ambas as instituições.

Ao calcularmos a média das pontuações atribuídas aos itens da escala, constatamos que a pontuação 5 atingiu maiores médias em ambos os hospitais, mas

principalmente no Hospital B. Este resultado está em concordância com o alto nível de satisfação expressado pelos pacientes hospitalizados, bem como os níveis de satisfação mais altos para a Instituição B.

A análise da relação entre satisfação do paciente e características sócio-demográficas e de internação, produziu resultados que permitiram uma comparação com estudos fundamentados em métodos diversos. Ressalta desta comparação o fato de que os resultados obtidos no presente estudo não obtiveram concordância em todas as relações analisadas com nenhum outro estudo.

Este fato soma-se a ampla divergência já existente na literatura quanto às relações entre satisfação do paciente e características sócio-demográficas e de internação.

A diversidade de resultados encontrados na literatura sobre a temática da relação da satisfação do paciente com os fatores aqui estudados, aponta para a necessidade de estudar a influência de outros fatores como, por exemplo, aspectos culturais e sociais. Observações realizadas em campo, durante a coleta de dados, com relação aos comentários dos participantes sobre o cuidado recebido reforçam esta constatação.

Diante destas considerações, constatamos a importância de se desenvolver métodos sistemáticos de avaliação da satisfação do paciente que levem em consideração fatores contextuais não diretamente relacionados com os serviços e o cuidado prestados, mas que encontram-se subjacentes à formação da opinião dos pacientes. Apesar de já existirem algumas pesquisas com estas características, ainda não se tem um arcabouço teórico mais sólido que dê conta de identificar e avaliar a influência de fatores tão subjetivos na avaliação da satisfação do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALHUSBAN, M. A.; ABUALRUB, R. F. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. **Journal of Nursing Management**, v. 17, n. 6, p. 749-758, 2009.

AMIGLIATO, M. E. et al. Avaliação dos serviços de saúde auditiva sob a perspectiva do usuário: proposta de instrumento. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 15, n. 1, p. 32-9, 2010.

ANTUNES, A. V. **O Gerenciamento da Qualidade na Enfermagem**. Ribeirão Preto, 1997. 247 p., Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da Qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, jan. 2000.

ASPINAL, F. et al. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, v.42, n.4, p.324-339, 2003.

BACKES, D. S. et al. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerencia da qualidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 28, n. 2, p. 163-70, 2007.

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

BARBOSA, L. R.; MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p. 366-70, maio-jun 2008.

BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. CONVERSA: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n. 3, p. 236-241, maio/jun 2003.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev Saúde Pública**, v. 41, n.1, p. 150-3, 2007.

CAMPOS, V. F. **TQC – Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. 2 ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1992.

CASTILLO, L. et al. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. **Rev Méd Chile**, Santiago, v.135, n.6, p. 696-701, jun. 2007.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da Administração**. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 634p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). Casos Stephanie e Mariana: onde cabe o direito e o dever. **Revista Enfermagem – publicação oficial do COREN-SP**, ano 11, n. 87, p.54, dez 2010.

_____. Disponível em: <<http://www.inter.coren-sp.gov.br/node/4798>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

COYLE, J. Exploring the meaning of ‘dissatisfaction’ with health care: the importance of ‘personal identity threat’. **Sociology of Health & Illness**, v.21, n.1, p.95-124, 1999.

CQH – COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/?q=quemsomos>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

DE SILVA, A. **A framework for measuring responsiveness**. GPE Discussion Paper Series N. 32: EIP/GPE, WHO, 1999.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990. 367p.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación**. México DF: La Prensa Mexicana, 1984.

DONAHUE, M. O. The relationship between nurses’ perceptions of empowerment and patient satisfaction. **Applied Nursing Research**, v. 21, n. 1, p. 2-7, February 2008.

- ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.6, p. 1267-1276, jun 2006.
- FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de Acreditação Hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n. 4, p. 540-5, julho-agosto 2006.
- FERNANDES, C. N. S.; ANDRAUS, L. M. S.; MUNARI, D. B. O Aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, abr. 2006.
- FLORIN, J.; EHRENBURG, A.; EHNFORSS, M. Patients participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. **Journal of Clinical Nursing**, v.15, n. 12, p. 1498-1508, dez. 2006.
- FUCHS, L. O paciente quer qualidade. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.19, n. 5, p.182-184, jun. 1995.
- GALVÃO, C. M. et al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 34-43, outubro 2000.
- GILL, L.; WHITE, L. A critical review of patient satisfaction. **Leadership in Health Services**, v. 22, n. 1, p. 8-19, 2009.
- GOMES, A. M. A. et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 4, p. 635-42, 2008.
- GONZÁLEZ, N. et al. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud. **Gac Sanit.** , v. 22, n. 3, p. 210-7, 2008.
- HADDAD, M. C. L. **Qualidade da assistência de enfermagem – o processo de avaliação em hospital universitário público**. Ribeirão Preto, 2004. 201p., Tese (doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- HINSHAW, A. S.; ATWOOD, J. R. A patient satisfaction instrument: precision by replication. **Nurs Res**, v.31, n. 3, p.170-191, 1982.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.S.; FRANCO, F.M.M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986p.
- IDVALL, E. et al. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. **Qual Saf Health Care**, v.11, n. 4, p. 327-334, December 2002.
- JAIPAUL, C. K.; ROSENTHAL, G. E. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? **J GEN INTERN MED**, v.18, n. 1, p. 23-30, January 2003.
- KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação de gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, (Esp 2), p. 1168-73, 2009.
- LACERDA, D. P. D. G.; ROCHA, M. L.; SANTOS, R. P. ISO 9002 no Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 53, n. 2, 2000.
- LABARERE, J. et al. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. **Internacional Journal for Quality in Health Care**, v.13, n. 2, p. 99-108, 2001.
- LARSSON, B. W. Patients' views on quality of care: age effects and identification of patient profiles. **Journal of Clinical Nursing**, v.8, n.6, p.693-700, November 1999.
- LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo da acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paul Enferm** , v. 19, n. 3, p. 271-8, 2006.
- LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. **Acta Paul Enferm** , v. 20, n. 1, p. 12-7, 2007.

- LIMA, G. O. et al. Metodologia para implantação de um sistema de gestão da qualidade em um centro de diálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, (Especial-nefrologia), p. 580-2, 2009.
- LINDER-PELZ, S. Toward a Theory of Patient Satisfaction. **Social Science and Medicine**, v.16, n.5, p.577-582, 1982.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LYNN, M. R.; McMILLEN, B. J.; SIDANI, S. Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care. **Nursing Research**, v. 56, n. 3, p. 159-166, maio/junho 2007.
- MAcEACHERN, M.T. **Hospital Organization and Management**. Chicago: Phisicians' Record Co., 1951. 944p.
- MAHON, P. Y. An analysis of the concept patient satisfaction as it relates to comtemporary nursing care. **J Adv Nurs**, v. 24, n. 6, p.1241-1248, december 1996.
- MAISELS, M. J.; KRING, E. A. A simple approach to improving patient satisfaction. **Clin. Pediatr.**, v. 44, n. 9, p. 797-800, November/ December 2005.
- MALIK, A. M. **Avaliação, qualidade, gestão...** São Paulo: Editora Senac São Paulo,1996. 37p.
- MASTROANTONIO, M. A.; GRAZIANO, K. U. Proposta de um instrumento de avaliação dos padrões de qualidade de uma unidade de centro cirúrgico ajuizado por especialistas. **O Mundo da Saúde**, v. 26, n. 2, abr/jun 2002.
- MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN F. S. O método Desdobramento da Função Qualidade – QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 97-105, out 2000.
- _____; ÉVORA, Y. D. M. Ações desenvolvidas para a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem de uma UTI-adulto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 5, Supl., p. 49-56, 2006.

MENDES, I. A. C. et al. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem: o caso de uma adolescente hospitalizada. **R. Bras. Enferm.**, v. 53, n.1, p. 7-13, jan-mar 2000.

MOURA, G. M. S. S. et al. Construção e implantação de dois indicadores de qualidade assistencial de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 136-40, 2009.

NASCIMENTO, I. J.; LEITÃO, R. E. R.; VARGENS, O. M. C. A qualidade nos serviços de saúde pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 350-6, jul-set 2006.

NOGUEIRA, L. C. L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG, 1996. 97p.

NUNNALLY, J.C. **Psicometric Theory**. New York: McGraw-Hill, 1978. 640p.

OLIVEIRA, A. M. L. **Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument**. Campinas-SP, 2004. 123p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

_____; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n.1, p. 71-7, 2006.

OLIVEIRA, R. C.; CAMARGO, A. E. B.; CASSIANI, S. H. B. Estratégias para prevenção de erros de medicação no setor de emergência. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 399-404, jul-ago 2005.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em: <<http://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

_____. Disponível em: <<http://www.ona.org.br/Pagina/20/Conheca-a-ONA>>. Acesso em: 16 mai. 2011.

PAIVA, S. M. A.; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.15, n. 5, setembro-outubro 2007.

_____. et al. Teorias Administrativas na Saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n.2, p. 311-6, abr/jun 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria – Teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 3 ed. Petrópolis – RJ: Editora Vozes, 2009. 397p.

PÉREZ, C. M. et al. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 34, n. 4, 2008.

PERNEGER, T. V. et al. A randomized trial of four patient satisfaction questionnaires. **Medical Care**, v.41, n.12, 2003.

PINTO, S. H. B.; LEE HO, M. M. C. L. Implementação de programas de qualidade: um survey em empresas de grande porte no Brasil. **Gestão e Produção**, v. 13, n.2, p. 191-203, mai-ago. 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PONTES, A. C.; LEITÃO, I. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.3, p.312-8, maio-jun 2008.

PUPULIM, J. S. L. **Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida**. Ribeirão Preto, 2009. 222p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

QUINTANA, M. J. et al. Predictors of patient satisfaction with health care hospital. **BMC Health Serv Res**. v.6, n.102, 2006.

RISSER, N. L. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. **Nurs Res**, v.24, n.1, p.45-51, jan-feb 1975.

ROCHA, E. S. B. **Gerenciamento da Qualidade em um Serviço de Enfermagem Hospitalar: visão do enfermeiro**. Ribeirão Preto, 2007. 93p., Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da Qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, março-abril 2009.

SALOMON, L. et al. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. **Internacional Journal for Quality in Health Care**, v.11, n.6, 1999.

SCHIEZARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde (RAS)**, v. 5, n.18, jan-mar, 2003.

SILVA, C. S. et al. Opinião dos enfermeiros sobre indicadores que avaliam a qualidade da assistência de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 2, p. 263-71, 2009.

SILVEIRA, C. S.; FÁVERO, N.; ALVES-PEREIRA, M.C. A ótica do cliente hospitalizado sobre a qualidade da assistência de enfermagem. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 76-79, 2003.

SIXMA, H. J. et al. Patient Satisfaction with the General Practitioner – a two-level analysis. **Medical Care**, v. 36, n. 2, p. 212-229, 1998.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8 ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan S.A., 1998, 1769p.

SMITH, C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. **Qual Assur Health Care**, v. 4, n.3 , p. 171-177, 1992.

- SOUZA, E. M. **A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal.** Brasília, 1997. 180p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- STANISZEWSKA, S. H.; HENDERSON, L. Patient assessments of quality of care: influencing factors and importance of engagement. **Journal of Advanced Nursing**, v. 49, n.5, p. 530-537, march 2005.
- SVALDI, J. S. D.; FILHO, W. D. L. Gestão da Qualidade Total na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 9, n. 2, pt.1, p. 238-250, mai/ago 2000.
- THE JOINT COMMISSION: The Joint Commission History. Disponível em: <[http://www.jointcommission.org/the joint commission history/](http://www.jointcommission.org/the_joint_commission_history/)>. Acesso em: 11 mai. 2011.
- THI, P. L. N. et al. Factors determining inpatient satisfaction with care. **Social Science & Medicine**, v. 54, n. 4, p. 493-504, February 2002.
- TOKUNAGA, J.; IMANAKA, Y. Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan. **Internacional Journal for Quality in Health Care**, v.14, n. 6, p. 493-502, 2002.
- TREVIZAN, M. A. et al. Aspectos Éticos na Ação Gerencial do Enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 85-9, jan-fev. 2002.
- TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, Rio de Janeiro, mar. 2008.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p. 599-613, 2005.
- VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Enfermeiros e Qualidade – Alguns Conceitos. **Acta Paul. Enf.**, v. 10, n. 3, p. 7-13, set./dez., 1997.

- VEIGA, K. C. G.; FERNANDES, J. D.; SADIGURSKY, D. Relacionamento enfermeira/paciente: perspectiva terapêutica do cuidado. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n. 2, p. 322-5, abr/jun 2010.
- WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care – evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Medical care**, v.2 6, n. 4, april 1988.
- WILLIAMS. B. Patient satisfaction: a valid concept? **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 4, p. 509-516, 1994.
- YOUNG, G. J.; METERKO, M.; DESAI, K. R. Patient Satisfaction with Hospital Care – Effects of Demographic and Institutional Characteristics. **Medical care**, v. 38, n. 3, p. 325-334, 2000.
- ZAKARIYA, S. I. Patient satisfaction and opinions of their experiences during hospitalization in a tertiary hospital in Pakistan – a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res.**, v. 7, n. 161, 2007.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP - USP



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 170/2008

Ribeirão Preto, 07 de julho de 2008

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 04 de julho de 2008.

Protocolo: n° 0940/2008

Projeto: QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HOSPITALAR: VISÃO DO CLIENTE.

Pesquisadores: Maria Auxiliadora Trevisan
Elyrose de Sousa Brito

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 Maria Auxiliadora Trevisan

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B – Aprovação do CEP da EERP – USP após modificações do projeto
inicial



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 – 058/2011

Ribeirão Preto, 04 de março de 2011

Prezada Senhora,

Comunicamos que as **modificações** do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 04 de março de 2011.

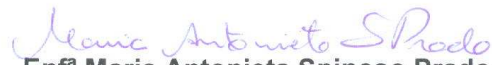
Protocolo: nº 0940/2008

Projeto: QUALIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM: SATISFAÇÃO DO CLIENTE HOSPITALIZADO.

Pesquisadores: Maria Auxiliadora Trevisan
Elyrose de Sousa Brito

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,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Maria Auxiliadora Trevisan
Deptº de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO C – Autorização para uso ISP

☆ de [redacted]@usp.br [ocultar detalhes](#) 19/06/10 [Responder](#)

para "Elyrose S. B.
Rocha"

[redacted]

data 19 de junho de 2010
14:48

assunto Re: Autorização para
uso do ISP

enviado por usp.br

olá Elyrose, td bem? é um prazer poder colaborar com vc neste processo, pois eu tb sou aluna do doutorado na escola de enfermagem da USP em são paulo e sei o quanto é importante fazermos nossas pesquisas.

Pode utilizar o instrumento de satisfação do paciente e se precisar de algo a mais vc pode entrar em contato comigo.

obs. Não trabalho mais no [redacted]. Caso precise entrar em contato comigo, tem este email e meu telefone é: 11 [redacted]

sem mais

um abraço

acacia

ANEXO D – Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP)

Temos interesse em conhecer sua opinião sobre os cuidados de enfermagem recebidos por você neste hospital. Você está sendo solicitado a dar, voluntariamente, sua opinião sobre as afirmações deste questionário. Seu nome não está no questionário e você poderá optar por não responder a alguns ou todos os itens, se você assim desejar, sem que isso afete os cuidados de enfermagem recebidos por você.

Número # _____ Número de Dias no Hospital _____
 Data _____ Admissão Atual _____
 Unidade _____ Número de Internações Hospitalares _____

OPINIÃO DO PACIENTE SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Por favor, dê sua opinião sincera para cada afirmação nesta lista circulando uma das cinco respostas que descreva o cuidado do(a)s enfermeiro(a)s que cuida(m) de você:

1. O enfermeiro(a) deveria ser mais atencioso(a) do que ele ou ela é:

CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	----------------------	----------	------------------------

2. O enfermeiro(a) muitas vezes acha que você não é capaz de entender a explicação médica sobre sua doença, então ele simplesmente não se preocupa em explicar.

CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	----------------------	----------	------------------------

3. O enfermeiro(a) é uma pessoa agradável de se ter por perto.

CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	----------------------	----------	------------------------

4. A gente se sente à vontade para fazer perguntas ao enfermeiro(a).

CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	----------------------	----------	------------------------

5. O enfermeiro(a) deveria ser mais amigável do que ele ou ela é.

CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO TENHO OPINIÃO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	----------------------	----------	------------------------

6. O enfermeiro(a) é uma pessoa que consegue entender como eu me sinto.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
7. O enfermeiro(a) explica as coisas em uma linguagem simples.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
8. O enfermeiro(a) faz muitas perguntas, mas quando ele(a) recebe a resposta, parece não fazer nada a respeito.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
9. Quando eu preciso conversar com alguém, eu posso contar meus problemas ao enfermeiro(a).
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
10. O enfermeiro(a) está muito ocupado(a) no posto para perder tempo conversando comigo.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
11. Eu gostaria que o enfermeiro(a) me desse mais informações sobre os resultados do meu exame.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
12. O enfermeiro(a) faz questão de me mostrar como seguir as orientações médicas.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
13. O enfermeiro(a) está sempre muito desorganizado para aparentar calma.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
14. O enfermeiro(a) é compreensivo(a) ao ouvir os problemas do paciente.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
15. O enfermeiro(a) dá bons conselhos.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|

- 16.** O enfermeiro(a) realmente sabe do que está falando.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 17.** É sempre fácil entender o que o(a) enfermeiro(a) está dizendo.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 18.** O enfermeiro(a) é muito lento para fazer as coisas para mim.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 19.** O enfermeiro(a) não tem paciência suficiente.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 20.** O enfermeiro(a) não faz corretamente o seu trabalho.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 21.** O enfermeira(a) fornece as orientações na velocidade correta.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 22.** Eu estou cansado(a) do(a) enfermeiro(a) falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 23.** Só de conversar com o enfermeiro(a) já me sinto melhor.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 24.** O enfermeiro(a) sempre dá explicações completas e suficientes do por quê os exames foram solicitados.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
- 25.** O enfermeiro(a) é habilidoso(a) ao auxiliar o médico nos procedimentos.
- | | | | | |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|
| CONCORDO
TOTALMENTE | CONCORDO | NÃO TENHO
OPINIÃO | DISCORDO | DISCORDO
TOTALMENTE |
|------------------------|----------|----------------------|----------|------------------------|

Muito obrigada pela sua participação

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

Pesquisa: Qualidade da Cuidado de Enfermagem : satisfação do cliente hospitalizado.

Pesquisadora: Elyrose Sousa Brito Rocha – Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Oreintadora: Prof^a Dra. Maria Auxiliadora Trevizan.

Você está sendo convidado à participar de uma pesquisa a respeito da satisfação do cliente que se encontra hospitalizado, em relação a qualidade do cuidado de enfermagem prestado.

Para tanto, caso aceite, você deverá assinar o termo descrito abaixo e participar de uma entrevista que será conduzida por mim, com base em um questionário de fácil entendimento e que será realizada na enfermaria em que você encontra-se internado.

São garantidos a você os seguintes direitos: 1. retirar seu consentimento e participação a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à sua pessoa; 2. garantia de que sua participação na pesquisa, que será através de respostas a um questionário, não terá custo para você; 3. garantia de que tanto seu nome, quanto o nome do hospital não serão divulgados; 4. segurança de que as informações obtidas através desta entrevista serão utilizadas exclusivamente para fins desta pesquisa; 5. recebimento de uma cópia deste termo. Para tanto o mesmo será assinado em duas vias e uma delas, assinada tanto por mim quanto por você, ficará em sua posse. Caso deseje, você poderá entrar em contato comigo a qualquer momento ou desistir de participar da pesquisa, através do endereço descrito abaixo da minha assinatura.

Não existe nenhum benefício direto por sua participação nesta pesquisa, no entanto a sua contribuição será importante para a melhoria nos cuidados de enfermagem prestados a pacientes futuros.

Eu,

_____ ,
abaixo assinado, tendo recebido as informações e estando esclarecido(a) sobre a pesquisa “Qualidade da Cuidado de Enfermagem : satisfação do cliente hospitalizado”, que tem por objetivo avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem do setor hospitalar a partir da satisfação do cliente que se encontra hospitalizado e ainda considerando os direitos acima relacionados e benefícios da pesquisa, declaro ter ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa realizada pela aluna de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Elyrose Sousa Brito Rocha, responsável por esta coleta de dados.

_____ de _____ de 2011

Entrevistador

Entrevistado

Elyrose Sousa Brito Rocha
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Sala 114
Av. Bandeirantes, 3.900
Campus Universitário USP
Monte Alegre – Ribeirão Preto – SP
CEP.: 14.040-902
Tel.: (16) 3602-3469