**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Wilma Batista Souza da Cruz

**ANÁLISE DOS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DOS
USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PRIVADO**

**São Paulo
2008**

WILMA BATISTA SOUZA DA CRUZ

**ANÁLISE DOS NÍVEIS DE SATISFAÇÃO DOS
USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PRIVADO**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo
para a obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.

Área de concentração: Administração em
Serviços de Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Maria Melleiro

**São Paulo
2008**

**A Deus, doador de minha existência,
por iluminar minhas escolhas diante de tantas
oportunidades que a vida me oferece a cada dia.**

**À memória de meu pai Orsino Vitor de Souza,
por ter me dado o que de melhor poderia: a educação.**

À minha mãe Maria Batista de Souza.

**Aos meus filhos William e Harrison Souza,
pelo carinho e paciência, tanto nos momentos
prazerosos quanto nos árduos – incontáveis!**

Ao Guilherme, uma alegria na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Marta Maria Melleiro, orientadora desta dissertação, meu reconhecimento pela atenção, confiança, abertura e liberdade que me proporcionou.

À Direção do Hospital Adventista de São Paulo: Sr Sérgio Reis e Dr Dorival Duarte.

Ao Dr Octávio Koch, por ter apoiado a realização deste estudo, pelo interesse e motivação demonstrados e ao Sr Wilson Andrade.

Ao Hospital Adventista de São Paulo e a seus usuários.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; à Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”; ao Comitê de Ética e Pesquisa e ao Serviço de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem.

À Prof^a Dr^a Ruth Natalia Teresa Turrini e à Prof^a Dr^a Daisy Maria Rizatto Tronchin que compuseram a banca do Exame de Qualificação, por proporcionarem mais que um momento de avaliação – um momento de reflexão, de novas descobertas e desdobramentos para este trabalho.

À Prof^a Dr^a Paulina Kurkgant e Prof^a Dr^a Maria Helena Trench Ciampone, meu respeito e admiração, obrigada pelo acolhimento.

Ao Prof^o Dr Oswaldo Tanaka pelo apoio e incentivo.

Aos professores das disciplinas que cursei, em sua especificidade, pela agregação de valor ao conteúdo de minha bagagem conceitual.

À Helga Bergold Gross por suas congruentes observações: sua contribuição foi muito importante.

À Marisa Endrueit pela formatação.

À Suzana Lima pelo cuidado com a fotografia.

Às amigas Cristiane Atair da Silva e Eliane Campos pelo apoio durante a fase da coleta de dados.

Aos meus familiares, à Mônica e Beatriz Patton, à Lumi Sugieda, que torcem para que eu consiga realizar meus sonhos.

A Frederick Moore e Fernando Rezende pela preciosa contribuição ao enviar-me a literatura solicitada do exterior, proporcionando maior consistência no referencial teórico.

Às enfermeiras Marilda Payão, Suzana Alves, Vivian Souza, Reníria Guerra, Iris Ahrenfeld pela colaboração, possibilitando-me maior dedicação aos estudos.

A Ednaldo Araújo pelo carinho e presença constante, apoiando e acreditando nos meus esforços.

À Esmeralda Araújo, Manoel e Jaime Romão por fazerem a diferença nesta etapa da minha vida.

Às amigas do plantão noturno pela atenção carinhosa e apoio.

Ao Rodrigo Fernandes pela encadernação.

Ao povo brasileiro que contribui para a manutenção das instituições públicas, tornando possível meus estudos, na graduação e pós-graduação, em uma instituição do porte da Universidade de São Paulo.

À todos aqueles que, de alguma forma, participaram para que este estudo se tornasse realidade: Muito obrigada!

**“Não existe fracasso, senão no fato de não se tentar mais,
Não existe derrota, senão aquela que está dentro de nós,
Não existem barreiras intransponíveis, senão aquelas inerentes
à nossa fraqueza de propósitos”.**

(Autor desconhecido)

Cruz WBS. Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a satisfação do usuário em relação a um conjunto de atributos dos serviços prestados em unidades de internação de um hospital privado. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva dos dados. O local da investigação foi o Hospital Adventista de São Paulo e a casuística/amostra constituiu-se de 71 usuários. A coleta dos dados ocorreu no período de março a agosto de 2007, por meio de um instrumento derivado da escala *Service Quality (SERVQUAL)* do modelo avaliativo de Parasuramam, Zeithaml e Berry. Os resultados apontam que o nível de satisfação geral oscilou em torno de 95%, sendo as dimensões garantia (96%) e confiabilidade (96%) as de maior relevância, seguidas da empatia (95%), responsividade (93%) e tangibilidade (88%). Na avaliação dos usuários as equipes médica e de enfermagem apresentaram maiores níveis de satisfação. Cerca de 91 % têm intenção de indicar o hospital e 72% referem total confiança na instituição. Por conseguinte, esta pesquisa permitiu conhecer os atributos de atendimento intervenientes na satisfação dos usuários da referida instituição, contribuindo, assim, para confirmar ou reformular os processos assistenciais e gerenciais.

Palavras-chave: Qualidade de assistência à saúde; Avaliação de serviços de saúde; Satisfação dos consumidores.

Cruz WBS. Assessment levels of the users satisfaction of a private hospital. [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the satisfaction of the users on a number of attributes of the services in units of a private hospital. This is an exploratory study-descriptive of a quantitative approach with prospective collection of data. The location of research was the Adventist Hospital of São Paulo in casuistry/sample consisted of 71 users. Data collection took place during the period March to August 2007, using a derivative of the scale model of the Service Quality (SERVQUAL) of evaluative of Parasuraman et al. The results indicate that the level of overall satisfaction ranged around 95%, and the Assurance (96%) and reliability (96%) considered most important dimensions of quality, followed by empathy (95%), responsiveness (93%) and tangibility (88%). In assessing of users, medical and nursing teams introduced high levels of satisfaction. 91% has intention to indicate the hospital and 72% has total trust in the hospital. Therefore, this research provided the knowledge of the attributes of service more importants to satisfaction of users in this institution and contributing to confirm or reshape assistance and management process.

Keywords: Quality of health care; Evaluation of health care; Consumer Satisfaction.

Cruz WBS. Análise de los niveles de satisfacción del usuario de un hospital privado. [disertación]. São Paulo: Escuela de Enfermería de la Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la satisfacción de los usuarios sobre un conjunto de atributos de los servicios prestados en unidades de internación de un hospital privado. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de abordaje cuantitativo, con recogida prospectiva de los datos. El local de la investigación fue el Hospital Adventista de São Paulo y la muestra fue constituida de 71 usuarios. La recogida de los datos ocurrió en el periodo de marzo al agosto de 2007, por medio de un instrumento de recogida de datos derivado de la escala *Service Quality (SERVQUAL)* del modelo evaluativo de Parasuraman et al. Los resultados demuestran que el nivel de satisfacción general osciló entorno de 95%, siendo la garantía (95,9%) y la confiabilidad (95,7%) las dimensiones consideradas más importantes, seguidas de la empatía (95,2%), responsividad (93%) y la tangibilidad (88%). En la evaluación de los usuarios, los equipos médica y de enfermería presentaron mayores niveles de la satisfacción. 91% refieren intención de indicar el hospital y 72% tiene total confianza. Por consiguiente, esta investigación posibilitó el conocimiento de los atributos más importantes en satisfacción de los usuarios de la mencionada institución, contribuyendo, así, para ratificar o reformular los procesos.

Palavras clave: Calidad de asistencia a salud; Evaluación de los servicios de salud; Satisfacción de los consumidores.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A justificativa do estudo	13
1.2 A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde.....	15
1.2.1 A satisfação dos usuários dos serviços de saúde	25
1.3 O referencial teórico	31
2 OBJETIVOS	40
2.1 Objetivo geral	41
2.2 Objetivos específicos.....	41
3 CAMINHO METODOLÓGICO	42
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 O local do estudo	43
3.3 Os aspectos éticos	45
3.4 A casuística / amostra.....	45
3.5 A coleta de dados.....	46
3.5.1 O instrumento de coleta de dados.....	46
3.5.2 A operacionalização da coleta de dados	47
3.6 A organização e a análise dos dados	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1 Caracterização dos participantes	50
4.2 Classificação dos atributos de atendimento de acordo com o modelo	57
avaliativo de Parasuraman, Zeithaml e Berry.....	57
4.2.1 Análise da satisfação dos usuários relacionados aos atributos dos cinco constructos avaliados	62
4.2.2 Análise das dimensões de qualidade segundo os atributos do atendimento.....	73
❖ Dimensão Garantia	73
❖ Dimensão Confiabilidade	74
❖ Dimensão Empatia.....	76
❖ Dimensão Responsividade.....	77
❖ Dimensão Tangibilidade.....	78
4.3 Análise do quesito confiança em relação à instituição	79
5 CONCLUSÕES.....	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

1.1 A justificativa do estudo

Ao se avaliar a qualidade dos serviços de saúde, tanto públicos como privados, controvérsias vêm sendo levantadas a respeito das formas mais adequadas de se mensurar os níveis de satisfação do usuário, seja sua percepção referente aos serviços recebidos, seja o impacto dos atributos geradores dessa satisfação.

Do ponto de vista do usuário, a satisfação pode ocorrer quando suas necessidades e expectativas são atendidas, de forma que suas percepções tornem-se mais positivas e os resultados esperados sejam alcançados. Sob essa ótica, a mensuração dessas percepções vem tornando-se objeto de estudos, não havendo, todavia, consenso nem uniformidade nas propostas de avaliação.

Tal demanda ganha maior relevância dada a necessidade do desenvolvimento de um sistema avaliativo de satisfação do usuário, na área da saúde, o que pode representar importante ferramenta ao aperfeiçoamento de estratégias de gestão para esse setor. No entanto, independente do tipo de atividade desenvolvida pelo prestador de serviços, os usuários investem em uma proposta de fornecimento futuro sem a possibilidade de experimentarem o padrão de qualidade da entrega do mesmo, o que apenas acontecerá quando já estiverem utilizando o serviço.

Na área da saúde, dependendo do que as instituições entregam aos usuários, estes emitirão juízo de valor a respeito do que estão recebendo. Essa interação é individualizada, uma vez que embora as técnicas usadas sejam as mesmas, as respostas individuais tanto de execução como de recebimento são diferentes. O contato efetua-se com os inúmeros profissionais de saúde, em diferentes momentos, sob circunstâncias que, continuamente, se alteram.

Há, ainda, que se considerar que as variadas formas como as doenças apresentam-se, as patologias associadas, as respostas de cada organismo aos agravos e as possibilidades de intervenção para prevenir intercorrências tornam a assistência única, seu planejamento exclusivo e o usuário um ser com características que precisam ser valorizadas e avaliadas individualmente.

Assim, a forma como esse indivíduo avalia a intervenção médica e de enfermagem, o serviço de nutrição, de higiene e o conforto do ambiente, entre

outros, tem relação com sua bagagem conceitual, suas interações prévias com o serviço e seu nível de exigência.

Os custos de aquisição e estabelecimento de laços emocionais com novos indivíduos tornam-se mais elevados do que a manutenção do quadro de usuários já existente. Conhecer o grau de satisfação pode contribuir na tomada de decisão gerencial e na melhoria das interações entre o prestador do serviço e o usuário.

O gerenciamento das ações em saúde é um fator de extrema importância para que as necessidades do usuário sejam conhecidas, consideradas e atendidas. Nesse sentido, verifica-se que a maioria dos gestores dos serviços de saúde vem pautando suas decisões no conteúdo das respostas obtidas dos seguintes questionamentos: quais atributos têm maior impacto na satisfação do usuário, que devam ser considerados como prioridade na implementação dos processos de trabalho e na tomada de decisão? Qual o grau de satisfação do usuário, quando analisados os atributos do prestador de serviço de saúde? Qual o grau de satisfação do usuário, quando analisadas as variáveis que exercem maior impacto sobre suas necessidades? O que é qualidade para o usuário dos serviços de saúde?

Diante dessas considerações e atuando como enfermeira há mais de uma década, venho observando que diferentes variáveis impactam de forma diversificada na satisfação dos usuários com relação aos serviços recebidos. Fatores que determinam a satisfação para o perfil de determinado usuário, não geram satisfação para outro.

As necessidades dos usuários variam de forma complexa e abrangente, estando relacionadas às prioridades e experiências de cada indivíduo, devendo, por isso, serem levadas em conta na tomada de decisão, no momento do planejamento e na implementação das ações e programas de saúde.

Na instituição onde desenvolvo minha atividade profissional – o Hospital Adventista de São Paulo (HASP) – o conhecimento das percepções e das necessidades dos usuários é de grande importância para que se fundamentem as propostas de melhoria de qualidade, a otimização dos processos, a integração e a facilitação da coordenação e harmonia entre os diferentes setores, a fim de que a missão, a visão e os valores da instituição sejam plenamente atingidos.

Na busca da qualidade, o HASP vem se empenhando em conhecer seus usuários, identificando as áreas passíveis de melhoria, analisando a viabilidade e prováveis adequações para o atendimento das necessidades, procurando aperfeiçoar e consolidar seus pontos fortes, geradores de satisfação e, com isso, surpreender o usuário.

Ressalta-se que a importância de se estudar a satisfação do usuário reside, sobretudo, no fato de existirem lacunas na operacionalização da avaliação dos serviços de saúde, que possibilitem o conhecimento sistemático do impacto dos atributos do serviço sobre a satisfação.

Pautada nessas afirmações e acreditando que a avaliação é um instrumento desencadeador de ações para confirmar ou reformular os processos assistenciais e gerenciais adotados nos serviços de saúde, é que este estudo foi realizado, tendo por finalidade identificar os níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado do Município de São Paulo. Para tanto, ao buscar constituir uma base para o estudo do tema da satisfação, abordou-se a avaliação dos serviços de saúde, tendo em vista que a busca da qualidade implica avaliação e aprimoramento de processos.

1.2 A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde

A busca da qualidade não deve ser vista apenas como uma atitude isolada de algumas instituições de saúde, assim, torna-se fundamental que os prestadores de serviços procurem atingir um elevado padrão do que é fornecido, para garantia da sua continuidade e para que o direito à qualidade seja assegurado ao usuário.

O atendimento das necessidades e expectativas dos usuários dos serviços de saúde vem sendo considerado, como um dos aspectos norteadores dos pressupostos filosóficos e metodológicos que devem orientar as ações dessas instituições. Desse modo, para que as atividades desenvolvidas estejam em consonância com os anseios dos usuários, torna-se imperativo o alcance da qualidade¹.

Nesse contexto, a qualidade pode ser entendida como tudo aquilo que representa as necessidades futuras do usuário em características mensuráveis, podendo somente ser decidida em termos de quem avalia. O responsável por julgar a qualidade deve ser o usuário². Entretanto, é um conceito com diversos significados,

sendo a qualidade apregoada, também, como ausência de falhas, estando associada à confiabilidade e à segurança.

Para Zaicaner³, a qualidade consiste nas características do produto por inferência dos serviços que vão ao encontro das necessidades dos usuários, sendo a satisfação destes a meta principal do desenvolvimento de um plano de qualidade. O prestador do serviço precisa ser capaz de oferecer benefícios aos usuários utilizando os meios possíveis para que, efetivamente, estes fiquem satisfeitos.

O conceito de qualidade em saúde, embora amplo, tem uma certa delimitação, significando em última instância, um julgamento a respeito do quanto são bons o cuidado técnico, as relações interpessoais, as condições sob as quais este cuidado foi prestado e a que custo³. Dessa forma, pressupõe diminuição da variabilidade dos acontecimentos, satisfação das demandas explícitas, necessidades não declaradas, porém, previsíveis dos usuários.

Qualidade não é o que se põe dentro de um serviço, mas sim o que o usuário obtém dele e pelo que está disposto a pagar⁴. Dessa maneira, acredita-se que qualidade no setor saúde implica, dentre outros aspectos, a satisfação das demandas explícitas, o atendimento das necessidades e expectativas dos usuários e a consideração do custo-efetividade.

Na gestão contemporânea, a qualidade é definida pelos usuários. Torna-se, por isso, da maior relevância conhecer suas necessidades e expectativas para que se ofereça produtos e serviços que os mesmos reconheçam como de padrão elevado, sendo esse desempenho responsabilidade de todos na organização⁵. Os usuários estão mais capacitados para discernir o valor agregado dos serviços, o desempenho dos colaboradores, valorizando atitudes que refletem características intrínsecas das dimensões da qualidade.

Portanto, a qualidade não é apenas um atributo do serviço, mas abrange a medida do relacionamento entre todos os envolvidos no processo⁶. A busca pela qualidade não se refere apenas às boas intenções dos serviços de saúde, mas a necessidade de atender às exigências da população, cada vez mais consciente de seus direitos, da essência das relações humanas no trabalho e de diminuir os custos da alta tecnologia utilizada pela área de saúde⁷.

A qualidade pode ser compreendida como o nível de satisfação do usuário com relação a qualquer serviço, sendo definida, acima de tudo, como aquilo que os usuários percebem^{8,9,10}. A qualidade pode ser definida, também, para o prestador do serviço, como qualidade técnica ou funcional¹¹. A qualidade técnica é definida em função da exatidão na realização das técnicas, procedimentos e diagnósticos, ao passo que a qualidade funcional refere-se à forma como o serviço é entregue ao usuário.

Atualmente, várias técnicas têm sido propostas e estão sendo utilizadas para mensurar a qualidade técnica nas organizações de saúde pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)*¹². As informações da qualidade técnica não são de conhecimento público, passando a ser de competência dos profissionais de saúde e gestores⁵.

Sob essa ótica, os usuários avaliam a qualidade funcional, uma vez que está fora de seu âmbito de ação julgar com precisão a qualidade técnica¹³.

Assim sendo, existem evidências que sugerem que a qualidade percebida é a que mais influencia na percepção de valor do serviço pelos usuários. Contudo, para que a organização tenha êxito, a longo prazo, necessita monitorar e gerenciar, tanto a qualidade técnica como a funcional^{14,15,16}.

Donabedian¹⁷ aponta para o elevado valor da participação dos usuários na concepção, na produção e na avaliação dos serviços de saúde, enfatizando que um modelo de avaliação deve responder às seguintes questões: a infra-estrutura existente atende às necessidades do cliente? Os processos estão ocorrendo de maneira adequada? Os resultados obtidos são bons? Os usuários estão satisfeitos com os serviços oferecidos?

Nessa visão, a qualidade é definida como a satisfação das necessidades dos usuários, para os quais serão dirigidas as estratégias na busca da qualidade, devendo estes serem ouvidos sobre a avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde, como também a respeito do impacto dos processos de tratamento sobre sua saúde¹⁷.

Diante dessa concepção, em saúde, a qualidade pode ser avaliada em três planos distintos: na visão do prestador de serviço, na visão do usuário e na visão daquilo que é considerado relevante à sociedade em geral¹⁸. Muitas vezes,

a prioridade considerada pelo usuário difere em muito daquela da instituição. Harmonizar as prioridades dos usuários com as da instituição é tarefa que se torna primordial na busca da satisfação.

Inúmeras são as definições atribuídas à qualidade, entretanto, na área da saúde destacam-se aquelas referentes ao alcance de padrões elevados de assistência. A Organização Mundial de Saúde¹⁹ (OMS) define qualidade como alto nível de excelência profissional, uso eficiente dos recursos, mínimo risco para o usuário, alto grau de satisfação por parte do usuário e impacto final na saúde.

Donabedian²⁰ amplia a abrangência do conceito de qualidade para além do plano individual, reportando-o ao plano coletivo dos sistemas de saúde. Para tanto, descreve os Sete Pilares da Qualidade que são:

- **Eficácia:** capacidade de se produzirem melhorias, significando o melhor que se pode fazer, dado o estado do usuário;
- **Efetividade:** grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, atinge o nível de melhoria da saúde, cujos estudos de eficácia tenham estabelecido como alcançáveis;
- **Eficiência:** medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado forem igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente será a de menor custo;
- **Otimização:** é o emprego da relação custo-benefício na assistência à saúde. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais adições úteis perdem a razão de ser;
- **Aceitabilidade:** sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos usuários e de seus familiares. Depende da efetividade, da eficiência e da otimização, além da acessibilidade do cuidado e das características da relação profissional de saúde-usuário;
- **Legitimidade:** aceitabilidade do cuidado da forma como é visto pela sociedade, em geral;
- **Eqüidade:** princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma

população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável aos indivíduos e legítimo à sociedade.

A qualidade pode ser definida, ainda, como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos ao usuário, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável, de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes²⁰.

Ao se adotar o conceito de qualidade alguns relevantes questionamentos são acrescentados, tais como: trata-se de ausência de defeitos? Refere-se à adequação de um bem ou serviço às necessidades de alguém? Envolve uma relação social e técnica do consumo? ¹.

A qualidade é o conjunto de propriedades de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como respostas às necessidades e legítimas expectativas de seus usuários²¹.

Ao analisarem a literatura sobre qualidade poucos são os estudos empíricos que oferecem recomendações úteis para se identificar áreas do serviço que sejam, realmente, importantes ao usuário na avaliação de sua qualidade. Além dessa observação, esses autores complementam que os instrumentos disponíveis para mensuração da satisfação dos usuários são muito gerais. Estes comparam, o que esperam receber do prestador do serviço com percepções daquilo que efetivamente recebem na avaliação da qualidade do serviço²².

Avaliação é, portanto, um processo em que se pode determinar o alcance das metas de um serviço, embora seja pouco utilizada, por vezes, é realizada externamente à instituição. Envolve a coleta sistemática de informação sobre as atividades, características e resultados dos programas, recursos humanos e produtos à disposição de pessoas específicas, para reduzir incertezas, aumentar a efetividade e tomar decisões em relação ao que esses programas estão realizando ou afetando²³.

Segundo Ramirez-Sanchez²⁴ é possível obter informações relacionadas à atenção recebida, a partir do usuário, que beneficiarão a organização dos serviços de saúde. Esse método representa uma das formas mais rápidas para avaliar a qualidade com reduzido custo.

Novaes²⁵ estabelece três tipos de avaliação, a saber: a avaliação para investigação, para decisão e para gestão.

A avaliação para investigação tem por objetivo a produção do conhecimento que servirá como fator orientador de decisão em questões como viabilidade e disponibilidade de tempo e de recursos. Enfoca a identificação do impacto obtido pelas ações a serem avaliadas, enquanto a avaliação para decisão objetiva constituir-se em elemento efetivamente capaz de participar de processos voltados à tomada de decisão.

A avaliação para decisão focaliza, sobretudo, o reconhecimento do objeto na profundidade necessária para sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas possíveis. A avaliação para gestão busca a produção de informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado, evidenciando a caracterização de uma condição e de sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas²⁵.

Independente do tipo de avaliação a ser realizada, cabe ressaltar a relevância da percepção do usuário na avaliação dos serviços de saúde, que, decorrente de seu ponto de vista sobre o atendimento de determinada instituição, é possível obter-se um conjunto de conceitos e atitudes relacionados à atenção recebida, com os quais se adquirem informações que beneficiam a organização desses serviços.

A avaliação para gestão possibilita o conhecimento gradativo da instituição quando realizada sistematicamente. Uma forma de avaliação para gestão que tem se mostrado importante na área da saúde é o desenvolvimento de “sistemas de acreditação”, basicamente para hospitais, mas com propostas de extensão para redes de serviços de saúde²⁶.

Em uma perspectiva geral, toda proposta de avaliação, ao procurar conhecer para melhorar, tem como referência uma idéia de qualidade. No entanto, alguns tipos de avaliação que trabalham com conceitos de qualidade explicitamente, como ponto de partida, estabelecem uma vertente específica de pesquisas e práticas.

Novaes²⁵ elabora uma síntese das principais modalidades propostas, utilizando critérios mais significativos que procuram ser abrangentes às principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção de processos de avaliação, a saber: objeto da avaliação, posição do avaliador,

enfoque priorizado, metodologia predominante, forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação e tipo de juízo formulado. Essas variáveis não têm conteúdo valorativo entre si, o que só ocorrerá na eventualidade de se tornar inadequado seu uso isolado ou na possibilidade de combinações contraditórias se em análise de processos de avaliação concretos.

As diferentes concepções de avaliação trazem como pontos comuns, a comparação do que é observado com o que foi idealizado e a emissão de um juízo de valor sobre a diferença encontrada. Assim, verifica-se que a forma de medir o referencial de comparação e os graus de valoração são componentes importantes do processo avaliativo. O processo comparativo pode se dar em referência ao comportamento do que é observado no tempo (tendência/série histórica) ou em relação a seus similares (comparação) ou, ainda, a padrões e parâmetros reconhecidos e consensuados (adequação)²⁷.

Os melhores parâmetros devem ser os mais compatíveis com a diferença prevista entre a situação a ser avaliada e a pretendida no âmbito da própria gestão, coincidindo, ou não, no prazo estabelecido com o parâmetro máximo estabelecido. Assim sendo, a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando a torná-lo o mais racional e efetivo possível²⁸.

Para tanto, é necessário que se defina claramente o para quê se está fazendo a avaliação, tendo-se claro que a avaliação deverá ser feita, tendo como beneficiário final o usuário do serviço e não unicamente quem a solicitou. Cabe, ainda, ao avaliador analisar as informações disponíveis para melhor conhecer a situação que se pretende avaliar²⁹.

No âmbito da saúde, a tomada de decisão está fundamentada no juízo de valor emitido a partir da avaliação. Em princípio, se não está definido quem tem o poder para tomar decisão e sobre o que se pode decidir, não se tem uma avaliação propriamente dita e, sim, um diagnóstico situacional. Enfatiza-se, ainda, que todas as pessoas têm capacidades para tomar decisões, isso independe de sua posição no serviço de saúde, e que o exercício dessa capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho²⁸.

O sentido fundamental ao se teorizar no campo da avaliação dos serviços de saúde é, sobretudo, o de buscar converter os conceitos em estratégias, critérios

e padrões de medição, a fim de contribuir para a produção de medidas úteis que auxiliem na tomada de decisão e subsidiem aperfeiçoamentos no âmbito dos serviços³⁰.

É necessário que os aspectos teóricos da avaliação sejam, também, reflexo da análise das vivências e aprendizagens práticas e que, em sentido oposto, as práticas sejam repensadas, embasadas na discussão das idéias, dos conceitos e das possibilidades de agregação de valor, aceitando-se que todos os envolvidos nesse processo podem contribuir de forma importante com base na perspectiva de cada um.

Entretanto, durante o processo de avaliação dos serviços de saúde, o usuário, no uso de sua capacidade, como ser participante desse processo, pode temer represálias, prejuízos na assistência, dependendo da interação que se estabeleça com o prestador. Considera-se, também, que nem sempre o usuário desses serviços estará em plena condição física para exigir seus direitos, o que, por si só, proporciona espaço para que a má assistência possa ocorrer, sem que medidas sejam tomadas, visando impedir sua reincidência.

Diante desse cenário, enfatiza-se a importância de se garantir ao usuário que, independente de sua avaliação sobre o serviço continuará a receber a assistência, uma vez que o componente ético da qualidade implica, também, na bagagem que o profissional desenvolve e carrega consigo como pessoa, resultado de suas interações, experiências, valores e princípios que assume como diretriz para seu viver em sociedade.

A avaliação em saúde compreende todo o processo de emissão de juízo de valor, aplicado à questão saúde: serviços, programas e atividades de saúde²⁰. Nesse sentido, o cerne da avaliação é a expressão do juízo de valor e para se emitir esse juízo, é preciso buscar parâmetros desejáveis para cada objeto a ser avaliado, o que pode ficar na subjetividade individual do avaliador ou na consensualidade dos peritos e nos entendimentos de cada objeto a ser avaliado. Esses parâmetros são expressos em paradigmas que são padrões e critérios, que podem estar explicitados por meio de conhecimentos preestabelecidos, como também estarem implícitos no julgamento daqueles que emitem seu juízo³¹.

A avaliação da qualidade e dos serviços de saúde pode, também, ser considerada num referencial teórico-sistêmico de estrutura-processo-resultado³².

A dimensão de estrutura implica características relativamente estáveis das instituições, tais como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e o modelo organizacional. O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento, enquanto que resultado é a obtenção de características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do usuário e da população³².

A qualidade é conformação às especificações do usuário, e o que conta é o que o este percebe como qualidade³³. Além de facilitar o acesso à assistência à saúde, faz-se necessário o alcance de elevados padrões de atendimento e o desenvolvimento de processos que sejam considerados essenciais para cada um.

Ao avaliar o desempenho de um serviço, geralmente, o usuário utiliza a análise de seus principais atributos e, nesse sentido, a mensuração do nível de satisfação serve como medida para se verificar o desempenho global da instituição em relação às suas expectativas³⁴.

Nessa perspectiva, qualidade é o julgamento do usuário sobre a excelência global ou superioridade de um serviço. Cabe salientar, a relevância da percepção do usuário na avaliação dos serviços de saúde, onde, decorrente do seu ponto de vista, é possível obter-se um conjunto de percepções relacionado à atenção recebida, com os quais se adquirem informações que beneficiam a organização desses serviços³⁵.

A avaliação dos serviços de saúde vem sendo considerada como um processo de determinação da extensão com a qual as metas e os objetivos estão sendo alcançados e de como esse processo técnico-administrativo fornece subsídios para a tomada de decisão³⁶. No setor saúde, implica, dentre outros aspectos, na satisfação das demandas explícitas e no atendimento das necessidades e expectativas dos usuários, devendo, portanto, essa premissa permear as ações desenvolvidas pelos gestores dos estabelecimentos de saúde.

Remover situações problemáticas, impactaria na redução da insatisfação, especialmente, quando se sabe que a má qualidade da atenção prestada pelos

profissionais da saúde, acarreta a insatisfação dos usuários. A qualidade dos serviços pode até ser colocada em risco, na medida em que envolve o resultado a interação colaborador e usuário, sendo considerada reflexo do padrão de qualidade com que os processos são desenvolvidos e atendidas as necessidades dos usuários.

A escassez de pesquisas sobre as percepções dos usuários a respeito da qualidade dos serviços de saúde vem sendo considerada problemática para que se possam estabelecer estratégias para a assistência, sugerindo que variáveis sociodemográficas promovam diferentes tipos de percepções dessa qualidade³⁷. Assim, a qualidade do serviço pode ser entendida como a medida em que a assistência prestada aumenta a probabilidade de bons resultados e diminui a possibilidade de resultados insatisfatórios³⁸.

Ressalta-se, que as interações inadequadas podem acontecer em decorrência da complexidade dos serviços de saúde, colocando em risco até a sobrevivência da instituição, tornando o processo decisório, por vezes equivocado, mediante a intencionalidade de reduzir custos.

Dependendo da forma, como os processos são operacionalizados, os protocolos podem tornar-se cada vez mais exequíveis, acurados e confiáveis, refletindo a realidade existente. O registro sistemático dos resultados obtidos facilita o estabelecimento de parâmetros que auxiliarão na tomada de decisão.

Assim sendo, a disposição do prestador em fornecer um serviço confiável e exato envolve toda a equipe multiprofissional. Quando se constata danos aos usuários, a organização precisa tomar medidas que sejam capazes de reduzi-los aos mínimos percentuais.

Frente ao exposto, acredita-se que a qualidade do serviço resulta do agregamento de impressões apreendidas no dia-a-dia sobre diferentes atributos que, ao final, determinam uma percepção total do serviço fornecido. O desempenho diário daquilo que é fornecido define a satisfação ou insatisfação do usuário e o valor que ele atribui ao prestador do serviço.

1.2.1 A satisfação dos usuários dos serviços de saúde

No final da década de 1980, a mensuração da satisfação do usuário passa a ser considerada de alta prioridade na maioria das instituições, decorrente de inúmeros fatores, inclusive, transformações corporativas baseadas em iniciativas estratégicas para compreensão das necessidades dos usuários, fornecimento de bens e serviços com a manutenção do acompanhamento para maximização da satisfação³⁹. A partir dessa época, satisfação delineia-se de duas formas: como um resultado ou como um processo.

A definição de satisfação como resultado é decorrente da experiência de consumo^{40,41}. Entretanto, a definição como um processo enfatiza as percepções, as avaliações e os processos psicológicos que contribuem para a satisfação^{42,43}. Dependendo da especificidade de cada situação, as definições de satisfação variam, podendo o usuário estar satisfeito com um produto, com a decisão da experiência de compra e consumo, com o desempenho do atributo, com uma instituição ou entidade e, ainda, com uma experiência de pré-aquisição⁴⁴.

Nessa concepção, as percepções são consideradas crenças que os usuários têm do serviço recebido⁴⁵. Dessa forma, cabe considerar que cada usuário apreende o mundo a seu redor de forma complexa e única, pois ainda que diferentes usuários alcancem a satisfação com o serviço recebido, os mecanismos que levaram cada um ao alcance dessa meta foram exclusivos. Todavia, mensurar o predomínio das percepções em geral, pode ser valioso no contexto mais amplo para conhecer aspectos mais positivos do serviço e pontos que precisam de correções ou reforços.

As percepções são processos em que os usuários do serviço de saúde envolvem-se por inteiro, e cada movimento humano é visto como linguagem do corpo, revelando aspectos de sua vida interior. Nesse contexto, o modo como uma pessoa sente e vive o mundo à sua volta, dependerá em grande parte de como ela se considera, de sua auto-estima, e estas avaliações são aprendidas por meio do contato com outros indivíduos. Sendo assim, não existe percepção de objetos exteriores sem uma referência corporal, assim como não há percepção de si mesmo sem uma referência ambiental⁴⁶. Estudiosos do comportamento humano separam e hierarquizam as diversas matrizes indutoras da atitude de consumo do usuário^{47,48}.

Os fenômenos comportamentais relacionados a desejos e necessidades, como vetores do consumo, incluem entre os motivos e moções indutoras do ato da aquisição do produto ou serviço, aspectos associados a sentimentos de pertença e acolhimento, categorias que, mesmo presas a condicionantes de natureza fisiológica, são vistas como pontes entre o sentimento individualista, de caráter instrumental e as motivações de contornos mais altruísticos, vinculadas a um sentimento político, *strictu* senso, que faz a articulação entre indivíduo e seu exercício solidário e responsável de cidadania⁴⁶.

A satisfação do usuário é uma meta a ser alcançada, devendo, portanto, ser pesquisada, visando a aperfeiçoamentos no sistema de serviços de saúde. Apesar do termo satisfação ser amplamente empregado, seu significado ainda não é objeto de consenso entre os pesquisadores dessa temática, havendo diversidade conceitual, tanto no que se refere ao significado de satisfação como sua relação com a avaliação dos serviços.

O usuário pode estar satisfeito por ter recebido exatamente o que queria, entretanto, ao se analisar a qualidade do que foi ofertado, poderia concluir-se que está aquém do ideal. Essa análise, entretanto, pode não diminuir a satisfação do usuário. De outro modo, o serviço, em algum momento, pode até mesmo ser considerado de qualidade superior pelos gestores, não satisfazendo aos usuários de alguma forma, por não ter sido ofertado algo que esperavam receber.

As instituições podem se expor a riscos ao interpretarem a satisfação de seus usuários, tomando por base a qualidade percebida pelos gerentes, quando ressaltam que, em muitos casos, tal entendimento pode diferir totalmente da visão do usuário, o que, também, poderia alterar a imagem construída pela comunidade e a imagem que esta tem de si mesma⁴⁹.

A realização de pesquisa de satisfação dos usuários de serviços de saúde proporciona diversos benefícios que serão materializados por meio da implementação de estratégias, programas e ações administrativas, tais como: informações mais precisas e atualizadas quanto às necessidades dos usuários; percepção mais positiva destes quanto ao hospital; relações de lealdade baseadas em ações corretivas dos aspectos que eles manifestam insatisfação e confiança desenvolvida em função de maior aproximação com esses usuários⁵.

A satisfação é uma avaliação pessoal do serviço recebido, fundamentada em padrões subjetivos de ordem cognitiva e afetiva e é estabelecida pela comparação entre a experiência vivida e os critérios subjetivos do usuário⁵⁰. Usualmente, é uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade dos cuidados ou a determinado tipo de intervenção realizada^{51,52}.

Inúmeros estudos apontam resultados não convergentes sobre o que realmente signifique satisfação e quais os fatores considerados mais importantes para que esta ocorra, além de sugerirem que não são as avaliações de satisfação do usuário capazes de fornecer um modelo teórico consistente^{53, 54}. Pode, também, haver certa relutância, por parte dos pesquisadores, em se adotar determinado modelo de satisfação do usuário que, posteriormente, seja suplantado por uma versão melhorada ou que perca a credibilidade⁴⁴.

Pesquisar a satisfação dos usuários é tarefa fundamental para a gestão das instituições, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do indivíduo, indicando decisões tanto estratégicas como operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização³⁴.

De acordo com Zaicaner³, a prática de se verificar a satisfação do usuário vem ocorrendo desde a publicação do Relatório do *National Health Service (NHS)*, em 1983, que recomenda que se certifique de que forma o serviço de saúde ofertado é percebido. Torna-se essencial que sejam ampliados os espaços, nos estabelecimentos de saúde, onde o indivíduo expresse sua percepção quanto a esses serviços.

Ressalta-se, ainda, a importância de se desenvolver medidas que avaliem a satisfação setorial, o que permite estabelecer *benchmarking* dos setores e a comparação de resultados entre instituições, sendo prática já estabelecida em outros países, a exemplo do *American Customer Satisfaction Index – ACSÍ*³⁴.

É fato que a satisfação do usuário é importante para a realimentação das ações e dos programas desenvolvidos nos estabelecimentos de saúde podendo, ainda, sinalizar quanto à adesão ao tratamento e à instituição. No entanto, os resultados da maioria das pesquisas de avaliação, tanto nacionais como internacionais têm sido positivos em relação aos serviços de saúde, especialmente,

nos estudos de respostas fechadas, sugerindo-se que sejam consequência do baixo senso crítico dos usuários com relação à qualidade, existindo a possibilidade de aceitação passiva do que lhe é oferecido pelo prestador do serviço⁵⁵.

A diversidade dos processos que geram a satisfação, as interferências circunstanciais, as perspectivas sob as quais são realizados os estudos, as avaliações para obtenção dos níveis de satisfação, as diferentes teorias que os embasam, os aspectos relacionados aos prestadores dos serviços e outros diretamente relacionados aos usuários e a qualidade percebida corroboram para que não se chegue a uma padronização teórica da temática.

A satisfação do usuário mede a percepção do que acontece em um serviço comparado com o que o usuário pensa que poderia ocorrer naquela situação. Mas, a satisfação e a qualidade percebida são dois constructos diferentes. Embora existam similaridades entre os constructos, estas não fazem com que sejam consonantes. São iguais porque ambos comparam expectativas com eventos atuais, sendo diferentes porque cada conceito compara um distinto tipo de expectativa. Compreende-se que existe relação entre ambos, porém a natureza exata não está esclarecida⁴³.

Todavia, a satisfação pode ser entendida como uma resposta que avalia a experiência de aquisição e consumo de um produto ou serviço, resultante entre o que era esperado e o que foi recebido, podendo ser, também, o resultado da percepção pelo usuário dos valores recebidos em uma transação comparada a de outros concorrentes ou uma avaliação pós-consumo onde a alternativa selecionada foi igual ou superior à expectativa, adotada uma valoração oposta à insatisfação^{56,57}.

As expectativas dos usuários podem ser bem diferentes entre si, pois variam em função da personalidade, contato prévio com o prestador do cuidado, valores sócio culturais e o contexto onde o cuidado é recebido. Além desses, o maior custo do serviço também está relacionado à maior insatisfação do usuário⁵⁸.

Turrini⁵⁹, corroborando com Donabedian⁶⁰, ressalta que a satisfação do usuário é uma maneira de se avaliar a qualidade do serviço e do atendimento prestado, cujas informações podem auxiliar na análise da estrutura, do processo ou do resultado de determinado serviço e que, ainda, a satisfação do usuário deixará

implícita a possibilidade, ou não, de seu retorno ao serviço, quando dele necessitar, bem como da propagação dessa percepção em sua comunidade.

A satisfação do usuário constitui-se, então, em um fator de aceitabilidade social, que ocorre quando o serviço de saúde recebe aprovação e aceitação de parte da população¹⁹. A inserção de um serviço na sociedade depende, entre outros aspectos, da imagem da instituição perante a população de seu entorno, quando positiva é utilizada como um recurso de divulgação⁶¹.

Nesse contexto, ao se tentar interpretar a satisfação do usuário, deve-se levar em consideração que as percepções de qualidade do serviço podem afetar as intenções do indivíduo de muitas formas e impactar na lucratividade, na obtenção de novos usuários e na fidelização dos antigos, que já configuram o quadro mantido pela instituição. A lealdade do usuário pode estar relacionada ao estabelecimento de vínculos afetivos com a instituição e é considerada dependente da satisfação do mesmo com a organização. A dimensão afetiva da lealdade envolve interação humana⁶².

No entanto, ainda que a satisfação do usuário seja alcançada, não é suficiente condição para a fidelização, visto que o componente racional não se tornou efetivo. Satisfação e lealdade são conceitos diferentes. Entretanto, entende-se que a insatisfação elimina a possibilidade de lealdade, na medida em que está relacionada à percepção de valor. Por esta razão, o valor é afetado pelo grau de satisfação do usuário, podendo ser função de ambos: qualidade do serviço e percepção do indivíduo. A percepção da imagem de uma instituição afeta diretamente o comportamento emocional e a lealdade, enquanto a percepção de valor e a satisfação do usuário têm impacto maior no aspecto mais racional da lealdade³⁹.

A satisfação do usuário e as duas dimensões da lealdade, também, relacionam-se com a fidelização, de maneira que a permanência do usuário na instituição está associada ao desempenho financeiro superior, segundo consenso de especialistas. Nessa perspectiva, os custos de manutenção dos usuários são mais baixos, o relacionamento a longo prazo lucrativo e a propaganda pessoal oportuna, ocorrendo quando o usuário indica a instituição para seus contatos pessoais. O usuário antigo requer menos interações pela maturidade

do relacionamento e lealdade à instituição do que o usuário que ainda não estabeleceu vínculos afetivos e cognitivos³⁹.

O serviço pode atender a uma necessidade, mas não às expectativas de qualidade do usuário por serem estas maiores, sendo o inverso também verdadeiro, o usuário pode sentir satisfação por utilizar um determinado serviço que se enquadra dentro de suas expectativas, mas que não apresenta os atributos que considera como sendo de alta qualidade.

Entretanto, tanto os níveis de satisfação como as expectativas variam de um usuário para outro. Sob essa ótica, ratifica-se a necessidade de conhecer as necessidades dos usuários para que se possa oferecer serviços que proporcionem elevados níveis de satisfação.

A satisfação ou insatisfação pode ser definida, como o sentimento de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo serviço (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa. Esta é uma das definições que tem como foco o desempenho da oferta em relação às expectativas do usuário⁶³.

Os gestores comprometidos com o trabalho que realizam, além de avaliar a qualidade dos serviços que a instituição oferece, precisam ter clareza e bom senso na tomada de decisão sobre o que privilegiar. Ter como prioritário, por exemplo, os aspectos tangíveis do serviço em detrimento da confiabilidade pode ser perigoso e gerar sérios danos tanto financeiros como à imagem da instituição, podendo associá-la a erros graves e repetitivos.

Os líderes das instituições devem ir além ao focalizarem a lealdade e o encantamento do usuário, a maximização de sua retenção e a análise dos que ainda não são usuários, devendo estabelecer vínculos com os mesmos para que percebam o interesse e a intencionalidade da instituição em fazer com que se sintam satisfeitos e bem atendidos.

Os processos precisam ser bem definidos e previsíveis, com margem de flexibilidade para se adequarem às necessidades dos usuários de forma a superar as expectativas e surpreendê-los de forma positiva. Na atualidade, satisfazer não é suficiente, é preciso encantar o usuário.

Considera-se desejável que estes delineamentos sejam incorporados aos serviços de saúde para que o usuário receba atendimento de alta qualidade, por colaboradores capacitados, valorizados, e que as expectativas do serviço sejam satisfeitas e superadas. Outrossim, qualidade não significa luxo e ostentação nos aspectos tangíveis, mas proporcionar acolhimento e padrão de qualidade de serviço na visão do usuário.

Dessa maneira, somente as instituições que aprenderam a oferecer qualidade, conforme o usuário a define, podem produzir satisfação, gerando lucros sólidos e crescentes⁶⁴.

Por conseguinte, a satisfação do usuário é a base de sustentação da sobrevivência de qualquer instituição, devendo ser buscada nas duas formas – defensiva e ofensiva. A satisfação na forma defensiva preocupa-se em eliminar os fatores que desagradam o usuário, pela realimentação (*feedback*) das informações do mercado. A satisfação na forma ofensiva busca antecipar as necessidades do usuário e incorporar esses fatores ao serviço⁶⁵.

Diante do que foi mencionado e frente à finalidade deste estudo – analisar a satisfação dos usuários de uma instituição de saúde – é que se optou pelo modelo avaliativo de Parasuraman, Zeithaml e Berry⁴⁵, por permitir a abrangência necessária dos principais atributos do serviço, especificados em ítems objetivos e mensuráveis.

1.3 O referencial teórico: O modelo de qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry

A qualidade em bens tangíveis tem sido descrita e mensurada por estudiosos da área de Marketing em inúmeros trabalhos. A percepção de que o conhecimento existente sobre a qualidade dos produtos era insuficiente para compreender a qualidade dos serviços, tornou-se o ponto de partida para que Parasuraman, Zeithaml e Berry⁶⁶ desenvolvessem um modelo de qualidade em serviço.

Avaliar um serviço é mais complexo do que avaliar um produto. O produto é tangível, o usuário pode detectar defeitos, averiguar seu funcionamento, comparar a durabilidade, averiguar sua qualidade em termos de conformidade com as especificações do fabricante; enquanto o serviço é primeiro comprado, para depois

ser produzido e consumido simultaneamente, sendo os possíveis defeitos percebidos e experimentados, o que caracteriza sua inseparabilidade (produção – consumo). Esta característica aumenta a importância do relacionamento entre o prestador do serviço e o usuário, bem como a variação na qualidade do serviço fornecido. Outra característica dos serviços é a perecibilidade, significando que os mesmos não podem ser estocados nem inventariados.

Os serviços são, também, intangíveis, sendo julgados pelo desempenho e experiências vividas por quem os utiliza, ao mesmo tempo em que são heterogêneos, com possibilidade de desempenho e julgamentos diferentes, conforme o prestador e o usuário⁶⁷.

A inadequação em compreender a qualidade dos serviços procede da forma como os bens são produzidos, consumidos e avaliados. A partir do momento em que está sendo vendido, em serviços, é um desempenho, torna-se difícil capturar, com precisão, o critério que o usuário utiliza para sua avaliação. Sendo assim, os usuários não julgam somente um resultado, mas, também, o processo da entrega do serviço. Os usuários julgam a qualidade, considerando-se todos os outros julgamentos, essencialmente, irrelevantes⁴³.

Os conceitos de qualidade foram aprimorados e desenvolvidos, passando esta a ser considerada a medida de quanto o nível do serviço entregue se harmoniza com as expectativas dos usuários⁶⁸. Quando os usuários recebem o serviço prometido, percebem que a instituição atende às suas expectativas, é confiável, o que proporciona uma experiência positiva.

Na prestação do serviço, a falta de uniformidade é percebida, quando existe variação na qualidade dos serviços entregues por diferentes colaboradores, pelo mesmo colaborador em horas distintas, quando o que a instituição pretende entregar é inteiramente diferente daquilo que o consumidor recebe. A qualidade do serviço entregue, deve estar baseada nas necessidades dos usuários, sendo uma das causas mais comuns para um serviço pobre em qualidade, o desconhecimento de suas expectativas³⁹.

Conforme Parasuraman, Zeithaml e Berry⁴⁵, as performances dos serviços mudam de prestador para prestador, de usuário para usuário e de dia em dia.

Se a qualidade percebida está relacionada com o nível de satisfação do usuário, então a satisfação é função do desempenho percebido e das expectativas.

Assim, as relações entre as expectativas e percepções dos usuários se relacionam da seguinte forma⁶⁹:

- Quando as expectativas são menores do que as percepções, a qualidade percebida é boa;
- Quando as expectativas são iguais às percepções, a qualidade percebida é aceitável;
- Quando as expectativas são maiores do que as percepções, a qualidade percebida é ruim.

O intervalo que separa o nível desejado e o mínimo aceitável estabelece uma zona de tolerância, apontando o âmbito de desempenho do serviço que o usuário considera satisfatório. O desempenho inferior causa frustração, ao passo que o superior, surpreende positivamente.

Nessa visão, a zona de tolerância pode variar segundo o usuário, a ocasião em que o serviço é prestado e as circunstâncias nos quais os processos ocorrem, atribuindo-se essa variação a fatores pessoais ou externos. Os usuários avaliam a qualidade do serviço, comparando o que desejam ou esperam, com aquilo que obtêm. No estudo desenvolvido pelos referidos autores, os critérios de avaliação aplicados consideraram as lacunas (gaps) que são as diferenças entre as expectativas dos usuários e o que é realmente oferecido^{70,71}.

A Figura 1, apresentada a seguir, ilustra o referido modelo avaliativo, explicitando as lacunas ou gaps de qualidade dos serviços.

Figura 1 - Modelo GAP da Qualidade dos Serviços.

Fonte: Parasuraman, Zeithaml e Berry. *Delivering Quality Service*, p.46, 1985.

Os *gaps* podem ser os principais obstáculos para que os usuários percebam a prestação desses serviços como sendo de alta qualidade. O modelo dos *gaps* constitui a forma de avaliação de maior credibilidade entre os especialistas⁷².

Quando as percepções forem maiores que as expectativas, os *gaps* serão estreitos e os níveis de satisfação elevados, considerando-se o serviço de boa

qualidade. Os autores citados destacam cinco *gaps* corporativos que, usualmente, são encontrados entre as expectativas e percepções dos usuários. São eles:

Gap 1 – Não conhecer o que os usuários esperam receber;

Gap 2 – Não selecionar o projeto certo do serviço e padrões;

Gap 3 – Não entregar o serviço padrão;

Gap 4 – Não casar desempenho com promessas;

Gap 5 – Estabelecido em função dos quatro gaps anteriores;

$\text{gap 5} = f[\text{gap 1}, \text{gap 2}, \text{gap 3}, \text{gap 4}]$

Com o intuito de entender como os usuários percebem e avaliam a qualidade dos serviços, Parasuraman, Zeithaml e Berry⁶⁹ criaram doze grupos focais, sendo três em cada um dos quatro diferentes serviços investigados (banco de varejo, cartão de crédito, corretagem de ações e reparo e manutenção). Ao se basearem nas percepções comuns dos grupos focais (compostos por executivos e usuários), formalmente os referidos autores definiram qualidade do serviço como o grau e a direção da discrepância entre percepções do serviço pelos usuários e suas expectativas, sugerindo que estes utilizam os mesmos aspectos gerais do serviço para avaliação da qualidade.

Os resultados obtidos com os grupos focais confirmaram que os usuários são influenciados pelas dimensões do processo e não só pelos resultados na avaliação da qualidade do serviço. O padrão de respostas obtido revelou dez critérios avaliativos gerais que os usuários utilizam independente do tipo de serviço investigado. Os critérios foram definidos como tangibilidade, confiabilidade, responsividade, competência, cortesia, credibilidade, segurança, acesso, compreensão do usuário e comunicação. Após a análise estatística para determinar as inter-relações a respeito dessas dimensões, três permaneceram sem alterações: tangibilidade, confiabilidade e responsividade. Os sete critérios remanescentes foram inseridos em duas outras dimensões, a saber: garantia e empatia⁶⁹.

O estudo dessas cinco dimensões sugere que os usuários as utilizam como critérios de julgamento da qualidade do serviço. As dimensões não são mutuamente exclusivas, ainda assim fornecem uma importante estrutura para a compreensão das expectativas dos usuários, sendo aspectos que delineiam o serviço sob o ponto

de vista do usuário que irá julgá-lo⁴³. Após o refinamento das dimensões, estas podem ser conceituadas, como:

- **Tangibilidade:** inclui a aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação, representando os aspectos materiais do fornecimento que podem ser percebidos pelos cinco sentidos humanos;
- **Confiabilidade:** é traduzida na habilidade do fornecedor executar de forma segura e eficiente o serviço. É a capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável. Retrata um desempenho consistente, sem falhas, no qual o usuário possa confiar. O fornecedor deve cumprir com o que foi prometido sem a possibilidade de trabalhos refeitos. Esta dimensão pode ser considerada um resultado, enquanto tangibilidade, receptividade, garantia e empatia são dimensões do processo, pois ocorrem durante a prestação do serviço. As expectativas dos usuários são maiores e as zonas de tolerância mais estreitas para a confiabilidade do que para as outras dimensões;
- **Responsividade:** refere-se à disponibilidade do prestador, voluntariamente, ajudar os usuários; prestando um serviço de forma atenciosa, com precisão e rapidez de resposta. Diz respeito à disposição dos colaboradores da instituição em auxiliar os usuários e fornecer o serviço prontamente;
- **Garantia:** é identificada como a cortesia, o conhecimento dos colaboradores e suas habilidades de transmitir confiança;
- **Empatia:** relata que a organização importa-se com o usuário e o atende de forma individualizada, referindo-se à capacidade de demonstrar interesse e atenção personalizada aos usuários. A empatia inclui acessibilidade, sensibilidade e esforço em entender as necessidades dos usuários.

Constata-se que investigações têm confirmado os achados prévios de Parasuraman, Zeithaml e Berry⁶⁹ de que a confiabilidade é a mais importante dimensão, sendo a tangibilidade a menos relevante para a alta qualidade do serviço.

Em vista disso, algumas dimensões podem se destacar de forma mais acentuada enquanto outras nem tanto, dependendo do tipo de serviço fornecido.

A seguir, o Quadro 1 apresenta os critérios do modelo original e as alterações que resultaram no modelo refinado das dimensões de qualidade:

Quadro 1 – Modelo original comparado ao modelo refinado das cinco dimensões

Modelo Original	Modelo Refinado	Descrição
Tangibilidade	Tangibilidade	Aspectos físicos daquilo que é fornecido aos usuários.
Confiabilidade	Confiabilidade	Habilidade de cumprir o que foi prometido com exatidão.
Responsividade	Responsividade	Capacidade para ajudar os usuários e fornecer o serviço prontamente, capturando a noção de flexibilidade e habilidade para adaptar o serviço às necessidades do usuário.
Competência Cortesia Credibilidade Segurança	Garantia	Competência e cortesia estendida aos usuários e a segurança fornecida através das operações.
Acesso Comunicação Compreendendo o usuário	Empatia	Atenção individualizada aos usuários.

Fonte: Marshall G, Murdoch I. Service quality in consulting marketing engineers.

International Journal for Construction Marketing (3) Oxford Brookes University, 2001.

Para realizar a mensuração da satisfação do usuário Parasuraman, Zeithaml e Berry⁶⁹ concluíram que é preciso focar as expectativas e as percepções que os usuários têm do serviço fornecido. O conceito de qualidade percebida (utilizada tanto para serviços como para produtos) tem sido entendido como superioridade ou excelência. Enquanto a conceituação de qualidade do serviço é mais abstrata e intangível. Na ausência de medidas objetivas, pode se considerar apropriado que a avaliação seja realizada pela mensuração da percepção do serviço pelo usuário⁴⁵.

Por essas considerações, esses autores elaboraram uma escala psicométrica das dimensões de qualidade chamada *SERVQUAL* (*Service Quality*), sendo a primeira tentativa para operacionalização do constructo da satisfação do usuário. A escala foi desenvolvida com o suporte do *Marketing Science Institute (MSI)*, com a finalidade de proporcionar um instrumento para medição da qualidade funcional, aplicável a inúmeros setores de serviço⁷⁴.

Inicialmente a escala *SERVQUAL* consistia de duas seções: uma contendo 22 afirmações sobre as expectativas dos usuários referentes ao serviço e a outra com 22 afirmações sobre as percepções dos usuários dentro de categorias específicas do serviço⁷⁵.

Os usuários deveriam fornecer duas notas para cada atributo – uma refletindo suas expectativas do nível do serviço entregue por excelentes instituições em um setor e outra mostrando suas percepções do serviço entregue por uma instituição específica dentro daquele setor. Duas escalas foram construídas, sendo uma acerca das expectativas e outra das percepções. Assim, os usuários deveriam pontuar expectativas e percepções do serviço recebido em cada uma das dimensões consideradas mais importantes e seus respectivos atributos. As pontuações (1-7) variavam de discordo totalmente até concordo totalmente.

As diferenças obtidas entre os escores de expectativas e percepções eram empregados para melhoria da qualidade do serviço de muitas formas: apenas como seguimento desses atributos, implementação de mudanças ou identificação de segmentos de usuários que apresentaram significativas diferenças em suas avaliações.

A escala *SERVQUAL*, desenvolvida em 1988, após duas décadas de uso tem se mostrado eficiente para mensurar as percepções e expectativas dos usuários sobre a qualidade do serviço⁷⁵.

Pesquisadores e utilizadores dessa escala têm debatido os méritos de aproximação da *SERVQUAL* questionando, por exemplo, se haveria a necessidade de se mensurar expectativas; se os escores são apropriados para se avaliar a qualidade do serviço, ou ainda, se as cinco dimensões são generalizáveis para outros contextos e culturas, sendo considerada mais valiosa quando usada periodicamente para acompanhar as tendências da qualidade do serviço e em

conjunto com outras formas de mensuração, podendo, quando necessário, ser adaptada ou suplementada para comportar as características ou necessidades específicas de investigação da organização⁷⁵.

No Brasil, o instrumento desenvolvido e validado por Castellanos⁵ para os serviços de saúde apresenta os atributos que permitem aos usuários avaliarem as diferentes dimensões do serviço, tomando como base as cinco dimensões que resultaram dos estudos de Parasuraman, Zeithaml e Berry⁴⁵, a partir do modelo da escala *SERVQUAL*.

Nesta investigação, utilizou-se o instrumento elaborado por Castellanos⁵, sendo um questionário que envolve tanto os dados sociodemográficos como a percepção (satisfação-confiança) dos usuários sobre o atendimento recebido.

A satisfação e a qualidade percebida estão inter-relacionadas, embora, existam diferenças entre os tipos de expectativas peculiares a cada uma delas. No caso da satisfação estaria ligada ao que o usuário espera que aconteça quando adquire um serviço, enquanto na qualidade dos serviços compreende mais os anseios dos usuários e não o que o provedor tem condições de oferecer.

Dessa maneira, nesta pesquisa, para aplicar o modelo das cinco dimensões da qualidade acima descritas, o conjunto de variáveis pesquisadas com os usuários foi agrupado em 35 atributos do atendimento. As perguntas referentes ao grau de confiança e a disposição em indicar o hospital para outros usuários não se configuram como atributos do atendimento, e sim como consequência da satisfação do usuário com o atendimento recebido.

Diante das considerações expostas, o presente estudo foi desenvolvido, acreditando que poderá agregar valor a temática da satisfação do usuário, especialmente, no ambiente hospitalar e contribuirá fornecendo subsídios para futuras investigações.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ❖ Analisar a satisfação dos usuários em relação a um conjunto de atributos dos serviços prestados em unidades de internação de um hospital privado.

2.2 Objetivos específicos

- ❖ Verificar os níveis de satisfação dos usuários de acordo com as cinco dimensões da qualidade propostas por Parasuraman, Zeithaml e Berry;
- ❖ Identificar os atributos de atendimento intervenientes na satisfação dos usuários em unidades de internação hospitalar.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva dos dados.

3.2 O local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Adventista de São Paulo (HASP). Esta instituição de saúde, da rede privada, está localizada no bairro da Liberdade e presta serviços há mais de 60 anos a usuários, conveniados e particulares residentes no Município de São Paulo e aos usuários procedentes do interior do Estado, bem como de outros Estados da Federação.

O HASP é um hospital geral, filantrópico, de pequeno porte - 45 leitos, distribuídos nas seguintes clínicas: Clínica Médica, Maternidade, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) e Clínica Cirúrgica. Este estudo foi realizado com os usuários das Clínicas Médica e Cirúrgica em razão da taxa de ocupação ser preponderante nessas unidades.

No período de janeiro a dezembro de 2007 foram encontrados os seguintes indicadores de desempenho hospitalar no HASP: taxa média de ocupação para tratamento clínico 59% e a taxa de tratamento cirúrgico 61%, o tempo médio de permanência, nas citadas unidades, foi de 7,3 dias.

Para atender a essa demanda assistencial conta com 218 profissionais, sendo 89 da equipe de enfermagem, cinco da equipe médica, 13 do serviço de nutrição, 15 da recepção, 35 do serviço de hotelaria e 61 da área administrativa. Cabe lembrar que o atendimento prestado no Pronto-Socorro Adulto e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é de responsabilidade de uma empresa terceirizada.

Outra característica dessa instituição é o desenvolvimento de atividades voltadas à promoção da saúde, como o programa “HASP e a Comunidade” e o grupo musical “Musihasp”, que promovem durante os eventos momentos de espiritualidade e meditação ressaltando sua importância para o viver saudável.

A busca pela excelência no atendimento é uma meta do HASP, com ênfase na valorização de seus colaboradores e no reconhecimento de seus méritos, visando a retenção de profissionais capacitados em quadro de pessoal.

A estrutura organizacional do HASP é composta por uma diretoria médica, por órgãos de assessoria e por quatro gerências, a saber: Gerência Clínica, Fisioterapia, Nutrição e Supervisão de Diagnósticos, conforme é explicitado na Figura 2. O HASP conta, ainda, com uma diretoria administrativa e setores de apoio.

Figura 2 – Estrutura organizacional do HASP.

Fonte: Manual de Normas Administrativas do HASP, São Paulo, 2008.

3.3 Os aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (ANEXO 1), analisado sob exigências da Resolução nº196/96⁷⁶, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos.

Todos os respondentes tiveram preservadas sua identidade, sendo facultada sua participação no estudo, não interferindo na assistência recebida na internação ou nos retornos à instituição. A participação dos respondentes foi voluntária, sendo esclarecido que poderia haver desistência em qualquer momento de sua realização, sem qualquer sanção ou prejuízo decorrente desse ato, assim como o respeito às opiniões verbalizadas.

A pesquisadora colocou-se à disposição dos informantes para sanar dúvidas que, eventualmente, pudessem surgir durante a realização da pesquisa, sendo oferecida a possibilidade de contato por telefone, e-mail ou pessoalmente na instituição.

A seguir, procedeu-se à coleta de dados, e a cada participante foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 2), em duas vias, permanecendo uma com o respondente e outra com a pesquisadora.

3.4 A casuística / amostra

Os critérios de inclusão dos sujeitos foram:

- Idade superior a 18 anos e alfabetizados;
- Internados por mais de três dias;
- Em condições clínicas favoráveis para responder o instrumento de coleta de dados.

Para o cálculo do tamanho da amostra e no intuito de auferir o grau de satisfação dos usuários do HASP, foi aplicado o instrumento de coleta de dados, elaborado e validado por Castellanos⁵, em 20 indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão.

Dessa forma, verificou-se que o grau de satisfação encontrava-se no intervalo de 83 % a 97% (aproximadamente 90%), o que embasou o cálculo da amostra por meio da seguinte fórmula⁷⁷.

$$n = z^2 \frac{(1 - \pi)}{D^2}$$

onde:

n = tamanho da amostra

z = nível de confiança

D = nível de precisão

π : proporção populacional

Portanto, a amostra deste estudo correspondeu a 71 sujeitos; o nível de significância para o cálculo desta amostra foi de 5%.

3.5 A coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2007, por meio de questionário intitulado "Avaliação do atendimento prestado por um hospital privado sob a ótica de usuários" (ANEXO 3).

3.5.1 O instrumento de coleta de dados

O questionário de coleta de dados (ANEXO 3) teve como referência o instrumento aplicado e validado por Castellanos⁵, citado anteriormente, ao desenvolver estudo similar em uma instituição pública, que se constituiu de duas partes, sendo a primeira composta pela identificação e dados sociodemográficos e a segunda contemplando os atributos do serviço mensuráveis em uma escala variando de 1 a 6.

O referido instrumento tinha por finalidade avaliar o grau de satisfação dos usuários, considerando suas percepções relacionadas a cinco dimensões:

confiabilidade, responsividade, tangibilidade, garantia e empatia, derivado da escala *SERVQUAL*, proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry^{43,74}.

Com o intuito de se verificar a compreensão e a pertinência do instrumento foi aplicado um pré-teste com 20 usuários, não sendo verificada necessidade de reestruturação do mesmo.

3.5.2 A operacionalização da coleta de dados

Após a anuência do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP e da Diretoria do HASP, foi realizada a coleta de dados. Para tanto, a pesquisadora comparecia diariamente às unidades de internação, a fim de obter a relação dos usuários do serviço passíveis de serem sujeitos da pesquisa.

De posse da relação, os objetivos do estudo eram expostos aos usuários, sendo os mesmos convidados a participar da investigação. Os que aceitavam o convite, recebiam o TCLE e o questionário.

Os sujeitos do estudo preenchiam o instrumento em sua unidade de internação, sendo acordado o período necessário para o recolhimento do questionário, ao mesmo tempo em que lhes era assegurada a privacidade durante o preenchimento.

3.6 A organização e a análise dos dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica Excel^R para o processamento. Para a análise, foram utilizados os recursos de computação por meio do processamento no sistema Windows Excel^R e Statistic Package for Social Sciences^R (SPSS^R)⁷⁸ versão 15.0, ambos em ambiente Windows XP.

As variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas, essa análise foi feita por meio da observação dos valores mínimos e máximos e do cálculo de médias, desvio-padrão e medianas. Para as variáveis qualitativas, foram calculadas as freqüências absolutas e relativas.

Para a análise da hipótese de igualdade de proporções entre os dois grupos foram utilizados os testes Qui-quadrado e o Exato de Fisher⁷⁹.

Para a análise univariada de correlações entre constructos e satisfação empregou-se o coeficiente de correlação de Pearson e ao estudo multivariado o modelo de regressão linear múltiplo⁸⁰. Com o objetivo de selecionar os principais constructos que se associavam com a satisfação foi utilizado o processo de seleção *Stepwise*.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos participantes

Os resultados descritos, a seguir, caracterizam os participantes deste estudo e referem-se às variáveis: gênero, faixa etária, escolaridade, unidade de internação, motivo da internação e convênio utilizado.

Em relação à variável gênero constata-se que 41 (57,7%) participantes eram do sexo feminino e 30 (42,3%) do sexo masculino.

Quanto à idade dos sujeitos verifica-se variação entre 25 e 99 anos, com média de 68,2 anos, desvio-padrão de 17,1 anos e mediana de 73,5 anos.

Gráfico 1 - Distribuição dos usuários segundo a faixa etária, HASP, São Paulo, 2007.

Observa-se por meio do Gráfico 1 que a faixa etária predominante encontra-se entre 75 - 85 anos com 34 (33,8%) usuários, seguido de 65 - 75 anos com 24 (23,9%). Dos usuários acima de 65 anos, 20 (40,4%) eram do sexo masculino e 29 (59,6%) do sexo feminino, correspondendo a 49 (69%) dos usuários deste estudo.

Esse achado ratifica a gradual modificação da pirâmide etária brasileira, traduzindo-se numa elevação da expectativa média da população e no aumento de pessoas atingindo idades mais avançadas. De acordo com o Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE)⁸¹ a expectativa de vida do brasileiro encontra-se em 72 anos. Ainda, segundo dados do IBGE, o crescente aumento na expectativa de vida da população mundial não ocorre de modo uniforme em ambos os sexos, sendo mais significativo para a mulher do que para o homem.

O que se observa no Brasil, atualmente, é um progressivo declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade, que se traduz numa elevação da expectativa de vida média da população e no aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas. Estima-se que em 2025 o Brasil estará entre os dez países com as maiores populações idosas, atingindo cerca de 27 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade^{82,83}.

Os idosos tendem a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação hospitalar bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada⁸⁴.

Nesse sentido, deve ser dada especial atenção à avaliação dos cuidados de saúde prestados a esse seguimento populacional nas instituições de saúde, tanto para promover maior conhecimento sobre a efetividade desses cuidados, como para proporcionar maior eficiência na utilização de recursos⁸⁵.

A realização de avaliações sobre cuidados de saúde implica a necessidade da utilização de medidas eficientes e eficazes, que permitam a realização de comparações de desempenho entre os hospitais⁸⁶.

A elaboração de indicadores de qualidade, por parte dos profissionais de saúde, bem como a sua comparabilidade entre as organizações, vêm caracterizando-se como uma estratégia que possibilita o monitoramento e a avaliação da assistência prestada.

Gráfico 2 - Distribuição dos usuários segundo a escolaridade, HASP, São Paulo, 2007.

Pelo Gráfico 2 verifica-se a escolaridade da amostra analisada, havendo predomínio dos indivíduos com ensino superior completo 26 (36,6%), sendo 17 (24,0%) do sexo masculino e 9 (12,6%) do sexo feminino. A somatória dos que possuem o ensino médio completo (incluindo superior incompleto) alcança 21 (29,6 %) e os usuários com o ensino fundamental perfazem 6 (8,5 %).

Conforme informes do IBGE⁸¹, apenas 20% da população brasileira tem acima de 11 anos de escolaridade, equivalente ao ensino médio completo ou mais. Os resultados obtidos mostram que 47 (66%) dos usuários do HASP completaram o ensino médio ou mais, sendo estes dados superiores aos obtidos por Castellanos⁵, que encontrou, em sua investigação, o percentual de 43% dos usuários com essa mesma escolaridade.

Cabe ressaltar, que o estudo de Castellanos⁵ foi realizado em um hospital público, não tendo, todavia, o grau de escolaridade influenciado nos resultados encontrados, apontando a controvérsia existente sobre essa questão, relatadas a seguir:

Gráfico 3 - Comparação entre a escolaridade da amostra dos usuários do HASP com a população brasileira, São Paulo, 2007.

O Gráfico 3 revela que a escolaridade dos usuários analisados referente ao ensino médio completo ou mais, difere da população brasileira em geral.

De acordo com estudos existentes, a escolaridade pode influenciar a avaliação do desempenho de instituições de saúde^{87,88}. Neste estudo, não se confirma a associação de que quanto maior a escolaridade, menor o nível de satisfação manifestado pelo usuário.

Em sua pesquisa, Turrini⁵⁹ não encontrou variação no nível de satisfação relacionada à escolaridade, o que ratificou-se nos achados deste estudo e no de Castellanos⁵.

Esses resultados sugerem que a influência da escolaridade sobre a percepção do usuário em relação à qualidade de serviços de saúde, não segue um padrão rígido, devendo estar associada à outros fatores derivados da própria formação do indivíduo⁵.

Gráfico 4 - Distribuição dos usuários segundo a unidade de internação, HASP, São Paulo, 2007.

Constata-se, por meio do Gráfico 4, o predomínio de usuários da clínica médica 42 (59,2%), sobre os da clínica cirúrgica 29 (40,8%); estando estes dados associados à idade avançada dos usuários, bem como a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, somadas à decorrência de pluripatogenias.

Desde o início deste século, o Brasil vem sendo considerado um país de população eminentemente urbana, com características particulares, como uma participação feminina crescente na força de trabalho, a economia com industrialização expressiva, e que passa por uma transição demográfica e epidemiológica, tendo na base piramidal uma população mais idosa que a anterior, assistindo ao aumento de determinadas doenças, próprias desta faixa etária, com um aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas não-transmissíveis, como as doenças cardiovasculares⁸⁹.

Tal cenário vem despertando o interesse da sociedade em geral, e mais especificamente os responsáveis pelas políticas públicas de saúde, para a necessidade de formação de profissionais para atuar na área de atenção à saúde do idoso. Em 2005, a Universidade de São Paulo, atenta à essa realidade, inicia o curso de Bacharelado em Gerontologia, com duração de oito semestres. Com isso, pretende que os egressos desse curso atuem junto às demandas assistenciais específicas dos idosos, contribuindo para que essa etapa da vida seja bem sucedida.

Gráfico 5 - Distribuição dos usuários segundo o motivo de internação, HASP, São Paulo, 2007.

O Gráfico 5, mostra que a somatória dos percentuais dos motivos de internação para tratamento clínico totalizam 48 (67%) e para tratamento cirúrgico 23 (32%), ratificando a maior taxa de ocupação, na referida instituição, para tratamento clínico, decorrente do perfil de morbidade de seus usuários.

Dentre as patologias mais prevalentes na clínica médica destacam-se as doenças cardiovasculares (Doença Arterial Coronariana, Insuficiência Cardíaca Congestiva e Infarto Agudo do Miocárdio). Quanto ao motivo cirúrgico verifica-se discreta predominância de cirurgias ortopédicas.

Pelos motivos de internação, constata-se a existência de três ou mais patologias associadas. Esse dado encontra respaldo em pesquisas que demonstram que cerca da metade das internações hospitalares de idosos são decorrentes das cardiopatias e de problemas respiratórios⁸⁹.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários segundo o convênio utilizado, HASP, São Paulo - 2007

Convênio	N	%
A	4	5,9
B	17	25,0
C	13	19,1
D	1	1,5
E	27	39,7
F	6	8,8
Total	68	100,0

No que diz respeito ao vínculo com a instituição, 68 (95,8%) usuários possuíam algum tipo de convênio e 3 (4,2%) eram particulares. O HASP tem convênio próprio e empresarial, observando-se pela Tabela 1 o predomínio do convênio E, embora B e C também apresentem percentuais consideráveis.

Cabe esclarecer que, neste estudo, optou-se por nominar os convênios por letras para que o anonimato dos mesmos fosse preservado.

As operadoras privadas de planos de saúde oferecem pacotes de serviços relativamente semelhantes, tendo em vista a Nova Regulamentação (Lei 9.656/99), que pode indicar ao usuário do serviço que a estrutura disponível independe do ofertante⁹⁰. A comunicação entre as operadoras dos planos com os usuários pode contribuir para a melhoria na percepção dos atributos do atendimento, que favorecem a diferenciação dos mesmos no momento de escolha do prestador e a sua conseqüente lealdade.

4.2 Classificação dos atributos de atendimento de acordo com o modelo avaliativo de Parasuraman, Zeithaml e Berry.

Para auferir os níveis de satisfação dos participantes foram pesquisados 35 atributos de atendimento, classificados conforme o modelo avaliativo das cinco dimensões da qualidade, proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry⁴⁵. Desses atributos, quatro correspondiam à equipe médica, oito à equipe de enfermagem, oito ao serviço de nutrição, oito a atributos gerais e sete ao atendimento inicial.

As questões concernentes ao grau de confiança, intenção em indicar o hospital e satisfação geral foram avaliadas separadamente dos atributos do atendimento.

Os atributos de atendimento (Quadro 2) foram agrupados de acordo com as dimensões de qualidade, conforme observa-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos atributos segundo dimensões de qualidade, HASP, São Paulo - 2007

Dimensão de qualidade	Atributos	%
Tangibilidade	11	31,4
Responsividade	8	22,9
Empatia	6	17,1
Garantia	5	14,3
Confiabilidade	5	14,3
Total	35	100,0

A dimensão que agrupou o maior número de atributos 11 (31%) foi a de tangibilidade, estando relacionada ao fato de que os aspectos tangíveis permitem avaliações mais objetivas e ao mesmo tempo oferecem oportunidades concretas de intervenção e de fácil mensuração¹¹.

Na seqüência, aparecem os atributos de responsividade 8 (23%) e de empatia 6 (17%), que refletem a preocupação com os aspectos rapidez no atendimento, disponibilidade para atender as demandas do usuário e atenção personalizada, atributos cada vez mais importantes para o usuário e reconhecidos como geradores de desconforto quando apresentam falhas⁵.

As dimensões que refletem as habilidades técnicas dos profissionais e a confiança transmitida aos usuários – garantia e confiabilidade, apresentaram 5 (14%) atributos cada uma.

Por meio dessas dimensões de qualidade, as quais abarcaram atributos do atendimento, foi possível averiguar o nível de satisfação e de insatisfação dos usuários do HASP.

Neste estudo, optou-se por definir como “**nível de satisfação**” a somatória das respostas “**muito**” e “**totalmente satisfeito**”. Dessa forma, a somatória do restante das respostas representa o “**nível de insatisfação**”.

Assim, o nível de satisfação resultou das respostas, muito satisfeito adicionado às respostas totalmente satisfeito e o nível de insatisfação resultou da soma das respostas pouco satisfeito, pouco insatisfeito, muito insatisfeito e totalmente insatisfeito.

O Quadro 2, a seguir, apresenta os 35 atributos de atendimento com os percentuais encontrados nas clínicas médica e cirúrgica, bem como sua dimensão de qualidade correspondente.

Os dados disponíveis no Quadro 2 foram subdivididos e encontram-se discutidos nos itens 4.2.1 e 4.2.2.

**Quadro 2 - Atributos de atendimento segundo unidade de internação e dimensão.
HASP, São Paulo - 2007**

Atributos de Atendimento	Médica %	Cirúrgica %	Dimensão
1 Atenção-interesse da equipe médica	100,0	96,6	Empatia
2 Educação da equipe médica	100,0	93,1	Capacitação
3 Empenho da equipe médica	97,6	93,1	Responsividade
4 Explicações-orientações da equipe médica	92,9	96,6	Responsividade
5 Atenção-interesse da equipe de enfermagem	97,6	100,0	Empatia
6 Educação da equipe de enfermagem	97,6	100,0	Capacitação
7 Empenho da equipe de enfermagem	100,0	93,1	Responsividade
8 Explicações-orientações da equipe de enfermagem	97,6	96,6	Responsividade
9 Cuidados prestados pela equipe de enfermagem	100,0	96,6	Confiabilidade
10 Tempo de espera para atender o usuário quando este toca a campainha	97,6	96,6	Responsividade
11 Qualidade geral da enfermagem que atende durante o dia	100,0	96,6	Confiabilidade
12 Qualidade geral da enfermagem que atende durante a noite	97,6	96,6	Confiabilidade
13 Atendimento da nutricionista (se houve contato)	76,2	89,7	Empatia
14 Qualidade-sabor da comida	73,2	82,8	Tangibilidade
15 Aparência-apresentação da comida	90,5	96,6	Tangibilidade
16 Temperatura da comida	95,1	96,6	Tangibilidade
17 Quantidade da comida	95,2	89,7	Tangibilidade
18 Variedade na comida	78,6	93,1	Tangibilidade
19 Regularidade nos horários em que a comida é servida	88,1	96,6	Responsividade
20 Atenção da copeira que serve a comida	100,0	96,6	Empatia
21 Conforto do quarto	85,4	86,2	Tangibilidade
22 Limpeza do quarto	100,0	100,0	Tangibilidade
23 Instalações do banheiro do quarto	81,0	75,9	Tangibilidade
24 Nível de barulho à noite para dormir	81,0	90,0	Tangibilidade
25 Respeito à privacidade do usuário durante a internação	95,2	96,6	Empatia
26 Resultado do tratamento-cirurgia a que o usuário se submete	90,5	93,1	Confiabilidade
27 Orientação para continuidade do tratamento em casa, pós-alta	95,2	96,6	Capacitação
28 Orientação para alimentação em casa, pós-alta	81,0	90,0	Capacitação
29 Facilidade de localização do balcão ou pessoa a qual se dirigir logo que entra no hospital	88,1	96,6	Tangibilidade
30 Tempo de espera para conseguir atendimento inicial	78,6	89,7	Responsividade
31 Cortesia ou educação da pessoa que recebe o usuário para preencher os dados da internação	90,5	96,6	Capacitação
32 Rapidez do preenchimento dos dados iniciais	83,3	89,7	Responsividade
33 Clareza das informações que o usuário recebe no atendimento inicial	83,3	93,1	Empatia
34 Organização geral desse atendimento inicial	85,7	96,6	Confiabilidade
35 Conforto (instalações, poltronas, água, banheiros, etc) que o hospital oferece ao usuário enquanto este espera pela internação	81,0	89,7	Tangibilidade

Tabela 3 - Distribuição dos níveis de satisfação segundo unidade de Internação, HASP, São Paulo - 2007

Grupos de usuários	Valor máximo	Valor mínimo	Média
Clínica médica	100	73,2	90.7
Clínica cirúrgica	100	75,9	93.6

Pelos valores apresentados na Tabela 3, observa-se que não há diferença estatística significativa entre os níveis de satisfação auferidos nos dois grupos pesquisados.

Na seqüência, o Gráfico 6 permite a visualização dos níveis de satisfação dos usuários, de ambas as clínicas, referentes aos 35 atributos de atendimento. Cabe lembrar, que os atributos de 1 – 4 referem-se à equipe médica; 5 – 12 à equipe de enfermagem; 13 – 20 ao serviço de nutrição; 21 – 28 aos atributos gerais e 29 – 35 ao atendimento inicial.

Gráfico 6 - Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários por atributos, segundo unidade de internação, HASP, São Paulo, 2007.

No Gráfico 6 averigua-se, ainda, que os atributos que mais geraram satisfação considerando-se ambas as clínicas foram atenção-interesse da equipe médica 70 (98,6%); atenção-interesse da equipe de enfermagem 70 (98,6%); educação da equipe de enfermagem 71 (100%); cuidados prestados pela equipe de enfermagem 68 (98,6%); qualidade da enfermagem que atende durante o dia 70 (98,6%); atenção da copeira que serve a refeição 70 (98,6%) e limpeza do quarto 70 (98,6%).

Os atributos que mais impactaram na insatisfação foram qualidade-sabor da refeição 54 (77,1%); instalações do banheiro do quarto 56 (78,9%) e tempo de espera para o atendimento inicial 59 (83,1%).

Evidencia-se que na totalidade dos atributos os valores referentes ao grupo de usuários da clínica médica e da clínica cirúrgica não apresentam variabilidade significativa entre si. Utilizando-se o modelo de regressão linear multivariada, foram observados os seguintes valores dos parâmetros: equipe médica ($p < 0,001$); equipe de enfermagem ($p = 0,071$); nutrição ($p = 0,207$); atributos gerais ($p = 0,851$) e atendimento inicial ($p = 0,682$).

Após o processo de seleção de variáveis *Stepwise* (ANEXO 4) manteve-se $p < 0,001$ para equipe médica e observou-se $p < 0,001$ para equipe de enfermagem, denotando que esses constructos apresentaram maior impacto na satisfação, conforme explicitados nos gráficos 7 e 8.

Gráfico 7 – Dispersão da satisfação dos usuários, segundo equipe médica, HASP, São Paulo, 2007.

Gráfico 8 - Dispersão da satisfação dos usuários, segundo equipe de enfermagem, HASP, São Paulo, 2007.

4.2.1 Análise da satisfação dos usuários relacionados aos atributos dos cinco constructos avaliados

Os achados, a seguir, são descritos mostrando os níveis de satisfação dos usuários referentes à equipe médica, à equipe de enfermagem, à nutrição, aos atributos gerais do serviço e ao atendimento inicial, segundo a unidade de internação.

❖ Equipe Médica (EM)

O Gráfico 9 mostra os níveis de satisfação dos usuários relacionados aos atributos da equipe médica comparando-se as unidades de internação. Os dados obtidos sugerem haver associação positiva entre satisfação e os atributos da equipe médica.

O empenho demonstrado pelo médico em resolver problemas dos usuários está associado à adesão e ao sucesso do tratamento, sendo considerada também importante a compreensão das informações médicas para o resultado do tratamento e para a satisfação^{91,92}.

Gráfico 9 - Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários, em relação aos atributos referentes à equipe médica, segundo a unidade de internação, HASP, São Paulo, 2007.

Constata-se que os usuários demonstram satisfação com a equipe médica em geral, havendo discreto predomínio para a equipe da clínica médica com relação à atenção-interesse (100%), educação (100%) e empenho (98%) demonstrados.

Os resultados obtidos sugerem que a equipe cirúrgica pode atingir um maior nível de satisfação, nos atributos educação (93%) e empenho (93%) demonstrados, apresentando discreto predomínio sobre a clínica médica no atributo explicações-orientações (97%), sugerindo o compartilhamento de decisões quanto ao tratamento.

A satisfação nesses atributos sugere que a assistência médica está centrada no usuário e não na doença que os mesmos apresentam, o que implica em respeito aos valores subjetivos, na promoção da autonomia e na tutela das diversidades culturais⁹³.

Estudos apontam que a maioria das queixas dos usuários fazem referência a problemas comunicacionais com o médico e não à sua competência clínica^{94,95,96}.

Uma melhor relação médico-usuário não tem somente efeito positivo na satisfação e na qualidade dos serviços de saúde, outrossim, esse fato influencia

diretamente sobre o estado de saúde dos usuários, o que justifica a necessidade de desenvolvimento de uma comunicação mais aberta entre o médico e o usuário que possibilite uma maior qualidade na relação. Assim, além de oferecer suporte técnico-diagnóstico, os médicos necessitam conhecer a realidade do usuário, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença⁹⁷.

Os elevados níveis de satisfação obtidos podem estar relacionados aos aspectos emocionais e cognitivos no relacionamento entre médico-usuário (*working alliance*); à interação médico-usuário idoso; aos altos níveis de respeito com usuários com quem os médicos têm maior familiaridade; às informações comunicadas pelos médicos; à qualidade da comunicação entre médico e usuário, à confiança no profissional e à empatia^{98,99,100}.

Os usuários percebem e valorizam a empatia no relacionamento interpessoal ao receberem o cuidado médico, referem mais satisfação quando recebem mais atenção e conseguem estabelecer com o profissional uma relação de confiança. Por outro lado, a falta de informação e a descontinuidade do tratamento contribui para a insatisfação do usuário¹⁰¹.

❖ Equipe de Enfermagem (EE)

O Gráfico 10 explicita o nível de satisfação dos usuários com relação aos atributos da equipe de enfermagem segundo unidade de internação.

Averigua-se que os usuários revelam-se satisfeitos com a equipe de enfermagem, havendo convergência nos resultados entre usuários de ambas as clínicas. Constata-se, todavia, que o atributo empenho apresenta um diferencial na clínica cirúrgica (93,1%).

Gráfico 10 - Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários com a equipe de enfermagem, segundo a unidade de internação. HASP, São Paulo, 2007.

Na unidade de clínica médica, encontram-se os maiores níveis de satisfação referentes aos atributos da equipe de enfermagem associados aos cuidados e empenho, oscilando entre 98% e 100%, enquanto na clínica cirúrgica, os níveis de satisfação oscilaram entre 93% e 100%, sendo os maiores níveis associados à atenção-interesse e educação.

As dimensões de qualidade predominantes nesses atributos são a confiabilidade e a responsividade. A satisfação do usuário vem a ser uma medida do cuidado de enfermagem, sendo considerado importante indicador da qualidade do cuidado fornecido em hospitais^{102,103,104}.

Considera-se, ainda, que a satisfação do usuário com o cuidado recebido é somente uma medida da qualidade funcional do cuidado, entendendo-se que a qualidade técnica do que está sendo fornecido seja, geralmente, difícil de ser avaliada pelo usuário. Desse modo, satisfação e insatisfação não são medidas completamente adequadas para mensurar a qualidade do cuidado, uma vez que incidem sobre esse atributo uma ampla gama de fatores^{105,106,107}. A qualidade

do cuidado de enfermagem é um conceito difícil e complexo de mensurar; todavia, estudos demonstram que quase sempre a maioria dos usuários expressam altos níveis de satisfação com o cuidado recebido^{94,108,109}.

Em um estudo que utilizou *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS)*¹¹⁰, os autores reportaram experiência positiva (88%) referida pelos usuários com a enfermagem e que os mesmos estavam satisfeitos com o cuidado fornecido (88%), com o relacionamento interpessoal com as enfermeiras (92 %) e respeito à privacidade (95%).

Em outro estudo, os usuários estavam satisfeitos com a equipe de enfermagem, concluindo que esta pode influenciar na satisfação geral do usuário com o serviço¹¹¹. Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito à forma com que a equipe de enfermagem estabelece uma relação diferenciada com os usuários, relação acolhedora, com aspectos ligados ao vínculo, compromisso, responsabilização pela saúde e autonomia¹¹².

A equipe de enfermagem deve estar atenta às alterações que acompanham o processo de envelhecimento, sabendo interpretá-las e distinguí-las, não se preocupando meramente com a doença que propiciou o desgaste de um sistema orgânico, mas também diferenciá-la e compreender o que decorreu das alterações manifestas, estabelecendo o holismo para nortear a sistematização do cuidado¹¹³.

O nível de dependência dos usuários representa um dos indicadores para a definição do prognóstico, o qual é utilizado para subsidiar o atendimento diferenciado e a indicação da internação de longa permanência na instituição hospitalar. Cabe lembrar que o termo “dependência” está ligado ao conceito de “fragilidade” que expressa a vulnerabilidade apresentada pelo indivíduo aos desafios do próprio ambiente¹¹⁴.

Essa condição pode ser encontrada em pessoas com mais de 85 anos ou naquelas mais jovens que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado pela doença, internação ou situações de risco¹¹³.

O grau de dependência do usuário determinará os tipos de cuidados que lhe serão necessários, cabendo à enfermeira o julgamento clínico, que visa

a intervenção de enfermagem, norteadas as tomadas de decisões tanto administrativas como assistenciais¹¹⁴.

A melhoria contínua da qualidade da assistência, no sentido de se atingir a excelência, é um processo dinâmico e exaustivo de identificação permanente dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipe de enfermagem e requer do enfermeiro a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados^{115,116}.

❖ Serviço de Nutrição

O Gráfico 11 corresponde aos atributos relacionados ao serviço de nutrição e evidencia que na totalidade dos atributos os valores referentes aos usuários da clínica médica e da clínica cirúrgica apresentam níveis de satisfação similares, sugerindo que existe concordância entre os usuários de ambas as clínicas em relação a esse serviço.

Gráfico 11 - Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários, em relação aos atributos do Serviço de Nutrição segundo unidade de internação, HASP, São Paulo, 2007.

Os atributos do serviço de nutrição que apresentaram menores níveis de satisfação, estão relacionados ao atendimento da nutricionista 32 (76%);

à qualidade-sabor da dieta 30 (73%) e à variedade da comida 33 (79%) avaliados pelos usuários da clínica médica. Os níveis de satisfação dos usuários da clínica cirúrgica apresentaram-se mais elevados. Na avaliação geral, a qualidade-sabor da dieta 54 (77%) e a variedade da dieta 60 (84,5%) alcançaram os menores níveis de satisfação.

A satisfação com a alimentação pode reportar-se ao preenchimento de uma necessidade básica e não à sua qualidade⁵. Na maioria das instituições hospitalares é fato que o processo de alimentação tornou-se mais complexo e compreende uma moral de competência técnica especializada para o trabalho, própria do avanço das tecnologias. Não obstante a relevância desse avanço tecnológico, permanece insuficiente o conhecimento das necessidades e expectativas dos usuários, bem como o tempo a ser direcionado à interação com os mesmos¹¹⁷.

A valorização de ações e intervenções associadas à tecnologia, em detrimento daquelas identificadas com o universo doméstico, pode ter contribuído para certa dificuldade que muitos hospitais enfrentam com relação à alimentação. O papel do serviço de nutrição hospitalar consistiu, durante muito tempo, em produzir refeições, tarefa para a qual não se necessitava competência tecnocientífica. Essa perspectiva ajuda a entender os atuais desafios para a efetiva inserção da atenção nutricional no âmbito dos serviços de nutrição, bem como a cisão entre o serviço de produção de refeições e a dietoterapia, a qual, por sua vez, é hoje atribuição tanto do médico quanto da nutricionista. Tais cisões, aliadas à permanência de uma mentalidade que considera a alimentação hospitalar uma atividade de apoio ao usuário, podem justificar o pouco reconhecimento de sua função terapêutica, assim como a visão ainda predominante do respectivo serviço apenas como produtor de refeições¹¹⁷.

Ressalta-se que durante a internação, a ingestão alimentar inadequada pode piorar o estado nutricional do usuário e está associada ao aumento da taxa de morbidade e de mortalidade e ao aumento do tempo médio de permanência. No entanto, as percepções envolvidas na satisfação do usuário com a alimentação podem melhorar a aceitação alimentar e o suprimento das necessidades nutricionais.

Neste estudo, não foi encontrada diferença significativa na opinião do usuário sobre a dieta consumida em relação ao tempo de internação, faixa etária, gênero

ou escolaridade. Os usuários da clínica médica demonstraram menos satisfação com o atendimento, com a qualidade-sabor da dieta e com a variedade da mesma. No que diz respeito aos usuários com mais de 65 anos, consideram-se, ainda, as necessidades fisiológicas, a diminuição da palatabilidade, da digestibilidade e a conformidade com a dieta prescrita pelo médico.

Stanga *et al*¹¹⁸ afirmam que temperatura, aparência e sabor têm-se demonstrado importantes aspectos na alimentação do usuário e sua satisfação. Enquanto O'hara *et al*¹¹⁹ referem que a satisfação com a alimentação foi o melhor fator preditivo da satisfação geral, em seu estudo, e que os usuários que estavam muito satisfeitos com o sabor e a temperatura dos alimentos, eram os mais satisfeitos em geral. Portanto, a identificação e o maior controle dos processos envolvidos durante o preparo até o alimento ser servido são essenciais para a melhoria da qualidade do serviço.

Há que se considerar, também, que os usuários portadores de doenças crônico-degenerativas apresentam, por vezes, longos períodos de internação. A repetitividade do cardápio, os efeitos das medicações, somados a falta de sabor da refeição e a diminuição do paladar, corroboram para que estes reduzam a aceitação da dieta, percam peso e fiquem mais insatisfeitos.

❖ Atributos Gerais

Os atributos gerais do atendimento dizem respeito aos aspectos tangíveis e menos subjetivos que intervêm na percepção dos usuários e que colaboram conjuntamente para o conforto, segurança, privacidade durante a internação e continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

Gráfico 12 – Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários, em relação aos atributos gerais, segundo unidade de internação, HASP, São Paulo, 2007.

Por meio do Gráfico 12 é possível afirmar que os usuários estão satisfeitos com os atributos relacionados à limpeza do quarto 71 (100%), respeito à sua privacidade 68 (96%) e com a orientação para continuidade do tratamento pós-alta hospitalar 66 (93%). Inversamente, os menores níveis de satisfação, referem-se às instalações do banheiro 56 (79%), o nível de barulho à noite 60 (85%), e orientação para alimentação em casa 65 (92%).

As orientações para continuidade do tratamento estão fortemente associadas à alta satisfação do usuário. Isso sugere que orientações mais efetivas para continuidade do tratamento podem aumentar os níveis de satisfação do usuário com o serviço. Os resultados obtidos, ao se analisar este constructo, indicam que os usuários estão satisfeitos com as orientações recebidas, havendo discreta predominância da clínica cirúrgica.

Para Marquis e Huston¹²⁰, o processo comunicativo é influenciado pelo clima interno e externo, apontando que no interno incluem-se os valores, os sentimentos, os comportamentos e até mesmo o nível de estresse do emissor e do receptor. Enquanto que no externo, as variáveis envolvidas encontram-se o ambiente, o *status*, o poder e a autoridade. Os referidos autores observaram que

a comunicação, inserida na dimensão do processo, vem atendendo as demandas existentes na interface entre o usuário e profissionais de saúde.

A área de infra-estrutura, que se caracteriza por desempenhar uma função de suporte operacional para as demais, nem sempre é visualizada e valorizada, inclusive por instâncias administrativas superiores que não promovem investimentos em capacitação. O conjunto de algumas subáreas, que as formam, são responsáveis por aspectos ligados à hotelaria, com implicações em humanização do atendimento, conforto e primeiro relacionamento com usuários, visitantes, fornecedores e profissionais de saúde¹²¹.

❖ Atendimento Inicial

A porta de entrada de um hospital ocorre na maioria das vezes, pelo ambulatório ou emergência, sendo este local hoje dedicado também a realização de procedimentos invasivos ou não, de maior complexidade, humanizando o atendimento, reduzindo custos, aumentando a produtividade, implicando numa boa imagem do hospital em relação à comunidade¹²¹.

Gráfico 13 - Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários, em relação aos atributos do atendimento inicial, segundo unidade de internação, HASP, São Paulo, 2007.

O Gráfico 13 mostra os níveis de satisfação dos usuários com os atributos do atendimento inicial.

Verifica-se que o tempo de espera é um dos atributos considerados, por pesquisadores, gerador de insatisfação com o serviço. Não foram observadas associações entre o tempo de espera e a rapidez do preenchimento dos dados iniciais que antecedem o atendimento ou a internação, podendo-se inferir a existência de outros motivos que possam justificar a demora que alguns usuários perceberam para a internação.

A satisfação do usuário com o conforto das instalações enquanto o usuário esperava o atendimento associa-se com variáveis como idade, gênero, frequência com que utiliza o serviço e ao tempo de espera. Os achados deste estudo não demonstram tal associação.

Gráfico 14 - Distribuição dos usuários, em relação ao tempo de espera, HASP, São Paulo, 2007.

No Gráfico 14 constata-se que 39 usuários foram atendidos em menos de meia-hora; 21 usuários aguardaram de meia a uma hora pelo atendimento; 4 usuários esperaram de uma hora a uma hora e meia; 4 aguardaram de uma hora e meia a duas horas e 3 usuários esperaram por mais de duas horas.

Inúmeros autores afirmam que o tempo de espera é a causa mais comum de insatisfação dos usuários com o serviço^{122,123,124}. Zandbelt⁸⁷ refere ser esta, de longe, a maior causa de insatisfação.

4.2.2 Análise das dimensões de qualidade segundo os atributos do atendimento

Neste estudo, observou-se que a dimensão de maior relevância foi a garantia (95,9%), seguida da confiabilidade (95,7%), o que se justifica por se tratar de uma instituição de saúde. Os usuários consideram como a terceira mais relevante a empatia (95%), seguida da responsividade (93%) e da tangibilidade (88%).

Os menores níveis de satisfação estão relacionados aos aspectos tangíveis do serviço, não podendo ser atribuídos à qualidade do cuidado hospitalar. Pode-se inferir que os atributos de garantia, confiabilidade e responsividade são os que mais geraram satisfação.

Os estudos de satisfação contribuem para a disponibilização de instrumentos que otimizam o serviço fornecido, facilitando o embasamento e a tomada de decisão.

Assim, acredita-se que os gestores de estabelecimentos hospitalares ao terem conhecimento das dimensões da qualidade em seus serviços, têm subsídios valiosos para planejar e avaliar os processos assistenciais e gerenciais.

A seguir, encontram-se descritas as cinco dimensões analisadas de acordo com os atributos do atendimento.

❖ Dimensão Garantia

A garantia está relacionada à atributos como a educação da equipe de enfermagem e médica, a cortesia dos colaboradores e a orientação pós-alta hospitalar. Está relacionada à habilidade de se preocupar com os riscos e perigos prevenindo-os. Envolve, também, o sigilo profissional resguardando as informações pessoais dos usuários.

A orientação para alimentação pós-alta é um atributo considerado importante, tendo, porém, alcançado menos satisfação dentro desta dimensão.

O conjunto de atributos cuja dimensão predominante é a garantia é constituído por itens que pesquisam o nível de satisfação com dois tipos de atitude dos profissionais de saúde perante os usuários (educação e cortesia) e por um procedimento técnico específico, as orientações que o paciente deverá receber por ocasião da alta hospitalar⁵.

Gráfico 15 – Distribuição dos atributos do atendimento segundo dimensão de qualidade Garantia, HASP, São Paulo, 2007.

Pelo Gráfico 15, observa-se que não há diferença significativa em relação a percentual de satisfação, excetuando-se o item “orientação em relação a alimentação pós-alta 66 (92,4%).

❖ Dimensão Confiabilidade

Refere-se à habilidade de oferecer o serviço prometido dentro do prazo e com precisão. A importância dessa dimensão toma maior vulto quando o foco é o serviço hospitalar, cujas falhas nas entregas podem comprometer a reputação da instituição, deixar seqüelas e expor os usuários a riscos e até a morte. Daí a preocupação, também, em realizar os procedimentos com acurácia e a tempo.

A confiança no serviço ajuda na adesividade ao tratamento e na recuperação da saúde.

Gráfico 16 – Distribuição dos atributos do atendimento segundo dimensão de qualidade Confiabilidade, HASP, São Paulo, 2007.

Conhecer a percepção dos usuários sobre o cuidado recebido tem sido uma preocupação de pesquisadores e profissionais responsáveis pela assistência. Os resultados obtidos com a satisfação dos usuários com os cuidados (98,6%), na presente investigação, são semelhantes aos obtidos nas pesquisas sobre a qualidade do cuidado, nas quais os autores reportam altos níveis de satisfação^{125,126,127,128}.

A satisfação com as orientações para o tratamento pós-alta hospitalar (94,2%) foca um aspecto do cuidado e a interação de expectativas, preferências e satisfação com o tratamento médico.

❖ Dimensão Empatia

O conjunto de atributos relacionados à dimensão da empatia, também, é constituído por atitudes e sentimentos, portanto sujeitos a um alto grau de subjetividade⁵.

Pode-se dizer que o usuário é capaz de perceber por meio das atitudes dos colaboradores, a atenção personalizada, a valorização enquanto pessoa e o interesse em seu estado de saúde. A falta de clareza nas informações no atendimento inicial gera menores níveis de satisfação, com um diferencial se comparado aos outros atributos presentes nesta dimensão.

No Gráfico 17 verifica-se que os atributos que geram total satisfação são atenção-interesse da equipe médica e de enfermagem e atenção da copeira.

Gráfico 17 – Distribuição dos atributos do atendimento segundo dimensão de qualidade Empatia, HASP, São Paulo, 2007.

Pode-se inferir, através do Gráfico 17, que o usuário está satisfeito com a atenção recebida. Inversamente, a falta de clareza das informações no atendimento inicial e o atendimento da nutricionista geram menos satisfação quando comparados aos outros atributos desta dimensão.

Segundo Gronroos¹¹, devido a grande relevância das atitudes pessoais no relacionamento entre prestador do serviço e usuário, a ausência de atenção, interesse, entre outras atitudes, por parte dos colaboradores pode comprometer a própria prestação do serviço. A percepção de qualidade, em consequência, a satisfação do usuário é fortemente influenciada pelas relações interpessoais^{128,129}.

❖ Dimensão Responsividade

A dimensão responsividade pode ser considerada a disposição do serviço em compreender o usuário e suas dificuldades, respondendo de forma positiva e eficaz.

Gráfico 18 – Distribuição dos atributos do atendimento segundo dimensão de qualidade Responsividade, HASP, São Paulo, 2007.

No Gráfico 18 constata-se que níveis de satisfação discretamente maiores nos atributos relacionados à equipe de enfermagem. As diferenças na satisfação, inversamente, apresentam os menores níveis para os atributos relacionados ao tempo de espera, ao atendimento inicial e à rapidez no preenchimento dos dados para a internação.

❖ Dimensão Tangibilidade

A tangibilidade torna-se uma estratégia para demonstrar que um serviço pode adequar-se às necessidades do usuário. Busca-se reduzir o número de características suscetíveis de percepção pelo planejamento de substitutos observáveis, que atendam aos principais critérios de julgamento e melhorem a percepção, já que esta é sujeita a uma avaliação subjetiva do cliente, fruto de sua experiência ou influência de fatores como escala de valores pessoais e de outros indivíduos.

Gráfico 19 – Distribuição dos atributos do atendimento segundo dimensão de qualidade Tangibilidade, HASP, São Paulo, 2007.

Devido às características intangíveis dos serviços, os prestadores são desafiados a evidenciar aspectos físicos em ofertas abstratas ao mesmo tempo em que se utiliza dos aspectos tangíveis do serviço (equipamentos, instalações físicas,

aparência dos colaboradores, móveis, entre outros.) explorando possíveis benefícios ou intangibilidade para aumentar a percepção de valor para o usuário.

4.3 Análise do quesito confiança em relação à instituição

A confiança pode ser considerada o reflexo da capacidade de um serviço desempenhar uma ação em benefício dos usuários demonstrando boa vontade e garantindo-lhes a segurança. Pessoas com diferentes experiências de desenvolvimento, tipos de personalidade e bagagem cultural podem variar em sua predisposição a confiar no prestador do serviço. Observou-se, neste estudo, níveis elevados de confiança na instituição, condição necessária para o retorno do usuário ao serviço.

A avaliação da satisfação do serviço hospitalar é um processo necessário que fornece informações úteis sobre a qualidade e gestão e, também, sobre as expectativas e necessidades dos usuários.

As transformações das práticas passam pela valorização de novos saberes, por uma postura mais dialógica da equipe entre si e com os usuários, por uma abertura conceitual e científica e uma maior responsabilidade política e ideológica dos gestores¹³⁰. Isto faz com que seja necessário tempo e paciência para desenvolver a confiança dos usuários, porém uma vez obtida essa confiança, ocorrerão benefícios duradouros relacionados à fidelidade.

No Gráfico 20 observam-se os níveis de satisfação geral relacionados aos atributos do atendimento.

Gráfico 20 - Distribuição dos níveis de satisfação geral dos usuários, em relação aos atributos do serviço, HASP, São Paulo, 2007.

Merhy¹³¹ propõe refletir como têm sido essas práticas nos diferentes momentos da relação com os usuários. Para esse autor, o acolhimento pode ser entendido como a relação humanizada, acolhedora, que os profissionais de saúde e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Gráfico 21 - Distribuição dos usuários, segundo a intenção de indicar o hospital para parentes e amigos, HASP, São Paulo, 2007.

A indicação do hospital para algum parente-amigo foi classificada como: tenho dúvida, mas penso que eu não indicaria em 3 (4,2%) dos usuários, tenho dúvida, mas penso que eu indicaria em 3 (4,2%) e com certeza, indicaria em 65 (91,5%) dos participantes do estudo.

Os usuários satisfeitos apresentam a tendência de se engajar em propaganda “boca a boca” favorável para a instituição. Ressalta-se que indicadores do tipo “disposição a recomendar” e “recomendações a outros” são medidas amplamente utilizadas, na prática, para se avaliar o impacto global do nível de satisfação do usuário¹³².

A satisfação do usuário com as diferentes dimensões do serviço está relacionada à sua vontade de recomendar o hospital para parentes e amigos. Cabe lembrar que a recomendação das instituições de saúde para outros ocorrem quando se atinge um elevado nível de fidelidade manifestando-se quando existe vínculos com os usuários e a preferência desses pelo serviço. Neste grau de fidelidade os usuários passam a orgulhar-se por utilizar os serviços desse prestador, tornando-se defensores e indicando o mesmo a terceiros.

Gráfico 22 - Distribuição dos usuários, segundo a confiança no hospital, HASP, São Paulo, 2007.

A confiança que o usuário tem em relação ao hospital foi classificada como confiança moderada em 4 (5,6%) dos usuários, como bastante confiança em 16 (22,5%) e como total confiança em 51 (71,8%) dos participantes do estudo.

No geral foi observado um nível de 68 (95,8%) de satisfação geral com o hospital.

5 CONCLUSÕES

O estudo da análise da satisfação dos usuários de um hospital privado de São Paulo pautado nas dimensões de qualidade do modelo avaliativo de Parasuraman, Zeithaml e Berry, permitiu concluir que:

Quanto à caracterização dos participantes:

- Os participantes eram adultos, a média de idade foi de 68,2 anos e a mediana 73,5 anos;
- 41 (57,7%) participantes eram do sexo feminino e 30 (42,3%) do sexo masculino;
- (66,2%) referiram mais de onze anos de escolaridade;
- Houve a participação de 42 (59,2%) de usuários da clínica médica e 29 (40,8%) da clínica cirúrgica;
- 68 (95,8%) usuários possuíam algum tipo de convênio e 3 (4,2%) eram particulares.

Quanto aos atributos de atendimento:

- O instrumento utilizado permitiu avaliar os 35 atributos e conhecer os níveis de satisfação dos usuários da clínica médica e cirúrgica e quais destes atributos impactavam na satisfação geral;
- Houve predomínio de usuários do sexo feminino, porém esta diferença não apresentou significância estatística;
- Observou-se que o predomínio de usuários com escolaridade elevada estava associado a elevados níveis de satisfação;
- Os usuários de idade avançada demonstraram satisfação com o serviço;
- Não foi constatada relação entre motivo da internação e satisfação;

- Foi possível detectar atributos do serviço que requerem maior atenção dos gestores e a implementação de medidas para melhorar os níveis de satisfação nos atributos que geraram os menores níveis de satisfação dos usuários;
- Após a realização da pesquisa, os resultados evidenciaram que em todos os atributos foi demonstrada satisfação com o serviço, estando mais concentrada nos atributos referentes à equipe médica e equipe de enfermagem;
- Houve satisfação com a equipe médica tanto pelos usuários da clínica médica como da cirúrgica. Os resultados obtidos sugerem que a equipe cirúrgica pode atingir maior nível de satisfação, especialmente, nos atributos educação (93%) e empenho (93%) demonstrados, apresentando discreto predomínio no atributo explicações-orientações (97%), sugerindo o compartilhamento de decisões quanto ao tratamento;
- Na unidade de clínica médica, encontram-se os atributos mais intervenientes na satisfação: no que se refere à equipe de enfermagem estão associados aos cuidados e empenho, oscilando entre 98% e 100%, enquanto na clínica cirúrgica, os níveis de satisfação oscilaram entre 93% e 100%, sendo os maiores níveis associados aos atributos atenção-interesse e educação;
- Os atributos do serviço de nutrição que apresentaram menores níveis de satisfação, quando se analisa separadamente por clínicas, estão relacionados ao atendimento da nutricionista 32 (76%); à qualidade-sabor da dieta 30 (73%) e à variedade da comida 33 (79%), avaliados pelos usuários da clínica médica. Os níveis de satisfação dos usuários da clínica cirúrgica apresentaram-se mais elevados;
- É possível afirmar que os usuários estão satisfeitos com os atributos gerais relacionados à limpeza do quarto (100%), respeito à sua privacidade (96%) e com a orientação para continuidade do tratamento pós alta hospitalar (96%). Inversamente, os menores níveis de satisfação, referem-se às instalações do banheiro (77%), o nível de barulho à noite (85%), e orientação para alimentação em casa (88%);

- Verificou-se que o tempo de espera é um dos atributos considerados como gerador de insatisfação com o serviço. Não foram observadas associações entre o tempo de espera e a rapidez do preenchimento dos dados iniciais que antecedem o atendimento ou a internação, podendo-se inferir a existência de outros motivos que possam justificar a demora que alguns usuários perceberam para a internação;
- 39 usuários aguardaram até meia-hora pelo atendimento; 21 esperaram de meia a uma hora; 4 aguardaram de uma hora a uma hora e meia; 4 de uma hora e meia a duas horas e 3 esperaram mais de duas horas para a internação.

Quanto às dimensões de qualidade do serviço:

- Garantia e confiabilidade são as que mais impactam na satisfação. Responsividade e empatia são, também, consideradas mais relevantes do que a tangibilidade, especialmente nos atributos que se relacionam ao desempenho dos colaboradores.
- A dimensão tangibilidade, embora considerada importante, apresentou os menores índices de satisfação. Tendo em vista que os aspectos tangíveis do serviço são facilmente mensuráveis, os resultados possibilitam intervenções concretas, detectáveis pelos usuários, podendo receber melhor avaliação dos usuários em estudos posteriores, após a implementação de mudanças.

Quanto ao quesito confiança na instituição:

- Os níveis de satisfação geral e confiança na instituição não diminuem quando se considera níveis de menor satisfação com a tangibilidade, sugerindo que esta dimensão não impacta na satisfação geral.

- A confiança que o usuário tem em relação ao hospital foi classificada como confiança moderada por 4 (6%) participantes do estudo, como bastante confiança por 16 (22%) e como total confiança por 51 (72%) dos usuários.
- No geral foi observado um nível de 68 (95,8%) de satisfação no item confiança no hospital.
- 91% referem intenção de indicar o hospital para outros.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu conhecer os níveis de satisfação dos usuários e quais os atributos que mais impactam na satisfação geral. Da mesma forma, foi possível identificar os atributos que menos geram satisfação. Assim, ficaram mais evidentes quais são os pontos fortes do HASP e àqueles que merecem mais atenção dos gestores da instituição.

Concernentes aos constructos analisados neste estudo – equipe médica, equipe de enfermagem, nutrição, atributos gerais e atendimento inicial, constatou-se que embora a equipe médica e equipe de enfermagem tenham apresentado melhores níveis de satisfação, os demais também foram bem avaliados. Todavia avaliou-se a necessidade da adoção de estratégias no serviço de nutrição e no atendimento inicial para que os usuários sejam ainda melhor atendidos.

O fato de se identificar um grupo distinto de usuários com idade acima de 65 anos, indica relativa heterogeneidade entre os usuários dos planos de saúde conveniados quanto à percepção de qualidade dos serviços e dos atributos que mais impactam na satisfação. Isso sugere, para administração desse tipo de serviço, a adoção de medidas segmentadas, enfatizando-se os atributos predominantes nas dimensões de garantia, confiabilidade e empatia por serem estes os mais valorizados por usuários dessa faixa etária. Estas medidas favoreceriam um aumento da qualidade do atendimento, conforto e satisfação almejados, bem como a maior segurança que permite certa autonomia e independência aos usuários.

Desta forma, cabe aos gestores avaliar o serviço de saúde, desenvolvendo medidas e parâmetros de atendimento ao usuário. A correção de eventuais falhas e a valorização do profissional de saúde podem ser medidas importantes, tendo em vista que vínculos emocionais são estabelecidos entre pessoas e, essas por sua vez, representam as instituições, podendo ser medidas coerentes com os achados. Isto pode significar menos investimentos em aspectos materiais do serviço e maior destino de verba à remuneração fixa e variável do capital intelectual, a motivação pessoal e o reconhecimento da participação desses nos resultados alcançados.

Acredita-se poder desenvolver um modelo teórico de satisfação baseado nas necessidades dos usuários e a percepção dos atributos que possibilitam o suprimento das mesmas. Algumas estratégias podem ser tomadas pelo provedor do serviço, para melhoria dos índices de satisfação sem que haja ônus significativo.

A mensuração dos níveis de satisfação poderia ser realizada antes e após determinado tipo de intervenção ou, ainda, comparar resultados dos níveis de satisfação entre dois períodos de tempo diferentes.

Novas investigações se fazem necessárias a fim de clarificar a relação entre satisfação, qualidade e avaliação e desenvolver medidas para a mensuração da satisfação e a busca do consenso entre os especialistas na definição do que é satisfação e suas inter-relações com as dimensões da qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira PN. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
2. Deming WE. Qualidade: a revolução da administração. São Paulo: Marques Saraiva; 1990.
3. Zaicaner R. Satisfação da clientela: um objetivo a ser alcançado pelo serviço público de saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
4. Drucker P. The new realities. New York: Harper and Row; 1989.
5. Castellanos PL. Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2002.
6. Cadah L. Avaliação da qualidade da assistência de enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
7. Antunes AV. O gerenciamento da qualidade de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
8. Groonros CA. Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade. Rio de Janeiro: Campus; 1995.
9. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. J Mark Res. 1980;17(4):460-9.

10. Fornell C. A national customer satisfaction barometer: the Swedish experience. J Mark. 1991;56(1):6-21.
11. Gronroos C. A service quality model and its marketing implications. Eur J Mark. 1984;18(4):36-44.
12. Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations. Agenda for change. 1987;1(1):1-4.
13. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Washington: Health Administration Press; 1980.
14. Bolton, RN, Drew JH. A multistage model of customers' assessments of service quality and value. J Consumer Res. 1991;17(4):375-84.
15. Zeithaml VA, Bitner MJ. Services marketing: SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. Singapore: McGraw Hill; 1996.
16. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. Health Serv Res. 1992;26(6):767-87.
17. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica: In: White KL, Frank J. organizadores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPAS; 1992.
18. Berwick DM, Grodny AB, Roessner J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos hospitalares e de saúde. São Paulo: Markon Books; 1994.

-
19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra: OMS; 1985.
 20. Donabedian A. The seven pilars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.
 21. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. São Paulo: UNG; 2001.
 22. Gronroos C. A service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing. 1984;18(4):36-44.
 23. Patton MQ. Practical evaluation. Beverly Hill: Sage; 1982.
 24. Ramirez-Sanchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-Lopez G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Publica Mex. 1998;40(1):3-12.
 25. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000;34(5):547-59.
 26. Scrivens E. Accreditation. Buckingham: Open University Press; 1995.
 27. Secretaria da Vigilância em Saúde. 12º Oficina da Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Brasília-DF:Ministério da Saúde; 2004.
 28. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. Interface Comun Saúde Educ. 2000;4(7):113-28.

-
29. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.
30. Esperidião MA. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1267-76.
31. Carvalho G, Rosemburg CP, Buralli KO. Avaliação de ações e serviços de saúde. Mundo Saúde 2000;24(1):72-88.
32. Donabedian A. Continuidad y cambio en la b ú queda de la calidad. Salud Pública Méx. 1993;35(3):238-47.
33. Gronroos C. A service orientated approach to marketing of services. Eur J Mark. 1978;12:588-601.
34. Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. RAE-eletrônica 2005;4(2).
35. Zeithaml V. Review of marketing. Chicago: American Marketing Association; 1989.
36. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 75- 88.
37. Clemes MD, Ozanne LK, Laurensen WL. Patients' perceptions of service quality dimensions: an empirical examination of health care in New Zealand. Health Mark Q. 2001;19(1):3-22.

-
38. Noronha FG. O que fazer da literatura sobre satisfação do paciente: uma proposta para os serviços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1990; 8:59-64.
39. Berry LL. *On great service: a framework for action*. New York: The Free Press; 1995.
40. Bagozzi RP, Tybout AM. *Advances in consumer research*. Duluth: Association for Consumer Research; 1983.
41. Churchill GA, Suprenant C. An investigation into the determinants of customer satisfaction. *J Mark Res*. 1982;20(1):491-504.
42. Engle JF, Blackwell RD. *Consumer behavior*. New York: Rinehart and Winston; 1982.
43. Zeithaml V, Parasuraman A. *Service quality*. Cambridge: Marketing Science Institute; 1990.
44. Vavra TG. *Improving your measurement of customer satisfaction: a guide to creating, conducting, analyzing, and reporting customer satisfaction measurement programs*. Wisconsin: Quality Press; 1997.
45. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry LL. *Delivering service quality: balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press; 1990.
46. Penna L. Imagem corporal: uma revisão seletiva de literatura. *Psicol USP*. 1990;1(2):167-74.

-
47. Dichter E. Handbook: of consumer motivations: psychology of the world of objects. New York: McGraw-Hill; 1964.
 48. Stern BB. The importance of being Ernest: commemorating Dichter's contribution to advertising research. J Adv Res. 2004;44(1):165-9.
 49. Zeithaml VA, Berry LL, Parasuraman A. Communication and control process in the delivery of service quality. Journal of Marketing 1988 52(3):2-22.
 50. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a review and analysis. Eval Program Plann. 1983; 6:185-210.
 51. Oliveira CG. Introdução às críticas das noções empregadas em pesquisa sobre satisfação do usuário. Saúde Debate 1990;(30):32-4.
 52. Vuori HV. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1982.
 53. Lewis JR Jr. Patients view on quality care in general practice: literature review. Soc Sci Med. 1994;39:655-70.
 54. Ross CK, Steward CA, Sinacope JM. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. Med Care 1993;31(12):1136-49.
 55. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciênc saúde coletiva. 2005; 10(3):599-613.
 56. Kristensen et al. Measuring the impact of buying behavior on customer satisfaction. Total Qual Manag. 1999;10(4/5):5602-14.

-
57. Hallowell R. The relationship of customers satisfaction, customers loyalty, and profitability: an empirical study. *Intern J Serv Industry Manag.* 2002;7(4):27-42.
58. Clearly PD, McNeil BJ. Patient satisfaction with family physicians and general internists: is there a difference? *Fam Pract.* 1998;26(5):543-51.
59. Turrini RNT. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da Grande São Paulo [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.
60. Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care: 1964-1984: evaluation the health professions. *Eval Health Prof.* 1985;8(3):243-65.
61. Malik AM. Avaliação, Qualidade, gestão.: para trabalhadores da área de Saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC; 1996.
62. Alen DR, Wilburn M. Linking customer and employee satisfaction to the bottom Line: a comprehensive guide to establishing the impact of customer and employee satisfaction on critical business outcomes. *American Society for Quality* 2002;(1):1-15.
63. Kotler P. Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas; 1998.
64. Falconi VC. Gerência de qualidade total. Belo Horizonte: Bloch; 1990.
65. Whiteley RC. A empresa totalmente voltada para o cliente. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

66. Berry LL, Parasuraman A. Marketing service: competing through quality. New York: The Free Press; 1991.
67. Lovelock CH. Why marketing management needs to be different for services. Chicago: American Marketing Association; 1981.
68. Lewis RC, Boon BH. The marketing aspects of quality: emerging perspectives of services marketing. Chicago: American Marketing Association; 1983.
69. Parasuraman, A, Zeithaml V, Berry LL. Refinement and reassessment of the SERVQUAL dimensions. Journal of Retailing 1991;67: 420-50.
70. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring Service Quality: a re-examination and extension. Journal of Marketing 1992;56: 55-68.
71. Marshall G, Murdoch L. Service quality in consulting marketing engineers. Oxford: Oxford Brookes University; 2001.
72. Rebelato MG. A qualidade em serviços: uma revisão analítica e uma proposta gerencial [dissertação]. São Carlos: Escola de Engenharia, Universidade de São Paulo; 1995.
73. Parasuraman A, Zeithaml, Berry LL. Understanding customer expectations of services. Sloan Manage Rev. 1991;62(1):39-48.
74. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retailing. 1998;64(1):41-50.

75. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for future research. *J Mark.* 1995;49(1):41-50.
76. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196-96. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996;4(2 Supl):15-25.
77. Malhotra N. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Editora Bookman; 2001.
78. SPSS base 12.0 user's guide. Chicago: SPSS Inc; 2006.
79. Rosner B. Fundamentals of Biostatistics. Boston: PWS Publishers; 1986.
80. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL & Black WC. Análise Multivariada de Dados. São Paulo: Bookman; 2005.
81. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de amostras por domicílios. Rio de Janeiro; 1999.
82. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:211-24.
83. World Health Organization. Population ageing: a public health challenge. Geneva: World Health Organization Press Office; 1988.
84. Cavalcanti MGPH, Saad PM. Os idosos no contexto da Saúde Pública, In: Amaral ACS. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. *Cad Saúde Pública* 2004;20(6):1617-26.

85. Martins M, Travassos C, Noronha JC. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Rev Saúde Pública* 2001;35:185-92.
86. Nielsen DM, Gill K, Ricketts DM. Satisfaction levels in orthopaedic out-patients. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 2005;87(2):106–8.
87. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, Haes HC. Satisfaction with the outpatient encounter: a comparison of patients' and physicians' views. *Journal of General Internal Medicine* 2004;19(11):1088–95.
88. Jenkinson C et al. Measuring the experiences of health care for patients with musculoskeletal disorders (MSD): development of the Picker MSD questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16(3): 329–33.
89. Aranha GTC, Moraes AL, Pagliardi O, Vieira RW. Construção do conhecimento em Ciência & Tecnologia: estudo de caso. Campinas: Ed. Unicamp; 2005.
90. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C. Estudo de satisfação dos usuários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc saúde coletiva*. 2007;12(2):487-500.
91. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drug Aging* 2005;22(3):231-55.
92. Beach MC, Roter DL, Wang NY, Duggan PS, Cooper LA. Are physicians' attitudes accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors. *Patient Educ Couns*. 2006;62(3):347-54.

-
93. Ware JE, Snyder WK. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care. 1975;13(8): 669-82.
94. Hiidenhovi H, Nojonen K, Laippala P. Measurement of outpatients' views of service quality in a Finnish university hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38(1):59–67.
95. Hekkink CF, Wigersma L, Yzermans, CJ, Bindels, PJ. HIV nursing consultants: patients' preferences and experiences about the quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, 2005;14(3):327–33.
96. Waghorn, A. & McKee, M. Understanding patients' views of a surgical outpatient clinic. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2000;6(3);273–9.
97. Deale A, Wessely S. Patients' perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Social Science Medicine* 2001;52(12):1859–64.
98. Willians S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998;15:480-92.
99. Fuertes JN et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):29-36.
100. Romm FJ, Hulka BS. Care process and patient outcome in diabetes mellitus. *Medical care* 1979;35 (sup 11): 748-57.
101. Koinberg I, Holmberg L, Fridlund B. Satisfaction with routine follow-up visits to the physician: the needs of patients with breast cancer. *Acta Oncologica* 2001;40(4): 454–9.

102. Gotlieb JB. Understanding the effects of nurses on the process by which patients develop hospital satisfaction. *Holistic Nursing Practice* 2002;16(5):49–60.
103. O'Connor, SJ, Shewchuk R. Patient satisfaction: what is the point? *Health Care Management Review* 2003;28(1):21–4.
104. Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harms D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. *Journal of Nursing Administration* 2003;33(11):607–14.
105. Avis M., Bond M, Arthur, A. Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science Medicine* 1997;44(1):85–92.
106. Rantz M, Bostick J, Riggs C. A. review of nursing studies *J Nursing Quality Measurement* 2002;1:200-5.
107. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. Springer Publishing Company 2005;(1):3-42.
108. Currie V, Harvey G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2005;51(1): 73–82.
109. Staniszewska S, Henderson L. Patients' evaluations of their health care: the expression of negative evaluation and the role of adaptive strategies. *Patient Education and Counseling* 2004;55(2):185–92.

-
110. Peterson WE, McPhil CC, DiCenso A. The newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 2005;52(6):672-9.
111. Han CH, Connolly PM, Canham D. Measuring patient satisfaction as an outcome variable of nursing care at a teaching hospital of Southern Taiwan. *J Nurs Care Qual* 2003;18(21):143-50.
112. Ramos DD, Lima MAD. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(1):27-34.
113. Santos I, Sales FM. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(3):495-502.
114. Caldas CP. Fatores de risco em envelhecimento: o idoso frágil e as síndromes geriátricas. In: Caldas CP, Saldanha AL, organizadores. *Saúde do Idoso: a arte do cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência; 2004.
115. Mota NVVP, Melleiro MM, Tronchin DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. *RAS* 2007;9(34):9-14.
116. Fonseca AS, Yamanaka NMA, Barison THAS, Luz SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais do que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *Mundo da Saúde* 2005;29(2):161-8.
117. Garcia RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos na sua produção e em seu planejamento. *Rev. Nutr.* 2006;19(2):129-44.

-
118. Stanga Z, Zurflüh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patient's perceptions. *Clin Nutr* 2003;23(3):241-6.
119. O'hara PA, Harper DW, Kangas M, Dubeau J, Borsutzky C, Lemire N. Taste temperature and presentation predict satisfaction with food services in a Canadian continuing-care hospital. *J Am Diet Assoc* 1997;97(4):401-5.
120. Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; 1999.
121. Quinto N, Gastal FL. Acreditação hospitalar: proteção dos usuários dos profissionais e das instituições de saúde. Ed. Dacasa, Porto Alegre: Ed. Dacasa; 1997.
122. Tsai CY et al. Hospital outpatient perceptions environment of waiting areas: the role of patient characteristics on atmospherics in one academic medical center. *Health Serv Res* 2007;(7):198.
123. De Brun, C., Howell, F., Bedford, D., Corcoran, R. & Kelly, A. Outpatient experiences in acute hospitals. *Irish Journal of Medical Science* 2002;171(2): 89–93.
124. Hope, S. C., Williams, A. E., Barton, S. E. & Asboe, D. (2001) What do patients attending, HIV and GUM outpatient clinics want from service providers? Results from a large-scale consultation exercise in west London. *International Journal of STD and AIDS*, 12 (11), 733–738.
125. Staniszewska, S. H. & Henderson, L. Patients' evaluations of the quality of care: influencing factors and the importance of engagement. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49(5):530–537.

126. Williams, B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 1994;38(4):509–516.
127. Sitzia, J. & Wood, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine* 1997;45(12):1829–1843.
128. Kjaer ML, Mainz J, Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup, F. Venous leg ulcer patient priorities and quality of care: results of a survey. *Ostomy Wound Management* 2004;50(1):48–55.
129. Favoreto CAO, Camargo JR KR. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis* 2002;12(1):59-76.
130. Mehry EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os resíduos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). São Paulo: Hucitec, 1994.
131. Anderson EW. Customer satisfaction and word-by-mouth. Michigan: The University of Michigan; 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 02 de fevereiro de 2007.

Ilm.^a Sr.^a

Wilma Batista Souza da Cruz

Ref.: Processo nº 599/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. Registro dos esclarecimentos da pesquisadora aos participantes da pesquisa.

Eu, Wilma Batista Souza da Cruz, enfermeira obstétrica, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), venho convidá-lo a participar da pesquisa intitulada Satisfação dos usuários de um hospital privado do Município de São Paulo. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer a opinião dos usuários que estiveram internados no Hospital Adventista de São Paulo (HASP). Para tanto, será aplicado um questionário, constituído de três partes: na primeira contendo os dados sócio-demográficos dos participantes, na segunda parte uma escala, onde os participantes poderão emitir suas opiniões sobre os níveis de satisfação com os serviços recebidos e na terceira questões referentes à confiança na instituição. Os participantes responderão esse questionário por ocasião da alta.

O conteúdo do questionário será utilizado apenas para a realização do estudo, podendo os resultados ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

A sua participação no estudo será livre, podendo deixá-lo a qualquer momento que desejar.

Caso não aceite participar ou desista de fazê-lo, não sofrerá prejuízo em sua assistência na instituição. Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a sua assinatura no item II deste documento. O estudo é independente da condição da pesquisadora como funcionária da instituição.

A pesquisadora estará à disposição dos respondentes para esclarecer dúvidas no preenchimento do questionário.

Desde já agradeço a sua atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. Os meus telefones para contato são (11) 74424129; (11)68387000 do HASP e (11) 30617548 do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP.

São Paulo, de de 2007.

Wilma Batista Souza Cruz

II. Registro e assinatura do participante da pesquisa

Compreendo o objetivo desta pesquisa e concordo em participar de forma livre da mesma, entendendo que as informações serão utilizadas apenas para realização do estudo, que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo, caso desista de participar deste estudo.

Declaro, ainda, que ao ser convidado a participar desta pesquisa, todos os esclarecimentos foram prestados pela pesquisadora.

São Paulo, de de 2007.

Participante

ANEXO 3**Instrumento de coleta de dados: Avaliação do atendimento prestado por um hospital privado sob a ótica de usuários**

Data: _____ Nº _____

Parte I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Unidade de internação:

- ☐ clínica médica
☐ clínica cirúrgica

Tempo de internação: _____ dias

Idade: _____

Sexo:

- ☐ feminino
☐ masculino

Nível de escolaridade:

- ☐ ensino fundamental completo (1ª a 8ª série)
☐ ensino fundamental incompleto
☐ ensino médio completo (1º ao 3º ano)
☐ ensino médio incompleto
☐ superior completo
☐ superior incompleto
☐ não se aplica

Tipo de vínculo com a instituição:

- ☐ convênio Qual? _____
☐ particular
☐ outros Qual? _____

PARTE II	AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE INTERNAÇÃO					
1. Favor responder, assinalando com um “X” qual o seu grau de satisfação em relação ao atendimento recebido durante o período de internação. 2. Primeiramente pense se o(a) sr(a) ficou insatisfeito(a) ou satisfeito(a) com o atendimento e a seguir, pense na intensidade da sua discordância ou concordância (totalmente, muito ou pouco).						
Atributos de atendimento	GRAU DE SATISFAÇÃO					
	INSATISFEITO (A)			SATISFEITO (A)		
	Total-mente	Muito	Pouco	Pouco	Muito	Total-mente
Equipe médica (EM) 1. Atenção-interesse da equipe médica para com o usuário durante a internação. 2. Educação da equipe médica para com o usuário durante a internação. 3. Empenho da equipe médica em resolver os problemas do usuário durante a internação. 4. Explicações-orientações sobre o problema dadas pela equipe médica ao usuário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Atributos de atendimento	GRAU DE SATISFAÇÃO					
	INSATISFEITO (A)			SATISFEITO (A)		
	Total-mente	Muito	Pouco	Pouco	Muito	Total-mente
Enfermagem (EE)						
5. Atenção-interesse da equipe de Enfermagem para com o usuário durante a internação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
6. Educação da equipe de enfermagem para com o usuário durante a internação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
7. Empenho da equipe de enfermagem em resolver os problemas do usuário durante a internação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
8. Explicações-orientações sobre o problema dadas pela equipe de enfermagem ao usuário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
9. Cuidados prestados pela equipe de enfermagem ao usuário, tais como: medir pressão, realizar curativos, dar os remédios, higienização, etc.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
10. Tempo de espera para atender o usuário quando este toca a campainha.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
11. Qualidade geral da equipe de enfermagem que atende durante o dia.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
12. Qualidade geral da equipe de enfermagem que atende durante a noite.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Atributos de atendimento	GRAU DE SATISFAÇÃO					
	INSATISFEITO (A)			SATISFEITO (A)		
	Total-mente	Muito	Pouco	Pouco	Muito	Total-mente
Nutrição						
13. Atendimento da Nutricionista.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
14. Qualidade-sabor da comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
15. Aparência-apresentação da comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
16. Temperatura da comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
17. Quantidade de comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
18. Variedade na comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
19. Regularidade nos horários em que a comida é servida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
20. Atenção da copeira que serve a comida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Atributos de atendimento	GRAU DE SATISFAÇÃO					
	INSATISFEITO (A)			SATISFEITO (A)		
	Total-mente	Muito	Pouco	Pouco	Muito	Total-mente
Atributos Gerais						
21. Conforto do quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
22. Limpeza do quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
23. Instalações do banheiro do quarto.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
24. Nível de barulho à noite para dormir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25. Respeito à privacidade do usuário enquanto está internado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26. Resultado do tratamento-cirurgia a que o usuário se submete durante a internação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
27. Orientação para continuidade do tratamento após saída do hospital.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
28. Orientação para alimentação em casa, após saída do hospital.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

PARTE III	AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO INICIAL PARA PACIENTES INTERNADOS					
<p>1 As frases apresentadas a seguir referem-se a vários fatores do atendimento inicial prestados aos pacientes no momento da internação. Com base nas alternativas de respostas, assinale um “X” naquela que melhor representa sua opinião em relação ao grau de satisfação dos pacientes com esses serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primeiramente, pense se o Sr(a) discorda ou concorda com cada frase. - A seguir, pense na intensidade da sua discordância ou concordância (totalmente, muito ou pouco). - Assinale apenas um “X” em cada frase, como resposta. 						
Atributos do atendimento	GRAU DE SATISFAÇÃO					
	INSATISFEITO (A)			SATISFEITO (A)		
	Total- mente	Muito	Pouco	Pouco	Muito	Total- mente
29. Facilidade de localização do balcão ou pessoa a qual se dirigir logo que entra no hospital.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30. Tempo de espera para conseguir esse atendimento inicial.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
31. Cortesia ou educação da pessoa que recebe os usuários para preencher os dados da internação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
32. Rapidez do preenchimento desses dados iniciais.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
33. Clareza das informações que o usuário recebe nesse atendimento inicial.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
34. Organização geral desse atendimento inicial.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
35. Conforto (instalações, poltronas, água, banheiros, etc) que o hospital oferece ao usuário enquanto este espera pela internação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

2 Entre o preenchimento dos dados iniciais e a internação, quanto tempo, em média, o(a) Sr(a) considera que o usuário espera ?

- ☐ 1. Até meia hora
- ☐ 2. De meia a 1 hora
- ☐ 3. De 1 hora a 1 hora e meia
- ☐ 4. De 1 hora e meia a 2 horas
- ☐ 5. Mais de 2 horas

PARTE IV – AVALIAÇÃO DO QUESITO CONFIANÇA EM RELAÇÃO À INSTITUIÇÃO

1 O(A) Sr(a) sente confiança no HASP? Eu gostaria que o(a) sr(a) me respondesse, levando em consideração as seguintes alternativas para resposta:

- ☐ 1. Sinto nenhuma confiança
- ☐ 2. Sinto pouca confiança
- ☐ 3. Sinto moderada confiança
- ☐ 4. Sinto bastante confiança
- ☐ 5. Sinto total confiança

2 O(A) Sr(a) indicaria o HASP para algum parente-amigo que precisasse de uma internação

- ☐ Com certeza eu não indicaria
- ☐ Tenho dúvida, mas penso que eu não indicaria
- ☐ Tenho dúvida, mas, penso que eu indicaria
- ☐ Com certeza eu indicaria

3 O(A) Sr(A) sentiu e avaliou uma série de fatores do HASP: atendimento médico, de enfermagem, qualidade das instalações. Pensando agora no geral, no HASP como um todo, o (a) Sr (a) poderia me dizer se ficou satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com o Hospital, após seu atendimento?

	☐ 1. Totalmente
INSATISFEITO(A)	☐ 2. Muito
	☐ 3. Pouco
	☐ 4. Pouco
SATISFEITO(A)	☐ 5. Muito
	☐ 6. Totalmente

ANEXO 4

Coeficiente de correlação univariada

Pearson Correlation Coefficients / Prob > |R| under Ho: Rho=0 / Number of Observations

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7
AS	0.10962=r	0.77195	0.65721	0.48815	0.59121	0.50327	0.56145
	0.3628=p	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001

Modelo de regressão linear multivariada

		Parameter	Standard	T for H0:		
Variable	DF	Estimate	Error	Parameter=0	Prob > T	
INTERCEP	1	-1.710955	0.74190294	-2.306	0.0251	
X1	1	0.187141	0.45473307	0.412	0.6824	
X2	1	0.835118	0.12357143	6.758	0.0001	
X3	1	0.359893	0.19488119	1.847	0.0705	
X4	1	-0.187753	0.14682691	-1.279	0.2067	
X5	1	0.173282	0.13944539	1.243	0.2196	
X6	1	-0.020080	0.10617939	-0.189	0.8507	
X7	1	0.326409	0.26256359	1.243	0.2194	

Stepwise Procedure for Dependent Variable AS

Step 1 Variable X2 Entered R-square = 0.68640348 C(p) = 13.62207176

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F	Prob>F
Regression	1	19.49385893	19.49385893	126.95	0.0001
Error	58	8.90614107	0.15355416		
Total	59	28.40000000			

Variable	Parameter Estimate	Standard Error	Type II Sum of Squares	F	Prob>F
INTERCEP	-0.61207935	0.55365526	0.18767143	1.22	0.2735
X2	1.08904240	0.09665552	19.49385893	126.95	0.0001

Bounds on condition number: 1, 1

Step 2 Variable X3 Entered R-square = 0.74817201 C(p) = 1.90874059

	DF	Sum of Squares	Mean Square	F	Prob>F
Regression	2	21.24808512	10.62404256	84.67	0.0001
Error	57	7.15191488	0.12547219		
Total	59	28.40000000			

Variable	Parameter Estimate	Standard Error	Type II Sum of Squares	F	Prob>F
INTERCEP	-1.97032492	0.61840762	1.27371868	10.15	0.0023

X2	0.86246171	0.10632881	8.25515538	65.79	0.0001
X3	0.46949660	0.12556350	1.75422619	13.98	0.0004

Bounds on condition number: 1.481026, 5.924103

All variables left in the model are significant at the 0.1500 level.
No other variable met the 0.0500 significance level for entry into the model.

Summary of Stepwise Procedure for Dependent Variable AS

Step	Variable Entered	Number Removed	Partial In	Model R**2	Model R**2	C(p)	F	Prob>F
1	X2	1	0.6864	0.6864	13.6221	126.9510	0.0001	
2	X3	2	0.0618	0.7482	1.9087	13.9810	0.0004	

Modelo Final

Variable	DF	Parameter Estimate	Standard Error	T for H0: Parameter=0	Prob > T
INTERCEP	1	-1.679233	0.66166622	-2.538	0.0135
X2	1	0.750964	0.10849741	6.921	0.0001
X3	1	0.529634	0.13111587	4.039	0.000

Modelo de regressão linear multivariada

Tabela: Valores dos parâmetros estimados para o modelo de regressão linear multivariada

Construto	Parâmetro Estimado	Erro-padrão	p
Intercepto	-1,711	0,742	0,025
Atendimento	0,187	0,455	0,682
Equipe Médica	0,835	0,124	< 0,001
Equipe de Enfermagem	0,360	0,195	0,071
Equipe de Nutrição	-0,188	0,147	0,207
Privacidade	0,173	0,139	0,220
Instalações	-0,020	0,106	0,851
Resultados	0,326	0,263	0,219

Tabela: Valores dos parâmetros estimados para o modelo de regressão linear multivariada, após processo de seleção de variáveis

Construto	Parâmetro Estimado	Erro-padrão	p
Intercepto	-1,679	0,662	0,014
Equipe Médica	0,751	0,108	< 0,001
Equipe de Enfermagem	0,530	0,131	< 0,001