**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

FLÁVIA JANÓLIO COSTACURTA PINTO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE:
A VISÃO DO CLIENTE**

RIBEIRÃO PRETO

2014

FLÁVIA JANÓLIO COSTACURTA PINTO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE:
A VISÃO DO CLIENTE**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Curso Doutorado Interinstitucional entre a Universidade de São Paulo e a Universidade Federal de Sergipe tendo como associada a Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus

RIBEIRÃO PRETO

2014

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

Catálogo Bibliográfico
Serviço de Documentação em Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

SILVA, Flávia Janólio Costacurta Pinto da.

Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente.
Ribeirão Preto, 2014.

129 p.:il.; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP, Programa Interunidades de Doutorado em
Enfermagem.

Orientadora: Laus, Ana Maria

1. Satisfação do Paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3.
Avaliação de Serviços de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, F.J.C.P. da.

Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutora em
Ciências.

Aprovado em: _____ / _____ / 2014

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Este trabalho é dedicado a:

***Paula e Enzo-** meus filhos - obrigada por entenderem minha dedicação a esse trabalho, mesmo sendo muito jovens, conseguiram me incentivar com muito carinho, abraços e palavrinhas mágicas “coragem mamãe” “vai dar tudo certo”. Amo vocês!*

***Mário-** meu esposo e grande amor - obrigada por sempre estar ao meu lado, sem você seria impossível ter conseguido realizar mais esse sonho.*

***Minha mãe Clarinda e irmãs Fátima e Paula-** meus exemplos de vida - por todo o incentivo, força, carinho e amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu guia e companheiro de todos os momentos.

A toda minha família, que me recebeu em Ribeirão Preto e compartilhou de forma tão afetuosa desse momento especial da minha vida.

A minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Ana Maria Laus, que me acolheu, deste o primeiro contato, com carinho e generosidade. Registro minha admiração pela competência demonstrada na condução desse trabalho, pelo conhecimento e dedicação a mim dispensados. Muito obrigada professora!

A todas as professoras que se dedicaram para que o Dinter UFS/Ufal se concretizasse.

A todos os professores do doutorado com quem tive o privilégio de conviver nesse período, admiro todas vocês pelo trabalho dedicado, competente e exemplar.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, edital 005/2009 Ação Novas Fronteiras da CAPES/MEC.

À Universidade Federal de Sergipe, colegas do Departamento de Enfermagem e alunos, pelo incentivo, apoio e compreensão.

À direção do Hospital Universitário, pela autorização e reconhecimento do valor dessa pesquisa para a instituição.

As acadêmicas de enfermagem Joseane e Vanessa que com muito empenho e dedicação me ajudaram na árdua tarefa de coletar de dados.

A Miyeko Hayashida, pelo apoio na análise estatística que enriqueceram a construção desse trabalho.

Aos usuários do HU, fonte da minha motivação profissional. Meu respeito e profundo agradecimento.

À minha “irmã de coração” Joseilze e seu esposo Luís Otávio, por estarem presentes em cada momento dessa trajetória, sempre prontos e dispostos a colaborar. Valeu a pena!

A todas as colegas do doutorado, em especial, Wilma, Joseílze, Ana Cristina, Leila, Amândia e Ana Paula, pelos momentos de aflição, alegria e conhecimento compartilhados.

Aos meus amigos Clóvis e Waleska, pelo companheirismo e momentos de descontração que me proporcionaram quando possível. Agradeço também pela atenção dada aos meus filhos durante minha ausência.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta tese.

RESUMO

SILVA, F.J.C. P.da. **Avaliação da qualidade do serviço de saúde: a visão do cliente.** Ribeirão Preto, 2014. 129f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A mensuração da satisfação do usuário quanto ao serviço recebido, passou a ser considerada um elemento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Diante disso buscou-se avaliar o grau de satisfação dos usuários internados no Hospital Universitário (HU) de Sergipe quanto à qualidade do serviço hospitalar. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa e de corte transversal; desenvolvido em três unidades de internação com pacientes de 18 a 80 anos, alfabetizados ou não e que permaneceram internados por um período mínimo de 48 a 72 horas. Foi aplicado um instrumento para caracterização sócio demográfica da população e a escala SERVQUAL, para determinação do grau de satisfação quanto à qualidade do serviço recebido. A coleta de dados ocorreu em dois momentos distintos, denominados período letivo e período não letivo. Foram entrevistados 305 usuários do serviço de ambos os sexos, com média de idade de 46,2 anos, 177 (58,0%) declararam ter de cinco a dez anos de estudo, 165 (54,1%) participantes não desenvolviam qualquer tipo de atividade econômica, 178 (58,4%) mantinham uma união estável e 157 (51,5%) residiam na capital do Estado. Em relação à experiência prévia de internação hospitalar, 174 (57,0%) afirmaram ter vivido essa experiência, destas, 66 (21,7%) ocorreram no HU. As expectativas dos usuários nos dois períodos analisados concentraram-se no escore cinco, portanto, uma alta expectativa em relação ao serviço. Verificou-se que no período letivo e não letivo, para as cinco dimensões e seus 22 atributos houve resultados negativos próximos de 0 (zero) e a média geral do *gap* foi de - 0,82 e - 0,86, respectivamente, caracterizando qualidade de serviço aceitável. No período letivo, o maior grau de insatisfação foi referente à dimensão empatia; e no período não letivo a tangibilidade. Na relação dos *gaps* das cinco dimensões pelos períodos de coleta de dados, confirmou-se a diferença entre o grau de satisfação dos usuários apenas para as dimensões atendimento e empatia. Quanto as variáveis de influência no grau de satisfação, para a dimensão confiabilidade os homens mostraram-se mais insatisfeitos quanto ao serviço em relação às mulheres, assim como na dimensão atendimento. Para a variável escolaridade, os usuários com até quatro anos de estudos apresentaram maior insatisfação em relação aos aspectos da dimensão segurança. Quanto ao grau de importância das características relacionadas à qualidade do serviço de saúde, à dimensão empatia foi considerada prioritária nos dois períodos, assim como a dimensão tangibilidade, foi apontada como de menor importância para a qualidade do serviço. Diante disso, verificou-se que, embora o grau de satisfação dos usuários do HU tenha sido caracterizado como aceitável, pelo presente estudo constatou-se lacunas na qualidade do serviço, as quais até então estavam ocultas às vistas dos gestores desse serviço. Esses resultados constituem importante ferramenta, à medida que, fornecem dados específicos de como os clientes percebem o serviço prestado, e deste modo, facilitam a tomada de decisões, a fim de melhorar a qualidade do serviço. Recomenda-se a implantação de um processo de avaliação contínuo sob a óptica do usuário no HU.

Descritores: Satisfação do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

SILVA, F.J.C.P. da. **Evaluation of the quality of the health service: customer vision.** Ribeirão Preto, 2014. 129f. Thesis (Ph. D.) Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The measurement of user satisfaction as the service received, came to be considered an element of assessing the quality of health services. Given that, it was sought to assess the level of satisfaction of the users hospitalized in the Hospital University (HU) of Sergipe on the quality of hospital service. It is an exploratory, descriptive study, with quantitative and transversal approach; developed in three inpatient units with patients from 18 to 80 years old, literate or not and who remained hospitalized for a minimum period of 48 to 72 hours. An instrument was applied to characterize the socio-demographic population and SERVQUAL scale, to determine the level of satisfaction regarding the quality of service received. Data collection occurred at two different times, denominated as term and academic period. 305 service users were interviewed in both sexes, with an average age of 46.2 years old, 177 (58.0%) reported from five to ten years of study, 165 (54.1%) participants do not develop any kind of economic activity, 178 (58.4%) maintained a stable union and 157 (51.5%) resided in the capital of the State. In relation to the previous experience of hospitalization, 174 (57.0%) claimed to have lived that experience, of these, 66 (21.7%) occurred at the HU. The expectations of the users in both analyzed periods were focused on a score of five, so a high expectation in relation to the service. It was found that the academic and no academic period for the five dimensions and its 22 attributes, negative results close to 0 (zero) and the overall average of the *gap* was - 0.82 and - 0.86 , respectively, featuring acceptable quality of service. In the academic period the highest level of dissatisfaction was referring to dimension empathy; and during the no academic period was the tangibility. In respect of *gaps* of five dimensions by periods of data collection, it was confirmed the difference between the degree of satisfaction of users only for the dimensions care and empathy. As the influence on the level of satisfaction, for the dimension reliability men were more unhappy about the service towards women, as well as in the care dimension. For the variable education, users with up to four years of study showed greater dissatisfaction in relation to aspects of the security dimension. In the level of importance of the characteristics related to quality of health service, empathy was considered a priority dimension in both periods, as well as the tangibility dimension that was chosen as of lesser importance to the quality of service. Given this, it was found that, although the level of satisfaction of users of HU has been characterized as acceptable by the present study found *gaps* in service quality, which until then the views of managers of that service were hidden. These results are important tool providing specific data on how customers perceive the service provided, and in this way, facilitate decision-making, in order to improve the quality of service. It is recommended the implementation of a continuous evaluation process under the user's optical in HU.

Key words: Patient Satisfaction, Quality of Health Care, Health Services Evaluation

RESUMEN

SILVA, F.J.C.P. da. Evaluación de la calidad del servicio de salud: conocimiento del cliente. Ribeirão Preto, 2014. 129f. Tesis (Doctorado) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

La medida de la satisfacción del usuario cuanto al servicio recibido, pasó a ser considerada un elemento de evaluación de la calidad de los servicios de salud. Frente a eso se buscó evaluar el grado de satisfacción de los usuarios internados en el Hospital Universitario (HU) de Sergipe así como la calidad del servicio hospitalario. Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal; desarrollado en tres unidades de internación con pacientes de 18 a 80 años, alfabetizados o no y que permanecieron internados por un período mínimo de 48 a 72 horas. Fue aplicado un instrumento para caracterización socio-demográfica de la población y la escala SERVQUAL, para determinación del grado de satisfacción así como a la calidad del servicio recibido. La recolección de datos se dio en dos momentos distintos, denominados período lectivo y período no lectivo. Fueron entrevistados 305 usuarios del servicio de ambos sexos, con media de edad de 46,2 años, 177 (58,0%) declararon tener cinco a diez años de estudio, 165 (54,1%) participantes no desarrollaron cualquier tipo de actividad económica, 178 (58,4%) mantenían una unión estable y 157 (51,5%) residían en la capital del Estado. En relación a la experiencia previa de internación hospitalaria, 174 (57,0%) afirmaron tener vivido esa experiencia, de estas, 66 (21,7%) ocurrieron en el HU. Las expectativas de los usuarios en los dos períodos analizados se concentraron en la puntuación cinco, por lo tanto, una alta expectativa en relación al servicio. Se verificó que en el período lectivo y no lectivo, para las cinco dimensiones y sus 22 atributos hubo resultados negativos próximos a 0 (cero) y la media general del *gap* fue de -0,82 y -0,86, respectivamente, caracterizando calidad de servicio aceptable. En el período lectivo el mayor grado de insatisfacción fue referente a la dimensión empatía; y en el período no lectivo la tangibilidad. En la relación de los *gaps* de las cinco dimensiones por los períodos de recolección de datos, se confirmó la diferencia entre el grado de satisfacción de los usuarios apenas para las dimensiones atendimento y empatía. Quanto a las variables de influencia en el grado de satisfacción, para la dimensión confiabilidad los hombres se mostraron más insatisfechos cuanto al servicio en relación a las mujeres, así como en la dimensión atendimento. Para la variable escolaridad, los usuarios con hasta cuatro años de estudios presentaron mayor insatisfacción en relación a los aspectos de la dimensión seguridad. Quanto al grado de importancia de las características relacionadas a la calidad del servicio de salud, a la dimensión empatía fue considerada prioritaria en los dos períodos, así como, la dimensión tangibilidad, fue apuntada como de menor importancia para la calidad del servicio. Ante a eso, se constató que, a pesar del grado de satisfacción de los usuarios del HU tenga sido caracterizado como aceptable, el presente estudio encontró deficiencias en la calidad del servicio, las cuales hasta entonces estaban ocultas en la visión de los gestores de ese servicio. Esos resultados constituyen importante herramienta, a medida que, fornecen datos específicos de como los clientes perciben el servicio prestado, y de este modo, facilitan la tomada de decisiones, a fin de mejorar la calidad del servicio. Se recomienda la implantación de un proceso de evaluación continua sobre la óptica del usuario en el HU.

Descriptorios: Satisfacción del Paciente, Calidad de la Atención de Salud, Evaluación de Servicios de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição anual do quantitativo de internações, ocorrências de óbitos e tempo médio de permanência por unidade de internação no Hospital Universitário. Aracaju, 2010.	47
Tabela 2	Distribuição das médias dos números de internações por período e Unidade do Hospital Universitário. Aracaju, 2011.	48
Tabela 3	Tamanho amostral por estrato. Aracaju, 2011.	49
Tabela 4	Distribuição das frequências, segundo as variáveis sexo, idade, escolaridade, situação ocupacional, estado civil e local de residência dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.	59
Tabela 5	Distribuição das médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos em anos, segundo as variáveis idade e escolaridade dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.	60
Tabela 6.	Distribuição das frequências, segundo as variáveis experiência prévia de internação e internação anterior no HU. Aracaju, 2013.	60
Tabela 7	Distribuição das frequências dos escores de respostas por atributo no período letivo, segundo as expectativas e percepções dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.	62
Tabela 8	Distribuição das frequências dos escores de respostas por atributo no período não letivo, segundo as expectativas e percepções dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.	64
Tabela 9	Desempenho geral das dimensões por meio do intervalo das pontuações dos escores e suas respectivas médias e desvios padrões, segundo as expectativas e percepção dos pacientes internados no período letivo no HU. Aracaju, 2013.	65
Tabela 10	Desempenho geral das dimensões por meio do intervalo das pontuações dos escores e suas respectivas médias e desvios padrões, segundo as expectativas e percepções dos pacientes internados no período não letivo no HU. Aracaju, 2013.	65
Tabela 11	Desempenho dos atributos e dimensões por meio da mediana, valores mínimos e máximos, dos escores Expectativa (E), Percepção (P), $gap = [P-E]$ e valor p, referente à aplicação da escala SERVQUAL nos 236 usuários do HU no período letivo. Aracaju, 2013.	67
Tabela 12	Desempenho dos atributos e dimensões por meio por meio da mediana, valores mínimos e máximos, dos escores Expectativa (E), Percepção (P), $gap = [P-E]$ e valor p, referente à aplicação da escala SERVQUAL nos 69 usuários do HU período não letivo. Aracaju, 2013.	69

Tabela 13	Relação dos <i>gaps</i> por dimensão da escala SERVQUAL, segundo os períodos de coleta de dados dos usuários internados no HU. Aracaju, 2013.	70
Tabela 14	Estudo da análise de covariância da variável dependente <i>gap</i> /Tangibilidade segundo as variáveis independentes período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.	73
Tabela 15	Estudo da análise de covariância da variável dependente <i>gap</i> /Confiabilidade segundo as variáveis independentes, período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.	74
Tabela 16	Estudo da análise de covariância da variável dependente <i>gap</i> /Atendimento, segundo as variáveis independentes, período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.	75
Tabela 17	Estudo da análise de covariância da variável dependente <i>gap</i> /Segurança, segundo as variáveis independentes, período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.	76
Tabela 18	Estudo da análise de covariância da variável dependente <i>gap</i> /Empatia, segundo as variáveis independentes, período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.	77
Tabela 19	Distribuição das médias quanto ao grau de importância das características relacionadas à qualidade do serviço de saúde. Aracaju, 2013.	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Qualidade percebida pelo cliente segundo suas expectativas e percepções.....	33
Figura 2	Modelo adaptado de falha da qualidade de serviços de saúde.....	40
Figura 3	Subescala SERVQUAL I, expectativas do cliente quanto à qualidade do serviço	51
Figura 4	Subescala SERVQUAL II, percepções do cliente quanto à qualidade do serviço.....	52
Figura 5	Subescala SERVQUAL III, grau de importância para o paciente quanto à qualidade do serviço	53
Figura 6	Relação dos <i>gaps</i> por dimensão da escala SERVQUAL, segundo as variáveis internação no HU - sim e internação no HU – não, dos 236 usuários internados no período letivo. Aracaju, 2013	71
Figura 7	Relação dos <i>gaps</i> por dimensão da escala SERVQUAL, segundo as variáveis internação no HU - sim e internação no HU – não, dos 69 usuários internados no período não letivo. Aracaju, 2013.....	72
Figura 8	Distribuição das frequências das respostas segundo a opinião dos pacientes internados no HU nos períodos letivo e não letivo, quanto à característica de maior importância para a qualidade do serviço. Aracaju, 2013.....	79
Figura 9	Distribuição das frequências das respostas segundo a opinião dos pacientes internados no HU nos períodos letivo e não letivo, quanto à segunda característica de maior importância para a qualidade do serviço. Aracaju, 2013.....	79
Figura 10	Distribuição das frequências das respostas segundo a opinião dos pacientes internados no HU nos períodos letivo e não letivo, quanto à característica de menor importância para a qualidade do serviço. Aracaju, 2013.....	80

LISTA DE SIGLAS

HU- Hospital Universitário

UFS- Universidade Federal de Sergipe

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ONA - Organização Nacional de Acreditação

DP – Desvio padrão

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

TQM - Gestão da Qualidade Total

CQT - Controle da Qualidade Total

JCAHCO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization

ENAP - Escola Nacional de Administração Pública

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Qualidade	21
2.2 Qualidade nos serviços de saúde	23
2.3 Avaliação dos serviços de saúde	28
2.4 Satisfação do usuário	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	37
3.1 Modelo de avaliação da qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry	37
4 OBJETIVOS	43
4.1 Geral	43
4.2 Específicos.....	43
5 MATERIAL E MÉTODO	45
5.1 Delineamento do Estudo.....	45
5.2 Local.....	45
5.2.1 Unidades inseridas no estudo	46
5.3 População.....	47
5.3.1 Definição da amostra	47
5.4 Aspectos éticos	49
5.5 Procedimentos para coleta de dados.....	49
5.5.1 Instrumentos de medidas	49
5.5.1.1 Instrumento de caracterização sócio-demográfica	49
5.5.1.2 Escala SERVQUAL	50
5.6 Operacionalização da coleta de dados.....	53
5.7 Capacitação dos coletadores de campo	55
5.8 Variáveis selecionadas para o estudo.....	55
5.9 Processamento e análise dos dados	56
5.9.1 Cálculo do escore de satisfação do paciente – escala SERVQUAL	56

6 RESULTADOS.....	59
6.1 Caracterização da amostra de usuários do estudo.....	59
6.2 Resultados das subescalas Expectativa (I) e Percepção (II) da escala SERVQUAL.....	61
6.3 Resultados da escala Grau de Importância (III) da escala SERVQUAL	77
 7 DISCUSSÃO	82
 8 CONCLUSÕES.....	102
 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
 REFERÊNCIAS.....	108
 APÊNDICES	124
 ANEXO	129

***APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E
JUSTIFICATIVA DO ESTUDO***

1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

A satisfação do paciente tem se tornado um importante indicador na avaliação da qualidade nos serviços de serviços saúde (GOUVEIA et al., 2011; CLEARY; McNEIL, 1988; MEZONO, 1993) à medida que favorece a identificação do ponto de vista desses usuários sobre os cuidados que recebem (CHENG; LAI, 2010).

Santiago (2010) assegura que a avaliação do serviço, na visão do usuário, além de favorecer a humanização na instituição, oportuniza os gestores a conhecerem na prática a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também permite a adequação deste às suas expectativas. Segundo Esperidião e Trad (2006), o cliente torna-se um agente de avaliação e transformação do sistema.

Outrossim, a sociedade evoluiu, e tornou-se mais exigente e consciente de seus direitos enquanto usuários do sistema de saúde, o que os levam cada vez mais reivindicar por uma assistência de qualidade. Atrelado a isso, uma assistência eficaz requer maior empenho dos gestores e profissionais dos serviços de saúde no sentido de garantir a satisfação do indivíduo por meio de uma assistência digna e de qualidade (CHENG; LAI 2010; POLIZER; D'INNOCENZO, 2006).

O paciente, que é atendido em suas expectativas e consequente satisfação, apresenta possibilidades de melhores resultados às intervenções terapêuticas, visto que se interessam pelo cuidado prestado aderindo às orientações propostas (CHENG et al., 2009).

A insatisfação demonstrada por muitos pacientes com a qualidade do atendimento prestado pelos hospitais tem como uma das principais causas o não atendimento às suas expectativas e, em particular, com o desfecho de suas reclamações acerca do tratamento recebido (FRIELE; SLUIJS; LEGEMAATE, 2008).

Pesquisas de avaliação que buscam conhecer a opinião dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados são recentes no Brasil e o Ministério da Saúde tem estimulado estudos direcionados nessa perspectiva (BRASIL, 2000); como exemplo, o inquérito realizado nos anos de 2003 a 2005 com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) com objetivo de avaliar a satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro (GOUVEIA et al., 2009). Os resultados desse estudo indicaram haver diferenças regionais no nível de satisfação desses usuários, sendo que as chances de insatisfação com os serviços de saúde são maiores nos indivíduos residentes na região Nordeste.

Alguns autores denominam os indivíduos que avaliam os serviços de saúde como clientes, pacientes ou usuários. Para Malik e Schiesari (1998, p.59), define-se cliente, usuário

ou paciente “como alguém para quem é efetuado um trabalho ou aquele que recebe benefício de determinado trabalho”, estes conceitos que serão adotados nessa pesquisa como similares, quando necessário referir-se ao indivíduo que recebeu um serviço, fez uma avaliação e formulou julgamento sobre este.

Diante deste cenário e exercendo atividade docente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, sou responsável pela disciplina Administração em Enfermagem Hospitalar, na qual desenvolvo o ensino clínico nas unidades de internação do Hospital Universitário (HU). Tal atividade me permite o contato frequente com os usuários do HU, fato que oportuniza ser ouvinte de declarações a respeito do atendimento recebido, que de certa forma, avaliam sob múltiplas dimensões, a assistência à saúde nesta instituição.

Este exercício permite perceber a importância e a necessidade do interesse e da escuta realizada pelos profissionais de saúde junto aos usuários, evidenciando que é necessário aprender a atentar para as questões levadas por eles, que não se limitam aos aspectos do desempenho técnico das equipes multiprofissionais, mas abrangem também suas (in) satisfações quanto à higienização, estrutura física, cortesia ou descortesia de outros profissionais, entre outros.

Tais declarações, ora positivas ora negativas, têm sido direcionadas a setores responsáveis da instituição na tentativa de colaborar para que medidas cabíveis possam ser equacionadas.

Sendo o HU, um hospital de ensino, vale salientar que, durante o ano, há variação no quantitativo e no tipo de recursos humanos que prestam serviços aos usuários, pois visto que no período letivo, além dos profissionais efetivos da instituição, há ainda a inserção de acadêmicos e docentes dos cursos da saúde nos processos de trabalho, o que, de certo modo, pode interferir na avaliação dos usuários quanto à qualidade dos serviços. Por isso, considerou-se pertinente avaliar a satisfação do usuário em dois momentos distintos: período letivo e não letivo.

Algumas ações de avaliação adotadas pelo HU podem ser constatadas por meio da implementação de indicadores de desempenho hospitalar, tais como: tempo de internação hospitalar, infecções pós-operatórias, mortalidade de pacientes cirúrgicos, entre outros. Estes resultados fornecem uma base útil para o planejamento gerencial visando a melhoria da qualidade do serviço; entretanto, a questão da satisfação do usuário com o serviço oferecido pela instituição não é mensurada. Sob a óptica da avaliação, pode-se dizer que este fato cerceia a oportunidade do paciente ser partícipe na gestão do hospital, limitando este processo.

Assim, mesmo que a mensuração da satisfação do usuário seja um processo complexo, a concepção de uma administração em saúde voltada para a qualidade, aliada ao crescimento

dos movimentos dos consumidores, propiciou aos pacientes um lugar importante a ser considerado nesta perspectiva da avaliação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, justifica-se o desenvolvimento da presente pesquisa voltada aos processos avaliativos, sob a ótica do usuário no HU à medida que:

1. Estabelece um canal de comunicação, aproximando gestores, profissionais e usuários da instituição;
2. Reconhece e valida que o processo de avaliação na perspectiva do usuário deve ser utilizado como uma importante estratégia para a garantia da qualidade do serviço;
3. Produz informações que auxiliam os gestores na elaboração de planejamento de ações, com vistas a intervenções que busquem aperfeiçoar as práticas profissionais e consequente melhoria da qualidade do serviço sobre a forma de organização do serviço;
4. Consolida o comprometimento da instituição com as necessidades dos usuários por meio de suas percepções quanto ao serviço recebido, fortalecendo a participação destes nos processos de planejamento e avaliação da instituição;
5. Permite que pesquisador e pesquisa sejam integrados aos processos de trabalhos realizados pelos profissionais do HU, favorecendo uma gestão participativa com foco na satisfação do usuário;

Acrescido a essa situação, a publicação do Decreto nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais integrados ao Sistema de Único de Saúde, estabelece, dentre várias orientações, a necessidade da melhoria dos processos de gestão por meio da implantação de sistema gerencial de informações e indicadores de desempenho e a instituição de processos permanentes de avaliação tanto das atividades de ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, como da atenção à saúde prestada à população (BRASIL, 2010a).

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe está inserido neste contexto, portanto, enfrenta o desafio de adequar seu planejamento institucional de modo a atender aos pressupostos estabelecidos para instituições desta natureza, reformulando e/ou adequando suas diretrizes de modo a contemplar as expectativas em torno de seu desempenho.

Frente ao exposto e diante deste cenário de intensa movimentação institucional, pude desenvolver o interesse e motivação para realização do presente estudo, esperando que os seus resultados possam contribuir para a instituição nos aspectos mencionados anteriormente.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade

A expressão qualidade pode designar diferentes significados conforme o contexto ao qual está inserida, considerado relativo por implicar juízo de valor individual e coletivo (ARANAZ, 2003).

O termo *Qualitas* é derivado do latim e este deu origem ao vocábulo “qualidade”, o qual, no âmbito da produção de bens e serviços, possibilita identificar uma diversidade de conceitos descritos por importantes estudiosos do século XX, a saber (RODRIGUES, 2012, p. 9):

- “Qualidade é a capacidade de satisfazer desejos.” - William E. Deming
- “Qualidade é a adequação ao uso.” - Joseph Juran
- “Qualidade é satisfazer ao cliente interno e externo, atendendo ou excedendo suas expectativas, através da melhoria contínua do processo.” - Kaoru Ishikawa
- “Qualidade é ir ao encontro das necessidades do cliente.” - Philip B. Crosby
- “Qualidade é um conjunto de características do produto ou serviço em uso, as quais satisfazem as expectativas do cliente.” - Armand V. Feigenbaum

Com um enfoque mais contemporâneo, Rodrigues (2012, p. 10) descreve que “Qualidade é o que o cliente percebe ou entende por valor, diante do seu socialmente aprendido, do mercado, da sociedade e das tecnologias disponíveis”.

O conceito e o significado de qualidade são dinâmicos e vêm se transformando ao longo da história, sendo introduzidos novos elementos balizados pelo progresso das organizações e sociedade (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

Dentre os principais ideólogos dos princípios da qualidade, destacam-se: Walther Shewhart, Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishigawa, Armand V. Feigenbaum e Philip B. Crosby (ZANON, 2001).

Shewhart criou o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) como método de controle de qualidade e, juntamente com Deming, desenvolveu um método de controle de qualidade baseado na estatística (ZANON, 2001; TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2010).

A contribuição de Deming foi instituir um programa de melhoria contínua constituído por quatorze pontos fundamentais, os quais demonstram os princípios para uma empresa sobreviver e ser competitiva (BARBOSA; MELO, 2008).

Já o ideólogo Joseph M. Juran propôs que o controle de qualidade seja compreendido por três processos: planejamento, controle e melhoria de qualidade, cujos princípios constituem a Trilogia de Juran (TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2010).

Outro teórico da qualidade, Kaoru Ishigawa, é reconhecido pela criação do diagrama de causa-efeito (espinha de peixe) e pelo desenvolvimento do conceito de círculos de controle da qualidade (ZANON, 2001. p. 6).

Armand V. Feigenbaum idealizou o conceito de Controle da Qualidade Total (CQT), o qual apresenta a liderança, a tecnologia moderna e o compromisso organizacional, como passos para o alcance da qualidade (BROCKA; BROCKA, 1994).

A teoria de Crosby defende o paradigma da melhoria da qualidade por meio do conceito “zero defeito”. Para esse autor, a qualidade não pode ser avaliada como boa ou ruim, porém acredita que as exigências devam estar ou não em conformidade com as especificações (BROCKA; BROCKA, 1994).

Seguindo uma organização temporal, as ideias que retratam a evolução do conceito qualidade são descritas nas seguintes fases (ZANON, 2001.p 9):

- A fase inicial (anos 20) foi caracterizada pela era da “inspeção”, quando se buscava encontrar e separar os produtos acabados que apresentavam defeitos. O interesse principal era evitar que o produto final fosse comercializado com falhas;
- A fase seguinte (anos 30 e 40) contemplou a era do “controle estatístico de qualidade”. Com o advento da produção em massa, foram introduzidas técnicas de amostragem de base estatística, com o objetivo de aperfeiçoar o processo com o mínimo de inspeção, surgindo, dessa forma, o controle do processo;
- Na terceira fase (a partir dos anos 50), surge o componente “gestão da qualidade” suscitando uma nova filosofia gerencial. A qualidade do produto deixou de ser uma atribuição apenas de um setor da organização, mas passou a ser uma responsabilidade de todos. Portanto, a qualidade passa a ser um trabalho coletivo em prol das necessidades do cliente.

A partir da década de 80, surge a Gestão pela Qualidade Total (*Total Quality Management – TQM*) que apresenta como pontos básicos: foco no cliente, trabalho em equipe, tomada de decisões fundamentadas em análises estatísticas e resolução de problemas com vistas à redução de erros (LONGO, 1996; TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010).

Tais princípios, na ocasião, foram importantes para as empresas alavancarem sua produção, haja vista a necessidade de produzir mais por um menor preço e, ainda, a

concorrência entre produtos crescia no mercado e os clientes, auxiliados pelas leis e código de defesa do consumidor, tornaram-se cada vez mais cientes de seus direitos e exigentes com a qualidade do produto adquirido (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

Ademais, Paladini (2002) ressalta que a cultura da qualidade, quando implantada em uma empresa, deve ser entendida por todos como um “valor” e para que seja alcançada a excelência dos serviços por meio da gestão da qualidade, é necessário que haja o empenho de todas as pessoas que ocupam os diferentes níveis hierárquicos da organização.

Tal pensamento corrobora com o do teórico Juran (1992, p. 73), o qual alerta que:

“O maior obstáculo para o avanço do processo da qualidade ainda é a falta de liderança da alta gerência. Muitos dos executivos, talvez a maioria, ainda não perceberam quais são as ações necessárias para atingir a qualidade padrão internacional. Também não compreendem seu papel na conquista dos objetivos, ou seja, quais são as ações não delegáveis que devem assumir pessoalmente.”

Sendo assim, o processo de implantação da qualidade em uma instituição depende, em grande parte, do conhecimento, da mudança de atitudes e comportamentos de gestores e funcionários da instituição, assim como da motivação e estímulo dado aos membros envolvidos nesse processo (LONGO; VERGUEIRO, 2003).

2.2 Qualidade nos serviços de saúde

No início do século XX, os conceitos e princípios da qualidade, originalmente desenvolvida na área industrial, começam a ser absorvidos para outros setores, como o da saúde. Essa mudança tornou-se necessária devido à redução de recursos financeiros nesta área, à elevação dos custos operacionais, à evolução tecnológica, à exigência dos clientes por uma melhor assistência, ao mercado competitivo e, ainda à necessidade de capacitação técnica dos profissionais da saúde (ANTUNES; TREVISAN, 2000; DONABEDIAN 1978).

Nesse sentido, Gonçalves (2006, p.92) afirma que:

“Os hospitais, em sua maioria, vivem hoje um dilema: a necessidade de modernização das formas de trabalho em contraposição a uma cultura organizacional arcaica. Tanto as organizações públicas como as privadas precisam buscar mais eficiência, ou seja, fazer mais com menos recursos, garantindo a qualidade.”

Segundo Ford e Fottler (2000), a constante preocupação dos gestores a respeito da prestação de serviços nas instituições hospitalares, deve-se às responsabilidades ética e social dessas instituições em prestarem uma assistência de qualidade para uma determinada comunidade.

Quanto ao conceito de qualidade aplicado ao setor saúde, suas definições são variadas. Tal fato é atribuído pela visão de quem as define e pela posição que ocupam dentro desse âmbito, sejam eles, gestores, profissionais da área, usuários ou compradores do serviço (BLUMENTHAL, 1996).

Em senso comum, percebe-se que o conceito de qualidade, de maneira geral, está associado ao alcance de um elevado padrão de assistência (PERTENCE; MELLEIRO, 2010), por meio da disponibilização de um serviço seguro, livre de riscos a saúde e que gere satisfação em seus usuários (AZEVEDO, 1993).

É importante salientar que, a definição do conceito de qualidade em saúde deve proporcionar a “compreensão de que a qualidade não depende de um único fator, mas da presença de uma série de componentes, atributos ou dimensões. Cada instituição deve escolher conscientemente os seus atributos-alvo que definirão a qualidade” (BRASIL, 2013a).

Em 1980, Avedis Donabedian, um importante pesquisador sobre qualidade na área da saúde, definiu qualidade como *“um julgamento tanto sobre o componente técnico quanto sobre as relações interpessoais entre o cliente e o profissional, naquilo que estas características têm de bom”* (GOUVEIA, 2009, p. 39).

Este autor ampliou o conceito de qualidade definindo os “Sete Pilares da Qualidade” (DONABEDIAN, 1990), a saber:

- Eficácia: capacidade do cuidado de contribuir para uma melhor condição de saúde do paciente;
- Efetividade: alcance da melhoria na saúde de acordo com o grau atingível que os estudos preconizam como alcançável;
- Eficiência: habilidade de obter melhor resultado ao menor custo;
- Otimização: equilíbrio entre custo/benefício;
- Aceitabilidade: adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família;
- Legitimidade: conformidade com as preferências sociais no que se refere aos aspectos anteriormente mencionados;
- Equidade: igualdade na distribuição dos cuidados e de seus benefícios entre os sujeitos da sociedade.

Alguns desses pilares apresentam uma dimensão técnica e outros interpessoais, os quais são interdependentes e condicionantes entre si para atingirem seu potencial (NOVAES, 2000). Estes expressam a dimensão da qualidade quando medidos e avaliados isoladamente ou em grupo (DONABEDIAN, 2003).

Além dos atributos efetividade, eficácia, eficiência já citados, Bittar (2000, p.358) acrescenta que os serviços de saúde devem ser avaliados quanto à “produção, produtividade, qualidade, bem como à prevenção e redução da morbimortalidade e, ainda, a imagem que apresenta aos usuários ou clientes”.

Para que esse processo de avaliação cumpra tal objetivo, este deverá estar centrado no objetivo de produzir dados (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2000), que contribuirão para a confirmação ou reformulação dos processos nos serviços de saúde (CARVALHO; BURRALLI; ROSENBURG, 2000).

Diante disso, no Brasil, a partir da década de 90, a qualidade no setor saúde passa a ser debatida com maior interesse por gestores ligados ao Ministério da Saúde e grupos isolados interessados pelo tema (GOLOVATTEI, 2010).

Esse movimento ganha força nos serviços públicos quando a qualidade dos serviços de saúde deixa de ser uma iniciativa própria das instituições para atender a uma exigência legal por meio da Lei 8080/90, que em seu artigo 15, estabelece, além de outros, que “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde” (BRASIL, 1990).

Já nas instituições de saúde de caráter privado, a busca pela qualidade nos serviços é alavancada, principalmente, pelo mercado competitivo e pela restrição orçamentária dessas instituições, onde, cada vez mais, evidencia-se a necessidade de demandas humanas, tecnológicas e estruturais que elevam os custos dos serviços. Por estas razões, os gestores passam a absorver os conceitos dos programas de qualidade na tentativa de equacionar esses problemas e alcançar um modelo de serviço que seja diferenciado no mercado (GURGEL JUNIOR, 2002; TONTINI; WALTER; COSTA, 2012).

Observa-se então, a necessidade de criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade como requisitos básicos para o cumprimento dessa medida (BRASIL, 2006).

A elaboração de instrumentos oficiais de avaliação das organizações hospitalares com a intenção de valorar os serviços, é incrementada tanto no setor público quanto no privado, tomando como base os conceitos da qualidade total (QUINTO NETO, 2000).

Essas definições de normas e diretrizes que orientam o processo de avaliação já eram conhecidas e praticadas em países desenvolvidos, ao passo que, no Brasil, apresentavam-se incipientes (SANTOS; NATAL, 2005). Como exemplo, pode-se citar a organização não governamental Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO), a qual publicou em 1953 normas relacionadas ao processo de avaliação da qualidade nas organizações de saúde. Esta instituição propõe-se a mensurar a qualidade técnica das instituições de saúde dos Estados Unidos (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION, [2013?]).

Uma das iniciativas do governo brasileiro, nesse sentido, foi reconhecer por meio da Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como instituição competente e responsável em supervisionar o processo de acreditação de todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do Brasil (BRASIL, 2002). A ONA “é uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional”, que objetiva promover a implantação de processos permanentes de avaliação e de certificação dos serviços de saúde com foco na melhoria da qualidade da assistência e criou o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, o qual estabelece um conjunto de regras, normas e procedimentos relacionados com o sistema de avaliação (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, [2011?]).

Outra ação governamental foi a criação, em 1998, do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, com os objetivos de avaliar a satisfação do usuário quanto ao serviço e aplicar um roteiro técnico de avaliação direcionado aos hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. Esse programa foi reformulado em 2004 com o objetivo de torná-lo mais abrangente, possibilitando, dessa forma, a inclusão de novas instituições nos diversos níveis de complexidades. Passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, o qual é constituído por quatro eixos: roteiro de padrões de conformidade, indicadores, pesquisa de satisfação dos usuários, pesquisa das relações e condições de trabalho (BRASIL, 2006).

O PNASS, por sua vez, foi um dos documentos utilizados pelo Grupo de Trabalho sobre Política de Qualidade dos Serviços Hospitalares no âmbito do SUS, em 2006, como embasamento na definição de termos sobre qualidade hospitalar contemplados no Termo de Referência da Qualidade Hospitalar. O referido termo foi baseado, ainda, nos indicadores e metas de qualidade para hospitais públicos, privados e filantrópicos, os quais foram definidos

no Plano Operativo do ano de 2004, produzido pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino e o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

Os processos “medir, monitorar e avaliar desempenhos” e “qualificar a unidade hospitalar” são apresentados distintamente no Termo de Referência da Qualidade Hospitalar, sendo enfatizada, no entanto, a necessidade de haver um alinhamento entre eles (BRASIL, 2007). Esse documento aborda, ainda, portanto, o significado de qualidade hospitalar com foco na rede hospitalar inserida no SUS.

Nesse panorama, os hospitais de ensino, certificados pelos Ministérios da Saúde e da Educação como “instituições hospitalares que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde (...) de propriedade de Instituição de Ensino Superior pública ou privada” (BRASIL, 2007, p.20), passaram a ser objeto de reestruturação e revitalização da rede hospitalar integrada ao SUS por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF (BRASIL, 2010a).

A importância dos hospitais de ensino para o desenvolvimento do SUS é destacada por Barata, Mendes e Bittar (2010), sobretudo no que se refere à incorporação de novas tecnologias que contribuam para a melhoria da saúde e a garantia de acesso da população à assistência de alta complexidade.

Esses autores ainda comentam que os Hospitais de Ensino cumprem uma importante função na formação e capacitação de profissionais da área da saúde, e que sem desvalorizar os avanços tecnológicos, devem preocupar-se também com a integração desses profissionais ao Sistema Único de Saúde. O motivo de incrementar essa relação está pautado na necessidade do atendimento às necessidades de saúde da comunidade.

Essa afirmação vai ao encontro à iniciativa do Ministério da Saúde, o qual criou em 2003, o Programa Nacional de Humanização, este tem como objetivo qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde no SUS e discutir a formação dos profissionais da saúde, quanto à necessidade de repensar as práticas de ensino, as quais devem enfatizar a “relação entre os sujeitos envolvidos na construção do cuidado, nos modos de acolher, de gerir, de fazer a escuta, de compartilharem saberes e diferentes modos e de estar nos verbos da vida”. Deste modo, com a inserção dessas novas atitudes nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, as práticas de ensino tornar-se-ão humanizadas e de melhor qualidade (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, para que a qualidade seja alcançada em uma instituição de saúde, se faz necessário que os programas de qualidade tenham uma ampla intervenção em todos os serviços desenvolvidos pela instituição, evitando que apenas algumas áreas sejam foco de

atenção (BERWICK, 1994). No entanto, estima-se que, no Brasil, somente 2% das instituições hospitalares tenham implantado um sistema contínuo de melhoria da qualidade que envolva todos os serviços oferecidos pela organização (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Araújo; Figueiredo e Faria (2009), em estudo realizado sobre a qualidade em serviços de saúde, apontam algumas dificuldades e desafios que essas instituições enfrentam na implementação de programas de qualidade, tais como: o autoritarismo e o corporativismo presentes nas organizações de saúde, resistência dos médicos a programas de qualidade, dificuldade em mensurar os resultados da qualidade, dificuldade em enxergar os retornos financeiros da qualidade e considerar que a certificação é suficiente.

Entretanto, Bittar (2000) ressalta que, quando implantados, o impacto desses programas ocasionará a redução dos custos e da morbimortalidade de grande parcela da população, assim como a elevação da satisfação do usuário com o serviço.

Diante disso, apreende-se que em um futuro próximo, as organizações com melhor desempenho, em relação à qualidade, serão aquelas que oferecerem atendimentos voltados às necessidades de seus usuários, com a intenção de suplantar suas expectativas em relação ao serviço oferecido (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

2.3 Avaliação dos serviços de saúde

O processo de avaliação dos serviços tornou-se um fenômeno mundial imprescindível para que os gestores possam acompanhar os resultados obtidos e, com base nestes, fundamentarem a tomada de decisões para planejar as mudanças necessárias (ADAMI; GUTIERREZ, 1997; CADAH, 2000).

Avaliar um serviço é mais complexo que avaliar um produto, pois o produto é tangível e seus defeitos podem ser detectados, por isso, é possível averiguar seu funcionamento e comparar sua durabilidade, enquanto que o serviço é comprado primeiramente, para depois ser produzido e consumido simultaneamente, sendo as possíveis não conformidades produzidas e experimentadas que poderão caracterizar sua inseparabilidade. Os serviços, pelas características de intangibilidade e heterogeneidade, são avaliados pelo desempenho e experiência de quem os utiliza.

Pode-se afirmar que a temática qualidade em saúde está relacionada à avaliação dos serviços de saúde, uma vez que a ideia “avaliação” está embutida na essência do conceito qualidade (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2010).

Para Donabedian, a avaliação da qualidade em saúde deve estar fundamentada em três dimensões: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1984):

- Estrutura - refere-se aos recursos disponíveis indispensáveis para a realização da assistência, como recursos físicos, materiais, humanos, financeiros e organização institucional;
- Processo - diz respeito à natureza e à sequência das ações de assistência desenvolvidas entre os profissionais e pacientes, estando estas baseadas em requisitos pré-estabelecidos;
- Resultado - representa o produto final, ou seja, são as consequências do cuidado na saúde do paciente ou população que podem ser avaliadas e que indicam mudança.

Dentre esses três elementos avaliativos dos serviços de saúde, a dimensão “resultado” ganha maior evidência (VUORI, 1991) por retratar os produtos das ações, ou seja, demonstra por meio de indicadores e pela medida de satisfação do cliente, se os objetivos de curar, restaurar, promover ou aliviar foram alcançados (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A análise dos resultados também ganha relevância por indicar áreas de problemas no sistema, as quais podem necessitar de ajustes nas dimensões referentes ao processo e a estrutura (VUORI, 1991).

Segundo Furtado (2007), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde requer a interação de inúmeros aspectos e conceitos bem como o conhecimento dos objetivos dos processos de trabalho das instituições de saúde de forma a desenvolver ações com vistas à melhoria da qualidade do serviço e dos profissionais, permitindo, assim, conhecer com frequência a satisfação de todos os envolvidos e, em especial, do paciente, usuário final do sistema.

De acordo Zemke e Schaaf (1991, p.56):

“Somente com padrões focalizados no cliente e avaliações da satisfação dele é que você pode criar e administrar sistemas de prestação de serviços dinâmicos e baseados em informações que possam estar de acordo com as mutáveis expectativas do cliente.”

Entretanto, embora seja possível se verificar a importância da mensuração da qualidade dos serviços prestados, pois ao longo do tempo, diversos pesquisadores têm

dedicado esforços nesta área buscando aprimorar conceituação e desenvolver técnicas de medição, na perspectiva dos usuários, pode-se dizer que as iniciativas ainda tem sido escassas.

A prática de se avaliar os serviços mediante inquéritos dirigidos aos usuários tornou-se um procedimento generalizado a partir dos anos 80 na Europa e Estados Unidos. No Brasil, essas pesquisas são recentes, estas se tornaram mais comuns a partir da segunda metade da década de 90 e se difundiram com as propostas de novos modelos de gestão para as organizações públicas de saúde com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços e aumentar a satisfação dos usuários, subsidiando o processo de tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

Dos poucos instrumentos desenvolvidos pelo governo brasileiro para a avaliação de desempenho das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2000), grande parte é baseada em padrões e conceitos da qualidade total (QUINTO NETO, 2000).

Um dos desafios tem sido a construção de instrumentos de avaliação da satisfação do usuário que contemplem as diferenças educacionais e culturais e as diferentes formas de utilização dos serviços. Investigações foram realizadas entre usuários de menor renda e escolaridade, a aceitação a crítica do atendimento é um aspecto que deve ser levado em conta na interpretação dos resultados decorrente das dificuldades de acesso e atendimento de saúde, e consequente, da baixa expectativa da população. Estudos apontam que as avaliações longitudinais costumam mostrar declínio na satisfação dos usuários, em razão não de um declínio da qualidade dos serviços, mas do aumento de sua expectativa. O estabelecimento de uma cultura de avaliação pode fazer com que os usuários fiquem mais atentos à qualidade dos serviços (ANDRADE; VAITSMAN; FARIAS, 2010).

2.4 Satisfação do usuário

Com o advento da Revolução Mercantil no século XVI, produtos de artesãos de diferentes sociedades começaram a ser intercambiados entre os povos, permitindo que os consumidores conhecessem os artigos produzidos e suas diferentes características, originando, portanto, expectativas em relação ao produto adquirido. Desde então, a qualidade do produto consumido passa a ser associado às percepções do cliente (RODRIGUES, 2012).

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1998) afirmam que qualidade percebida e satisfação do cliente são dois constructos fortemente relacionados, entretanto, possuem definições próprias. Para esses autores, a qualidade percebida é uma avaliação ou julgamento global relacionado a um bem ou serviço, já a satisfação de clientes, caracteriza-se por uma reação emocional quanto a *performance* desse bem ou produto, ou seja, a qualidade percebida pelo cliente pode satisfazê-lo ou não.

De acordo com Berry e Parasuraman (1992, p.53):

“Os clientes prestam mais atenção ao desempenho da companhia quando algo dá errado do que quando tudo funciona bem. Serviços com falhas produzem uma emoção mais intensa e, assim, uma avaliação mais carregada da parte do cliente do que o serviço impecável.”

Nos últimos anos, empresas das mais diferentes áreas de atuação têm como objetivo principal atender e satisfazer as necessidades de seus clientes, por isso, passou a ser alvo de estudo de pesquisadores vinculados a área de marketing, institutos de pesquisas, órgãos públicos e empresas privadas (MARCHETTI; PRADO, 2001).

Para as empresas que ofertam serviços, esse novo paradigma – satisfação do cliente – causou grande impacto. Nesse ramo da atividade econômica, gestores, empresários e estudiosos não estavam acostumados a discutir qualidade, enfocando, apenas as necessidades dos clientes em relação serviço que ofereciam (DANTAS, 2001).

Especificamente nos serviços de saúde, a mensuração da satisfação do usuário quanto ao serviço recebido, tornou-se um elemento de avaliação da qualidade do serviço (DONABEDIAN, 1984). Nas décadas de 70 e 80, nos Estados Unidos e Inglaterra, as pesquisas de satisfação de usuários relacionadas ao setor saúde começaram a ter maior expressão na literatura científica. No Brasil, esse movimento foi alavancado por volta de 1990, quando ocorreu o fortalecimento do controle social no âmbito do SUS (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Nesse contexto, novas práticas são idealizadas pelo Governo Federal no sentido de ofertar ao usuário “um serviço público mais adequado às expectativas dos cidadãos, focando as ações naqueles que usufruem dos serviços públicos” (ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 2000, p 10).

Dentre essas ações desenvolvidas pelo governo brasileiro em prol da melhoria da qualidade do serviço público, destaca-se a realização da 1ª pesquisa nacional de satisfação dos usuários dos serviços de saúde, previdência social e educação. Os resultados dessa pesquisa

divulgados no ano de 2000 tornaram-se um marco para a implantação de um processo periódico de avaliação do serviço na ótica do usuário (BRASIL, 2001).

Nesse mesmo período, foi editado o Decreto nº 3.507, de 13 de junho de 2000, o qual estabelece padrões de qualidade para o atendimento prestado aos cidadãos usuários dos serviços, e, ainda, ficou determinado que todos os serviços públicos deveriam divulgar, anualmente, o grau de satisfação de seus usuários (BRASIL, 2001).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde e da Fundação Universitária de Brasília foi a Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários do SUS, realizada em 2004, em oito capitais do país e abrangendo os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, com objetivo de coletar informações que pudessem subsidiar a tomada de decisões dos gestores públicos na implementação das políticas do SUS (BRASIL, 2006).

Para que se conheça o grau de satisfação dos usuários quanto ao serviço que recebem, faz-se necessário garantir canais de comunicação que lhes dê direito de expressar seus sentimentos, necessidades e percepções. Nesse aspecto, o Ministério da Saúde elaborou a carta dos direitos dos usuários da saúde, onde garante a todos os usuários (BRASIL, 2013, p. 16).

“o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.”

Alguns serviços de saúde estão tentando adotar na gestão uma abordagem mais orientada para o cliente. Com essa mudança de paradigma, a satisfação do cliente passa a ser considerada uma importante ferramenta de monitorização dos cuidados prestados (BOLUS; PITTS, 1999).

A satisfação do cliente pode ser monitorada pela empresa de maneira direta e/ou indireta. A forma indireta refere-se às análises de relatórios gerenciais, reclamações de clientes, entre outros. Já a avaliação direta é realizada mediante a realização de pesquisas, as quais podem utilizar a técnica de entrevista direta aos clientes ou aplicação de questionário supervisionado (BATESON; HOFFMAN, 2001).

Nesse sentido, as pesquisas de satisfação adotadas pelos serviços de saúde, colaboram para o estabelecimento de uma cultura de avaliação nos usuários, deixando-os mais críticos quanto à qualidade do serviço recebido (ANDRADE; VAITSMAM; FARIAS, 2010).

A satisfação do paciente no serviço de saúde é entendida como o resultado da medida do que se espera receber (expectativa) e o que efetivamente foi recebido (percepção), (ZANON, 2001).

Slack et al. (1997) alertam que as expectativas e percepções dos clientes, quanto a um serviço, podem ter uma ampla variação entre diferentes clientes, fato justificado pela intangibilidade dos serviços.

Estes autores descrevem a relação das expectativas e percepções do cliente, no julgamento da qualidade do serviço, sendo que, quando as expectativas são superadas pela percepção, a qualidade percebida é determinada como boa; quando as expectativas se igualam com as percepções, o serviço é considerado aceitável; entretanto, quando as percepções ficam aquém das expectativas do serviço, a qualidade percebida é avaliada como pobre, conforme demonstrado na figura 1.

Figura 1: Qualidade percebida pelo cliente segundo suas expectativas e percepções

Fonte: Adaptado de GIANESI; CORRÊA (1994, p.80).

A expectativa é baseada em algum padrão interno, pré-existente no próprio paciente referente ao serviço de saúde (LOVELOCK; WRIGHT, 2001). As variáveis que mais influenciam a formação dessa expectativa nos clientes são a comunicação boca a boca, as necessidades pessoais, as experiências anteriores e a comunicação externa. No que tange à percepção, fatores como comunicação transmitida e prestação do serviço recebida durante e após o processo de contato com a instituição embasam a construção desse julgamento (GIANESI E CORRÊA, 1996).

Para Han, Connolly e Canham (2003), os termos satisfação e percepção de pacientes são sinônimos e salientam que defini-los não é tarefa simples, pois envolvem aspectos subjetivos e individuais.

Há ainda que se considerar que diferentes variáveis impactam das mais diversas formas na satisfação dos usuários do serviço. Sabe-se que um determinado fator pode gerar satisfação em um tipo de usuário e insatisfação em outro. Tal situação pode estar relacionada à complexa e abrangente experiência de vida que cada indivíduo tem devendo, por isso, serem ponderadas (CRUZ, 2008).

Para outros autores, o grau de satisfação ou insatisfação quanto ao cuidado prestado pode estar associado a algumas variáveis, como: características pessoais dos pacientes, relações interpessoais entre o profissional e o paciente, acesso, aspectos da estrutura física e organizacional dos serviços e a forma como os usuários entendem seus direitos e estruturam suas expectativas frente aos serviços de saúde (WEISS, 1988; VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994; ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Na mesma perspectiva, alguns autores descrevem que as características individuais como idade, gênero, grau de escolaridade, ocupação e hospitalizações anteriores são fatores que podem impactar no grau de satisfação do paciente hospitalizado (LIU; WANG, 2007; ALHUSBAN; ABUALRUB, 2009).

Em relação à “(in) satisfação” dos pacientes com os profissionais da saúde, Marques e Souza (2010) comentam que, desde o período de formação acadêmica, esses trabalhadores priorizam o desenvolvimento de suas habilidades técnicas com o intuito de oferecer o melhor cuidado. Entretanto, durante esse processo, não são valorizados alguns aspectos intrínsecos ao ser humano, como os valores, crenças, sentimentos e emoções, os quais também compõem o cuidado (MARTINS; NASCIMENTO, 2005).

Uma assistência de qualidade depende da conscientização dos profissionais em cuidar do paciente de forma holística, humanizada, garantindo o atendimento às necessidades individuais deste em uma perspectiva biopsicossocial. Para tal conquista, faz-se necessário inovar a realidade de trabalho com o desenvolvimento de ações planejadas a fim de garantir o bem estar dos pacientes com estratégias eficazes para serem implementadas na prática (MARQUES; SOUZA, 2010).

Outra dimensão que pode causar impacto na satisfação dos usuários dos serviços de saúde, em especial, os públicos, refere-se ao acesso. As populações de baixo poder aquisitivo, que dependem desse tipo de serviço para garantir a sobrevivência, valorizam mais este

atributo em detrimentos a outros, fato explicado pela própria condição de vida (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Contudo, segundo Gouveia et al. (2009), os aspectos relativos à estrutura da rede assistencial (deficiências na estrutura física, equipamentos, etc), a organização dos serviços de saúde e o modelo de assistência (centrado no serviço e não nas necessidades do usuário), também são considerados determinantes para a satisfação do usuário, confirmando que o nível de qualidade dos serviços de saúde está baseado na tríade estrutura, processo e resultado, proposta por Donabedian (1984).

Tento em vista esses aspectos, observa-se na literatura que alguns autores buscam associar o grau de satisfação encontrado em seus serviços com algumas das variáveis descritas, como: idade, sexo, situação socioeconômica, cor da pele, classe social e grau de escolaridade (BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010; FRIELE; SLUIJS; LEGEMAATE, 2008; GOUVEIA et al, 2005; HERCOS; BEREZOVSKY, 2006).

Não há um consenso na literatura a respeito do resultado das associações das variáveis e a satisfação do usuário. Em diferentes estudos, essas relações ora são positivas, ora negativas e, em outros, não é evidenciada qualquer associação entre o grau de satisfação e seus fatores determinantes (LEWIS, 1994).

Diante disso, é relevante dizer que para satisfazer as necessidades, anseios e expectativas individuais dos clientes, a primeira condição é que se conheçam as características desses usuários (DANTAS, 2001). Esperidião e Trad (2005) reforçam esse pensamento, afirmando que as pesquisas devem considerar o aspecto sócioeconômico e cultural de cada população, levando-se em consideração as diferentes realidades de cada local.

Araújo; Figueiredo e Faria (2009, p.5) complementam tal pensamento afirmando que, para evitar a insatisfação desses usuários:

“As instituições de saúde devem desenvolver pesquisas com seus clientes para conhecer suas demandas, traduzir suas demandas em processos, comprometer os colaboradores para que estes executem adequadamente as especificações e, muito importante, traduzir corretamente para o mercado o que é possível esperar da empresa, ou seja, nunca prometer mais do que se pode oferecer.”

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Modelo de avaliação da qualidade em serviços de Parasuraman, Zeithaml e Berry

Uma das metodologias de avaliação da satisfação do usuário mais conhecida foi a criada por Parasuraman, Zeithaml e Berry, da Universidade de Miami, Estados Unidos, desenvolvida e difundida internacionalmente a partir de 1985. Em um estudo envolvendo doze grupos focais, sendo três em cada um dos quatro diferentes serviços investigados - banco de varejo, cartão de crédito, corretagem de ações e manutenção, esses autores definiram, baseados nas percepções comuns entre os grupos, a qualidade em serviço como o grau e o tipo de discrepância entre as percepções e as expectativas dos usuários, sugerindo que todos eles, de maneira geral, empregam aspectos semelhantes do serviço para avaliação da qualidade. Os resultados obtidos com os referidos grupos focais confirmaram que os usuários são influenciados pelas dimensões do processo e não só pelos resultados na avaliação da qualidade do serviço (PENA et al., 2013).

A primeira tentativa para operacionalizar o construto de satisfação do usuário foi o desenvolvimento de uma escala psicométrica das dimensões da qualidade denominada *Service Quality (SERVQUAL)*, com o auxílio do *Marketing Science Institute (MSI)*, cuja finalidade foi proporcionar um instrumento para aferir a qualidade funcional, aplicado a inúmeros prestadores de serviço (PARASSURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1998).

A construção deste instrumento foi baseada no “paradigma da desconfirmação” proposto por Oliver em 1980, o qual tem origem na psicologia social e no comportamento organizacional. Esse paradigma compreende que:

“Os consumidores formam expectativas a respeito do desempenho das características dos produtos antes da compra. A compra e o uso subsequente revelam os níveis de desempenho reais, que são comparados aos níveis de expectativa pelo uso de parâmetros do tipo melhor do que ou pior do que esperado, com base na experiência própria dos consumidores. O julgamento que resulta desta comparação é rotulado de desconfirmação negativa se o produto é pior do que o esperado; desconfirmação positiva, se melhor do que esperado; simples confirmação ou desconfirmação zero, se ocorre o esperado” (FARIAS; SANTOS, 2000, p. 110).

Inicialmente, a escala foi criada para o uso na área de marketing (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005), mas, de acordo com Parasuraman; Zeithaml e Berry (1991), esse

instrumento pode ser adaptado e utilizado por uma extensa variedade de serviços. Afirmam ainda que o seu objetivo principal é servir como metodologia de diagnóstico para revelar falhas ou pontos fortes na qualidade de serviço de uma instituição.

Esta escala foi concebida originalmente em um conjunto de dez dimensões da qualidade e, após alguns refinamentos realizados pelos próprios autores, está atualmente estruturada em cinco dimensões (PARASSURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988):

- Confiabilidade – a capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável, e com precisão;
- Tangibilidade – a aparência física de instalações, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação;
- Sensibilidade – a disposição para ajudar o cliente e proporcionar com presteza um serviço;
- Segurança – o conhecimento e a cortesia de empregados e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade;
- Empatia – a atenção e o carinho individualizados proporcionados aos clientes.

Investigações têm confirmado a confiabilidade como a dimensão mais importante, sendo a tangibilidade a menos relevante para a qualidade do serviço na percepção do usuário (PARASSURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

Do resultado das análises como um todo, se verificou que existe um conjunto de discrepâncias-chave ou *gaps*. O *gap* é o resultado da diferença ou discrepância entre a expectativa do paciente e o desempenho efetivamente alcançado pelo serviço (PARASSURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1991).

O modelo dos cinco *gaps* ou lacunas demonstra a forma pela qual o paciente avalia a qualidade do serviço e como a instituição pode avaliar a qualidade do serviço prestado. Foram descritos por Parassuraman, Zeithaml e Berry (1994) como:

- ***gap 1* – é a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial sobre essa expectativa.** Os autores afirmam que essa lacuna acontece quando a percepção dos gestores sobre qualidade do serviço é diferenciada da visão dos clientes. Assim, as necessidades desses clientes não são satisfeitas pelo serviço oferecido, visto que, não apresentam as características que julgam importante para a qualidade de um serviço.
- ***gap 2* – compreende a diferença entre a percepção da gerência e as especificações de qualidade do serviço.** Esse *gap* pode estar presente no serviço

quando o grupo gestor conhece as expectativas de seus clientes, mas há limitações de recursos físicos, econômicos, humanos etc., os quais impedem que o serviço de qualidade seja efetivado aos clientes. Essa lacuna também pode estar relacionada com a falta de compromisso dos gestores em oferecer um serviço de qualidade aos seus clientes.

- **gap 3 – consiste na diferença entre as especificações de qualidade do serviço e o que realmente é fornecido ao cliente.** Essa lacuna está relacionada ao comportamento dos funcionários quanto ao atendimento ao cliente, de modo que a qualidade percebida pelo cliente é influenciada pela forma como este é atendido na instituição. Os autores afirmam que, mesmo o serviço estando engajado com as diretrizes de um serviço de qualidade, algumas atitudes de seus trabalhadores em contato com os clientes podem afetar o desempenho do serviço quanto aos aspectos da qualidade.
- **gap 4 – corresponde à discrepância entre a prestação do serviço do que realmente pode ser oferecido e a promessa divulgada pelos meios de comunicação externa.** Esse *gap* é evidenciado na instituição quando ocorrem falhas no processo de comunicação com os clientes, principalmente quando há promessa da realização de um serviço em um determinado prazo e este não é cumprido, quando não são fornecidas todas as informações necessárias aos clientes sobre o serviço que se pretende prestar, e quando, também, a imagem da empresa é afetada por notícias veiculadas na mídia. Todos esses fatores podem influenciar as expectativas dos clientes, gerando insegurança quanto ao serviço oferecido e consequentemente impactando na percepção da qualidade do serviço.
- **gap 5 – é a diferença entre o serviço percebido e o serviço prestado, estabelecido em função dos quatro *gaps* anteriores.** Essa lacuna pode ser evidenciada ou não no serviço em função da comprovação ou não dos *gaps* anteriores, ou seja, esse *gap* é o julgamento final do cliente em função da qualidade do serviço. Quando não são constatadas lacunas nos *gaps* anteriores, isso significa dizer que as expectativas dos clientes foram atendidas ou até mesmo excedidas, caracterizando o serviço como de qualidade em sua visão.

A figura 2 representa o modelo teórico-conceitual da ferramenta SERVQUAL adaptada para o setor saúde.

Figura 2. Modelo adaptado de falha da qualidade de serviços de saúde.

Fonte: Fonte: Ribeiro, 2010.

A partir desses conceitos, os autores desenvolveram um instrumento composto por 44 questões afirmativas sobre a opinião do cliente. Destas, 22 são direcionadas às expectativas e 22 relacionadas ao julgamento do cliente sobre o serviço prestado. As afirmativas em cada seção (expectativa/julgamento) são seguidas de uma escala tipo *Likert*, na qual o cliente assinala seu grau de concordância ou discordância em uma escala de avaliação de sete pontos, sendo que o número 1 corresponde à afirmativa “discordo totalmente” e o número 7 “concordo plenamente” (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005).

Outra parte que compõe a escala SERVQUAL tem o objetivo de conhecer, em ordem de prioridade, qual dessas dimensões é mais importante na visão do usuário.

Desse modo, a aplicação do instrumento é realizada em duas etapas. Na primeira, são avaliadas as expectativas dos clientes; na segunda são verificadas as percepções e realizada a comparação entre os dois grupos de resultados (expectativas/percepções) para obter a qualidade do serviço (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2005).

De acordo com Shahin (2011), esse instrumento tem duas grandes vantagens quando aplicado em um serviço. A primeira está relacionada à oportunidade que os prestadores de serviço têm para conhecer a avaliação de seus clientes quanto a cada atributo e dimensão da escala. A segunda vantagem refere-se à utilização desse julgamento para fins práticos, os quais poderão nortear as adequações prioritárias para o alcance de um serviço de qualidade na visão do cliente. O autor pontua uma única possível desvantagem no emprego dessa escala, que é provavelmente o incomodo de sua aplicação frequente no serviço, visto que é um instrumento longo e que necessita de duas abordagens em momentos distintos.

Em revisão integrativa que analisou a aplicação da escala SERVQUAL no período de 1988 a 2008, foram descritas 30 aplicações desse instrumento realizadas por pesquisadores dos Estados Unidos da América, China, Austrália, África do Sul, Turquia, Coréia, Chipre, Holanda e China, onde eles avaliaram a qualidade dos serviços de saúde; instituições financeiras, restaurantes, serviços de telecomunicações, redes de varejo, sistemas de informação e biblioteca. A autora desse estudo identificou e sintetizou inúmeras críticas sobre a escala, mas concluiu que a esta continua sendo um instrumento com boa confiabilidade, validade e útil para pesquisar qualidade nos serviços (LADHARI, 2009).

No domínio da saúde, sua primeira validação e consequente aplicação foi realizada em 1992, por pesquisadores de um hospital de médio porte, localizado na região sul dos Estados Unidos. (BABAKUS; MANGOLD, 1992).

No Brasil, esse instrumento foi validado por Castellanos (2002) em estudo que pesquisou a satisfação dos usuários em um hospital universitário, comparando-a com a percepção que o corpo gerencial tinha acerca dessa satisfação, tomando como base as cinco dimensões de Parasuraman, Zeithml e Berry (PENA, 2010).

Desde então, a escala SERVQUAL foi adaptada para avaliar a qualidade de diversos serviços de saúde, a saber: serviço oftalmológico ambulatorial do SUS (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006), unidades de saúde da rede municipal e da rede privada (ARROYO, 2007), unidades de internação de clínicas médica e cirúrgica de um hospital privado (CRUZ, 2008) e serviço de cirurgia cardíaca do SUS (BORGES; CARVALHO; SILVA, 2010).

Nesse cenário em que as instituições de saúde, públicas ou privadas, dentro de contextos próprios em que se consideram as especificidades locais, têm se preocupado com os diferentes aspectos da avaliação dos serviços, particularmente a perspectiva do usuário se constitui em um elemento potencial para oportunidades de melhorias dos serviços.

Refletindo sobre esse contexto e reconhecendo a importância da temática, ancorada na extensa revisão de literatura sobre o assunto, é que se justifica a realização deste estudo sob a óptica da avaliação da satisfação do usuário de uma instituição hospitalar pública e de ensino.

OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Avaliar a qualidade do serviço no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, sob a perspectiva da satisfação do usuário hospitalizado.

4.2 Específicos

1. Identificar as expectativas e percepções dos usuários quanto ao serviço oferecido.
2. Conhecer o grau de satisfação dos usuários em relação às cinco dimensões da escala SERVQUAL nos períodos letivo e não letivo.
3. Analisar as variáveis que interferem no grau de satisfação dos usuários segundo as dimensões da qualidade – tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia.
4. Conhecer o grau de importância para o usuário do HU quanto às cinco dimensões da qualidade do serviço.

MATERIAL E MÉTODO

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Delineamento do Estudo

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa de corte transversal.

A escolha pelo estudo descritivo está fundamentada na afirmação de Polit, Beck; Hungler (2004), os quais definem que a pesquisa descritiva não experimental tem a intenção de observar, descrever e documentar aspectos de uma situação. Lo-Biondo-Wood; Haber (2001) complementam afirmando que este tipo de estudo coleta descrições detalhadas das variáveis de interesse (opiniões, atitudes, fatos) e utilizam os achados para justificar e avaliar situações com vistas a aperfeiçoar as práticas de atenção à saúde.

As pesquisas com abordagem quantitativa utilizam instrumentos formais para coletar dados de forma sistemática e de métodos estatísticos para análise dos achados (POLIT, BECK; HUNGLER, 1995). Além disso, o estudo quantitativo evidencia também a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação (RICHARDSON, 1999).

No que se refere ao delineamento transversal, este envolve a coleta de dados que acontece em um momento pontual (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004), constituindo uma descrição estática das observações e mensurações das variáveis de interesse. Neste tipo de desenho, o período deve ser determinado pelo pesquisador (PEREIRA, 1995).

5.2 Local

O Hospital Universitário (HU) está localizado na cidade de Aracaju, estado de Sergipe, ocupa uma área de 50.570 metros quadrados e foi construído em um terreno doado pelo governo estadual ao governo federal na década de 40. Na época, foi denominado Hospital Sanatório, tinha como finalidade única receber pacientes portadores de tuberculose pulmonar, obedecendo a critérios técnicos vigentes na época. Com a radical mudança de orientação no tratamento da tuberculose, o HU foi desativado.

Após negociações entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Sergipe (UFS) em 1982, foi firmado convênio para criação do Hospital Universitário, cujo objetivo principal era atender as necessidades do ensino prático do curso de medicina.

A partir do Convênio com o Ministério da Saúde, a UFS, fazendo uso de recursos do Ministério da Educação, do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação e da Secretaria de Estado da Saúde, realizou as reformas necessárias na estrutura física e adquiriu novos equipamentos com a finalidade de garantir um adequado atendimento aos pacientes do Hospital Universitário.

Atualmente, o Hospital- Escola é vinculado administrativamente a UFS e está totalmente integrado ao Sistema Único de Saúde – SUS, atende cerca de 150 mil pessoas por ano provenientes da cidade de Aracaju, municípios do interior do estado e estados circunvizinhos.

O HU oferece aos usuários atendimento médico ambulatorial em 36 especialidades, atendimento odontológico, atendimento ambulatorial de enfermagem, exames de diagnóstico laboratoriais e por imagem. Possui 105 leitos destinados às unidades de Clínica Médica I e II, Cirúrgica I e II, Pediatria, Psiquiatria e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). O Centro Cirúrgico possui quatro salas operatórias e três leitos de recuperação pós-anestésica.

Compõem também a estrutura física do hospital os seguintes setores de apoio operacional: recepção, setor de internação, serviço social, agência transfusional, almoxarifado, farmácia, manutenção, lavanderia, nutrição e serviço de higienização, sendo os três últimos serviços terceirizados. Os setores administrativos compreendem a diretoria geral, administrativa, diretoria clínica e coordenação de enfermagem.

Está em construção com previsão de término em 2014, a maternidade do Hospital Universitário, serão 50 leitos destinados às áreas de ginecologia, obstetrícia e neonatologia.

O HU é campo de prática de ensino para os cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, fonoaudiologia e farmácia. Possui programas de residência na área médica e multiprofissional, está inserido na Rede Brasileira de Hospitais Sentinela sob supervisão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

5.2.1 Unidades inseridas no estudo

As unidades de internação denominadas Clínica Médica I, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica I contam atualmente com 18, 16 e 18 leitos, respectivamente, e são compostas por

enfermarias com dois e três leitos, onde metade dos leitos é destinada a homens e a outra parte para mulheres. Na tabela 1, estão representados os dados de caracterização destas unidades referentes ao ano de 2010.

Tabela 1 - Distribuição anual do quantitativo de internações, ocorrências de óbitos e tempo médio de permanência por unidade de internação no Hospital Universitário. Aracaju, 2010.

Unidade de internação	Internações n°	Ocorrências de Óbitos n°	Tempo médio de permanência n° dias
Cínica Médica I	402	10	11,45
Cínica Médica II	312	13	14,70
Clínica Cirúrgica I	1.089	11	4,70

Fonte: Anuário Estatístico do Hospital Universitário (2010).

5.3 População

Foi composta por todos os pacientes internados, no período de coleta dos dados, nas unidades selecionadas para o estudo e que apresentaram condições clínicas favoráveis para responderem os instrumentos. Foram adotados como critérios de inclusão: estar na faixa etária de 18 a 80 anos e permanecer internado por um período mínimo de 48hs. A condição de alfabetização não foi considerada como limitador para inclusão, tendo sido excluídos os pacientes incapazes de responder aos questionamentos por alterações do estado de consciência, desorientação no tempo e espaço e condições clínicas não favoráveis no momento da entrevista.

5.3.1 Definição da amostra

O plano amostral adotado foi por Amostragem Estratificada com alocação proporcional por estratos (BOLFARINE; BUSSAB, 1994), cada estrato é formado pela combinação de período (letivo ou não) e cada unidade de tratamento do HU. Cada estrato ficou determinado da seguinte forma (TABELA 2):

Tabela 2 - Distribuição das médias dos números de internações por período e unidade do Hospital Universitário. Aracaju, 2011.

Estrato	Período	Unidade	Média de internações* (N _h)	Total por período
1	Letivo	Clínica Médica I	309	1302
2		Clínica Médica II	254	
3		Clínica Cirúrgica I	739	
4	Não letivo	Clínica Médica I	104	380
5		Clínica Médica II	73	
6		Clínica Cirúrgica I	203	
Total geral			1682	

*Período de referência: Jan/2008 a Out/2011

A fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{\varepsilon^2},$$

onde o P representa a prevalência do evento de interesse, $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro tolerável de amostragem (LUIZ; MAGNANINI, 2000).

A prevalência tomada como base para o cálculo amostral foi de 42%, valor extraído do estudo realizado por Szwarcwald et al. (2004), por meio do qual os autores apresentaram os resultados do primeiro inquérito populacional realizado em âmbito nacional que objetivou avaliar o desempenho do sistema nacional de saúde na opinião do usuário.

Assim, considerando uma prevalência de 42% de satisfação, o erro tolerável de amostragem de 5% e um nível de significância de 5%, o cálculo do tamanho amostral para estimar a prevalência desejada é:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,42 \times 0,58 \times 1544}{1543 \times 0,05^2 \times 1,96^2 \times 0,42 \times 0,58} = 305$$

A amostra foi alocada proporcionalmente entre os estratos segundo a fórmula:

$$n_h = n \frac{N_h}{N},$$

onde N é o total populacional ($N = 1682$) e N_h é o total de cada estrato. A amostra ficou assim definida (TABELA 3).

Tabela 3 – Tamanho amostral por estrato. Aracaju, 2011.

Estrato	Período	Unidade	N
1	Letivo	Clínica Médica I	56
2		Clínica Médica II	46
3		Clínica Cirúrgica I	134
Total			236
4	Não letivo	Clínica Médica I	19
5		Clínica Médica II	13
6		Clínica Cirúrgica I	37
Total			69

5.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, visando atender às recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, recebendo o número de registro CAAE: 01418012.1.0000.5393(ANEXO A).

Para todos os sujeitos incluídos no estudo, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Após sua assinatura, procedeu-se então à aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

5.5 Procedimentos para coleta de dados

5.5.1 Instrumentos de medidas

Foram aplicados dois instrumentos sendo o primeiro para caracterização sócio-demográfica, baseado no roteiro elaborado por Gouveia (2009) e o segundo, a escala SERVQUAL adaptada e modificada por Ribeiro (2010).

5.5.1.1 Instrumento de caracterização sócio-demográfica

- Parte A: foram relacionados os elementos de identificação do formulário para transcrição dos dados para planilha digital: nº do prontuário do paciente, data da entrevista, nº do formulário e unidade de internação do paciente (Clínica Médica I, Clínica Médica II e Clínica Cirúrgica I);

- Parte B: dados sóciodemográficos dos respondentes: sexo, idade (em anos), escolaridade (em anos concluídos), situação ocupacional (empregado, não trabalhador, incluindo pessoas não economicamente ativas e autônomas), situação conjugal (casado, solteiro, viúvo, união estável), local de residência (interior, capital, outros estados) e ocorrência de internação anterior em outra instituição hospitalar (sim/não), caso a resposta anterior fosse sim, deveria ser assinalado se a internação teria sido no hospital universitário ou em outra instituição de saúde (APÊNDICE B).

5.5.1.2 Escala SERVQUAL

Instrumento composto por três subescalas referentes à expectativa, percepção e grau de importância na opinião do usuário, quanto ao atendimento na instituição. As afirmativas em cada subescala (expectativa/percepção) são seguidas por uma escala tipo *Likert*, na qual o cliente assinala seu grau de concordância ou discordância em uma escala de avaliação de cinco pontos, segue descrição das subescalas I, II e III:

- **Subescala I** – relacionada às expectativas do cliente quanto à qualidade do serviço, composta por cinco dimensões as quais estão representadas nas 22 perguntas da escala, sendo:
 - ✓ **Dimensão tangibilidade:** (perguntas de 1 a 4) aborda aspectos relacionados à aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material para comunicação da clínica ou hospital;
 - ✓ **Dimensão confiabilidade:** (perguntas de 5 a 9) representa a qualidade do serviço em relação à capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável, em tempo hábil e com precisão;
 - ✓ **Dimensão atendimento:** (perguntas de 10 a 13) traduz a disposição dos trabalhadores da instituição em ajudar os clientes e fornecer o atendimento com agilidade;
 - ✓ **Dimensão segurança:** (perguntas de 14 a 17) relaciona a competência profissional e a cortesia para com os usuários da instituição, capacidade de transmitir confiança, segurança e confidencialidade;
 - ✓ **Dimensão empatia:** (perguntas de 18 a 22) demonstra o interesse, a atenção personalizada e individualizada aos usuários (FIGURA 3).

PERGUNTAS	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Não discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Tangibilidade					
1.Excelentes hospitais terão equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
2. O ambiente físico dos excelentes hospitais será agradável.	1	2	3	4	5
3. Os trabalhadores de excelentes hospitais terão boa aparência.	1	2	3	4	5
4.O material associado com o serviço prestado nos excelentes hospitais, tais como receituários, solicitação de consulta e exames, atestados, terá uma boa aparência visual.	1	2	3	4	5
Confiabilidade					
5.Quando excelentes hospitais prometem fazer algo em certo tempo, eles cumprirão.	1	2	3	4	5
6.Quando um usuário tem um problema, os excelentes hospitais demonstrarão um sincero interesse em resolvê-lo.	1	2	3	4	5
7.Excelentes hospitais farão o serviço certo logo da primeira vez.	1	2	3	4	5
8.Excelentes hospitais irão executar seus serviços no tempo que se comprometeram.	1	2	3	4	5
9.Excelentes hospitais sempre procurarão realizar tarefas sem erros.	1	2	3	4	5
Atendimento					
10.Os trabalhadores de excelentes hospitais prometerão a seus usuários os serviços nos prazos em que eles serão executados.	1	2	3	4	5
11.Os trabalhadores, em excelentes hospitais, dão atendimento com rapidez aos seus usuários.	1	2	3	4	5
12.Os trabalhadores, em excelentes hospitais, terão sempre boa vontade em ajudar seus usuários.	1	2	3	4	5
13.Os trabalhadores, em excelentes hospitais, nunca estarão ocupados para esclarecer dúvidas dos seus usuários.	1	2	3	4	5
Segurança					
14.O comportamento dos trabalhadores de excelentes hospitais transmite confiança nos usuários.	1	2	3	4	5
15.Os usuários de excelentes hospitais se sentirão seguros em realizar suas internações na instituição.	1	2	3	4	5
16.Os trabalhadores de excelentes hospitais serão educados com seus usuários.	1	2	3	4	5
17.Os trabalhadores, em excelentes hospitais, terão os conhecimentos necessários para responder às questões dos usuários.	1	2	3	4	5
Empatia					
18.Excelentes hospitais darão atenção individual a cada usuário.	1	2	3	4	5
19.Excelentes hospitais terão horários de funcionamento convenientes para todos os seus usuários.	1	2	3	4	5
20.Excelentes hospitais terão que oferecer o melhor serviço a seus usuários.	1	2	3	4	5
21.Excelentes hospitais estarão dispostos em oferecer o melhor serviço a seus usuários.	1	2	3	4	5
22.Excelentes hospitais perceberão as necessidades específicas de seus usuários.	1	2	3	4	5

Figura 3 - Subescala SERVQUAL I, expectativas do cliente quanto à qualidade do serviço.

- **Subescala II** – Relacionada às percepções do cliente quanto à qualidade do serviço da instituição: composta com o mesmo número de perguntas, sequência e dimensões da subescala I (FIGURA 4).

PERGUNTAS	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Não discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Tangibilidade					
1.O HU tem equipamentos modernos.	1	2	3	4	5
2.O ambiente físico do HU é agradável.	1	2	3	4	5
3.Os trabalhadores do HU têm boa aparência.	1	2	3	4	5
4.O material associado com o serviço prestado no HU, tais como, receituários, atestados, solicitação de consulta e exames, têm boa aparência visual.	1	2	3	4	5
Confiabilidade					
5.Quando o HU promete fazer algo em certo tempo, ele cumpre.	1	2	3	4	5
6.Quando o usuário tem um problema, o HU demonstra um sincero interesse em resolvê-lo.	1	2	3	4	5
7.O HU presta o serviço certo da primeira vez.	1	2	3	4	5
8.O HU executa seus serviços no tempo que se comprometeu.	1	2	3	4	5
9.O HU persiste em executar tarefas sem erros.	1	2	3	4	5
Atendimento					
10.Os trabalhadores do HU prometem a seus usuários os serviços nos prazos em que eles serão executados.	1	2	3	4	5
11.Os trabalhadores do HU dão atendimento com agilidade.	1	2	3	4	5
12.Os trabalhadores do HU têm sempre boa vontade em ajuda-lo.	1	2	3	4	5
13.Os trabalhadores do HU nunca estão ocupados para esclarecer suas dúvidas.	1	2	3	4	5
Segurança					
14.O comportamento dos trabalhadores do HU te transmite confiança.	1	2	3	4	5
15.Você sente-se seguro com suas internações no HU.	1	2	3	4	5
16.Os trabalhadores do HU são educados com você.	1	2	3	4	5
17.Os trabalhadores do HU possuem os conhecimentos necessários para responder às suas questões.	1	2	3	4	5
Empatia					
18.O HU lhe dá atenção individualizada.	1	2	3	4	5
19.O HU tem horários de funcionamento convenientes para todos seus usuários.	1	2	3	4	5
20.O HU tem trabalhadores que dão a você um atendimento personalizado.	1	2	3	4	5
21.O HU está disposto em prestar o melhor serviço a você.	1	2	3	4	5
22.O HU percebe suas necessidades específicas.	1	2	3	4	5

Figura 4 - Subescala SERVQUAL II, percepções do cliente quanto à qualidade do serviço.

- **Subescala III** – Relacionada ao grau de importância: constituída por cinco questões relativas à qualidade de serviço, cujo objetivo é determinar o grau de importância de cada uma delas para o entrevistado. O paciente foi convidado a distribuir 100 pontos entre as cinco perguntas, atribuiu o maior ponto a dimensão que ele julgava ter maior importância e assim sucessivamente. A soma dos pontos determinados a cada uma das características totalizou 100 pontos (FIGURA 5).

PERGUNTAS	
1 A aparência das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação.	_____ pontos
2. A capacidade em prestar o serviço prometido de forma precisa e confiável.	_____ pontos
3. A disposição para ajudar seus usuários e prestar os serviços com rapidez.	_____ pontos
4. O conhecimento e a educação dos trabalhadores e sua habilidade em transmitir segurança e confiança	_____ pontos
5. O cuidado e a atenção individualizados proporcionados aos usuários.	_____ pontos
TOTAL DE PONTOS	100 pontos
1. Qual das cinco características acima é a mais importante para você? (Por favor, coloque o número da característica de 1 a 5?	
2. Qual é a segunda mais importante para você?	
3. Qual é a menos importante para você?	

Figura 5 - Subescala SERVQUAL III, grau de importância para o paciente quanto à qualidade do serviço.

5.6 Operacionalização da coleta de dados

Atendendo aos objetivos do estudo, foram coletados em dois momentos distintos:

- **1º Momento– Período letivo:** assim denominado por compreender os meses de março, abril, maio e junho, nos quais os acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia, biomedicina e fonoaudiologia desenvolvem atividades práticas regulares no Hospital Universitário.

- **2º Momento- Período não letivo:** compreendeu os meses de julho, dezembro, janeiro e fevereiro, caracterizados pela ausência dos referidos acadêmicos na instituição hospitalar.

O estabelecimento da data específica, quanto ao início e término desses períodos, foi acatada a orientação do Departamento de Assuntos Acadêmicos da Universidade Federal de Sergipe. Entretanto, no ano de 2012, ocorreu uma paralização de todos os docentes da referida Universidade, que resultou numa alteração do calendário acadêmico. Tal fato culminou com a necessidade de um reajuste no período anteriormente estabelecido para coleta de dados, que ocorreu nos seguintes períodos:

- Coleta do período não letivo: realizada nos meses de setembro, outubro, com término no dia 14 de novembro 2012;
- Coleta do período letivo: iniciada no dia 17 de novembro de 2012 e encerrada no mês ao final do mês de fevereiro 2013.

Este processo compreendeu a realização de duas etapas. Na primeira etapa, os dados foram coletados no momento da internação do paciente na instituição hospitalar.

Grande parte das internações no Hospital Universitário ocorreu no turno da manhã, os pacientes chegavam ao hospital por volta das 7h, efetuavam a admissão e, posteriormente, eram encaminhados para a unidade de destino geralmente por volta das 10h. Depois de efetivada esta admissão, o paciente era abordado pelo coletador da pesquisa com o intuito de verificar se os critérios de inclusão estavam contemplados. Para a verificação do estado de consciência ou orientação no tempo e espaço, foram realizadas perguntas, tais como: nome completo, dia da semana, nome do local onde estava e motivo da internação. Em seguida, era entregue o TCLE para sua ciência e assinatura. Nos casos em que o paciente não era alfabetizado, o coletador realizava a leitura do documento na presença de seu representante legal. Após, foi explicado o instrumento SERVQUAL e a maneira como poderia responder as perguntas. Nesse momento aplicava-se a subescala I, sendo o preenchimento do instrumento efetuado pelo coletador após leitura das perguntas e sinalização da opção de resposta pelo paciente.

Como uma medida adicional e baseado na recomendação do estudo de Arroyo (2007), foi entregue ao paciente um modelo da escala de *Likert* da escala SERVQUAL (APÊNDICE C), que possibilitou a visualização das opções de respostas facilitando o entendimento e consulta as opções durante a entrevista.

Decorridas as 48 horas após a internação do paciente, o coletador dirigia-se a unidade e leito do paciente para aplicação das subescalas II e III, que se constituiu na segunda etapa da coleta, tendo sido realizadas à beira do leito, sempre no período da tarde.

5.7 Capacitação dos coletadores de campo

Os coletadores deste estudo foram constituídos por 3 profissionais, a autora da pesquisa e dois alunos selecionados do último ano de graduação do curso de enfermagem da UFS.

Inicialmente, foi realizada uma leitura exaustiva da estrutura do instrumento, para minimizar as dificuldades de compreensão ou dúvidas quanto aos itens de sua composição. À medida que eram detectadas divergências, estes dados eram discutidos, obtendo-se assim, um consenso entre os coletadores. Desta forma, assegurou-se a confiabilidade para o processo de coleta de dados.

Polit, Beck e Hungler (2004) definem que a confiabilidade pode ser avaliada levando-se em consideração três aspectos: a estabilidade ou consistência todo o tempo; a equivalência ou consistência entre várias versões ou aplicações e a consistência interna ou homogeneidade que se refere à consistência dentro da escala ou instrumento. Neste estudo, ressaltamos o aspecto da equivalência, método este que pode ser determinado pela utilização do instrumento por observadores diferentes, para mensuração dos mesmos fenômenos. Este é comumente referido como confiabilidade entre avaliadores.

Em seguida, procedeu-se à aplicação junto aos pacientes no mês de agosto de 2012, em caráter experimental. Foram abordados 10 pacientes escolhidos aleatoriamente na admissão do HU, após verificação dos critérios de inclusão. Não foram encontradas dificuldades nesta etapa, o que sinalizou para o início da aplicação dos instrumentos de coleta na amostra do estudo. Os pacientes foram sendo incluídos até que se completasse o número estabelecido no plano amostral.

Ressalta-se que os dados coletados nesta fase experimental não foram incluídos na pesquisa.

5.8 Variáveis selecionadas para o estudo

- Variável dependente: relativa ao estudo da qualidade do serviço por meio da escala SERVQUAL – média de cada uma das cinco dimensões obtidas pela diferença entre os valores do par Percepção – Expectativa para cada usuário entrevistado;
- Variáveis independentes: período letivo e não letivo, sexo, idade (anos completos), escolaridade (anos completos de estudo) e histórico de internação hospitalar prévia.

5.9 Processamento e análise dos dados

Primeiramente, realizou-se uma análise exploratória dos dados. Esta metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo com o auxílio software SAS® 9.0, utilizando a PROC MEANS e a PROC FREQ.

Para a comparação dos períodos letivo e não letivo, em relação às variáveis quantitativas, foi proposto o teste de Mann-Whitney para amostras independentes, que é uma técnica não paramétrica utilizada para comparar distribuições de dois grupos. Sendo assim, ela não requer suposições quanto à distribuição dos dados. Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS® 9, através da PROC NPAR1WAY.

Para comparar os períodos e verificar a influência das variáveis independentes, foi proposto um modelo de Análise de Covariância (ANCOVA), pertencente à classe dos modelos lineares generalizados. Esses modelos têm como pressuposto que seus resíduos tem distribuição normal com média 0 e variância σ^2 (MONTEGOMERY, 2000). Os resultados foram obtidos com o auxílio do software SAS® 9, através da PROC GLM.

5.9.1 Cálculo do escore de satisfação do paciente – escala SERVQUAL

O escore médio, quando se mede a Expectativa (E) de qualidade ou a Percepção (P) de qualidade, tem média 3, variando de 1 a 5, com valor mínimo 1 (pior) e máximo 5 (melhor). O escore de satisfação do paciente será obtido pela somatória das notas do desempenho percebido (recebido) menos as notas do desempenho ideal (expectativas), designando o *gap*, a exemplo: *gap* total, varia de -4 ($gap = P - E = 1 - 5 = -4$) até 4 ($gap = 5 - 1 = 4$), com média zero.

Para caracterizar a qualidade percebida, foram adotados os critérios descritos por SLACK (1997), onde:

1. Expectativas < Percepção = qualidade percebida é boa, com um máximo de 4;
2. Expectativas = Percepção = qualidade percebida é aceitável; valor zero ou próximo de zero;
3. Expectativa > Percepção = qualidade percebida é pobre, com um mínimo de -4.

Para o cálculo do Escore de Satisfação (*gapji*), utilizou-se a fórmula definida por Parasuraman et al. (1994):

$$Gap_{ji} = \frac{\sum P_i - E_i}{n_j}$$

Na qual:

Pi= percepção avaliada na questão *i*

Ei= situação ideal avaliada na questão

n_j = número de questões pertencentes ao
indicador *j*

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra de usuários do estudo

A amostra de usuários entrevistados no HU compreendida entre os períodos letivo e não letivo foi composta por 305 pessoas, destes, 156 (51,1%) pertenciam ao sexo feminino, 125 (41%) estavam na faixa etária de 41 a 60 anos e 177 (58,0%) declararam ter de cinco a dez anos de estudo. Quanto a variável ocupação, 165 (54,1%) participantes não desenvolviam qualquer tipo de atividade econômica, 178 (58,4%) mantinham uma união estável e 157 (51,5%) residiam na capital do Estado (TABELA 4).

Tabela 4 - Distribuição das frequências, segundo as variáveis sexo, idade, escolaridade, situação ocupacional, estado civil e local de residência dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.

Variável	Período letivo (n = 236) f (%)	Período não letivo (n = 69) f (%)	Período letivo / Período não letivo (n = 305) f (%)
Sexo			
Feminino	118 (50,0)	38 (55,1)	156 (51,1)
Masculino	118 (50,0)	31 (44,9)	149 (48,9)
Idade (anos)			
18 a 40	91 (38,6)	28 (40,6)	119 (39,0)
41 a 60	96 (40,7)	29 (42,0)	125 (41,0)
61 ou +	49 (20,8)	12 (17,4)	61 (20,0)
Escolaridade			
0 a 4	64 (27,1)	29 (42,0)	93 (30,5)
5 a 10	146 (61,9)	31 (44,9)	177 (58,0)
11 a 16	26 (11,0)	9 (13,0)	35 (11,5)
Situação ocupacional			
Empregado	83 (35,2)	21 (30,4)	104 (34,1)
Não trabalhador	126 (53,4)	39 (56,5)	165 (54,1)
Autônomo	27 (11,4)	9 (13,0)	36 (11,8)
Estado civil			
Solteiro(a)	65 (27,5)	26 (37,7)	91 (29,8)
União estável	142 (60,2)	36 (52,2)	178 (58,4)
Viúvo	10 (4,2)	3 (4,3)	13 (4,3)
Separado	19 (8,1)	4 (5,8)	23 (7,5)
Local de residência			
Interior do Estado	106 (44,9)	28 (40,6)	134 (43,9)
Capital	122 (51,7)	35 (50,7)	157 (51,5)
Outros Estados	8 (3,4)	6 (8,7)	14 (4,6)

A média de idade dos 305 participantes da pesquisa foi de 46,2 anos com $dp = 15,9$ anos, quanto a escolaridade a média em anos de estudo foi de 8,0 com desvio padrão igual a 4,8 anos. A tabela 5 apresenta os resultados dessas variáveis por período da coleta de dados.

Tabela 5 - Distribuição das médias, desvios padrão, valores mínimos e máximos em anos, segundo as variáveis idade e escolaridade dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.

Variável	Período letivo (n = 236)				Período não letivo (n = 69)			
	Média	dp	Min	Max	Média	dp	Min	Max
Idade	46,4	16,2	18	80	45,9	15,2	19	80
Escolaridade	8,0	4,8	0	16	6,0	3,8	0	12

Em relação à experiência prévia de internação hospitalar, 174 (57,0%) afirmaram ter vivenciado esta situação, sendo que destas, 66 (21,7%) ocorreram no HU (TABELA 6).

Tabela 6 - Distribuição das frequências, segundo as variáveis experiência prévia de internação e internação anterior no HU. Aracaju, 2013.

Variável	Período Letivo (n = 236) f (%)	Período Não Letivo (n = 69) f (%)	Período Letivo / Período Não Letivo (n = 305) f (%)
Experiência prévia de internação			
Não	44 (18,6)	18 (26,1)	131 (43,0)
Internação anterior no HU			
Sim	79 (33,5)	22 (31,9)	66 (21,7)
Não	113 (47,9)	29 (42,0)	108 (35,3)

6.2 Resultados das subescalas Expectativa (I) e Percepção (II) da escala SERVQUAL

Neste tópico estão descritos os achados obtidos com a aplicação das subescalas I e II. Objetivou-se conhecer as expectativas e percepções dos usuários internados no HU no período da coleta de dados, o grau de satisfação quanto à qualidade do serviço e sua associação com algumas variáveis do estudo e o grau de importância para os usuários do HU em relação às cinco dimensões da qualidade.

Vale ressaltar que todos os 305 questionários respondidos foram considerados válidos para as análises estatísticas, visto que não havia itens em branco ou em não conformidade com o registro das respostas.

Nas tabelas 7 e 8, estão descritos os resultados das frequências dos escores relacionados aos 22 atributos contidos na escala SERVQUAL. Para este resultado, considera-se que quanto maior a frequência da resposta, maior o índice de registros.

Em relação à expectativa dos usuários no período letivo, os maiores percentuais de respostas em todas as dimensões concentraram-se no escore cinco (concordo totalmente), evidenciando uma alta expectativa em relação ao serviço. Já na sub escala percepção, o escore 4 (concordo) foi o que recebeu o maior número de respostas, revelando também uma boa percepção do usuário. Entretanto, deve-se ressaltar que, o escore 1 e 2 (discordo totalmente e discordo) foram pontuados em quatro dimensões, fato não registrado na subescala expectativa (TABELA 7).

Tabela 7 - Distribuição das frequências dos escores de respostas por atributo no período letivo, segundo as expectativas e percepções dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.

Subescala		Expectativa (n = 236) f (%)					Percepção (n = 236) f (%)				
Dimensão	Escores	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tangibilidade											
1				8	55	173	10	72	21	123	10
				(3,4)	(23,3)	(73,3)	(4,2)	(30,5)	(8,9)	(52,1)	(4,2)
2				7	97	132	2	67	34	114	19
				(3,0)	(41,1)	(55,9)	(0,8)	(28,4)	(14,4)	(48,3)	(8,1)
3				7	97	132		47	20	143	26
				(3,0)	(41,1)	(55,9)		(19,9)	(8,5)	(60,6)	(11,0)
4				11	107	118		7	84	122	23
				(4,7)	(45,3)	(50,0)		(3,0)	(35,6)	(51,7)	(9,7)
Confiabilidade											
5				6	107	123	15	51	14	126	30
				(2,5)	(45,3)	(52,1)	(6,4)	(21,6)	(5,9)	(53,4)	(12,7)
6				8	93	135	7	31	13	155	30
				(3,4)	(39,4)	(57,2)	(3,0)	(13,1)	(5,5)	(65,7)	(12,7)
7		5		12	120	99		20	32	128	56
		(2,1)		(5,1)	(50,8)	(41,9)		(8,5)	(13,6)	(54,2)	(23,7)
8				16	65	155		25	49	111	51
				(6,8)	(27,5)	(65,7)		(10,6)	(20,8)	(47,0)	(21,6)
9				14	116	106	1	18	82	67	59
				(5,9)	(49,2)	(44,9)	(10)	(7,6)	(34,7)	(28,4)	(25,0)
Atendimento											
10				6	84	146			19	136	81
				(2,5)	(35,6)	(61,9)			(8,1)	(57,6)	(34,4)
11				8	102	123		23	7	131	75
				(3,4)	(43,2)	(52,1)		(9,7)	(3,0)	(55,5)	(31,8)
12				13	92	131	5	47	12	129	43
				(5,5)	(39,0)	(55,5)	(2,1)	(19,9)	(5,1)	(54,7)	(18,2)
13				19	98	119			55	117	64
				(8,1)	(41,5)	(50,4)			(23,3)	(49,6)	(27,1)
Segurança											
14				4	75	157			20	154	62
				(1,7)	(31,8)	(66,5)			(8,5)	(65,3)	(26,3)
15				2	74	160		13	50	102	71
				(0,8)	(31,4)	(67,8)		(5,5)	(21,2)	(43,2)	(30,1)
16					110	126		17	4	132	83
					(46,6)	(53,4)		(7,2)	(1,7)	(55,9)	(35,2)
17				90	146			18	23	100	95
				(38,1)	(61,9)			(7,6)	(9,7)	(42,4)	(40,3)
Empatia											
18				10	77	149	11	66	17	110	32
				(42,0)	(32,6)	(63,1)	(4,7)	(28,0)	(7,2)	(46,6)	(13,6)
19					95	141	27	57	19	84	49
					(40,3)	(59,7)	(11,4)	(24,2)	(8,1)	(35,6)	(20,8)
20				6	60	170	7	43	17	126	43
				(2,5)	(25,4)	(72,0)	(3,0)	(18,2)	(7,2)	(53,4)	(18,2)
21				8	49	179	9	31	9	155	32
				(3,4)	(20,8)	(75,8)	(3,8)	(13,1)	(3,8)	(65,7)	(13,6)
22				15	70	151	18	62	18	119	19
				(6,4)	(29,7)	(64,0)	(7,6)	(26,3)	(7,6)	(50,4)	(8,1)

Na tabela 8, estão descritos os resultados referentes à aplicação do questionário no período não letivo, verifica-se que os maiores percentuais relacionados à expectativa dos usuários estão distribuídos no escore 5 (concordo totalmente), configurando também uma alta expectativa em relação ao serviço do HU.

As frequências da subescala percepção mantiveram o mesmo comportamento em relação ao período letivo, centralizando os maiores percentuais no escore 4 (concordo), fato que caracteriza uma qualidade adequada do serviço. Ressalta-se que, o escore 1 (discordo totalmente) na subescala percepção foi pontuado em 11 atributos, entretanto, as maiores frequências de apontamentos com pior desempenho referem-se ao escore 2 (discordo) (TABELA 8).

Tabela 8 - Distribuição das frequências dos escores de respostas por atributo no período não letivo, segundo as expectativas e percepções dos pacientes internados no HU. Aracaju, 2013.

Sub-escala	Expectativa (n = 69) f (%)					Percepção (n = 69) f (%)				
Escores	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Dimensão										
Tangibilidade										
1		1 (1,4)	3 (4,3)	17 (24,6)	48 (69,6)	2 (2,9)	23 (33,3)	12 (17,4)	29 (42,0)	3 (4,3)
2			2 (2,9)	24 (34,8)	43 (62,3)	3 (4,3)	26 (37,7)	10 (14,5)	25 (36,2)	5 (7,2)
3			2 (2,9)	33 (47,8)	34 (49,3)	3 (4,3)	17 (24,6)	6 (8,7)	37 (53,6)	6 (8,7)
4			6 (8,7)	36 (52,2)	27 (39,1)	3 (4,3)	1 (1,4)	31 (44,9)	26 (37,7)	8 (11,6)
Confiabilidade										
5		4 (5,8)	9 (13,0)	23 (33,3)	33 (47,8)	2 (2,9)	21 (30,4)	11 (15,9)	30 (43,5)	5 (7,2)
6			3 (4,3)	26 (37,7)	40 (58,0)		3 (4,3)	10 (14,5)	50 (72,5)	6 (8,7)
7		2 (2,9)	15 (21,7)	27 (39,1)	25 (36,2)		12 (17,4)	25 (36,2)	27 (39,1)	5 (7,2)
8		1 (1,4)	7 (10,1)	26 (37,7)	35 (50,7)	2 (2,9)	19 (27,5)	14 (20,3)	28 (40,6)	6 (8,7)
9			8 (11,6)	36 (52,2)	25 (36,2)	1 (1,4)	6 (8,7)	26 (37,7)	28 (40,6)	8 (11,6)
Atendimento										
10		1 (1,4)	1 (1,4)	22 (31,9)	45 (65,2)		9 (13,0)	4 (5,8)	45 (65,2)	11 (15,9)
11		4 (5,8)	1 (1,4)	29 (42,0)	35 (50,7)	1 (1,4)	9 (13,0)	9 (13,0)	42 (60,9)	8 (11,6)
12		1 (1,4)	8 (1,4)	28 (40,6)	32 (46,4)	1 (1,4)	17 (24,6)	13 (18,8)	35 (50,7)	3 (4,3)
13		3 (4,3)	10 (14,5)	32 (46,4)	24 (34,8)		10 (14,5)	29 (42,0)	24 (34,8)	6 (8,7)
Segurança										
14		1 (1,4)	2 (2,9)	21 (30,4)	45 (65,2)		2 (2,9)	4 (5,8)	49 (71,0)	14 (20,3)
15				22 (31,9)	47 (68,1)		1 (1,4)	2 (2,9)	50 (72,5)	16 (23,2)
16			2 (2,9)	27 (39,1)	40 (58,0)		5 (7,2)	5 (7,2)	46 (66,7)	13 (18,8)
17			3 (4,3)	32 (46,4)	34 (49,3)		1 (1,4)	10 (14,5)	45 (65,2)	13 (18,8)
Empatia										
18		1 (1,4)	8 (11,6)	19 (27,5)	41 (59,4)	1 (1,4)	15 (21,7)	7 (10,1)	35 (50,7)	11 (15,9)
19			4 (5,8)	42 (60,9)	23 (33,3)		11 (15,9)	21 (30,4)	32 (46,4)	5 (7,2)
20			1 (1,4)	22 (31,9)	46 (66,7)	1 (1,4)	12 (17,4)	9 (13,0)	40 (58,0)	7 (10,1)
21			4 (5,8)	15 (21,7)	50 (72,5)		6 (8,7)	8 (11,6)	43 (62,3)	12 (17,4)
22			2 (2,9)	24 (34,8)	43 (62,3)		8 (11,6)	12 (17,4)	41 (59,4)	8 (11,6)

Observa-se nas tabelas 9 e 10 que, em ambos os períodos investigados, os valores das medianas nas subescalas expectativa estão mais próximos dos valores máximos da pontuação por dimensão, em detrimento dos resultados das subescalas percepção, nas quais se verifica que os valores das medianas são também elevados, entretanto, mais distantes dos valores máximos por dimensão.

Tabela 9 - Desempenho geral das dimensões por meio do intervalo das pontuações dos escores e suas respectivas médias e desvios padrões, segundo as expectativas e percepções dos pacientes internados no período letivo no HU. Aracaju, 2013.

Dimensão	N de itens	Intervalo (escores)	E * Intervalo	Mediana	dp	P * Intervalo	Mediana	dp
Tangibilidade	4	4 – 20	15 – 20	18	1,31	9 – 19	14	1,88
Confiabilidade	5	5 – 25	18 – 25	22	1,38	12 – 24	19	2,25
Atendimento	4	4 – 20	14 – 20	18	1,19	12 – 20	16	1,58
Segurança	4	4 – 20	16 – 20	18	0,96	10 – 20	17	1,62
Empatia	5	5 – 25	19 – 25	23	1,19	11 – 24	17	2,62

*E: expectativa; P: percepção

Tabela 10 - Desempenho geral das dimensões por meio do intervalo das pontuações dos escores e suas respectivas médias e desvios padrões, segundo as expectativas e percepções dos pacientes internados no período não letivo no HU. Aracaju, 2013.

Dimensão	N de itens	Intervalo (escores)	E * Intervalo	Mediana	dp	P * Intervalo	Mediana	dp
Tangibilidade	4	4 – 20	14 – 20	18	1,66	6 – 20	14	3,08
Confiabilidade	5	5 – 25	15 – 25	22	2,72	11 – 24	18	3,07
Atendimento	4	4 – 20	11 – 20	18	2,15	8 – 19	15	2,54
Segurança	4	4 – 20	14 – 20	19	1,63	8 – 20	16	2,02
Empatia	5	5 – 25	18 – 25	23	2,05	10 – 25	19	3,79

*E: expectativa; P: percepção

Com o objetivo de conhecer a qualidade do serviço oferecido no HU nos períodos letivo e não letivo, procedeu-se ao cálculo do *gap* das cinco dimensões da escala SERVQUAL e de cada atributo que a compõe, para isso, realizou-se o cálculo da diferença entre as percepções e expectativas ($Q_p = P - E$) dos usuários.

Verificou-se que no período letivo e não letivo, as cinco dimensões e seus 22 atributos apresentaram resultados negativos próximos de 0 (zero) e a média geral do *gap* foi de -0,82 e -0,86, respectivamente (TABELAS 11 e 12).

Após aplicação do teste Wilcoxon para amostras pareadas, o resultado foi estatisticamente significativo para todos os itens das cinco dimensões ($p < 0,05$), confirmando,

assim, haver diferença entre a percepção do usuário e sua expectativa, esta superior à sua percepção quanto ao serviço na instituição (TABELAS 11 e 12).

No período letivo (TABELA 11), as dimensões de melhor desempenho em ordem crescente de insatisfação quanto à qualidade do serviço foi o **atendimento**, com o valor médio do *gap* de -0,48, seguido pela **segurança** (-0,49), **confiabilidade** (-0,76) e **tangibilidade** (-1,09). A dimensão de maior grau de insatisfação e, por conseguinte, de pior qualidade na visão dos usuários, foi a **empatia** (-1,18).

O atributo de pior desempenho por dimensão foi:

- **Tangibilidade** (-1,48): O HU tem equipamentos modernos.
- **Confiabilidade** (-1,05): Quando o HU promete fazer algo em certo tempo, ele cumpre.
- **Atendimento** (-0,83): Os trabalhadores do HU têm sempre boa vontade em ajudá-lo.
- **Segurança** (-0,69): Você sente-se seguro com suas internações no HU
- **Empatia** (-1,33): O HU percebe suas necessidades específicas.

Tabela 11 - Desempenho dos atributos e dimensões por meio da mediana, valores mínimos e máximos, dos escores Expectativa (E), Percepção (P), $gap = [P-E]$ e valor p, referente à aplicação da escala SERVQUAL nos 236 usuários do HU no período letivo. Aracaju, 2013.

Dimensão / Itens	E	Mediana	Min	Max	P	Mediana	Min	Max	gap	Mediana	Min	Max	p*
Tangibilidade													
1	4,70	5,0	3	5	3,22	4,0	1	5	-1,48	-1,0	-4	1	0,00
2	4,53	5,0	3	5	3,34	4,0	1	5	-1,19	-1,0	-3	1	0,00
3	4,53	5,0	3	5	3,63	4,0	2	5	-0,90	-1,0	-3	1	0,00
4	4,45	4,5	3	5	3,68	4,0	2	5	-0,77	-1,0	-3	1	0,00
Média	4,55				3,47				-1,09				
Confiabilidade													
5	4,50	5,0	3	5	3,44	4,0	1	5	-1,05	-1,0	-4	1	0,00
6	4,54	5,0	3	5	3,72	4,0	1	5	-0,82	-1,0	-4	1	0,00
7	4,33	4,0	2	5	3,93	4,0	2	5	-0,39	0,0	-3	2	0,00
8	4,59	5,0	3	5	3,80	4,0	2	5	-0,79	-1,0	-3	1	0,00
9	4,39	4,0	3	5	3,62	4,0	1	5	-0,77	0,0	-4	1	0,00
Média	4,47				3,70				-0,76				
Atendimento													
10	4,59	5,0	3	5	4,26	4,0	3	5	-0,33	0,00	-2	1	0,00
11	4,46	5,0	2	5	4,09	4,0	2	5	-0,37	0,00	-3	2	0,00
12	4,50	5,0	3	5	3,67	4,0	1	5	-0,83	0,00	-4	1	0,00
13	4,42	5,0	3	5	4,04	4,0	3	5	-0,39	0,00	-2	1	0,00
Média	4,49				4,02				-0,48				
Segurança													
14	4,65	5,0	3	5	4,18	4,0	3	5	-0,47	0,00	-2	2	0,00
15	4,67	5,0	3	5	3,98	4,0	2	5	-0,69	0,00	-3	1	0,00
16	4,53	5,0	4	5	4,19	4,0	2	5	-0,34	0,00	-3	1	0,00
17	4,62	5,0	4	5	4,15	4,0	2	5	-0,47	0,00	-3	1	0,00
Média	4,62				4,13				-0,49				
Empatia													
18	4,59	5,0	3	5	3,36	4,0	1	5	-1,22	-1,0	-4	1	0,00
19	4,60	5,0	4	5	3,30	4,0	1	5	-1,30	0,0	-4	1	0,00
20	4,69	5,0	3	5	3,66	4,0	1	5	-1,04	-1,0	-4	1	0,00
21	4,72	5,0	3	5	3,72	4,0	1	5	-1,00	-1,0	-4	1	0,00
22	4,58	5,0	3	5	3,25	4,0	1	5	-1,33	-1,0	-4	1	0,00
Média	4,64				3,46				-1,18				
Média Geral	4,55				3,74				-0,82				

*Teste Wilcoxon para amostras pareadas

Quanto aos resultados do período não letivo (TABELA 12), as dimensões apresentaram o seguinte desempenho quando analisadas do menor para o maior grau de insatisfação do usuário: **segurança** (-0,51), **atendimento** (-0,80), **confiabilidade** (-0,86), **empatia** (-0,89) e **tangibilidade** (-1,24), sendo então esta última, a dimensão com pior avaliação quanto à qualidade no serviço oferecido no HU.

O atributo com desempenho menos favorável por dimensão foi:

- **Tangibilidade** (-1,55): O ambiente físico do HU é agradável.
- **Confiabilidade** (-1,13): O HU executa seus serviços no tempo que se comprometeu
- **Atendimento** (-1,00): Os trabalhadores do HU têm sempre boa vontade em ajudá-lo.
- **Segurança** (-0,58): Os trabalhadores do HU são educados com você
- **Empatia** (-1,07): O HU tem trabalhadores que dão a você um atendimento personalizado.

Tabela 12 - Desempenho dos atributos e dimensões por meio por meio da mediana, valores mínimos e máximos, dos escores Expectativa (E), Percepção (P), $gap = [P-E]$ e valor p, referente à aplicação da escala SERVQUAL nos 69 usuários do HU período não letivo. Aracaju, 2013.

Dimensão / Itens	E	Mediana	Min	Max	P	Mediana	Min	Max	gap	Mediana	Min	Max	p*
Tangibilidade													
1	4,62	5,0	2	5	3,12	3,0	1	5	-1,51	-1,0	-4	1	0,00
2	4,59	5,0	3	5	3,04	3,0	1	5	-1,55	-2,0	-4	2	0,00
3	4,46	4,0	3	5	3,38	4,0	1	5	-1,09	-1,0	-4	1	0,00
4	4,30	4,0	3	5	3,51	3,0	1	5	-0,80	-1,0	-4	2	0,00
Média	4,50				3,26				-1,24				
Confiabilidade													
5	4,23	4,0	2	5	3,22	4,0	1	5	-1,01	-1,0	-4	3	0,00
6	4,54	5,0	3	5	3,86	4,0	2	5	-0,68	-1,0	-3	1	0,00
7	4,09	4,0	2	5	3,36	3,0	2	5	-0,72	-1,0	-3	2	0,00
8	4,38	5,0	2	5	3,25	3,0	1	5	-1,13	-1,0	-3	2	0,00
9	4,25	4,0	3	5	3,52	4,0	1	5	-0,72	-1,0	-3	2	0,00
Média	4,30				3,44				-0,86				
Atendimento													
10	4,61	4,0	2	5	3,84	4,0	2	5	-0,77	-1,0	-3	2	0,00
11	4,38	5,0	2	5	3,68	4,0	1	5	-0,70	-1,0	-3	1	0,00
12	4,32	4,0	2	5	3,32	4,0	1	5	-1,00	-1,0	-3	1	0,00
13	4,12	5,0	2	5	4,38	3,0	2	5	-0,74	-1,0	-3	1	0,00
Média	4,36				3,55				-0,80				
Segurança													
14	4,59	5,0	2	5	4,09	4,0	2	5	-0,51	-1,0	-3	2	0,00
15	4,68	5,0	4	5	4,17	4,0	2	5	-0,51	-1,0	-3	1	0,00
16	4,55	5,0	3	5	3,97	4,0	2	5	-0,58	-1,0	-3	1	0,00
17	4,45	4,0	3	5	4,01	4,0	2	5	-0,43	-1,0	-3	1	0,00
Média	4,57				4,06				-0,51				
Empatia													
18	4,45	5,0	2	5	3,58	4,0	1	5	-0,87	-1,0	-3	2	0,00
19	4,28	4,0	3	5	3,45	4,0	2	5	-0,83	-1,0	-3	2	0,00
20	4,65	5,0	3	5	3,58	4,0	1	5	-1,07	-1,0	-3	1	0,00
21	4,67	5,0	3	5	3,88	4,0	2	5	-0,78	-1,0	-3	1	0,00
22	4,59	5,0	3	5	3,71	4,0	2	5	-0,88	-1,0	-3	1	0,00
Média	4,53				3,64				-0,89				
Média Geral	4,45				3,59				-0,86				

*Teste Wilcoxon para amostras pareadas

A fim de se constatar a existência de diferenças no grau de satisfação do usuário entre os dois períodos pesquisados, realizou-se uma associação entre as variáveis (Teste Mann–Whitney). Na relação dos *gaps* das dimensões **tangibilidade**, **confiabilidade**, **atendimento**, **segurança** e **empatia** pelos períodos de coleta de dados, o teste não paramétrico para amostras independentes revelou haver diferença estatisticamente significativa na satisfação dos usuários, em relação às dimensões **atendimento** e **empatia**, quando analisado o período letivo com o não letivo (TABELA 13).

Tabela 13 - Relação dos *gaps* por dimensão da escala SERVQUAL, segundo os períodos de coleta de dados dos usuários internados no HU. Aracaju, 2013.

Dimensão	Período	n	gap	Mediana	Desvio Padrão	Intervalo		p
						Min	Máx	
Gap 1 a 4 Tangibilidade	L	236	-1,09	-1,00	0,52	-2,25	0,00	0,46
	NL	69	-1,24	-1,00	0,92	-3,50	0,50	
Gap 5 a 9 Confiabilidade	L	236	-0,76	-0,80	0,51	-2,20	0,40	0,26
	NL	69	-0,86	-1,00	0,83	-2,80	1,40	
Gap 10 a 13 Atendimento	L	236	-0,48	-0,50	0,46	-2,00	0,50	0,01*
	NL	69	-0,80	-0,75	0,86	-3,00	1,75	
Gap 14 a 17 Segurança	L	236	-0,49	-0,50	0,43	-2,50	0,25	0,99
	NL	69	-0,51	-0,50	0,63	-3,00	0,75	
Gap 18 a 22 Empatia	L	236	-1,18	-1,20	0,58	-2,60	0,20	0,01*
	NL	69	-0,89	-0,80	0,85	-3,00	0,60	
Gap Total	L	236	-0,80	-0,79	0,21	-1,40	-0,25	0,93
	NL	69	-0,86	-0,80	0,61	-2,82	0,25	

L: letivo; NL: não letivo; * p < 0,05

Para verificar se as variáveis referentes à experiência prévia de internação em outra instituição hospitalar ou internação anterior no HU influenciaram na qualidade do serviço percebido (*gaps*) em relação às cinco dimensões da escala SERVQUAL, realizou-se dois testes estatísticos em ambos os períodos estudados. Inicialmente foram propostas três categorias para esta variável, sendo elas:

- categoria 1 - usuários que já tinham passado por internação anterior no HU;
- categoria 2 - usuários não tinham passado por internação anterior no HU;
- categoria 3 - usuários que nunca tinham tido esta experiência no HU ou em qualquer outra instituição hospitalar.

Pelo teste de Kruskal-Wallis não se observou diferenças significativas entre essas três categorias em relação aos *gaps* das cinco dimensões da escala SERVQUAL. Como o propósito foi avaliar o grau de satisfação dos usuários do HU, optou-se por agrupar as categorias 2 e 3, formando as variáveis, “internação no HU - sim” referente aos usuários que afirmaram ter passado por internação anterior no HU e “internação no HU - não” que diz respeito aos usuários que afirmaram que nunca tinham tido esta experiência no HU ou em qualquer outra instituição hospitalar.

A partir dessa nova variável, foi proposto o teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes, a fim de comparar essas distribuições em relação aos *gaps* das cinco dimensões nos dois períodos.

No período letivo, dos 236 usuários entrevistados, 44 (18,6%) tinham histórico de internação no HU e 192 (81,4%) não. Pelo teste não se observou diferença estatisticamente significativa entre *gaps* em relação ao fato do usuário já ter ou não internação prévia (FIGURA 6).

* p < 0,05

Figura 6 - Relação dos *gaps* por dimensão da escala SERVQUAL, segundo as variáveis internação no HU - sim e internação no HU - não, dos 236 usuários internados no período letivo. Aracaju, 2013.

O mesmo agrupamento realizado no período letivo foi realizado no não letivo. Assim, a variável “Interação no HU - sim” está composta por 22 (31,9%) pacientes e a “Interação no HU - não” por 47 (68,1%), totalizando 69 usuários no período não letivo. Neste período o teste de Mann-Whitney também não evidenciou diferença entre as categorias estudadas (FIGURA 7).

Figura 7 - Relação dos *gaps* por dimensão da escala SERVQUAL, segundo as variáveis interação no HU - sim e interação no HU - não, dos 69 usuários internados no período não letivo. Aracaju, 2013.

A fim de comparar os períodos e verificar a influência das variáveis, período de coleta, sexo, idade, escolaridade e histórico de interação sobre o grau de satisfação dos usuários internados no HU, foi proposta a análise de covariância para cada dimensão da escala SERVQUAL e seu respectivo *gap*. Os resultados estão apresentados nas tabelas de número 14 a 18.

Pode-se observar na tabela 14 que o grau de satisfação (*gap*) em relação à dimensão **tangibilidade** não sofre influência das variáveis analisadas nos dois períodos.

Tabela 14 - Estudo da análise de covariância da variável dependente *gap*/Tangibilidade segundo as variáveis independentes, período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.

dos 505 usuários internados no HC-FMUSP, 2015.

Variável	Coefficiente	Valor p	Intervalo de Confiança 95%		Efeito da variável valor p
Período					
Letivo	0,17	0,06	-0,01	0,34	0,06
Não Letivo	ref **				
Sexo					
Feminino	-0,02	0,74	-0,17	0,12	0,74
Masculino	ref **				
Idade					
18 a 40	0,01	0,92	-0,20	0,22	0,97
41 a 60	0,02	0,82	-0,18	0,23	
61 ou +	ref **				
Escolaridade					
0 a 4	0,12	0,34	-0,13	0,38	0,16
5 a 10	-0,04	0,72	-0,27	0,19	
11 a 16	ref **				
Internação					
Internação anterior	-0,04	0,66	-0,22	0,14	0,66
Internação no HU	ref **				

* p <0,05; ** variável de referência.

Em relação à dimensão **confiabilidade**, verifica-se a dependência da variável sexo e o grau de satisfação quanto ao serviço recebido. As mulheres apresentaram uma maior satisfação com o serviço oferecido em detrimento aos homens ($p < 0,03$) (TABELA 15).

Tabela 15 - Estudo da análise de covariância da variável dependente *gap/Confiabilidade* segundo as variáveis independentes, período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.

dos 505 alunos internados no HCFMUSP, 2015.

Variável	Coefficiente	Valor p	Intervalo de Confiança 95%		Efeito da variável valor p
Período					
Letivo	0,13	0,12	-0,03	0,29	0,12
Não Letivo	ref **				
Sexo					
Feminino	0,15	0,03*	0,02	0,29	0,03*
Masculino	ref **				
Idade					
18 a 40	-0,02	0,87	-0,21	0,18	0,45
41 a 60	0,08	0,43	-0,11	0,27	
61 ou +	ref **				
Escolaridade					
0 a 4	-0,08	0,52	-0,32	0,16	0,22
5 a 10	-0,17	0,12	-0,39	0,05	
11 a 16	ref **				
Internação					
Internação anterior	0,11	0,20	-0,06	0,28	0,20
Internação no HU	ref **				

* $p < 0,05$; ** variável de referência.

Na tabela 16, verifica-se que houve dependência da dimensão **atendimento** em relação ao período de coleta de dados e sexo ($p < 0,01$). O grau de satisfação dos usuários foi maior no período letivo em relação ao não letivo, assim como foi maior no sexo feminino quando comparado ao masculino.

Tabela 16 - Estudo da análise de covariância da variável dependente *gap/Atendimento*, segundo as variáveis independentes período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.

dos 505 usuários internados no HC-FMUSP, em 2015.

Variável	Coefficiente	Valor p	Intervalo de Confiança 95%		Efeito da variável valor p
Período					
Letivo	0,33	<0,01*	0,18	0,49	<0,01*
Não Letivo	ref **				
Sexo					
Feminino	0,18	<0,01*	0,05	0,31	<0,01*
Masculino	ref **				
Idade					
18 a 40	-0,17	0,07	-0,36	0,02	0,14
41 a 60	-0,06	0,50	-0,25	0,12	
61 ou +	ref **				
Escolaridade					
0 a 4	0,09	0,47	-0,15	0,32	0,67
5 a 10	0,09	0,37	-0,11	0,30	
11 a 16	ref **				
Internação					
Internação anterior	0,09	0,29	-0,07	0,25	0,29
Internação no HU	ref **				

* $p < 0,05$; ** variável de referência.

De acordo com a tabela 17, pode-se verificar que houve dependência da variável escolaridade a dimensão **segurança**, mais especificamente, daqueles que declararam ter de 0 a 4 anos de estudo. Os usuários pertencentes a esse estrato declararam-se mais insatisfeitos com o serviço recebido em relação aos outros estratos.

Tabela 17 - Estudo da análise de covariância da variável dependente *gap*/Segurança, segundo as variáveis independentes, período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.

dos 300 alunos matriculados no IEC/HU, 2019.

Variável	Coefficiente	Valor p	Intervalo de Confiança 95%		Efeito da variável valor p
Período					
Letivo	0,00	0,99	- 0,13	0,13	0,99
Não Letivo	ref **				
Sexo					
Feminino	0,05	0,40	-0,06	0,16	0,40
Masculino	ref **				
Idade					
18 a 40	- 0,04	0,59	- 0,20	0,12	0,67
41 a 60	- 0,07	0,37	- 0,22	0,08	
61 ou +	ref **				
Escolaridade					
0 a 4	- 0,26	<0,01*	- 0, 46	- 0,07	0,03*
5 a 10	- 0,16	0,08	-0,33	0,02	
11 a 16	ref **				
Internação					
Internação anterior	- 0,01	0,85	- 0,15	0,12	0,85
Internação no HU	ref **				

* p <0,05; ** variável de referência.

Na análise de covariância do *gap empatia*, entre as demais variáveis independentes, observou-se a dependência apenas da variável período de coleta de dados. Os usuários atendidos no período letivo demonstraram-se mais insatisfeitos em relação ao período não letivo quanto a essa dimensão (TABELA 18).

Tabela 18 - Estudo da análise de covariância da variável dependente *gap/Empatia*, segundo as variáveis independentes período letivo e não letivo, sexo, idade, escolaridade e histórico de internação dos 305 usuários internados no HU. Aracaju, 2013.

dos 505 usuários internados no HC-FMUSP, 2015.

Variável	Coefficiente	Valor p	Intervalo de Confiança 95%		Efeito da variável valor p
Período					
Letivo	-0,28	<0,01*	-0,46	-0,10	<0,01*
Não Letivo	ref**				
Sexo					
Feminino	-0,03	0,65	-0,18	0,11	0,65
Masculino	ref**				
Idade					
18 a 40	-0,14	0,22	-0,35	0,08	0,42
41 a 60	-0,06	0,59	-0,27	0,15	
61 ou +	ref**				
Escolaridade					
0 a 4	0,01	0,92	-0,25	0,28	0,90
5 a 10	-0,03	0,83	-0,26	0,21	
11 a 16	ref**				
Internação					
Internação anterior	0,07	0,45	-0,11	0,25	0,45
Internação no HU	ref**				

* p <0,05; ** variável de referência.

6.3 Resultados da escala Grau de Importância (III) da escala SERVQUAL

Por meio da subescala III pôde-se conhecer a opinião do usuário quanto ao grau de importância das características relacionadas com a qualidade do serviço de saúde, os usuários distribuíram 100 pontos entre as cinco perguntas, que são relacionadas com as dimensões das subescalas I e II, atribuíram o maior valor para as características que julgavam ter maior importância e assim sucessivamente.

Dentre as dimensões pesquisadas, a pergunta relacionada com a dimensão **empatia** obteve as maiores médias tanto no período letivo, quanto no não letivo. Secundariamente, destacaram-se as médias resultantes dos questionamentos referentes ao domínio **segurança**, no período letivo, e **confiabilidade** no não letivo. As características relacionadas com a dimensão **tangibilidade** alcançaram as menores médias nos dois períodos estudados (TABELA 19).

Tabela 19 - Distribuição das médias quanto ao grau de importância das características relacionadas à qualidade do serviço de saúde. Aracaju, 2013.

Variável / Período de coleta	Período Letivo (n= 236)			Período não Letivo (n= 69)		
	Média	Mediana	Desvio padrão	Média	Mediana	Desvio padrão
Tangibilidade						
A aparência das instalações, equipamentos, pessoal e material de comunicação.	16,3	10	9,94	16,0	10	10,27
Confiabilidade						
A capacidade em prestar o serviço prometido de forma precisa e confiável.	20,2	20	6,90	19,4	20	6,95
Atendimento						
A disposição para ajudar seus usuários e prestar os serviços com rapidez.	18,5	20	6,87	20,1	20	9,77
Segurança						
O conhecimento e a educação dos trabalhadores e sua habilidade em transmitir confiança e confiabilidade.	20,5	20	8,90	19,9	20	8,66
Empatia						
O cuidado e a atenção individualizados proporcionados aos usuários.	24,6	22	11,95	24,7	25	11,94

Quando solicitados a responder as três perguntas sobre a dimensão de maior e menor importância para os usuários internados no HU, verificou-se que os resultados foram similares entre os dois períodos, sendo a dimensão **empatia** considerada a de maior importância dentre as outras categorias (FIGURA 8).

Figura 8 - Distribuição das frequências das respostas segundo a opinião dos pacientes internados no HU nos períodos letivo e não letivo, quanto à característica de maior importância para a qualidade do serviço. Aracaju, 2013.

Confiabilidade foi considerada a segunda dimensão de maior importância na óptica dos entrevistados (FIGURA 9).

Figura 9 - Distribuição das frequências das respostas segundo a opinião dos pacientes internados no HU nos períodos letivo e não letivo, quanto à segunda característica de maior importância para a qualidade do serviço. Aracaju, 2013.

Os aspectos relativos à dimensão **tangibilidade** foram considerados os de menor importância para os usuários internados no HU (FIGURA 10).

Figura 10 - Distribuição das frequências das respostas segundo a opinião dos pacientes internados no HU nos períodos letivo e não letivo, quanto à característica de menor importância para a qualidade do serviço. Aracaju, 2013.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

Alcançar a excelência superando as expectativas dos pacientes na prestação de cuidados nos serviços saúde é um grande desafio para os gestores do setor (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005), entretanto, para que essa meta seja alcançada, faz-se necessário aprimorar desempenho dessas organizações junto aos clientes (VIEIRA; KRASSUSKI; LORENI, 2006).

Neste sentido, as pesquisas realizadas a respeito deste tema reforçam a ideia de que para os gestores desses serviços, essa é uma atividade essencial, visto que os resultados evidenciados poderão auxiliar nas decisões estratégicas e operacionais relacionadas com um melhor desempenho dos serviços de saúde (MILAN; TREZ, 2005).

Constata-se na literatura científica que inúmeras pesquisas realizadas em diferentes cenários e por pesquisadores distintos, abordam a satisfação do usuário do serviço de saúde sob sua óptica (PENA; MELLEIRO, 2012; CONTRERAS, 2010; FRIELE, 2008; GERSCHMAN, et al. 2007; GOUVEIA, et al. 2005). Verifica-se que os autores corroboram com a ideia de que a opinião do usuário deva ser valorizada pelos gestores desses serviços, a fim de, conhecerem melhor seus clientes, e assim, ofertarem um serviço voltado para suas necessidades e, por conseguinte, com melhor qualidade.

Tais autores concordam também em afirmar que as pesquisas que buscam mensurar a satisfação do usuário quanto ao serviço recebido, necessitam ser sustentadas por um referencial teórico reconhecido pela comunidade científica e por um instrumento de medida testado em sua confiabilidade e validado para tal fim.

Verifica-se na literatura que o instrumento SERVQUAL elaborado por Parassuraman, Zeithaml e Berry em 1985, o qual mensura a qualidade do serviço, segundo as expectativas e percepções dos clientes, foi adaptado para o setor da saúde e vem sendo utilizado em pesquisas no Brasil, a exemplo: Hercos; Berezovsky (2006), Cabral (2007), Ribeiro (2010) e Borges (2010). Tais autores legitimaram a adequação do instrumento em relação ao que foi proposto e reconheceram sua confiabilidade.

Dentre os estudos mencionados acima, fez-se a opção em utilizar a escala SERVQUAL adaptada e modificada por Ribeiro (2010), tal decisão foi pautada na similaridade entre as instituições segundo o modo de gestão, tipo de atendimento, ambiente da pesquisa e características socioeconômicas da população.

Entretanto, a presente pesquisa propôs um modo diferenciado em relação à determinação do período da coleta de dados. Optou-se por conhecer o grau de satisfação dos usuários internados no HU em dois momentos distintos, período letivo e não letivo. O HU é uma instituição de ensino, onde há presença de acadêmicos apenas em um dos períodos, fato que poderia interferir nos resultados, principalmente nas dimensões empatia e atendimento, as quais avaliam a atenção e o carinho individualizado prestados ao usuário pelos profissionais que o atenderam, assim como, como a disposição em ajudar e proporcionar o serviço com presteza.

Isto posto, e diante do objetivo de analisar a satisfação do usuário do Hospital Universitário quanto ao serviço recebido, frente as cinco dimensões da qualidade da escala SERVQUAL, a presente pesquisa utilizou os pressupostos teóricos propostos por Donabedian, Parasuraman, Zeithaml e Berry para nortear o entendimento das informações geradas, assim como de diversos outros autores, que pesquisam sobre tema proposto.

Na análise das características biosócioeconômicas, verificou-se que o perfil dos usuários do Hospital Universitário, no período letivo e não letivo não apresentaram grandes divergências quanto às frequências das variáveis, caracterizou-se como uma população adulta jovem, com média de idade de 46,2 anos, com baixa escolaridade, mantendo uma união estável, não trabalhadora, proveniente, em sua maioria da capital do Estado, assim como com histórico de internação anterior no HU ou em outra instituição hospitalar.

Em relação aos resultados das variáveis estado civil, idade, escolaridade tipo de ocupação, os estudos, que abordaram a satisfação dos usuários com o serviço de saúde no Brasil e na região nordeste (GOUVEIA et. al, 2009; VÉRAS, 2005; OLIVEIRA, 2004), obtiveram um perfil similar ao desta pesquisa. Isso confirma que as características socioeconômicas do usuário internado no HU estão em consonância com o perfil dos usuários do SUS no Brasil e região nordeste que utilizam os serviços de saúde, conforme publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2005 e ratificado pelo Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008).

Entretanto, quanto à variável sexo, na presente pesquisa, não houve predominância da frequência de internações entre os gêneros, havendo até uma proporção equivalente entre as hospitalizações de homens e mulheres, enquanto, em outros estudos (ALBUQUERQUE, 2012; CABRAL, 2007; PINHEIRO et al., 2002; CASTELLANOS, 2002), se observou uma presença maior de mulheres nos serviços pesquisados. Alguns desses autores justificam este achado em suas pesquisas, alegando que, de um modo geral, a mulher tem como característica própria o hábito de cuidar mais de sua saúde do que o homem, e, por conseguinte, acarreta

uma demanda maior nos serviços de saúde disponíveis. Outros afirmam que a alta proporção de mulheres em seus estudos deve-se ao tipo de serviço que a instituição oferece, como por exemplo, ginecologia e obstetrícia, que elevaram a frequência do sexo feminino na instituição.

Na presente pesquisa, devido à gestão de leito vigente no HU, que disponibiliza o mesmo número de leitos para ambos os sexos, justificam-se os resultados referentes ao número proporcional de internações entre homens e mulheres, não devendo ser interpretado como uma demanda espontânea igualitária entre ambos os sexos, e nem como uma característica do tipo de especialidade médica oferecida pelo HU.

No tocante ao local de residência dos usuários, observou-se uma distribuição semelhante entre usuários residentes no interior e capital do Estado. Diante disso, pode-se afirmar que a instituição obedece às diretrizes do SUS, quanto aos princípios organizativos (regionalização/hierarquização e descentralização), visto que o HU é uma instituição federal que oferece atendimento para pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, enfermidades clínicas e cirúrgicas, realiza atendimento de média e alta complexidade com foco na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças endêmicas, e ainda é referência no Estado e regiões circunvizinhas para estes serviços, que acolhem a demanda de usuários da atenção básica, os quais necessitam de orientação diagnóstica e terapêutica especializada.

Em uma análise preliminar da satisfação dos usuários do HU, foram descritas neste estudo as frequências das subescalas expectativa e percepção no período letivo e não letivo. Percebe-se, nesses dois momentos, uma similaridade nos resultados com uma clara migração dos apontamentos do escore 5 (concordo totalmente) da subescala expectativa para os escores de menor valor (4 concordo, e 3 não concordo nem discordo) na subescala percepção, visto que os atributos, que obtiveram os maiores percentuais no escore 5 na primeira escala, em grande parte, não tiveram o mesmo desempenho na segunda escala. Nota-se ainda na subescala percepção uma maior frequência de registros nos escores 1 e 2 (discordo totalmente e discordo) em todas as dimensões.

Diante disto, fica claro que as expectativas dos usuários em relação ao serviço no HU não foram correspondidas no período de internação, gerando uma percepção aquém do esperado.

Estes resultados corroboram os achados do estudo realizado por Albuquerque (2012), o qual pesquisou a qualidade hospitalar em seis instituições credenciadas pelo SUS no Estado da Paraíba. Na visão de Sitzia (1997) e Bernhart et. al (1999), os resultados de pesquisas, que revelam uma alta expectativa dos usuários, tendem a gerar um menor índice de satisfação, visto que é mais difícil para o serviço corresponder a um alto grau de exigência.

Para Cadah (2000), o alto grau de exigência/ expectativa está relacionado com o acesso à informação disponível, tornando os usuários mais conscientes de seus direitos, críticos e exigentes. Souza (1997) considera que a mídia tem um importante papel na formação da opinião dos usuários, uma vez que divulgam maciçamente aspectos relacionados com a qualidade dos serviços públicos.

Contrapondo esta visão e os resultados desta pesquisa, Bernhart et al. (1999) alegam que os usuários dos serviços públicos em países em desenvolvimento tendem a omitir opiniões negativas. Tal fenômeno é conhecido como gratitude bias, ou viés de gratidão, em que o paciente já se sente satisfeito pelo fato de ter acesso ao serviço e ser atendido. Nesse sentido, a visão crítica do usuário quanto ao atendimento fica subjugada ao sentimento de gratidão, produzindo, assim, avaliações positivas em pesquisas de opinião.

Já para Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), as expectativas dos clientes estão relacionadas com o valor pago pelo serviço, visto que os usuários de serviços públicos não “pagam diretamente” pelo atendimento prestado, nutrem poucas expectativas e consequentemente esperam uma baixa qualidade nos serviços.

Isto posto, fica evidente a divergência de opinião entre esses autores em relação ao desempenho das expectativas do usuário diante do serviço de saúde, torna-se então essencial que estas sejam devidamente medidas e compreendidas em cada serviço, respeitando aspectos peculiares de cada local, visto que, atualmente, o cerne de uma instituição hospitalar, seja ela onde for, é atender as necessidades de seus usuários, e, por conseguinte, satisfazê-los.

O modelo teórico-conceitual preconizado por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) determina que o grau de satisfação com a qualidade do serviço é obtido em razão da diferença entre a percepção e expectativa do cliente. O resultado desta equação revela a medida da qualidade do serviço em relação a um atributo específico, ou seja, é o resultado do julgamento do cliente frente ao serviço recebido. Quando esse julgamento reflete um número negativo, evidencia-se então uma lacuna (*gap*), que representa um desempenho não desejável do serviço na visão do usuário.

Com base no modelo citado acima, procederam-se às análises dos *gaps* por período, dimensão e atributo da escala SERVQUAL, adotada neste estudo.

De acordo com Slack (1997), quando o valor do *gap* é zero ou próximo deste valor, a qualidade do serviço é caracterizada como aceitável. Portanto, a qualidade do serviço ofertada aos usuários do HU caracteriza-se desta forma, visto que a média geral do *gap* no período letivo foi -0,82 e no não letivo -0,86.

Entretanto, de um modo geral, constatou-se uma discrepância entre as expectativas e percepções dos usuários, nas quais todos os 22 atributos nos dois períodos apresentaram *gaps* negativos, revelando, assim, uma insatisfação quanto à qualidade do serviço recebido.

É relevante observar que o teste de Wilcoxon, para amostras pareadas, confirmou este resultado, visto que em todos os atributos o valor *p* encontrado foi $< 0,05$. Assim, pode-se afirmar que a qualidade do serviço oferecido pelo HU aos usuários no período da coleta de dados não satisfaz suas necessidades.

Este resultado corrobora os achados de um estudo realizado em oito hospitais privados no Teerã, todos os atributos da escala SERVQUAL também evidenciaram lacunas na qualidade do serviço, confirmadas pelo teste de Wilcoxon (ZAREI et al., 2012).

Em estudo semelhante, Borges; Carvalho e Silva (2010) utilizaram a escala SERVQUAL para analisar a qualidade do serviço prestado em pacientes de cirurgia cardíaca do SUS. Ao aplicarem o teste de Wilcoxon, também encontraram diferença estatisticamente significativa em grande parte dos atributos. Os autores interpretaram que tal resultado é um importante indicador para a melhoria da qualidade do serviço.

Nessa concepção, a interpretação desses resultados como indicadores de qualidade tem fundamento nos pressupostos delineados por Donabedian (1990). Esse autor postula que o indicador de satisfação é um dos elementos que está inserido no conjunto de indicadores que compõem a tríade do processo de avaliação da qualidade do serviço, mais especificamente, no componente “Resultado”, por meio do qual constata-se as consequências dos cuidados na saúde do paciente e sua satisfação com o serviço.

Na opinião de Silva et al. (1995), os indicadores de satisfação são relevantes para o serviço, e especial atenção deve ser dada aos índices negativos, visto que Cheng et al., (2009) afirmam que este é um fator influente no reestabelecimento da saúde do paciente e na sua adesão ao tratamento.

Para os gestores, esses indicadores constituem uma importante ferramenta, à medida que fornecem dados específicos de como os clientes percebem a qualidade do serviço, revelando possíveis lacunas no atendimento, e deste modo, facilitando a tomada de decisões a fim de melhorar a qualidade do serviço (SHAHIN, 2006).

Portanto, a evidência da insatisfação dos usuários quanto ao serviço recebido no HU deve ser reconhecida e considerada como um indicador de qualidade, a qual norteará a busca por melhores práticas, visto que revela aspectos do serviço que até então estavam ocultos às vistas dos gestores desse serviço.

Partindo para a análise da qualidade do serviço de acordo com o desempenho das dimensões da escala SERVQUAL, observou-se que estas, quando classificadas em relação aos valores dos *gaps* de menor valor negativo para os de maior valor negativo, pelos dados revelam que as cinco dimensões assumem posições diferenciadas entre os dois períodos, salvo o domínio confiabilidade que ocupou a terceira posição em ambos os períodos com *gap* de -0,76 no PL (período letivo) e -0,86 no NL (não letivo). A dimensão atendimento no período letivo obteve o melhor desempenho dentre as outras cinco, com *gap* de -0,48, seguida da dimensão segurança (-0,49).

No período não letivo, as dimensões de melhor desempenho também foram as duas mencionadas acima, entretanto, em posições inversas, sendo a dimensão segurança melhor avaliada, com *gap* de -0,51, seguida do atendimento com *gap* -0,80.

Destaca-se que as dimensões empatia e tangibilidade também assumiram posições inversas dentre os domínios de desempenho menos favoráveis nos dois períodos, sendo que a dimensão empatia obteve a pior avaliação no período letivo (-1,18) e tangibilidade (-1,21) no não letivo.

Tomando por base os resultados dos *gaps* acima descritos e a ordem de classificação que as dimensões assumiram nos períodos pesquisados, pode-se inferir que de um modo geral, a avaliação dos usuários do HU quanto à qualidade do serviço foi semelhante, tendo em vista que apresentaram um menor grau de insatisfação em relação às dimensões atendimento, segurança e confiabilidade, e concentraram as maiores insatisfações nas dimensões empatia e tangibilidade.

Verifica-se que o resultado desta pesquisa se aproxima do achado de Ribeiro (2010), a qual avaliou a qualidade do serviço de um Hospital Universitário no Estado da Paraíba. Neste estudo, o grau de insatisfação dos usuários da instituição também foi constatado em todas as dimensões da escala SERVQUAL, sendo o domínio empatia uma das dimensões com maior índice negativo.

Embora no estudo de Cabral (2007), o grau de insatisfação dos usuários do hospital público tenha sido menor do que o encontrado neste estudo e no de Ribeiro (2010), a dimensão empatia também obteve a pior avaliação. Fato semelhante ocorreu no estudo de Pena e Melleiro (2012), quando analisaram o grau de satisfação dos usuários de um hospital privado, os resultados identificaram que as dimensões empatia e responsividade alcançaram os escores mais baixos na avaliação do serviço.

Em relação à tangibilidade, a pesquisa realizada em hospitais de Campina Grande – PB (ALBUQUERQUE, 2012) revelou ser esta a dimensão de pior percepção quanto ao

serviço oferecido, assim como, em outro estudo (CRUZ; MELLEIRO, 2010), realizado em um hospital privado em São Paulo.

Entretanto, resultados de pesquisa realizada em um serviço oftalmológico do SUS em Belo Horizonte (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006) mostraram uma insatisfação acentuada quanto ao domínio confiabilidade pelos usuários do serviço. Outra pesquisa realizada em uma instituição pública e uma privada na cidade de Porto Alegre (OLIVEIRA, 2004), a qual buscou conhecer a satisfação dos usuários, os aspectos de maior criticidade nos dois serviços de saúde foram relacionados com as dimensões responsividade, confiabilidade, acesso e competência, revelando baixos índices de satisfação.

Isto posto, fica evidente a importância do processo avaliativo sob a ótica dos usuários nas instituições de saúde públicas ou privadas, considerando que esse processo revela características particulares de cada serviço, dentre as quais muitas precisam ser aperfeiçoadas pelo grupo gestor.

No caso específico desta pesquisa, pode-se pontuar como prioridade para melhorias os aspectos relacionados ao cuidado e atenção individualizada dispensados aos usuários, como também as características das instalações físicas, equipamentos e aparência pessoal dos profissionais, pois foram as duas dimensões (empatia e tangibilidade) responsáveis pelos maiores índices de insatisfação nos usuários do HU.

Vale salientar que não foi encontrada na literatura pesquisa semelhante a esta, a qual buscou conhecer a qualidade do serviço na mesma instituição em períodos diferentes. Tal fato dificulta relacionar, de modo global, a similaridade entre resultados de outros estudos. Nesse raciocínio, os atributos de maior impacto negativo de cada dimensão nos período letivo e não letivo serão discutidos paralelamente entre si, e após isso, comparados com a literatura.

Analizando os valores dos *gaps* da primeira dimensão da escala SERVQUAL, observa-se que, nos períodos letivo e não letivo, os dois aspectos tangíveis com pior desempenho foram os atributos referentes à “existência de equipamentos modernos” e “ambiente físico agradável no HU”.

Com a intenção de justificar em seu estudo que a dimensão tangibilidade não causou um grau elevado de insatisfação nos usuários, Cabral (2007, p.72) comenta que os pacientes não conseguiram “distinguir se os equipamentos do hospital eram modernos ou não”, limitando, assim, a avaliação desta dimensão.

De fato, percebeu-se, na presente pesquisa, que os usuários, ao responderem a essa questão, não referiram se os equipamentos utilizados pelo laboratório de análises clínicas, Rx ou qualquer outro setor de diagnóstico e tratamento específico eram sofisticados ou não, mas

apontaram queixas quanto à preservação e má conservação dos aparelhos de uso diário, essenciais à prestação dos cuidados, a saber: balança de pesar e medir, aparelhos de pressão arterial, termômetros, nebulizadores, aspiradores de fluidos orgânicos, dentre outros.

No tocante à percepção dos usuários do HU quanto ao ambiente não ser agradável, o fato pode estar atrelado às más condições existentes no período da coleta de dados, como: infiltrações no teto, pintura interna do prédio prejudicada, sanitários com vazamentos, mobiliário danificado, iluminação deficiente em algumas áreas do cuidado, entre outros.

Para Donabedian (1990), a infraestrutura das instituições de saúde deve atender as necessidades dos usuários, devido a este componente estar inserido no modelo avaliativo da qualidade de serviço denominado “Estrutura”, é considerado pela autora como um dos elementos desejáveis do serviço na visão do usuário.

Um ambiente agradável é um preditor da satisfação dos usuários em uma instituição hospitalar (HARRIS; et al., 2002). Tal afirmação pode ser constatada na literatura científica a partir dos resultados evidenciados entre as condições adequadas do ambiente hospitalar e a recuperação dos pacientes em estudo realizado. Pesquisadores do *Geórgia Institute of Technology e University of Michigan* identificaram mais de 600 artigos científicos que documentam o impacto de aspectos como redução de ruído, iluminação apropriada, climatização adequada e espaços ergonômicos, auxiliando na redução de erros e estresse, melhora do sono, redução de administrações de drogas para dor e diminuição do tempo de hospitalização (ULRICH; ZIMRING, 2004), ficando evidente que usuário e ambiente interagem, e nessa interação podem modificar-se (CAVALCANTI; AZEVEDO; BINS, 2009)

Entretanto, Melleiro (2010), afirma que a dimensão **tangibilidade** é apontada em estudos internacionais como a de menor relevância para a qualidade do serviço. Shahin (2006) justifica que a baixa expectativa relacionada com esta dimensão pode estar associada ao fato de os usuários terem conhecimento do baixo investimento financeiro realizado pelas autoridades responsáveis nos mais diversos tipos de setores, por isso, simplesmente não esperam muito quanto se trata de aspectos relacionados com a infraestrutura da instituição.

Nesse contexto, percebe-se que o usuário do HU expressou verdadeiramente sua percepção quanto a estes atributos e centralizou sua opinião em relação à dimensão **tangibilidade** nos aspectos da infraestrutura que faziam parte do seu cuidado direto na unidade de tratamento, evidenciando o não atendimento ou atendimento parcial de algumas necessidades ambientais, visão que deve ser respeitada e valorizada, visto que revelou uma lacuna no seu atendimento.

Em relação à dimensão **confiabilidade**, que representa a qualidade do serviço em relação à capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável, em tempo hábil e com precisão. Constatou-se que os atributos com maior avaliação negativa foram “Quando o HU promete fazer algo em certo tempo, ele cumpre” no período letivo e, “O HU executa seus serviços no tempo que se comprometeu”, no período não letivo.

Diversos autores descrevem em seus resultados de pesquisa a constatação de um grau de insatisfação, quanto ao cumprimento de horários para atendimento, suspensão de exames e procedimento pré-agendados etc, (HERCOS; BEREZOVSKY, 2006; GOUVEIA, et al. 2011; SERRANO-DEL ROSAL; LORIENTE-ARÍN, 2008).

Este fato pode denotar falhas no desempenho de processos organizacionais internos das instituições. De acordo com Souza et al. (2008), os processos internos inerentes a uma instituição hospitalar são interdependentes e de grande complexidade, fazendo-se necessário a avaliação destes, a fim de mensurar a eficiência da gestão. Rooney e Ostenberg (1999) complementam esse pensamento afirmando que, para alcançar e garantir a qualidade dos serviços de saúde, é necessário estabelecer padrões e critérios para cada um desses processos internos.

Quando experimenta a sensação de tempo perdido em um serviço, o usuário pode desenvolver uma gama de sentimentos negativos, entre eles, frustração, angústia e irritação, os quais incidem na avaliação do serviço (DE OLIVEIRA, 2013).

Ressalta-se, assim, a necessidade de um mapeamento e análise dos processos internos que envolvem a execução dos serviços no prazo prometido pelo HU, assim se poderá conhecer os nós críticos que dificultam o cumprimento das atividades no tempo determinado e, dessa maneira, reformulá-los e adequá-los às necessidades do usuários, manifestadas no resultado desta pesquisa.

No presente estudo, a dimensão **atendimento**, apesar de revelar um *gap* negativo nos dois períodos pesquisados, foi avaliada quanto à qualidade do serviço, como o domínio de menor grau de insatisfação no período letivo. No período não letivo, ocupou a segunda posição entre os domínios com valor mais próximo de zero. O atributo “Os trabalhadores do HU têm sempre boa vontade em ajudá-lo” obteve o resultado menos favorável dentre os itens avaliados nesta dimensão.

Kotler (1998) comenta que esse domínio, quando aplicado à saúde, traduz - se na prestação do serviço, nesse sentido, Zeithaml, Bitner (2000) asseguram que é neste momento que ocorre a interação prestador-cliente, conhecido como “momentos da verdade”. Na perspectiva de Grönroos (1995, p.55), esses momentos devem ser valorizados, pois se

revelam oportunidades em que a instituição tem de “demonstrar aos clientes a qualidade de seus serviços”.

Baseada nestes pensamentos, verifica-se na literatura que os usuários de serviço de saúde no Brasil identificam os profissionais da saúde como seus prestadores de serviço quanto ao atendimento recebido, ao passo que direcionam a percepção da qualidade desta dimensão a diversos aspectos, entre eles, o tratamento recebido dos profissionais da saúde (GOUVEIA et al, 2005).

Outras pesquisas também confirmam haver essa estreita relação, as quais identificaram fatores de satisfação e/ou insatisfação quanto ao serviço recebido. Quanto aos preditores de insatisfação, os estudos identificaram: queixas relacionadas com a negligência dos profissionais, desinteresse, demora no atendimento, dificuldade no relacionamento interpessoal com a equipe de saúde, falta de calor humano, dentre outros (LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991; RAMOS; LIMA 2003; RIVEROS; BERNE, 2007).

Na escala SERVQUAL, não estão caracterizadas as categorias dos profissionais que entram em contato com o usuário, o que não nos permite afirmar que a prestação do serviço no momento do atendimento foi insatisfatória devido à atuação do profissional da saúde ou não no HU.

Entretanto, quando realizada a associação dos resultados dos *gaps* das cinco dimensões pelos períodos de coleta de dados, o teste estatístico de Mann – Whitney revelou uma diferença estatisticamente significativa apenas para as dimensões **atendimento** e **empatia**.

Em relação ao **atendimento**, o teste confirma haver uma diferença entre o grau de satisfação dos usuários quando analisado o período letivo com o não letivo, sendo que os usuários internados no período letivo demonstraram-se mais satisfeitos quanto à dimensão atendimento em detrimento do período não letivo.

Visto que a única diferença entre os dois períodos é a presença de residentes e acadêmicos dos vários cursos da área da saúde no período letivo na instituição, pode-se afirmar, com maior segurança, que os resultados dessa pesquisa se assemelham aos resultados descritos acima, onde os usuários do HU dirigiam à avaliação da dimensão **atendimento** a atenção dada pelos profissionais da área da saúde.

Diante desta afirmativa, pode-se inferir que os usuários do HU não se sentiram acolhidos pelos profissionais da saúde que os atenderam, em especial no período não letivo, uma vez que perceberam a falta de interesse em ajudá-los, acarretando uma avaliação negativa quanto a esse item.

Na tentativa de entender esse achado, pode-se supor que essa percepção quanto à qualidade do atendimento deve estar relacionada com o menor quantitativo de profissionais disponíveis para o atendimento das necessidades dos usuários no período não letivo, visto que, no período letivo, os acadêmicos da área da saúde cooperam com profissionais da equipe de trabalho do HU no cuidado direto aos usuários, ajudando-os a atender as necessidades manifestadas por estes, acarretando, assim, um menor grau de insatisfação no período.

De todo modo, e independente de qualquer situação que a instituição apresente, os prestadores de qualquer tipo de serviço devem sempre adotar comportamentos e atitudes que mostrem diferencial no atendimento aos usuários, visto que todos possuem expectativas e necessidades a serem atendidas, e eles esperam que todos possam ajudá-los (SILVA, 2004).

Algumas estratégias podem ser propostas para sanar essas distorções relacionadas com o **atendimento**, uma delas é seguir os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe, dentre tantas ações, qualificar as equipes de profissionais dos serviços de saúde para lidarem com as particularidades dos sujeitos nas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2010b), tornando o atendimento uma ação satisfatória para quem executa, assim como para quem recebe, no caso, o usuário do HU.

Em relação à dimensão **segurança**, que trata do conhecimento e da cortesia dos funcionários e sua habilidade em transmitir confiança aos usuários do serviço, nota-se que foi o domínio melhor avaliado no período letivo e o segundo em avaliação positiva no período não letivo. Portanto deve-se atentar para os atributos “Você sente-se seguro com suas internações no HU” no período letivo e “Os trabalhadores do HU são educados com você” no período não letivo, os quais obtiveram avaliações menos favoráveis.

É interessante notar que os usuários, que não se sentem seguros no HU, fazem parte do grupo que foi atendido no período em que houve maior concentração de acadêmicos da área da saúde na instituição, situação contrária existente no período não letivo, em que o atendimento foi realizado somente por profissionais do HU, na sua maioria, reconhecidamente de grande experiência técnica e profissional.

Merecem destaque as narrativas de vários pacientes sujeitos desta pesquisa que, ao se manifestarem a respeito de alguns aspectos avaliados, expressaram sentimentos de ansiedade e insegurança vivenciados quando do atendimento realizado por acadêmicos, e mais particularmente nas situações em que eram submetidos a algum tipo de procedimento técnico, pela possibilidade de ocorrência de erros, que ocasionassem algum prejuízo ao seu estado de saúde.

Tanaka e Melo (2004) consideram que a análise e as conclusões obtidas num processo de avaliação pela abordagem quantitativa não estão isentas da emissão de um juízo de valor e permeada pela visão de mundo de quem avalia. Assim, sugerem que uma análise qualitativa dos dados quantitativos pode subsidiar uma compreensão mais abrangente do fenômeno investigado. As atitudes de aproximação, respeito e empatia trazidas pelo coletador fizeram do momento de coleta uma reflexão e um aprendizado de significados, que merecem ser considerados no processo de avaliação.

Neste sentido, é possível inferir que a pouca experiência prática dos graduandos pode ter refletido nas avaliações referentes ao período letivo, evidenciando certa insegurança nos usuários quanto ao cuidado recebido, e, por conseguinte, discreta insatisfação com a qualidade do serviço oferecido. Confiança é um sentimento baseado no conceito que se tem em relação a uma pessoa, instituição ou produto e um bom conceito está geralmente associado a uma imagem de competência, segurança, dentre outros. A confiança que se tem nos serviços de saúde será obtida pelo paciente, quando ele conhece e experimenta os serviços e os relacionam com seus valores e experiências, atribuindo-lhes afinidades e aceitação (PENA, 2010).

Considerando que um hospital de ensino tem como finalidade principal viabilizar a formação e capacitação de recursos humanos na área da saúde por meio do desenvolvimento de competências e habilidades inerentes à prática profissional, as situações de insegurança manifestadas pelos entrevistados eram esperadas nesse contexto. Entretanto, faz-se essencial o esclarecimento aos usuários de que essas práticas são supervisionadas por docentes, fato este que busca contribuir para a um atendimento eficiente e de melhor qualidade.

O outro aspecto desfavorável evidenciado na dimensão **segurança** referiu-se à percepção dos usuários quanto à educação do tratamento recebido dos profissionais do HU no período não letivo. Lemme, Noronha, Resende (1991) comentam em seu estudo que um dos atributos evidenciados, que desqualificou a relação dos usuários com os serviços de saúde foi o tratamento descortês que receberam, resultado contrário foi evidenciado no estudo de Gouveia et al (2005), onde foi realçado um alto grau de satisfação dos usuários quanto ao respeito e forma de tratá-los durante o período de internação.

Na análise anterior, supôs-se que a insatisfação do usuário está atrelada a pouca habilidade técnica dos acadêmicos, entretanto, em relação ao tratamento respeitoso e educado, este resultado é invertido quando analisado o período, pois o maior grau de insatisfação quanto a esse atributo foi verificado quando na ausência daqueles da instituição, ou seja, no

período não letivo. Pode-se inferir então que esta avaliação recai sobre os profissionais em atividade contínua no HU.

Para o usuário, é necessário estabelecer uma relação interpessoal positiva com os profissionais que o assistem, visto que, na visão de quem recebe o cuidado, quanto melhor for a percepção do cuidado, melhor será o grau de satisfação com o tratamento recebido (BITTES JÚNIOR, 1996). Alguns estudos evidenciam a importância do componente “relação interpessoal” para uma avaliação positiva da qualidade do serviço e satisfação do usuário (PANCHAPAKESAN; RAJENDRAN; LOKACHARI, 2010).

Nesse sentido, pode-se deduzir que o fato de o usuário perceber nos profissionais atitudes, que julga subjetivamente negativas, pode interferir na concretização do relacionamento, prejudicando a comunicação entre ambos. Assim, sem um canal de comunicação eficaz, representado pelo relacionamento entre usuário e profissional, o elo da confiança não se estabelece.

Fica evidente, então, uma discreta fragilidade nas relações interpessoais entre usuários e os profissionais que o atenderam no HU. É necessário buscar estratégias que melhorem a relação de confiança entre ambos, visto que sem este aspecto permeando as relações, todos os processos relativos ao tratamento do paciente ficam comprometidos (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Na análise da dimensão **empatia**, que retrata a atenção e o carinho individualizado proporcionados aos usuários, ficou evidenciado ser esta a maior lacuna da qualidade do serviço prestado no período letivo. Já no período não letivo, este domínio ficou em segundo lugar em meio às dimensões com resultados menos favoráveis.

Dentre os atributos deste domínio, o item 22 “O HU percebe suas necessidades específicas” no período letivo e o item 20 “O HU tem trabalhadores que dão a você um atendimento personalizado”, no período não letivo, tiveram o pior desempenho dentre os demais.

Nesta dimensão, percebeu-se que os usuários não se limitaram a apenas responder aos questionamentos referentes aos atributos, mas sim foram além, manifestando verbalmente seus julgamentos quanto à prestação do serviço oferecido. Por isso, mais uma vez, recorre-se às considerações feitas pelos usuários para apreender-se o significado do achado.

Dentre as colocações externadas em relação às necessidades não percebidas, pode-se sintetizar as avaliações no seguinte aspecto: cumprimento de rotinas e procedimentos sem atentar para os desejos dos usuários. Em relação ao atendimento personalizado, o aspecto de

maior evidência referiu-se ao tratamento impessoal que receberam, por meio da não valorização de sua identidade, hábitos e costumes.

Diante de tais constatações, salienta-se que a atenção oferecida pelos profissionais aos usuários do HU está voltada para os aspectos técnicos do cuidado, visto que suas necessidades pessoais e sociais não foram satisfeitas pelos profissionais que o atenderam.

Sabe-se que o processo de formação dos profissionais da saúde enfatiza a cultura técnico-científica. Desse modo, esses profissionais reproduzem na prática o conhecimento adquirido, segundo o qual a competência técnica se torna um dos atributos mais valorizados em relação a outros, a exemplo, o cuidado humanizado (BRASIL, 2010b).

A valorização da dimensão técnica do cuidado, pelos profissionais da saúde no tratamento do usuário hospitalizado, traduz-se em considera-lo um objeto, caracterizando, assim, um atendimento despersonalizado e desumano (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006).

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH), idealizada pelo Ministério da Saúde, objetiva qualificar as práticas de gestão e de atenção em saúde, na tentativa de melhorar a percepção do usuário do sistema público de saúde quanto aos aspectos relacionados com o tratamento desrespeitoso, práticas autoritárias, indiferença dos profissionais perante o sofrimento dos usuários, dentre outros (BRASIL, 2010b).

Como comentado anteriormente, quando realizada a associação dos *gaps* com os dois períodos estudados e as cinco dimensões da escala SERVQUAL, o teste estatístico de Mann – Whitney também revelou uma diferença estatisticamente significativa para a dimensão **empatia**.

Por meio do resultado do teste, pode-se inferir que os usuários internados no período letivo apresentaram-se mais insatisfeitos, quando comparado ao grau de satisfação constatado no período não letivo.

Mais uma vez, verifica-se no presente estudo a possibilidade do grande número dos acadêmicos presentes no período letivo influenciar nas avaliações referentes ao serviço oferecido. Percebe-se que a queixa principal registrada neste período foi a pouca percepção dos profissionais, quanto às necessidades específicas de cada usuário, fato que reforça a ideia de que existe a dificuldade de esses futuros profissionais atuarem de forma humanizada.

Ressalta-se então, a necessidade de uma sensibilização e conscientização dos profissionais, no sentido de, compreenderem que o saber técnico deve estar alinhado ao cuidado ético, respeitoso e digno (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005). E ainda, um atendimento humano e de qualidade só é garantido em uma instituição hospitalar quando todos os seus recursos tecnológicos, físicos, humanos e administrativos reconhecem e

valorizam a importância do usuário para a instituição, disponibilizando assim, todos esses recursos a serviço do mesmo usuário (MEZOMO, 2001).

Ao avaliar os índices de satisfação dos cinco *gaps* em relação à experiência prévia de internação, observou-se, pelo teste de Mann-Whitney, que essa variável não apresentou influência sobre o grau de satisfação dos usuários que declararam ter ou não internação anterior no HU (inclusive em outras instituições de saúde), nos dois períodos estudados.

O resultado difere do encontrado em pesquisa realizada por Quintana et al. (2006), na qual os pacientes, que declararam ter internação anterior, apresentaram níveis baixos de satisfação e maior grau de exigência quanto aos diferentes domínios estudados.

Dentre os vários aspectos pessoais, a experiência de internação hospitalar anterior pode ter influência significativa nas avaliações das internações hospitalares subsequentes (JOHN, 1992), tendo em vista que as expectativas das pessoas são embasadas no julgamento de experiências passadas e, por isso, podem influenciar no julgamento presente (BENSON; FRIEDMAN et al., 1996).

Em diversos estudos, as associações de diferentes variáveis com o grau de satisfação do usuário divergem entre si, não estabelecendo muitas vezes um consenso entre elas (LEWIS, 1994). Justifica-se que a não conformidade entre os resultados de pesquisas pode estar relacionada com as possíveis divergências sócioeconômicas e culturais de cada população estudada, devendo-se levar em consideração, as diferentes realidades de cada local (ESPERIDIÃO; TRAD 2005).

Todavia, deve-se ressaltar que, na presente pesquisa, 81,4% dos usuários, no período letivo, e 68,1%, no não letivo, afirmaram nunca terem tido uma experiência prévia de internação no HU ou qualquer outra instituição hospitalar, fato que pode explicar o elevado grau de expectativa, evidenciado inicialmente neste estudo.

Então, pode-se apreender que, a partir dessa primeira experiência de internação, é que grande parte desses usuários terão um julgamento embasado em uma experiência prévia consistente, podendo assim, realizar futuramente, em situações de reinternação no HU ou em outras instituições hospitalares, uma análise comparativa com uma visão mais crítica quanto às dimensões da qualidade do serviço.

No presente estudo, verificou-se a influência das variáveis independentes sexo, idade, escolaridade, internação prévia ou não no HU e período de coleta de dados, em relação à variável dependente grau de satisfação dos usuários nas cinco dimensões da qualidade. Por meio da técnica estatística de covariância (ANCOVA), observou-se que, das cinco variáveis independentes testadas, três afetaram significativamente a satisfação dos usuários do HU,

sendo elas: sexo, escolaridade e período da coleta de dados. A experiência prévia de internação ou não e idade não apresentaram influência estatisticamente significativas em relação a essas variáveis.

Na dimensão **tangibilidade**, nenhuma das variáveis independentes apresentou influência sobre o grau de satisfação dos usuários nos dois períodos estudados. Vale lembrar que, no período não letivo, a referida dimensão foi a que obteve o pior desempenho dentre os outros domínios, com *gap* de -1,24, assim como, no período letivo, foi a segunda dimensão com pior percepção do usuário (*gap* -1,09).

Diante disso, pode-se inferir que as variáveis citadas, associadas à dimensão **tangibilidade**, não influenciaram maior ou menor satisfação e, por conseguinte, não interferiram na visão dos usuários quanto à qualidade do serviço oferecido.

É importante destacar que a seleção das variáveis independentes foi pautada na literatura científica, as quais são citadas como importantes fatores de impacto na visão do usuário quanto à satisfação com o serviço (LIU; WANG, 2007; ALHUSBAN; ABUALRUB; 2009; ESPERIDIÃO; TRAD, 2005), e, por isso, são frequentemente utilizadas em pesquisas de avaliação da qualidade de serviço (ALBUQUERQUE, 2012; BORGES, 2006; GOUVIEIA et al, 2005; GOUVIEIA et al, 2011).

Nesse sentido, enfatiza-se a importância de, em futuras pesquisas sobre esse tema no HU, acrescentar a essas variáveis, novas categorias, que possam exercer também poder de influência na percepção da qualidade do serviço, com o objetivo de aprofundar tal conhecimento e conhecer melhor o objeto em estudo quanto a essa dimensão.

Em relação à variável sexo, observou-se diferença estatisticamente significativa apenas nas dimensões **confiabilidade** ($p = 0,03$) e **atendimento** ($p = 0,01$). Houve uma tendência de os homens se apresentarem mais insatisfeitos quanto à qualidade do serviço oferecido em relação às mulheres, nessas dimensões.

Resultados semelhantes foram encontrados nas pesquisas de Hercos e Berezovsky (2006), diferentemente de outros estudos (QUINTANA, et al. 2006; SERRANO-DEL ROSAL; LORIENTE-ARIN; 2008; ALBUQUERQUE, 2012) em que os homens aparentaram estar mais satisfeitos.

Já no estudo realizado por Castellanos (2002), observou-se uma mesma proporção de atributos que geraram maior satisfação entre homens e mulheres, os homens atribuíram a sua satisfação com a qualidade do serviço às atitudes e comportamento dos profissionais da saúde, enquanto as mulheres associaram a qualidade ao desempenho da equipe médica e resultado do tratamento.

No presente estudo, o grau de satisfação dos homens com a qualidade do serviço no HU foi afetado pela inabilidade de uma prestação de serviço em tempo hábil e confiável, assim como um atendimento com agilidade. Diante disso, ficou claro que os usuários do sexo masculino enfatizaram o interesse pela resolutividade de seus problemas de saúde, de modo que as atividades programadas fossem concretizadas a contento. Mediante o grau de insatisfação dos homens evidenciado na avaliação do serviço, pode-se inferir que esse desejo não foi atendido.

Nesse contexto, percebe-se que, apesar da avaliação e satisfação diferenciadas entre homens e mulheres quanto à qualidade do serviço, é importante que gestores e profissionais do HU utilizem uma abordagem diferenciada para ambos os sexos, para que suas necessidades sejam atendidas e satisfeitas durante o período de internação na instituição.

Em relação à escolaridade, Gouveia et al. (2009) comentam que essa variável é uma forte determinante da satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Porém, resultados divergentes foram constatados em estudos que enfocaram essa relação (TURRINI, 2001; SERRANO-DEL ROSAL; LORIENTE-ARIN; 2008; CRUZ, 2010; ZAREI, et al. 2012).

Alguns autores encontraram uma maior insatisfação nas pessoas com maior nível de escolaridade. Justificam esse achado alegando que essas pessoas, por terem maior conhecimento, são mais críticas em relação aos aspectos da qualidade do serviço que recebem (VALDÉS-SALGADO; MOLINA-LEZA; SOLIS-TORRES, 2001; QUINTANA et al., 2006). Por conseguinte, os usuários com menor grau de instrução teriam uma tendência em se sentirem mais satisfeitos com os serviços oferecidos (WARE, 1978; LEMME; NORONHA; RESENDE, 1991).

Contrariamente, os resultados do presente estudo demonstram que os usuários com menor tempo de estudo (0 a 4 anos) apresentaram maior grau de insatisfação ($p < 0,03$) em detrimento dos outros estratos dessa variável.

Castellanos (2002) comenta que deve haver outros fatores relacionados ao conhecimento do usuário que influenciam na sua percepção quanto à avaliação da qualidade dos serviços de saúde e, por isso, parecem ser contraditórios.

O fato de os usuários com menor grau de instrução apresentarem maior insatisfação em relação aos aspectos da qualidade relacionados com a dimensão **segurança** pode estar relacionado com o caso de enfocarem a forma de atendimento pela equipe de saúde em detrimento da assistência prestada. Esse raciocínio é confirmado por Zanon (2001) ao afirmar que o usuário do serviço de saúde tem maior competência para avaliar o atendimento do que a qualidade técnica em si.

Em relação à variável período de coleta de dados, por meio do teste de covariância, foi confirmada a dependência estatisticamente significativa do grau de satisfação dos usuários internados no período letivo e não letivo em relação às dimensões **atendimento** e **empatia**.

Pode-se afirmar que os usuários internados no período letivo estão mais insatisfeitos com a qualidade do serviço em relação à dimensão **empatia** ($p < 0,01$) e no período não letivo com a dimensão **atendimento** ($p < 0,01$), caracterizando, assim, alterações nos processos de trabalho e atendimento do usuário quando há ou não a presença do aluno na instituição.

Os atributos de maior impacto nesse grau de insatisfação nas duas dimensões já foram apresentados e discutidos anteriormente neste estudo, por isso, reforça-se a ideia de que o processo avaliativo em uma instituição não deve ser pontual, e sim contínuo favorecendo análises periódicas para readequação das atividades do HU conforme as necessidades manifestadas pelos usuários.

Na análise da terceira e última subescala da SERVQUAL, referente ao grau de importância quanto às cinco dimensões da qualidade do serviço, os resultados permitiram concluir que, quando os usuários distribuíram 100 pontos entre as cinco perguntas, as características referentes à dimensão **empatia** foram mais valorizadas, alcançando as maiores médias nos dois períodos estudados.

Percebe-se também um consenso na avaliação dos usuários quando solicitados a ordenar, em grau de importância, as cinco dimensões. Mais uma vez o usuário do HU reafirmou que a dimensão **empatia** é a de maior importância quando avalia um serviço de saúde. A segunda dimensão mais valorizada foi a **confiabilidade** e a de menor importância o domínio **tangibilidade**.

Esses resultados contrariam os pressupostos descritos por Parasuramam, Zeithaml e Berry (1991), os quais afirmam que os clientes dão maior importância ao domínio confiabilidade, quando julgam a qualidade de um serviço. Entretanto, esses achados encontram fundamento nas preposições realizadas por Donabedian (1991), que alega que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, na visão do usuário, está fortemente associada, em maior grau, às relações interpessoais estabelecidas na prestação do cuidado e em menor grau de importância, aos aspectos tangíveis da instituição.

Neste momento, é importante ressaltar que, no presente estudo, as maiores lacunas da qualidade do serviço oferecido no HU aos seus usuários estão relacionadas com os atributos da dimensão **empatia** no período letivo e **tangibilidade** no não letivo. Logo, o domínio **empatia** também foi apontado por esses usuários como o segundo domínio de pior desempenho no período.

Pode-se concluir, então, que os usuários consideram um serviço de qualidade, quando este valoriza suas necessidades pessoais, sua individualidade e é tratado de forma personalizada. Sendo estas as maiores fragilidades do HU, percebe-se uma grande discrepância entre o que é mais desejado e valorizado pelo usuário e o que é oferecido pelo hospital.

Ressalta-se que essa discrepância apenas pôde ser percebida no momento em que foi dada ao usuário do HU a oportunidade de falar e ser ouvido, exercendo assim, seu direito de cidadão.

O direito de opinar sobre os serviços de saúde é legitimado a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). Portanto, é dever dos gestores desse segmento e, mais especificamente, das instituições hospitalares, reconhecer esse direito e implantar em cada serviço um sistema de avaliação contínua que leve em consideração a visão de seus usuários.

A intenção desta iniciativa deverá estar centrada no julgamento desses pacientes quanto ao atendimento recebido, levando-se em conta a pluralidade do serviço, suas percepções e necessidades pessoais.

Sendo assim, o conhecimento produzido por esta pesquisa tem grande valor para o HU, visto que foram evidenciados aspectos da qualidade do serviço que geraram maior ou menor satisfação nos usuários. Essas informações irão orientar os gestores na elaboração de um planejamento de ações que contemplem não somente a visão unilateral desses administradores, mas, sim, uma visão mais ampliada, baseada no julgamento de seus usuários em relação às cinco dimensões da qualidade de serviço.

A avaliação dos usuários mostrou haver diferenças quanto à qualidade do serviço oferecido entre os períodos de coleta investigados, sinalizando a necessidades de mudanças no processo de trabalho das equipes, nas práticas de gestão do HU, nos aspectos das relações interpessoais e de estrutura física e equipamentos, estes dois últimos prioritários na visão dos usuários do HU.

CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos e os resultados obtidos na presente pesquisa, concluiu-se que:

Caracterização da amostra:

- ✓ Dos 305 entrevistados, 51,1% eram do sexo feminino e 48,9% pertenciam ao sexo masculino;
- ✓ A faixa etária com maior concentração de usuários foi a de 41 a 60 anos, sendo a média de idade de 46,2 anos;
- ✓ A maioria dos usuários declarou ter de 5 a 10 anos de estudo e não desenvolviam nenhuma atividade econômica;
- ✓ A maioria residia na capital do Estado e mantinha uma união estável.

Análise das expectativas e percepções dos usuários:

- ✓ Nos dois períodos analisados os usuários manifestaram uma alta expectativa em relação ao serviço, visto que as maiores frequências de apontamentos concentraram-se no escore 5.
- ✓ Na avaliação do serviço oferecido, ficou evidente que a percepção quanto ao serviço recebido ficou aquém das expectativas nas cinco dimensões analisadas.

Grau de satisfação com a qualidade do serviço:

- ✓ O grau de satisfação dos usuários no período letivo e não letivo, revelado por meio do *gap* geral, foi de -0,82 e -0,86 respectivamente;
- ✓ No período letivo e não letivo, as cinco dimensões e seus 22 atributos apresentaram resultados negativos próximos de 0 (zero). Esses valores denotam uma insatisfação quanto ao serviço recebido e caracterizam a qualidade do serviço no HU como aceitável.
- ✓ As dimensões de desempenho menos favorável, na visão do usuário, foi empatia no período letivo e tangibilidade no não letivo.
- ✓ Na relação dos *gaps* das dimensões segundo os períodos de coleta de dados, constatou-se diferença estatisticamente significativa para as dimensões atendimento e empatia. Os usuários internados no período letivo estão mais insatisfeitos em relação

aos atributos da dimensão empatia, que aqueles internados no período não letivo. Para a dimensão atendimento, esses achados indicam que o grau de insatisfação dos usuários internados no período não letivo é maior do que os internados no período letivo.

Variáveis de dependência com o grau de satisfação.

- ✓ O usuário com histórico de internação anterior no HU ou “não”, não alterou a percepção da qualidade do serviço quando analisados os dois períodos.
- ✓ Por meio da análise de covariância não foi constatada interferência de nenhuma variável independente em relação ao grau de satisfação da dimensão tangibilidade.
- ✓ Verificou-se o efeito da variável independente sexo sobre o grau de satisfação nas dimensões confiabilidade e atendimento, nas quais os homens mostraram-se mais insatisfeitos quanto à qualidade do serviço em relação às mulheres.
- ✓ Na variável escolaridade, os usuários com até quatro anos de estudo apresentaram maior grau de insatisfação em detrimento aos outros estratos na dimensão segurança.
- ✓

Grau de importância para o usuário quanto as cinco dimensões da qualidade do serviço.

- ✓ Em relação a cada característica que o usuário avalia como importante para uma instituição de serviços de saúde, foi identificado que os aspectos referentes à dimensão empatia nos dois períodos foram os mais valorizados, seguida do domínio segurança no período letivo e confiabilidade no não letivo. A dimensão tangibilidade foi a de menor pontuação nos dois períodos.
- ✓ Quanto à dimensão de maior importância na visão do usuário, os resultados foram similares nos dois períodos, sendo a empatia considerada o domínio de maior importância, seguida da dimensão confiabilidade. A dimensão tangibilidade foi considerada a de menor grau de importância na visão do usuário do HU.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação da escala SERVQUAL no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe possibilitou mensurar a visão dos usuários sobre os diferentes aspectos da organização. Por meio das diferenças entre as expectativas e percepções foi possível medir o *gap* 5, que se traduz no julgamento final do usuário em razão da qualidade do serviço. Possibilitou, ainda, conhecer as lacunas do serviço nas cinco dimensões que compõem o instrumento de avaliação: tangibilidade, confiabilidade, atendimento, segurança e empatia.

As implicações dos resultados dessa pesquisa para a gestão e a assistência em saúde no HU poderão viabilizar a revisão dos processos de trabalho quanto aos aspectos em que foram identificadas as principais não conformidades do serviço prestado nas cinco dimensões analisadas, no sentido de buscar o alcance da satisfação do usuário. Acredita-se que informações relevantes para a tomada de decisão dos gestores foram explicitadas e fornecem subsídios para intervenções específicas e eficientes na melhoria da instituição como um todo.

Para o ensino acadêmico, as implicações desta pesquisa devem atingir o processo ensino-aprendizagem dos cursos da área da saúde da UFS, no que tange às estruturas curriculares e às estratégias de ensino as quais devem estar fundamentadas em princípios éticos e humanos contemplados no Programa Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, valorizando as relações interpessoais e o atendimento humanizado, tanto quanto o conhecimento técnico-científico tem sido valorizado nesse cenário.

Na pesquisa, os resultados deste estudo sinalizaram a necessidade de realização de outras pesquisas de caráter verticalizadas, que propiciem um conhecimento mais específico sobre os diversos serviços oferecidos pelo hospital de modo que alcance um desfecho benéfico para os usuários e a melhora da qualidade do cuidado proporcionado.

A avaliação da qualidade não deve se limitar-se à aplicação de metodologias de análise, mas deve envolver também decisões gerenciais e políticas, consistindo, portanto, numa atividade bastante complexa.

Nesse sentido, é desejável a implantação de um programa permanente de avaliação da qualidade do serviço de saúde, realizada de forma sistemática e que contemple a percepção e a expectativa do usuário. Sugere-se, ainda instituir o planejamento participativo como eixo norteador da gestão para atingir as metas de qualidade da instituição, consideradas não como opção, mas como uma necessidade e um compromisso de todos os envolvidos.

Quanto às limitações do estudo, pode-se mencionar que foram previstas neste trabalho e estão relacionadas com dois aspectos: generalização dos resultados e fator metodológico. Os resultados apresentados baseiam-se nas avaliações de usuários de uma única instituição hospitalar pertencente ao Sistema Único de Saúde, portanto um setor público que desenvolve atividades de ensino, fato que restringe a generalização dos achados para outros serviços e localidades. O fator metodológico refere-se ao tipo de pesquisa proposto para este estudo. A pesquisa transversal auxilia na revelação de informações de um dado momento, limitando uma análise longitudinal da opinião dos usuários do serviço quanto à qualidade do serviço. Há de se considerar que as instituições de saúde apresentam um caráter extremamente dinâmico e, portanto, sofrem mudanças de diversas naturezas, gerando impacto no atendimento oferecido, o que por si só aponta para a dinamicidade que se deve revestir a avaliação em saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P.; GUTIERREZ, M. G. R. Estrutura e processo assistencial de enfermagem ao paciente com câncer. **Rev. bras. enferm.**, v. 50, n. 4, p. 463-70, 1997.

ALBUQUERQUE, J. D. **Qualidade hospitalar: uma análise de sua realidade em Campina Grande-Paraíba-Brasil**. 2012. 337 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade de Extremadura, Badajóz – Espanha.

ALHUSBAN, M. A.; ABUALRUB, R. F. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. **J Nurs Manag**, v. 17, n. 6, p. 749-58, 2009.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n. 3, mar. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/10.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 35-44, jan. 2000.

ARAÚJO, C.; FIGUEIREDO, K.; FARIA, M. D. Qualidade em serviços de saúde. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.9, n.1, 2009.

ARANAZ, J. M. **La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos**. Universidad Miguel Hernández de Elche. Valencia Espana, 2003
Disponível em: < <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>>. Acesso em: 26/10/2011.

ARROYO, C. S. **Qualidade de Serviços de Assistência à Saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. 2007. 137p. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

AZEVEDO, A. C. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. **Rev Paul Hosp**, v. 40, n.5, p.64-71, 1992.

AZEVEDO A. C. Indicadores de Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde. **Rev Ind Qual Produt Ipea**, v.1, n.1, p. 49-54, 1993.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de freire. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.14, n. 3, setembro de 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a15.pdf> >. Acesso em: 28 de nov. de 2013.

BABAKUS, E.; MANGOLD, W. Adapting the SERVQUAL scala to hospital services: na empirical investigation. HSR: **Health Services Research**, v.26, n.6, fev. 1992. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069855> >. Acesso em: 26 dez. 2013.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. **RAS**, v. 12, n. 46. 2010.

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

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de serviços** – 4. ed. - Editora Bookman, 2001. 495p.

BERRY, L. L; PARASURAMAN, A. **A serviço de marketing: competindo através da qualidade**. São Paulo: Maltese-Norma, 1992. 238p.

BERNHART, M. H. et al. Patient satisfaction in developing countries. **Soc Sci Med**, v.48, n.8, p. 9899-9996, 1999.

BENSON, H.; FRIEDMAN, R. Harnessing the power of the placebo effect and renaming it “remembered wellness”. **Annu Rev Med**, v.47, n.193-9, 1996.

BERWICK, D. M. Sintomas do stress no sistema de serviços de saúde, pp. 1-13. In BERWICK, D.M; GODFREY, A.B; ROESSNER, J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. Makron Books, São Paulo, 1994.

BITTES JÚNIOR, A. **Cuidando e dês-cuidando: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente**. 1996. 106p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 1, Mar. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n4/45n4a13.pdf>>. Acesso em 25 out. 2011.

BOLUS, R; PITTS. J. Patient Satisfaction: The Indispensable Outcome. **Managed care**. April 1999. Disponível em: <<http://www.managedcaremag.com/archives/9904/9904.patsatis.html>>. Acesso em: 24 ago.2013.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. Belo Horizonte, XI SINAPE. 1994.

BORGES, C. B. J. **Avaliação da medida de independência funcional – escala mif – e da percepção da qualidade de Serviço – escala servqual - em cirurgia cardíaca**. 2006. 117p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2006.

BORGES, C. B. J; CARVALHO, R. M. S; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 25, n.2, p.: 172-182, 2010.

BLUMENTHAL, D. **Quality of health care – Part 1: Quality of care: what is it?** The New England Journal of Medicine, v.335, p. 891-894, 1996.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília (DF); 1990. Disponível em: < http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/lei_federal_8080_19_09_1990.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde. Anais do 1. **Seminário Nacional do Programa de Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**, 2000; Brasília, DF. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação Geral de Planejamento, Orçamento e Finanças. **Relatório de atividades – 2000** / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Coordenação Geral de Planejamento, Orçamento e Finanças. – Brasília: MP, 2001. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/relatorio/080807_PUB_Rel_relAtividade2000.pdf>. Acesso em: 05 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar** / Secretaria de Assistência à Saúde. – 3. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **DATAUnB – Pesquisas Sociais Aplicadas**. Centro de Pesquisas sobre Opinião Pública da Universidade de Brasília. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_do_projeto_satisfacao_usuarios_sus.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Termo de Referência da Qualidade Hospitalar**. Grupo de Trabalho sobre Política de Qualidade dos Serviços Hospitalares no âmbito do SUS. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=19959>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. As causas sociais das iniquidades em Saúde. **Relatório final da Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 01 out. 2013.

_____. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010a**. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm> . Acesso em: 01 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa. 2013b.

BROCKA, B.; BROCKA, M.S. **Gerenciamento da qualidade**. São Paulo: Makron Books do Brasil Ltda e McGrawHill Ltda, 1994.429p.

CABRAL, L.L.D. **Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos fatores críticos de sucesso e a escala SERVQUAL**. 2007. 116p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Engenharia de produção. Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2007.

CADAH, C. **Avaliação da qualidade da Assistência de Enfermagem sob a ótica da satisfação dos pacientes.** 2000. 104p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

CASTELLANOS, P.L. **Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação.** 2002. 226 f. Dissertação (Mestrado) — Administração hospitalar e sistemas de Saúde; Administração e planejamento em saúde, São Paulo, 2002.

CARVALHO, G.; BURRALLI, K.O.; ROSENBERG, C. P. Avaliação de Ações e Serviços de Saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 24, p. 72-88, 2000.

CAVALCANTI, P. B; AZEVEDO, G. A. N.; BINS, E. V. H. M. Indicadores de qualidade ambiental para hospitais-dia. **Ambiente Construído**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 73-86, abr./jun. 2009.

CLEARY, P. D.; McNEL, B. J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry**, v. 25, n.1, p. 25-36, 1988.

CHENG, W. L. S.; LAI, C. K. Y. Satisfaction Scale for Community Nursing: development and validation. **Journal of Advanced Nursing**. v.66, n.10, p.2331–2340, Oct. 2010.

CHENG, C. S. et al. Contributors to surgical in-patient satisfaction— development and reliability of a targeted instrument. **Asian J Surg**, v. 32, n. 3, p. 143-50, 2009.

CONTRERAS, T.C.C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. **Av. enferm**, v.28, n.2, p. 98-110, 2010. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii2_9.pdf>. Acesso em: 07 out. 2013.

CRUZ, W. B.S. **Análise dos níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado.** 2008. 118p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2008.

CRUZ, W. B.S; MELLEIRO, M.M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Rev Esc Enferm. USP**, v.44, n.1, p. 147-53, 2010.

DANTAS, E. B. **Satisfação do cliente: um confronto entre a teoria, o discurso e a prática.** Florianópolis. 2001. 175 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

DE OLIVEIRA, M. V. O impacto da percepção do tempo de espera para atendimento em clínicas médicas na avaliação da qualidade do serviço pelo consumidor. Disponível em: < <http://www.ead.fea.usp.br/semead/6semead/MKT/059Mkt%20-%20O%20impacto%20da%20Percep%E7ao%20do%20Tempo.doc>>. Acesso em: 10 out 2013.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, May 1978.

_____. **La calidad de la atención médica. Definicion y métodos de evaluación.** México: La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984, p.194.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n.11, p. 1115-1118, 1990.

_____. **An Introduction to Quality Assurance in Health Care.** New York: Oxford University Press; 2003

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA — ENAP. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros.** Brasília: ENAP, 2000.165p.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 6, p.1267-1276, jun. 2006.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. dez. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

FARIAS, S. A.; SANTOS, R. C. Modelagem de equações estruturais e satisfação do consumidor: uma investigação teórica e prática. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 4, n. 3, Dec. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rac/v4n3/v4n3a07.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

FELDMAN, L. B; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul Enferm**, v.18, n.2, p.213-9, 2005.

FITZSIMMONS, J. A; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços: Operações, Estratégia e Tecnologia de Informação.** 4ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 563p.

FORD, R. C.; FOTTLER, M. D. Creating customer focused health care organizations. **Health Care Management Review**. v.5, n.4, p. 18-33, 2000.

FURTADO, T. O Gerenciamento da Saúde Brasileira. **Gestão & Saúde**. Cadernos FGV Projetos. n.3, ano 2, p. 14-15, abr. 2007. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/6909/300.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 out. 2011.

FRIELE, R. D.; SLUIJS, E. M.; LEGEMAATE, J. Complaints handling in hospitals: an empirical study of discrepancies between patients' expectations and their experiences. **BMC Health Services Research**, v.8, n. 199, Set. 2008.

GEANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Avaliação da qualidade do serviço pelo cliente: In Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente**. 10ª tiragem da 1ª edição, São Paulo, Atlas, 1996. 233p.

GEANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. **Administração estratégica de serviços: operações para satisfação do cliente**. São Paulo: Atlas, 1994. 240 p.

GERSCHMAN, S. et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Apr. 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a25v12n2.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200025>.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cad. Saude Pública**, Rio de Janeiro, v.21, supl. 1, p. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/12.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

GOUVEIA, G. C. et. al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. Epidemiol**, v.12, n.3, p. 281-296, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/01.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2013

GOUVEIA, G. C. **Avaliação da satisfação dos usuários com o sistema de saúde brasileiro**. Recife. 2009. 189p. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas. Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1849-1861, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/20.pdf>>. Acesso em: 28 de agosto de 2013.

GOLOVATTEI, M. A. R. **Associação da medida de satisfação dos usuários com indicadores de produção e de qualidade assistencial em hospitais estaduais de São Paulo**. 2010. 146 p. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2010.

GONÇALVES, E. L. **Gestão Hospitalar – Administrando o Hospital Moderno**. Saraiva, São Paulo, 2006.

GURGEL JUNIOR, G. D. G.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 325-4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2011.

HAN, C. H.; CONNOLLY, P. M.; CANHAM, D. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care at a teaching hospital of southern Taiwan. **J Nurs Care Qual**, v.18, n.2, p.143-50, 2003.

HARRIS, P.B. et al. A Place to Heal: Environmental Sources of Satisfaction Among Hospital Patients. **Journal of Applied Social Psychology**, v.32, n.6, p. 1276–1299, jun. 2002.

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

JOHN, J. Patient satisfaction: the impact of past experience. **J Health Care Mark**, v.12, n.3, p.56-64, set. 1992. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10120535>>. Acesso em: 01 dez.2013.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHCO). Histórico. Disponível em: < http://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx >. Acesso em: 03 jan.2013.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto: novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços**. São Paulo: Pioneira Thomson, 1992. 551p.

LADHARI, R. A review of twenty years of SERVQUAL research. **International Journal of Quality and Service Sciences**, v. 1, n. 2, p. 172-198, 2009.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular; 2009.

LEWIS, J. R. Patient views on quality care in general practice: Literature review **Social Science & Medicine**, v. 39, n. 5, p. 655-670, 1994.

LEMME, C. A.; NORONHA, G.; RESENDE, B. J. A satisfação do usuário em hospital Universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, 1991.

LIU, Y.; WANG, G. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. **J Nurs Care Qual**, v.22, n.3, p. 266-71, 2007.

LONGO, R. M. J. **Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação**. Brasília, 1996.16p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_397.pdf>. Acesso em: 24 out.2011.

LONGO, R. M. J.; VERGUEIRO, W. Gestão da Qualidade em Serviços de Informação no setor Público: características e dificuldades para sua implementação. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 1, n.1, jul/dez.2003. [Journal article (Online/Unpaginated)]. Acesso em: 07 jan. 2014.

LO BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 330p.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo, Editora Saraiva. 2001. 416p.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, 2000.

KOTLER, P. **Administração de marketing - análise, planejamento, implementação e controle**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998. 725p.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo, 1998. 241p.

MARCHETTI, R.; PRADO, P. H. M. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, out/dez, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n4/v41n4a07.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2013.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n.1, p. 141-144, 2010.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P. A tecnologia e a organização do trabalho da Enfermagem em UTI. **Arq Catarinenses Med**, v.34, n.4, p. 23-7, 2005.

MELLEIRO, M.M. **Análise das dimensões de qualidade oriundas de modelos avaliativos em saúde**. São Paulo, 2010. Tese [Livre-docência]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 152p.

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

MEZOMO, J. C. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001. 301p.

MILAN, G. S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **RAE electron**, São Paulo, v.4, n. 2, Dec. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v4n2/v4n2a02.pdf>>. Acesso em: 30 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482005000200002>

MOTA, R.A.; MARTINS, C.G. M.; VERAS, R.M. Papel dos Profissionais de Saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. estud.**, Maringá, v.11, n. 2, agosto de 2006. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2013.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, out. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

OLIVER, R. L. Theoretical bases of consumer satisfaction research : review, critique, and future directions. In: LAMB JR., C. W.; DUNNE, P. M. **Theoretical developments in marketing**. Chicago, IL: American Marketing Association, 1980. p. 206-210.

OLIVEIRA, C.A.V. **Proposta de avaliação da qualidade em hospitais através do levantamento da satisfação dos pacientes**. Porto Alegre, 2004. 141f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Histórico**. [2011?]. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. Brasília: Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 26 out. 2011.

PALADINI, E. P. **Avaliação estratégica da qualidade**. São Paulo: Editora Atlas, 2002, 246p.

PANCHAPAKESAN, P.; RAJENDRAN, C.; LOKACHARI, S. P. Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals: Perspectives of patients and their attendants. **An International Journal**, v. 17, n.6, p.807- 841, 2010.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, USA, v.49, n.4, p. 41-50, 1985.

_____. A multiple – item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, New York University, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

_____. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of Retailing**, v.4, n. 67, p. 420- 45, 1991.

_____. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. **Journal of Marketing**, v.58, n.1, p. 111-124, 1994.

_____. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **J Retailing**, v.64, n.1, p.12-40, 1998.

PENA, M. M. **Análise do grau de satisfação de usuários de um hospital universitário privado: uma abordagem multissetorial**, São Paulo, 2010, 108p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/appe/v25n2/a07v25n2.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2013.

PENNA, M.M, et al. O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 47, n. 5, p.1235-40, 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERTENCE, P. P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/24.pdf>>. Acesso em: 09 Sept. 2013

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2013

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

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell, 5ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2004, 487p.

POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.59, n.4, p. 548-51, 2006.

QUINTANA, J.M. et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. **BMC Health Serv Res**, v. 14, n. 102, 2006. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/102>>. Acesso em: 03 jan. 2014.

QUINTO NETO, A. A busca da qualidade nas organizações de saúde. Editora Da casa, Porto Alegre, 2000.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Feb. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 17 Nov. 2013.

RIBEIRO, D. F. **Qualidade em serviços públicos de saúde: a percepção dos usuários do hospital universitário em um município paraibano**/ Recife, 2010.86 p.: il. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

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

RIVEROS, S. J.; BERNE, M.C. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 135, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n7/art06.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

ROONEY, A. L.; OSTENBERG, P. R. **Licensure, Accreditation, and Certification: Approaches to Health Services Quality**. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Apr. 1999. Disponível em: <<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/accredmon.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2008.

RODRIGUES, M. V. **Ações para a Qualidade**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, 368p.

SANTIAGO, R. F. **Qualidade do atendimento nas unidades de saúde da família no Município do Recife: a percepção dos usuários**. 2010. 134p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SANTOS, E. M.; NATAL, S. **Importância da avaliação no contexto das políticas de saúde no Brasil**. Curso Especialização em Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, com ênfase em DST/HIV/AIDS. Dimensão sócio-histórica. Brasília, DF: PNDST/AIDS, 2005.

SERRANO-DEL ROSAL, R.; LORIENTE-ARIN, N. La anatomía de la satisfacción del paciente. **Salud pública Méx**, Cuernavaca, v. 50, n. 2, Apr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/spm/v50n2/10.pdf>>. Acesso em: 14 Nov. 2013.

SHAHIN, A. Estimation of Customer Dissatisfaction Based on Service Quality *gaps* by Correlation and Regression Analysis in a Travel Agency. **International Journal of Business and Management**, v. 6, n. 3, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.academia.edu/1370753/Estimation_of_Customer_Dissatisfaction_Based_on_Service_Quality_gaps_by_Correlation_and_Regression_Analysis_in_a_Travel_Agency>. Acesso em: 29 nov. 2013.

SHAHIN, A. **SERVQUAL and Model of Service Quality gaps: A Framework for Determining and Prioritizing Critical Factors in Delivering Quality Services**. Andhra Pradesh: ICAI University, p. 117-131. 2006. Texto on line. Disponível em: <<http://academic.research.microsoft.com/Paper/11260583>>. Acesso em: 18 nov.2013.

SILVA, L.M.V. et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima. **Cad. de Saúde Pública**, v.11, n.1, p. 72-84, 1995.

SILVA, A.A. **Excelência em atendimento**. 2004, 37p. Monografia [especialização]. Universidade Cândido Mendes. Curso de Pós Graduação em Marketing, 2004.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. **Soc Sci Med**, v.45, n.12, p.1829- 1843,1997.

SLACK, N. et al. **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 1997.

SOUZA, E.M. **A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga**, DF. 1997, 154p. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, 1997.

SOUZA, A. A. et al. Análise dos sistemas de informações de hospitais da cidade de Belo Horizonte/MG. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIA E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, 5, 2008, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2008.

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

TANAKA, O.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004, 83p.

TONTINI, G.; WALTER, S. A.; COSTA, M. Satisfação com serviços hospitalares como fator estratégico de gestão: uma abordagem não-linear. In XV SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS **Anais...** Departamento de administração da produção e de operações da FGV. 2012. Disponível em: <http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2012/artigos/E2012_T00103_PCN38886.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.

TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M.; TAKAHASHI, R. T. **A qualidade e a Avaliação dos Serviços de saúde e de Enfermagem**. In: Kurcgant, P. et al. Gerenciamento em Enfermagem. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010, p.71-83.

TURRINI, R. N.T. Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo. 2001. 227p. Tese [Doutorado]. Universidade de São Paulo- USP/Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2001.

ULRICH, R.; ZIMRING, C. **The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century**: an once-in-a-life-time opportunity. Concórdia, Califórnia, set. 2004, 69 p. Disponível em: <http://www.healthdesign.org/sites/default/files/Role%20Physical%20Environ%20in%20the%2021st%20Century%20Hospital_0.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, jun. 2007.

WEISS, L. G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Med. Care**. v.26, p.383-392, 1988.

WARE, J. E. Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings. **Med. Care**, v.16, p. 327-36, 1978. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/28.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

VÉRAS, M. M. S. **A satisfação dos usuários do SUS com o serviço de ouvidoria em saúde de Fortaleza** – CE. Fortaleza 2005. 158f: Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. 2005.

VALDÉS-SALGADO, R.; MOLINA-LEZA, J.; SOLIS-TORRES, C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. **Revista Salud Pública de México**, v. 43, p. 444–54, 2001.

VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. S. Indicadores de Qualidade em uma Unidade Hospitalar. In: III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia; 2006. Disponível em: < http://www.aedb.br/seget/artigos06/680_Indicadores%20de%20qualidade%20em%20uma%20Unidade%20Hospitalar.pdf >. Acesso em: 30 out. 2013.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

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

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

ZANON, U. Qualidade **da Assistência Médico-Hospitalar: Conceito, Avaliação e Discussão dos indicadores de qualidade**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001, 205p.

ZAREI, A. et al. Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. **BMC Health Serv Res**, v.12, n.31, 2012. [Published online] 2012 February 2. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306759/> >. Acesso em: 10 nov. 2013.

ZEMKE, R.; SCHAAF, D. **A nova estratégia no marketing: atendimento ao cliente**. São Paulo: Editora Harbra, 1991.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L.L. **Delivering quality Service: balancing customer perceptions and expectations**. New York: The Free Press, 1990.

ZEITHAML, V.A; BITNER, M.J. **Services marketing: integrating customer focus across the firm**. 2ª ed. Boston: Irvwin McGraw-Hill. 2000. 620p.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE – A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Avaliação da Qualidade do Serviço de Saúde: a Visão do Cliente.

Meu nome é Flávia Janólio C.P. Silva, sou aluna do curso de pós graduação em enfermagem e estou desenvolvendo esta pesquisa, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus. Convidamos você para participar deste estudo, que tem como objetivo: Avaliar o grau de satisfação dos pacientes internados no Hospital Universitário de Sergipe quanto à qualidade do serviço hospitalar.

Caso você concorde em participar dessa pesquisa, vamos precisar de sua colaboração respondendo a duas entrevistas, as quais contêm questões que irão nos ajudar a conhecer o grau de satisfação dos pacientes quanto à qualidade do serviço oferecidos pelo Hospital Universitário. A primeira entrevista será realizada no momento de sua internação e a segunda ocorrerá na sua unidade de internação, após 48 a 72 horas após desta, o tempo previsto para cada momento será de 30 minutos. O entrevistador irá até você, sua participação não irá afetar qualquer atividade durante o período de internação como também não trará nenhum prejuízo para seu tratamento.

Todas as informações que você nos der serão utilizadas somente para essa pesquisa e não poderão ser identificadas por outras pessoas, pois seu nome verdadeiro não irá aparecer. Se você não quiser responder a alguma pergunta, não terá qualquer problema. Quando terminarmos essa pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por sua participação.

Você poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicado por isso. Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos a você neste momento, mas sua participação será importante, pois servirão como uma oportunidade para o debate sobre o tema da satisfação do paciente internado e a qualidade do serviço e da assistência de enfermagem oferecidos por este hospital, proporcionando condições de repensarmos nas ações praticadas para podermos satisfazer os pacientes nas suas necessidades durante o período de internamento. Entendemos que os benefícios por participar da pesquisa superam seus riscos, mas estamos prontos para ouvir qualquer que seja seu comentário sobre a pesquisa ou qualquer desconforto causado por sua participação, como por exemplo, nunca ter ouvido falar sobre a satisfação do paciente e qualidade no serviço hospitalar e na assistência de enfermagem. Se você tiver alguma dúvida poderá nos perguntar ou entrar em contato conosco por meio do endereço e telefone abaixo.
Agradecemos sua colaboração.

Pesquisadoras responsáveis:

Flávia Janólio C. P. Silva – aluna do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. **Contato:** Aracaju, rua Cláudio Batista s/n, bairro Santo Antônio, telefones:(79) 21051813 / 32433032.

Orientadora :Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Contato:** Av. Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário. Ribeirão Preto-SP, telefone (16) 36023435.

VERSO DO TCLE

Eu, _____ tendo conhecimento sobre a minha contribuição nesse estudo, aceito participar desta pesquisa. Sei que não quando eu não quiser mais participar, posso desistir. Sei, também, que ao final desta pesquisa o meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável e orientadora, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Aracaju, ____/____/2012.

Assinatura do participante

Pesquisadora
Flávia Janólio C. P. da Silva

Pesquisadora Orientadora
Prof^a. Dr^a. Ana Maria Laus

APÊNDICE B

ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

nº formulário _____ nº prontuário _____ Data: __ / __ / __

1) Unidade de Internação do Hospital Universitário:

[1] Clínica Médica I () [2] Clínica Médica II () [3] Clínica Cirúrgica ()

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

2) Sexo	[1] feminino () [2] Masculino ()
3) Idade	_____ anos completos
4) Escolaridade	_____ anos concluídos de estudo
5) Situação ocupacional	[1] empregado () [2] não-trabalhadores (incluindo pessoas não economicamente ativas) () [3] autônomos()
6) Local de residência	[1] interior do estado () [2] Capital () [3] outros estados ()
7)	[1] solteiro () [2] união estável () [3] viúvo () [4] separado ()
8) Experiência de internação anterior	[1] Sim () [2] Não ()
9) Local da internação anterior	[1] Hospital Universitário () [2] Outro hospital () [3] Não se aplica ()

APÊNDICE C**Opções de respostas – escala SERVQUAL**

Aponte a resposta que representa sua opinião sobre o que está sendo perguntado.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo Não discordo	Concordo	Concordo Totalmente

Fonte: elaboração própria

ANEXO

ANEXO**ANEXO A**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**PROJETO DE PESQUISA**

Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM: A VISÃO DO CLIENTE
Área Temática:

Pesquisador: Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva**Versão:** 2**Instituição:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP **CAAE:** 01418012.1.0000.5393**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 36084**Data da Relatoria:** 20/06/2012**Apresentação do Projeto:**

Apreciação de pendências elencadas em parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi acrescentado no corpo do projeto os possíveis riscos e benefícios pela participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido refeito, acrescentando o tempo previsto para realização das entrevistas e que a participação dos sujeitos não trará prejuízos ao tratamento realizado no hospital. Foi destacado na planilha orçamentária que a pesquisadora arcará com os gastos previstos.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do colegiado.

RIBEIRÃO PRETO, 13 de Junho de 2012

Assinado por:

Lucila Castanheira Nascimento