

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**QUALIDADE DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
O TEMPO DE ATENDIMENTO DA CONSULTA MÉDICA**

Cristiane Sonia Arroyo

Orientador: Prof. Dr. Marcio Mattos Borges de Oliveira

SÃO PAULO

2007

Prof. Dra. Suely Vilela
Reitora da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Carlos Roberto Azzoni
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Isak Kruglianskas
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Lindolfo Galvão de Albuquerque
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

CRISTIANE SONIA ARROYO

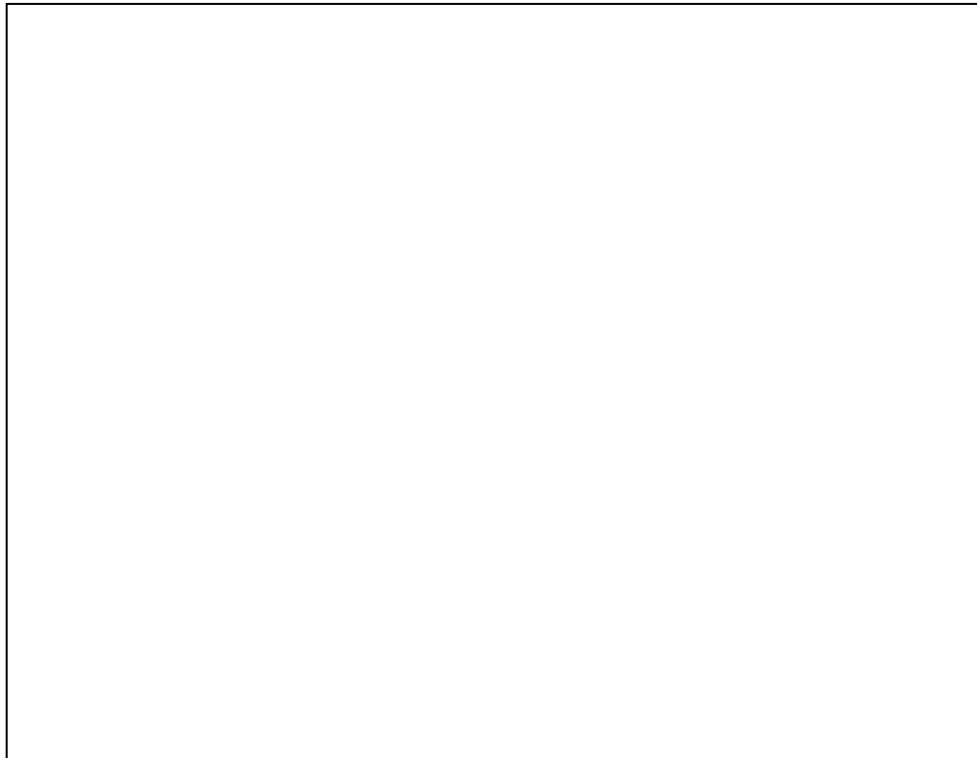
**QUALIDADE DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
O TEMPO DE ATENDIMENTO DA CONSULTA MÉDICA**

Tese apresentada ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Marcio Mattos Borges de Oliveira

SÃO PAULO

2007



FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Seção de Processamento Técnico do SBD/FEA/USP

Arroyo, Cristiane Sonia

Qualidade de serviços de assistência à saúde : o tempo de atendimento da consulta médica / Cristiane Sonia Arroyo. -- São Paulo, 2007.

129 p.

Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2007

Bibliografia

1. Serviço ao cliente 2. Serviços de saúde I. Universidade de São Paulo. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade II. Título.

CDD – 658.812

**A meus amados pais,
Pedro e Zuleika (in memoriam)
sempre presentes.**

Agradeço ao professor e orientador Dr. Marcio Mattos Borges de Oliveira, pelo apoio, dedicação e encorajamento contínuos na pesquisa.

Agradeço a minha querida irmã Paula pelo amor.

Agradeço aos demais Mestres da casa, pelos conhecimentos transmitidos, e à FEA-RP USP, pelo apoio institucional e pelas facilidades oferecidas.

Agradeço às Professoras: Dra Maria Auxiliadora Trevizan, Dra Clarice Aparecida Ferraz, Dra Ione Carvalho Pinto, Dra Maria José Bistafa Pereira, da EERP USP, pela colaboração e apoio.

Agradeço à Maria Eulália Lessa do Valle Dallora e ao Dr. Carlos Eduardo Menezes de Rezende, pela colaboração para o prosseguimento deste trabalho.

Agradeço às Instituições de Saúde que permitiram a coleta de informações para a realização deste trabalho. No setor público, ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e as Unidades Básicas de Saúde Distritais. Nos setor privado, aos consultórios médicos particulares de cardiologia.

Agradeço pelo incentivo e amizade do grupo de pesquisa Programa de Apoio a Produção e Operações, PAPO, da FEA-RP USP.

Agradeço à secretaria da Pós-Graduação, a de Ribeirão Preto e São Paulo, pelo atendimento impecável.

Agradeço à FEA USP, pela oportunidade de realização do curso de doutorado.

Agradeço aos colegas, alunos de graduação, Bruna Pereira de Almeida, Darliane Oliveira da Cruz, Mariana Pavarini, Bruno Megglato Grabert, Gustavo Andruciolli de Moura, Diego Queirantes, Lucas Coutinho, Philipe Lima R. Batista, que colaboraram para a realização das entrevistas com os pacientes.

Agradeço também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior CAPES, pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro durante o período de elaboração desta obra.

RESUMO

O tempo é importante para o homem nas diversas áreas do conhecimento porque tem uma finalidade em cada área, por isso, é estudado, medido, analisado, avaliado de maneira tanto qualitativa como quantitativa. A questão do tempo de serviço, neste caso, o serviço de saúde, em algumas situações em que ocorre a demora no atendimento leva a formação de fila que faz a espera inevitável. A qualidade é reconhecida como um constructo multidimensional, com vários atributos e visões. Vários pesquisadores desenvolveram ou adaptaram um instrumento para medir qualidade de serviços de saúde e muitos estudos realizados revelaram que ainda ocorre a formação de longas filas para atendimento do paciente. O objetivo deste trabalho é a avaliação da perspectiva do paciente da qualidade de serviços de saúde na rede pública e privada de saúde, focada na análise do tempo de consulta médica. Visa fornecer informações para melhorar e auxiliar a tomada de decisão dos gestores de instituições de saúde sobre a qualidade de serviços de saúde prestados. A análise quantitativa de dados usou o teste de significância não-paramétrico, com o teste com sinais Wilcoxon, usado para pares conjugados e a análise qualitativa usou a técnica descritiva. O instrumento de coleta de dados baseou-se na SERVQUAL, utilizada para avaliação de qualidade de serviços de saúde. O desenvolvimento da pesquisa empírica ocorreu nas instituições de saúde da cidade de Ribeirão Preto devido sua importância no campo da saúde. Concluiu-se que as instituições de saúde que apresentaram o menor tempo de consulta médica também receberam um grau menor sobre a avaliação de qualidade em relação às outras instituições.

ABSTRACT

Time is important for the man in various areas of knowledge because it has a specific purpose in each area; therefore, time is studied, measured, analyzed and evaluated in a qualitative and quantitative way. The duration of the service provided by an organization, in this case a health care organization, sometimes leads to situations in which the delay in the appointments may result in queue lines, obliging the patients to wait, in order to receive health care assistance. The quality of the service provided by these organizations is mostly recognized as a multidimensional construct, with many attributes and points of view. Several researchers have developed or modified instruments to measure health care service quality and, most of the surveys conducted, have revealed that there is still formation of long queues for attendance of the patient. The objective of this study is the evaluation of the patient's opinion about the quality of the health care service provided by public and private organizations, with emphasis on the analysis of the duration of medical consultation. This study also aims to gather data that could improve the decisions which have to be made by managers from health care institutions, regarding mainly the health care service quality rendered to patients. The quantitative data analysis, on one hand, was done using the significance test nonparametric, in addition with the Wilcoxon signed ranks test, which was used for conjugated pairs. The qualitative analysis, on the other hand, was done with the descriptive technique. The tool used to collect data was based on SERVQUAL, which evaluated the quality of health care services. The site chosen for the development of the empirical research was the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil, due to its importance in the area of health care assistance. The conclusion revealed that the health care facilities, which presented the shortest length during appointments with the patients, also received a smaller grade regarding the quality evaluation, in comparison to the other facilities.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	2
LISTA DE QUADROS.....	3
LISTA DE TABELAS	4
LISTA DE GRÁFICOS.....	5
LISTA DE FIGURAS	6
1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Contexto	7
1.2 Problema de Investigação.....	9
1.3 Objetivos.....	9
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
2.1 Qualidade.....	12
2.2 Qualidade de Serviços de Saúde.....	14
2.3 SERVQUAL.....	20
2.4 A Consulta Médica	27
2.4.1 Tempo de Atendimento da Consulta Médica.....	30
2.5 Instituições de Saúde no Brasil: o Público e o Privado	33
2.6 O Município de Ribeirão Preto.....	38
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
3.1 O Instrumento de Coleta de Dados.....	45
3.2 Definição da Amostra.....	46
3.3 Teste do Instrumento de Coleta de Dados	48
3.4 Coleta de Dados.....	50
3.5 Parte Final da Pesquisa	52
3.6 Limitações do Estudo	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	54
4.1 Instituições de Saúde do Setor Público	54
4.2 Instituições de Saúde do Setor Privado	61
4.3 Público e Privado.....	70
5 CONCLUSÕES.....	77
Referências Bibliográficas.....	79
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	86
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O CONSULTÓRIO DE MÉDICO PARTICULAR	90
APÊNDICE D – TESTE ESTATÍSTICO: TESTE COM SINAIS WILCOXON	91
APÊNDICE E – OPINIÃO DOS PACIENTES SOBRE O TEMPO DE ATENDIMENTO	111
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CEP	127
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SMS.....	128
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO CEP DA UBDS CSE SUMAREZINHO.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE:	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ANS:	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNAS:	Conselho Nacional de Assistência Social
CMSC:	Centro Médico Social Comunitário
CONAMGE:	Conselho Nacional de Auto Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo
CREMESP:	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CSE:	Centro de Saúde-Escola
DATASUS:	Departamento de Informação e Informática do SUS
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS:	Ministério da Saúde
PAM:	Posto de Atendimento Médico
SINAMGE:	Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo
SUS:	Sistema Único de Saúde
UBDS:	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS:	Unidade Básica de Saúde
USF:	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diferenças de qualidades nos modelos industrial e de assistência médica	14
Quadro 2 - Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian.....	16
Quadro 3 - Dimensões de qualidade de serviço	18
Quadro 4 - Atributos de qualidade relacionados à assistência da saúde	19
Quadro 5 - O grau de satisfação do consumidor	20
Quadro 6 - Métrica da SERVQUAL	22
Quadro 7 - Características dos modelos da relação médico-paciente de Veatch	27
Quadro 8 - Serviços de cuidado à saúde e o atributo tempo.....	32
Quadro 9 - Relação dos hospitais do município de Ribeirão Preto	41
Quadro 10 - Relação das unidades de saúde de Ribeirão Preto.....	43
Quadro 11 - Influência do tempo da espera e tempo de atendimento médico.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - SERVQUAL: questionário de expectativa de qualidade de serviços	24
Tabela 2 - SERVQUAL: questionário de qualidade após os serviços de saúde.....	25
Tabela 3 - As cinco dimensões da qualidade de serviços para preenchimento do paciente.....	26
Tabela 4 - Comparação de alguns sistemas de saúde suplementar.....	38
Tabela 5 - População de Ribeirão Preto	39
Tabela 6 – População residente por faixa etária e sexo de Ribeirão Preto.....	40
Tabela 7 – Número de hospitais e leitos por natureza do prestador do SUS segundo especialidade em Ribeirão Preto-SP em Julho 2003	41
Tabela 8 - Quantidade de médicos por CEP e Bairro.....	48
Tabela 9 – UBDS A.....	54
Tabela 10 - UBDS B.....	55
Tabela 11 – UBDS C	57
Tabela 12 – Hospital D.....	58
Tabela 13 - Análise do resultado do teste estatístico do setor público.....	61
Tabela 14 - Consultório 1 – Bairro Campos Elíseos	62
Tabela 15 - Consultório 2 – Bairro Centro	63
Tabela 16 - Consultório 3 – Bairro Jardim Paulista	64
Tabela 17 - Consultório 4 – Bairro Jardim Sumaré.....	65
Tabela 18 - Análise do resultado do teste estatístico do setor privado.....	68
Tabela 19 - Comparação público e privado por sexo	70
Tabela 20 - O tempo de consulta no público e privado	72
Tabela 21 – Análise do resultado do teste estatístico do público e privado	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Participação do setor privado por modalidade de operadora no mercado	36
Gráfico 2 - Estimativa populacional de Ribeirão Preto por Distritos de Saúde, ano 2004	42
Gráfico 3 – Grau de instrução dos entrevistados por instituições de saúde públicas	59
Gráfico 4 – Faixa etária dos entrevistados por instituições de saúde públicas.....	59
Gráfico 5 – Grau de instrução por instituições de saúde do setor privado	66
Gráfico 6 – Faixa etária dos entrevistados por instituições de saúde do setor privado	67
Gráfico 7 – Faixa etária dos entrevistados por tipo de instituição de saúde.....	71
Gráfico 8 – Grau de instrução por tipo de instituição de saúde.....	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo adaptado de falha da qualidade de serviços de saúde.....	21
Figura 2 - Fatores que influenciam na tomada de decisão clínica.....	28
Figura 3 - Hierarquização dos serviços do sistema público de saúde no Brasil.....	34
Figura 4 - A produção do cuidado	35
Figura 5 - Organograma das unidades de saúde da rede municipal de Ribeirão Preto	44
Figura 6 - Quantidade de médicos por operadora de saúde em Ribeirão Preto.....	47

1 INTRODUÇÃO

A Introdução está composta de três partes. A primeira parte refere-se aos aspectos que formam o contexto do desenvolvimento do trabalho. A segunda parte determina o problema de investigação por meio de uma questão, e por fim, a terceira parte, apresenta a definição do objetivo proposto.

1.1 Contexto

A importância do tempo para o homem em sua vida é evidente. Em seu trabalho, ou quando realiza um projeto, as suas horas trabalhadas podem ser mensuradas para obter o seu ganho, na administração de uma organização, quanto ao prazo legal de entrega de documentos para o governo, no tempo gasto para a realização de um objetivo, no tempo de entrega de um bem ou um serviço, no prazo para a inauguração de uma obra pública, no avanço da tecnologia em que se aplica uma técnica como forma de se ganhar tempo, que pode estar relacionado ao tempo de vida de uma pessoa. Assim, de maneira tanto qualitativa como quantitativa, o tempo vem sendo pesquisado, mensurado e tem uma finalidade em diversas áreas do conhecimento (SLACK et al., 1997).

A crise na saúde tem causado a diminuição da qualidade do atendimento e o aumento das filas de espera, indo contra a grande demanda dos pacientes por atendimento de alta qualidade (MOTTA, 1996; PASSOS; ROCHA, 1997; CORRÊA et al., 2000). Portanto, o desgaste da relação médico-paciente é uma realidade nos dias atuais (AZEVEDO, 1985; ROSA, 1991). O sistema de saúde é caracterizado por longas filas de pacientes que são atendidos de forma desumana e por médicos que sofrem pressões do tempo e das condições ambientais.

Apesar da crise, atualmente há um crescente empenho dos profissionais e instituições em aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes. Segundo Nogueira-Martins (2003) incentivos a humanização da assistência a saúde estão ocorrendo de forma progressiva; além da incorporação de noções relacionadas à cidadania, aos direitos do consumidor e à responsabilidade ética dos profissionais. A qualidade de um serviço

assistencial está diretamente associada à qualidade da relação interpessoal que ocorre entre os pacientes e os profissionais encarregados da assistência à saúde.

O presente trabalho tem o foco no atributo de qualidade tempo, em específico, no tempo de consulta médica, que é um atributo relacionado à qualidade de serviços de saúde prestados ao paciente. A questão do tempo de atendimento de um serviço médico prestado, em algumas situações em que ocorre a demora no atendimento, leva a formação de fila que faz o paciente sofrer a inevitabilidade da espera. Uma implicação da espera a partir de uma perspectiva psicológica é o sentimento de vazio que parece interminável. A percepção da espera normalmente é mais importante para o paciente que o tempo real que ele gastou esperando, além disso, tem implicações econômicas para as instituições de saúde, hospital ou clínica, e também para os seus pacientes (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000).

O interesse pessoal na realização desta pesquisa é o desenvolvimento da carreira acadêmica, proporcionando-me satisfação pessoal por contribuir na ampliação do conhecimento do tema estudado. Um dos recursos utilizados foi o recebimento de bolsa de estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para responder a pergunta do problema a ser proposto no presente trabalho, investigações bibliográfica e empírica foram realizadas. O local escolhido para ocorrer a investigação empírica foi a cidade de Ribeirão Preto que possui um grande número de instituições de saúde, que são voltadas para o segmento público e privado.

Vários estudos relacionados com o tempo e com o cuidado à saúde foram realizados, como por exemplo, o tempo gasto nas consultas no atendimento homeopático no Centro de Saúde da Barra Funda-SP (SILVA et al., 1988); o tempo de consulta na análise de depoimentos de médicos e funcionários dos serviços públicos de saúde no município de Duque de Caxias-RJ (ROSA, 1991); o tempo de espera na avaliação realizada por uma determinada população dos serviços oferecidos por uma Unidade Básica de Saúde do município de Maringá-PR (SOUZA; SCHOLTZ, 1996); o tempo de espera na avaliação do grau de satisfação dos usuários do prédio dos ambulatórios do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC/PAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP) em relação ao atendimento de secretárias e médicos (RAMPAZZO et al., 1997); o tempo de espera da consulta na avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (FRANCO;

CAMPOS, 1998); a pontualidade no atendimento e a duração das consultas que constam na ficha de avaliação dos serviços de cuidado à saúde oferecidos aos funcionários e alunos de pós-graduação da Universidade de São Paulo (USP) campus de Ribeirão Preto através de um convênio entre a USP e uma instituição do setor privado de saúde da categoria medicina de grupo (SISUSP, 2002).

Na maioria das pesquisas realizadas, pode-se constatar que em relação à avaliação da consulta médica, a questão do tempo de atendimento é sempre mensurada, às vezes de uma maneira qualitativa e outras, quantitativamente, evidenciando a sua relevância porque impacta na satisfação do paciente quanto à qualidade do serviço prestado pelo médico e também influi diretamente no fator econômico por meio do faturamento do médico, porque é através de um adequado sistema de agendamento que ocorre a otimização dos horários e recursos alocados para a realização dos serviços de saúde.

Portanto, avaliação da qualidade de serviços de saúde é importante porque poderá direcionar ações de investimentos da instituição de saúde, entre eles, inovações tecnológicas, recursos humanos e infra-estrutura, como também o custo da 'não-qualidade' em um hospital ou centro de saúde pode significar erros irreparáveis por colocar em risco a saúde ou até mesmo, a vida de um paciente, e prejudicar o desempenho e a imagem da instituição (BARBOSA, 2000).

1.2 Problema de Investigação

Como o tempo de consulta para o atendimento médico, tanto no sistema de saúde público como no privado, influi na perspectiva do paciente a respeito da qualidade do serviço de saúde prestado ?

1.3 Objetivos

O objetivo desta pesquisa é a avaliação da qualidade de serviços de saúde focada na análise do tempo de atendimento da consulta médica, tendo em vista a melhoria e auxílio na tomada de decisão dos administradores de instituições de saúde.

Os objetivos específicos são:

- a) observar e registrar o tempo de atendimento, isto é, a duração da consulta médica, além da data de agendamento, tempo na fila ou tempo de espera, no sistema de saúde público e também privado;
- b) comparação do perfil do tempo de atendimento de cada local que será pesquisado;
- c) identificar e apresentar as vantagens e desvantagens encontradas levando em consideração a opinião do paciente a ser entrevistado para auxiliar o gestor de saúde na tomada de decisão.

Neste trabalho, o tempo de consulta ou tempo de atendimento médico é definido desde a hora de entrada do paciente na sala do médico até a hora de sua saída. O tempo de espera é definido da hora de chegada do paciente na instituição de saúde até o momento da hora de entrada do paciente na sala do médico.

A seguir, no Capítulo 2, os alicerces que possibilitaram a realização da investigação científica serão apresentados.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Uma revisão teórica será apresentada sobre os seguintes temas: qualidade, uma ferramenta de avaliação de qualidade de serviços, a consulta médica, tempo de atendimento da consulta médica, as instituições de saúde: o público e o privado, e as características do sistema de saúde da cidade de Ribeirão Preto. Estes compõem os temas que serão abordados com o intuito de construir uma base para o desenvolvimento desta investigação.

Quanto ao tema qualidade, a origem do conceito de qualidade é discorrida e traduzida para o campo de assistência à saúde, portanto, procura estabelecer uma definição de qualidade de serviços à saúde para que possa ser usada para elaboração de uma avaliação. Busca-se por meio de várias dimensões de qualidade relacionar os atributos de qualidade que foram e também poderão ser adotados na avaliação no campo de assistência à saúde. Logo, a contribuição é uma reunião dos diversos atributos de qualidade na área de saúde encontrados na literatura científica.

Neste tema, apresenta-se uma ferramenta para auxiliar a avaliação de qualidade de serviços de saúde chamada SERVQUAL. Para que se atinja o objetivo deste trabalho, parte da SERVQUAL adaptada compõe o instrumento de coleta de dados que será utilizado para a realização da pesquisa empírica.

No assunto consulta médica, aspectos da consulta médica em relação ao paciente são abordados. Determina-se que a avaliação da qualidade de serviços de saúde se dará pela perspectiva do paciente. Uma razão é o fato do paciente ter muita facilidade de avaliar o seu relacionamento com o médico e profissionais de saúde, por meio de atendimento.

Na revisão sobre o tempo de atendimento da consulta médica, são discutidos alguns fatores que influenciam no tempo, por exemplo, a cultura da instituição de saúde e a especialidade médica. Assim, se estabelecem alguns parâmetros para a análise e coleta de tempo de atendimento de assistência a saúde, por exemplo, a importância de se determinar a especialidade médica e necessidade do tempo ser cronometrado para realização de uma comparação neste estudo.

As instituições de saúde representam como o mercado de assistência de saúde está formado. O setor de saúde brasileiro é constituído pelos segmentos privado e público, e também do terceiro setor. Por fim, destaca-se o setor de saúde do município de Ribeirão Preto localizado no Estado de São Paulo, onde foi realizada a pesquisa empírica.

2.1 Qualidade

Nos anos 1980's, o fator qualidade emergiu mundialmente como uma necessidade básica na luta pelo mercado cada vez mais competitivo. A noção de qualidade da administração foi introduzida em 1957 por Feigenbaum (1986), e mais recentemente, tem sido desenvolvida por várias abordagens e autores como Deming, Juran, Crosby, Garvin (SLACK et al., 1997). Juran e Gryna (1970) definem qualidade como adequação ao uso, devendo-se considerar as especificações e as expectativas do cliente. Crosby (1979) diz que qualidade pode e deve ser operacionalmente definida, medida, monitorada, gerenciada e melhorada. Garvin (1984) caracterizou muitas das várias definições em cinco abordagens de qualidade:

- abordagem transcendental, onde a qualidade é algo que pode-se ser reconhecido, e não é definida: “Não sei ao certo o que é qualidade, mas eu reconheço quando a vejo”;
- abordagem baseada em manufatura, onde qualidade é a conformidade com a especificação, além de não ocorrer algum defeito. Usa-se o ponto de vista do fabricante durante a produção e após a entrega do produto;
- abordagem baseada no cliente, onde a qualidade é adequação ao propósito pretendido. O cliente vê o produto de uma perspectiva externa, ou seja, se está em conformidade às suas exigências;
- abordagem baseada no produto, onde a qualidade refere-se às características inerentes ao produto. A qualidade é vista internamente.
- abordagem baseada no mercado, onde a qualidade depende do valor monetário que os consumidores estão dispostos a pagar pelo produto. Esta abordagem pode unir as diferentes visões, como, a visão de qualidade do usuário, produto e fabricante, portanto, pode-se obter uma relação de custo-benefício do produto.

Deming (1986), considerado no Japão o pai do controle da qualidade, afirmou que a qualidade é uma atividade estratégica e começa com a alta administração.

Em 1987, uma entidade não governamental de normalização chamada ISO (*International Organization for Standardization*), com sede em Genebra, Suíça, ficou popularizada pela edição das normas ISO série 9000, normas que tratam o sistema de gestão da qualidade de uma empresa (ISO 9000, 1987). Com a globalização da economia, em busca de garantir o mercado para exportação as empresas passaram a produzir seus produtos de acordo com a certificação de qualidade. As normas ISO 9000 não conferem qualidade maior ou menor à um produto ou serviço, apenas garantem que o produto ou serviço apresentará sempre as mesmas características e o mesmo padrão de qualidade.

Portanto, as normas ISO 9000 possibilitaram a criação de uma linguagem comum sobre sistemas de gestão de qualidade. No Brasil, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) adotou o nome ‘série NBR ISO 9000’, alinhando-se com o resto do mundo que já adotava nomenclatura similar para suas versões nacionais. Logo, a produção de bens e serviços com qualidade, com prazo de entrega determinado, atendimento correto, além de baixo custo e assistência técnica pós-venda tornaram-se garantidas para o consumidor brasileiro, também por lei, pelo código de defesa do consumidor (BRASIL, 1990).

Se a tradução de um modelo concebido da indústria americana ou japonesa para a realidade empresarial brasileira requer uma série de adaptações além de um conhecimento aprofundado a respeito das diferenças, vantagens, desvantagens e da real aplicabilidade, mais difícil se torna sua aplicação para o universo da saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998). No Quadro 1, são apresentadas algumas considerações elaboradas por Donabedian (1993) relacionadas com as diferenças entre os modelos industrial e de assistência médica.

O estudo da qualidade evoluiu, e este conceito atualmente faz parte de nossa vida cotidiana. A busca pela qualidade é uma preocupação da sociedade, destaca-se a sua importância através de estudos para desenvolvê-la e da aplicação e construção de ferramentas para sua avaliação.

Quadro 1 - Diferenças de qualidades nos modelos industrial e de assistência médica

Enfoque	Modelo Industrial	Modelo da Assistência Médica
Natureza da qualidade	aquilo que o consumidor deseja e compra	aquilo que é bom para o consumidor, definido por ele e pelo prestador de serviços
Interação cliente / fornecedor	pouco relevante	relação médico-paciente complexa
Consumidor	co-produtor de qualidade via uso	idem, com maior peso
Baixo custo	componente da qualidade	menor importância
Otimização e equidade	menor importância	grande importância, dependendo de políticas e de sua implementação
Ênfase no escopo qualidade	Qualidade Total: baixar custos e atender o consumidor, envolve todas as pessoas e os processos da organização	desempenho profissional e técnica, interação paciente-profissional, contribuição do paciente, acesso/equidade
Valorização – riscos	atividades meio	procedimentos médicos em detrimento dos demais profissionais
Problemas decorrentes ou caracterizados por	defeitos no desenho dos sistemas, produtos, processos de produção	competência do profissional e variabilidade na prática clínica
Estratégias de garantia e melhoria da qualidade	mudanças estruturais, incluindo treinamento	influência da performance profissional através da educação, treinamento, supervisão
Modelo de gestão	gestão participativa, delegação de responsabilidades, educação e treinamento, recompensas	realidade vivida sobretudo por médicos, poucos com treinamento em métodos de qualidade
Métodos de monitoramento da qualidade	por meio da medição de processos e resultados, comparação com padrão; periodicidade contínua	processos e resultados por meio de padrões análogos; dificuldade de minimizar resultados a posteriori; periodicidade contínua
Metodologia	métodos específicos para identificação de problemas, desenvolvimento de consenso, determinação de causa; controle estatístico muito desenvolvido e utilizado	métodos semelhantes (epidemiologia), reduzido emprego da estatística, revisão de caso clínico muito empregada

FONTE: adaptado de Donabedian (1993)

2.2 Qualidade de Serviços de Saúde

Avedis Donabedian (1980) desenvolveu um modelo fundamental para a avaliação de qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, considerados uma tríade, que corresponde às noções do enfoque sistêmico de entrada-processo-saída.

Assim, para cada componente tríade deverá ser construído um conjunto de indicadores ou atributos de qualidade que melhor representa a situação a ser avaliada.

- A **estrutura** refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos, e financeiros necessários para a assistência médica. Em resumo, a estrutura é todos os recursos usados, corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde porque envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos, que inclui o financiamento até a disponibilidade de pessoas qualificadas que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. De acordo com o conceito de estrutura, pode-se dizer que cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto dados relacionados com a qualidade, como capacitação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros. A influência ou contribuição exata do componente estrutura na qualidade final da assistência prestada é difícil de ser quantificada, mas é possível avaliar em termos de tendências, por exemplo, uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade.
- O **processo** abrange um conjunto de todas atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos, resulta na entrega do serviço de saúde, onde se obtém os resultados de assistência à saúde que servem de base para a valoração da qualidade. No processo, entre outros fatores aparecem os aspectos éticos e da relação médico/profissional/equipe de saúde–paciente. Pode ser considerado como processo tudo o que diz respeito ao tratamento de saúde diretamente e no momento em que ele está ocorrendo. A análise do componente processo pode ser realizada sob o ponto de vista técnico ou administrativo.
- O **resultado** é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões estabelecidos e de expectativas. É o resultado da experiência de cuidado à saúde.

Donabedian (1990) ampliou o conceito de qualidade, utilizando-se de dimensões de qualidade denominadas sete pilares da qualidade (eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade) que podem ser usadas como critérios de avaliação, apresentadas no Quadro 2.

Ainda no Quadro 2, na dimensão aceitabilidade, o conceito amenidades é utilizado para se referir às condições de conforto e aparência dos serviços, isto é, a estética das instalações e

equipamentos no local onde a prestação ocorre, atenção dispensada ao paciente, esclarecimentos e outros aspectos que envolvem questões de qualidade ligadas à satisfação do usuário, além da eficácia técnica (WESTPHAL; ALMEIDA, 2001).

Quadro 2 - Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

Dimensão	Descrição da Dimensão de Qualidade
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, capacidade de a arte e a ciência da Medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias
Efetividade	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” úteis perdem a razão de ser.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado, aos efeitos e ao custo do cuidado prestado.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde.

FONTE: adaptado de Donabedian; 1994.

Também outros resultados interessantes surgem na pesquisa sobre a qualidade de cuidados de saúde realizada com médicos da Austrália, do Canadá, dos Estados Unidos, da Grã-Bretanha e da Nova Zelândia (BLENDON et al., 2001). Para o aprimoramento da qualidade, a maioria dos médicos pesquisados foi a favor de reformas para que tenham mais tempo com seus pacientes, mas apenas 33% a 40% dos inquiridos concordavam que as avaliações do paciente poderiam

melhorar a qualidade. Isso mostra pouca disposição desses médicos em acolher o *feedback* do paciente, apesar do interesse em poder lhes dedicar mais tempo.

Muitos pesquisadores tentaram endereçar o problema de qualidade no contexto de saúde hospitalar e desenvolver ou adaptar um instrumento para medir qualidade de serviços de saúde devido à qualidade ser reconhecida como um constructo multidimensional. Assim, algumas dimensões de qualidade e seus atributos são apresentados no Quadro 3.

Clark (2001) mencionou que muitas escolas de medicina nos Estados Unidos estão mudando seus currículos para realçar as qualidades humanísticas inerentes ao trabalho médico. Tais mudanças são, contudo, apenas o primeiro passo para transformação para um modelo de formação que prioriza a humanização do médico. Segundo Nogueira-Martins (2003), o caminho seria a humanização da assistência, a formação do profissional de saúde, a educação continuada e aperfeiçoamento, em que os estudantes e profissionais aprendam, por exemplo, anatomia e habilidades de comunicação com o paciente ao mesmo tempo, de modo a saber que o fígado que analisam pertence sempre a um ser humano.

O trabalho profissional, qualquer que seja sua atividade, depende tanto da qualidade técnica como da qualidade interpessoal. Segundo Urdan (2001), os pacientes quase sempre conhecem pouco sobre os aspectos de qualidade técnica, mas, em geral não têm dificuldade em avaliar o lado interpessoal. Em sua pesquisa empírica, foram analisados seis fatores subjacentes à qualidade experimentada pelo paciente (interações do médico e diagnóstico, competência profissional, interações de auxiliares, comodidade de horários e localização, profissionalismo e responsabilidade profissional, comunicações auxiliares) englobando quarenta atributos, que representam os domínios técnicos e interpessoais.

A pesquisa de Camilleri e O'Callagan (1988) realizada em Malta, um arquipélago localizado no mar mediterrâneo, com quase 360.000 habitantes, permitiu comparar a qualidade de serviços de cuidado à saúde em hospitais públicos e privados. O resultado mostrou que a expectativa em relação aos hospitais privados é oferecer um serviço de mais alta qualidade, principalmente no aspecto serviços de hotel, mas que o setor público era o que excedia quanto às expectativas dos pacientes. O estudo aplicou o modelo SERVQUAL para avaliação de qualidade de serviços de saúde, e a estrutura de Donabedian (1994). O primeiro questionário auxiliou a medir as expectativas de pré-admissão, além disso, identificou o peso dado aos

diferentes indicadores de qualidade do serviço de cuidado à saúde. O segundo questionário auxiliou a buscar a percepção do paciente quanto à qualidade do serviço que foi oferecido.

Quadro 3 - Dimensões de qualidade de serviço

Dimensões de Produto de Garvin	Dimensões de serviço de Evans e Lindsay	Dimensões da SERVQUAL de Parasuraman et al.	Dimensões de Chakrapani	Dimensões de Coddington	Dimensões de JCAHO*
Desempenho	Tempo	Tangibilidade	Serviço / Produto / Confiança	Acolhimento / Cuidado / Responsabilidade	Eficácia
Características	Oportunidade	Confiabilidade	Apoio	Staff médico	Conveniência
Confiabilidade	Completeude	Responsabilidade	Exceder às expectativas	Equipamento- Tecnologia	Eficiência
Conformidade	Cortesia	Segurança		Especialização / Disponibilidade de serviços	Respeito e Cuidado
Durabilidade	Consistência	Empatia		Resultado	Segurança
Disponibilidade	Acessibilidade e Conveniência				Continuidade
Estética	Acurácia				Efetividade
Qualidade percebida	Responsabilidade				Oportunidade
					Disponibilidade

JCAHO: *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*

FONTE: Sower et al. (2001, p. 49)

Pode-se verificar que os atributos de qualidade relacionados aos serviços de assistência da saúde encontrados na literatura científica, apresentados no Quadro 4, tentam capturar a

perspectiva do paciente em seu caminho percorrido na instituição de saúde durante o processo de atenção médica. Neste processo, é construída a linha de produção de cuidado conforme ocorre o atendimento do paciente.

Quadro 4 - Atributos de qualidade relacionados à assistência da saúde

Atributos Usados na Avaliação da Qualidade de Serviços de Saúde
Acesso à consulta: agendamento, rapidez do agendamento, aspecto geográfico (localização do hospital), atendimento pelo telefone e Internet
Tempo dispendido na sala de espera
Atendimento na recepção demora, tratamento (linguagem, gentileza, atenção)
Atenção em enfermagem: tratamento (cordialidade, gentileza, atenção), informação
Atenção de outros profissionais de saúde: nutricionista, assistente social, psicólogo.
Sala de espera: conforto, limpeza, iluminação, ruído
Visitantes: horário, número de visitantes, dias
Acompanhantes: instalações, refeições
Alimentação: qualidade, quantidade, gosto, aparência, temperatura, água
Tecnologia: equipamentos médicos
Serviços extras: estacionamento, lanchonete, restaurante
Limpeza: prédio, quarto, roupa, banheiro, corredores, sala
Atenção médica: atenção dada às queixas, rapidez no ato de responder as suas necessidades, dúvidas, solicitações
Habilidade médica: exame clínico (completo), prognóstico – resultado da avaliação médica, receita – prescrição médica, confiança
Informação: sobre o que vai acontecer durante os exames ou procedimentos do hospital
Explicações: com respeito à doença, quanto ao prognóstico
Equipamentos: telefone, televisão, frigobar
Instalações físicas (prédio, banheiro, quarto, corredor, sala): arquitetura agradável, ruído, conforto
Apoio (assistente social, psicólogo) ao paciente ou família, enquanto estiver internado
Rapidez no processo de admissão da internação
Tempo de permanência no hospital – consulta ou internação
Previsão da estimativa de preço
Custos

Órgãos reguladores e instituições de saúde reconhecem a satisfação do paciente como um indicador significativo de qualidade de saúde. Desenvolver uma medida exata de satisfação do paciente revela muitos aspectos de cuidado recebidos pelo paciente. Logo, para se medir a satisfação deve-se incorporar dimensões de aspectos de cuidado técnicos, interpessoal, social e moral. Hospitais dos Estados Unidos usam a satisfação como uma medida de desempenho, e acrescenta que a satisfação e fidelidade estão frequentemente ligadas (MARLEY et al., 2004). Se reter o cliente é mais barato do que conquistar novos clientes, é importante tornar e manter o cliente satisfeito.

Segundo Parente (2000), o grau de satisfação depende da diferença entre o serviço real e o serviço esperado. O grau satisfeito é definido quando o serviço real é mais que o esperado. Insatisfeito ocorre quando o serviço real é menor que o esperado, ou seja, o consumidor encontra situações que causam desapontamento ou frustração, por exemplo, uma fila grande de pacientes com metade dos médicos atendendo. Nem satisfeito e nem insatisfeito ocorre quando o serviço equivale ao esperado, por exemplo, quando o atendimento ao consumidor flui sem fila. O Quadro 5 apresenta um resumo do grau de satisfação do consumidor.

Quadro 5 - O grau de satisfação do consumidor

Serviço Esperado (S.E.) - Serviço Real (S.R.)			=	Grau de Satisfação
S.E.	<	S.R.	=	Satisfeito
S.E.	>	S.R.	=	Insatisfeito
S.E.	=	S.R.	=	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito

À medida que são apresentados melhores serviços, os clientes elevam suas expectativas. Assim, em geral, a melhora nos serviços oferecidos causa um aumento no nível de exigências e das expectativas. Por conseguinte, o aumento das expectativas estimula que os fornecedores de serviços prossigam em seu esforço de melhoramento contínuo. É necessário reconhecer que há necessidade de encantar o cliente, superando as suas expectativas (PARENTE, 2000).

2.3 SERVQUAL

A SERVQUAL foi originalmente desenvolvido no contexto de *marketing*. Foi criada por Parasuraman, Zeithmal e Berry (1985; 1988) e subsequentemente validada no domínio da saúde. A ferramenta SERVQUAL (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000) é estruturada com questões de avaliação sobre as cinco dimensões da qualidade em serviços:

- Tangibilidade é definida como a aparência da instalação física, clínica ou hospital, equipamentos, pessoal e material para comunicação;
- Confiabilidade é a capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão;
- Responsabilidade é a disposição para auxiliar os pacientes e fornecer o serviço prontamente;
- Segurança é o conhecimento e a cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança e confidencialidade; e
- Empatia é o interesse, a atenção personalizada aos pacientes.

As falhas identificadas são obstáculos para se conseguir um nível de excelência na prestação de serviços. A Falha 1 refere-se ao desconhecimento ou percepção inadequada a respeito das expectativas dos clientes; a Falha 2 surge quando ocorre falha em traduzir as expectativas do cliente em especificações dos serviços; a Falha 3 é a discrepância entre o serviço prestado e as especificações; a Falha 4 acontece quando ocorre ausência de uma comunicação precisa com os clientes; e a Falha 5 também chamada de *gap* do consumidor, representa a diferença entre as expectativas dos consumidores a respeito de um serviço e a performance alcançada (MORAES; LACOMBE, 1999).

A ferramenta SERVQUAL é composta de 44 questões (estas questões são frases afirmativas sobre a opinião do paciente), dentre elas, 22 questões (Tabela 1) relacionadas às expectativas e 22 questões são relacionadas ao serviço percebido (Tabela 2). Portanto, a ferramenta SERVQUAL forma o par expectativa e percepção do serviço (E – P). O resultado da análise do par da SERVQUAL atribuirá um valor para o *gap* 5, definido anteriormente, e mostrado na Figura 1.

As cinco dimensões da qualidade em serviços médicos da SERVQUAL estão representadas desta maneira: Tangibilidade (as afirmações de 1 até 4), Confiabilidade (afirmações de 5 até 9), Responsabilidade (afirmações de 10 até 13), Segurança (afirmações de 14 até 17), e Empatia (afirmações de 18 até 22).

A métrica da SERVQUAL é apresentada no Quadro 6. Logo após o Quadro 6, as instruções que deverão ser transmitidas para o consumidor (paciente), como sugestão sobre como deve ser preenchida parte SERVQUAL (Tabela 1 e Tabela 2).

Quadro 6 - Métrica da SERVQUAL

- Grau de Concordância +						
1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo	Quase Discordo	Não concordo Não discordo	Quase concordo	Concordo	Concordo plenamente

Instruções para o preenchimento da SERVQUAL

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), e Parasuraman, Zeithaml, Berry (1988), as instruções consistem em esclarecer o respondente sobre a forma como a opinião dele será dada para o preenchimento da SERVQUAL. Esta pesquisa aborda sua opinião sobre os

serviços médicos. Por favor, mostre o grau no qual você acha que o serviço de saúde deveria apresentar as características descritas em cada enunciado. Se você concorda plenamente que esta instituição de saúde deveria possuir determinada característica, faça um círculo no número 7. Se você discorda totalmente de que esta instituição de saúde deveria possuir determinada característica, faça um círculo no número 1. Em situações intermediárias assinale um número entre 2 e 6, de acordo com o seu grau de concordância com o enunciado. Não há respostas certas ou erradas, estamos interessados no número que melhor representa suas expectativas sobre esta clínica ou hospital que oferece os serviços de saúde (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000).

Outra parte da SERVQUAL (Tabela 2) relaciona-se à impressão do serviço de saúde, mostra questões do serviço percebido pelo paciente, de cada dimensão de qualidade. Assim, após a aplicação da Tabela 2, o par formado pela expectativa e percepção (E – P) poderá ser composto para cada questão, por exemplo, a questão E1 da Tabela 1 com a questão P1 da Tabela 2 compõe um par (E1 – P1), e assim por diante, até a questão 22 (E22 – P22).

Tabela 1 - SERVQUAL: questionário de expectativa de qualidade de serviços

		Expectativas do paciente sobre a clínica ou hospital							
Tangibilidade	E1	A clínica/hospital deveria possuir equipamentos modernos	1	2	3	4	5	6	7
	E2	Sua instalação física deveria ser visualmente atraente, por exemplo, cor da parede.	1	2	3	4	5	6	7
	E3	Seus funcionários deveriam estar bem vestidos e possuir boa aparência	1	2	3	4	5	6	7
	E4	A aparência da instalação física desta clínica/hospital deveria ser mantida de acordo com o tipo de serviço oferecido	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	E5	Quando esta clínica/hospital se compromete a fazer algo no prazo deveria fazê-lo	1	2	3	4	5	6	7
	E6	Quando o paciente enfrenta problemas esta instituição deveria ser solidária e prestativa	1	2	3	4	5	6	7
	E7	Esta clínica/hospital deveria ser confiável	1	2	3	4	5	6	7
	E8	A clínica/hospital deveria fornecer o serviço no prazo prometido	1	2	3	4	5	6	7
	E9	A clínica/hospital deveria manter seus registros atualizados	1	2	3	4	5	6	7
Responsabilidade	E10	Deveria-se esperar que a clínica/hospital comunicasse ao seu paciente exatamente quando os seus serviços estarão concluídos	1	2	3	4	5	6	7
	E11	É realista para o paciente esperar serviço imediato do funcionário desta clínica/hospital	1	2	3	4	5	6	7
	E12	Seus funcionários sempre precisam estar dispostos a ajudar os pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E13	Há problema se os funcionários estiverem muito ocupados para responder prontamente às solicitações dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	E14	Os pacientes deveriam ser capazes de confiar nos funcionários desta clínica/hospital	1	2	3	4	5	6	7
	E15	Os pacientes deveriam ser capazes de se sentirem seguros em suas transações com os funcionários desta empresa	1	2	3	4	5	6	7
	E16	Seus funcionários deveriam ser gentis	1	2	3	4	5	6	7
	E17	Seus funcionários deveriam receber suporte adequado de suas clínica/hospital para bem executar as suas tarefas	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	E18	Deveria ser esperado que esta clínica/hospital desse atenção individual ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E19	Pode-se esperar que os funcionários desta clínica/hospital dêem atenção personalizada aos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E20	É realista esperar que os funcionários saibam quais são as necessidades de seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E21	É realista esperar que esta clínica/hospital esteja profundamente interessada no bem estar do paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E22	Deveria esperar que esta clínica/hospital operasse em horários convenientes para todos os seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7

FONTE: adaptado de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000); e Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)

Legenda: 7: concordo plenamente; 6: concordo; 5: quase concordo; 4: não concordo não discordo; 3: quase discordo; 2: discordo; 1: discordo totalmente.

Tabela 2 - SERVQUAL: questionário de qualidade após os serviços de saúde

		Serviço percebido pelo paciente sobre a clínica ou hospital							
Tangibilidade	P1	A clínica ou hospital possui equipamentos modernos	1	2	3	4	5	6	7
	P2	Sua instalação física é visualmente atraente	1	2	3	4	5	6	7
	P3	Seus funcionários estão bem vestidos e possuem boa aparência	1	2	3	4	5	6	7
	P4	A aparência da instalação física desta clínica ou hospital é mantida de acordo com o tipo de serviço oferecido	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	P5	Quando esta clínica ou hospital se compromete a fazer algo no prazo, ela o faz	1	2	3	4	5	6	7
	P6	Quando o paciente enfrenta problemas esta instituição é solidária e prestativa	1	2	3	4	5	6	7
	P7	Esta clínica ou hospital é confiável	1	2	3	4	5	6	7
	P8	A clínica ou hospital fornece o serviço no prazo prometido	1	2	3	4	5	6	7
	P9	A clínica ou hospital mantém seus registros atualizados	1	2	3	4	5	6	7
Responsabilidade	P10	A clínica ou hospital comunica aos seus pacientes exatamente quando os seus serviços estarão concluídos	1	2	3	4	5	6	7
	P11	Você é atendido imediatamente pelos funcionários desta clínica ou hospital	1	2	3	4	5	6	7
	P12	Seus funcionários sempre estão dispostos a ajudar os pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	P13	Os funcionários respondem prontamente às suas solicitações	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	P14	Você pode confiar nos funcionários	1	2	3	4	5	6	7
	P15	Você sente-se seguro em suas transações com os funcionários desta empresa	1	2	3	4	5	6	7
	P16	Seus funcionários são gentis	1	2	3	4	5	6	7
	P17	Seus funcionários receberam suporte adequado da clínica ou hospital para bem executar as suas tarefas	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	P18	A clínica ou hospital deu a você atenção individual	1	2	3	4	5	6	7
	P19	Os funcionários desta clínica ou hospital deram atenção personalizada para você	1	2	3	4	5	6	7
	P20	Os funcionários sabiam quais eram as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
	P21	Esta clínica ou hospital está profundamente interessada no seu bem estar	1	2	3	4	5	6	7
	P22	Esta clínica ou hospital opera em horários convenientes para todos os seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7

FONTE: adaptado de Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) e Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)

Legenda: 7: concordo plenamente; 6: concordo; 5: quase concordo; 4: não concordo não concordo; 3: quase discordo; 2: discordo; 1: discordo totalmente.

Peso das dimensões de qualidade da SERVQUAL

A ferramenta SERVQUAL sugerida por Zeithaml et al. (1990) consiste que solicite ao respondente que distribua 100 pontos entre as cinco dimensões de qualidade de serviços (Tangibilidade, Confiabilidade, Responsabilidade, Segurança, e Empatia). Logo, o peso da

qualidade que será dado pelo entrevistado para as cinco dimensões pertencentes aos serviços de saúde realizados nas clínicas ou hospitais e, oferecidas para o paciente preencher são listadas na Tabela 3.

Como sugestão, as orientações dadas para o paciente para o preenchimento da Tabela 3 são as seguintes: o quanto é importante cada característica para você quando você avalia o serviço oferecido pela clínica ou hospital. Por favor, distribua um total de 100 pontos entre as cinco características de acordo com o quanto é importante para você. Você deve atribuir mais pontos para a característica mais importante para você. Avalie se os pontos que você atribuiu para as cinco características somam 100.

Tabela 3 - As cinco dimensões da qualidade de serviços para preenchimento do paciente

Dimensão	Características da qualidade de serviços de saúde	Pontos
1	A aparência da instalação física - clínica/hospital, equipamentos, pessoal e material para comunicação	
2	Capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão	
3	Disposição para auxiliar os pacientes e fornecer o serviço prontamente	
4	O conhecimento e a cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança e confidencialidade	
5	O interesse, a atenção personalizada aos pacientes	
	Total	100

FONTE: Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000); e Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988)

Legenda: 1: Tangibilidade; 2: Confiabilidade; 3: Responsabilidade; 4: Segurança; 5: Empatia.

Logo após, a atribuição de pesos (Tabela 3), pergunta-se novamente para o paciente:

- Qual das cinco características é mais importante para você ?
- Qual é a segunda característica mais importante para você ?
- Qual característica é menos importante para você ?

O procedimento para o cálculo da pontuação obtida pelo entrevistado:

- a) Some o intervalo para cada par do enunciado de expectativa e percepção de cada paciente entrevistado: contagem SERVQUAL = Contagem das Expectativas - Contagem das Percepções;
- b) Some as contagens das dimensões para cada entrevistado pela média da contagem do intervalo sobre o número de afirmações relevantes ;
- c) Extraia as contagens dos entrevistados da SERVQUAL da seguinte maneira: *intervalos sem pesos* some as dimensões e divida por cinco e *intervalos com pesos*: Tangibilidade

* (Peso Tangibilidade/100) + Confiabilidade * (Peso Confiabilidade/100) +
 Responsabilidade * (Peso Responsabilidade/100) + Segurança * (Peso Segurança/100)
 + Empatia * (Peso Empatia/100);

- d) Extraia as contagens totais da SERVQUAL por totalizar as contagens e dividir pelo N (N = número de entrevistados).

2.4 A Consulta Médica

As diferentes possibilidades da relação profissional-paciente podem ser descritas por meio de modelos existentes na literatura no campo da Psicologia, tomando como base o tipo de doença, sua fase de evolução e as correspondentes condições psicológicas do paciente. Veatch (1972) propôs basicamente que existem quatro modelos de relação médico-paciente: modelo sacerdotal; modelo engenheiro; modelo colegial; modelo contratualista. O Quadro 6 apresenta as características dos modelos de relação médico-paciente propostos por Veatch.

Quadro 7 - Características dos modelos da relação médico-paciente de Veatch

Modelo	Autoridade	Poder	Relação de Poder do Médico	Relação de Poder do Paciente
Sacerdotal	Médico	Médico	Dominação	Submissão
Engenheiro	Médico	Paciente	Acomodação	Variável
Colegial	-----	Igualitário	Negociação	Negociação
Contratualista	Médico	Compartilhado	Compromisso	Compromisso

FONTE: Emanuel e Emanuel (1992)

É importante ressaltar sobre os modelos propostos e estudados que nenhum desses modelos é melhor que o outro; apenas correspondem às situações dadas que caracterizam pacientes que se encontram em contextos psicológicos distintos. Então, o médico deveria aprimorar os aspectos interpessoais em sua relação médico-paciente, e conhecer os fenômenos psicológicos que nela atuam. Isso significa que, além do suporte técnico-diagnóstico, o médico deveria usar e desenvolver sua sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com o paciente, estratégias que facilitariam a aceitação e compreensão da doença, e adaptação das possíveis modificações devido ao seu problema (NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Em medicina, a preocupação com a qualidade fez com que, em cada especialidade, se buscasse desenvolver a capacidade técnica, que faz parte do que chamamos de conhecimentos e habilidades relativos à área técnica; para a capacitação interpessoal do médico, de qualquer especialidade, torna-se necessário desenvolvimento de atitudes, ou seja, desenvolvimento de habilidades interpessoais para reconhecer e lidar com os aspectos emocionais da tarefa assistencial. O paciente avalia a qualidade técnica do cuidado à saúde de forma indireta, por meio de evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com a sua saúde e bem-estar, em geral, tem facilidade em avaliar a qualidade interpessoal (URDAN, 2001).

A tomada de decisão clínica está norteada pelos limites existentes, suas evidências e a relação médico-paciente, dentre eles existem itens que sobrepõem. Os limites incluem: leis da sociedade civil, normas do plano de saúde, padrões de comunidade, tempo de atendimento, custo dos procedimentos, compensação financeira; suas evidências incluem: os dados do paciente, a pesquisa básica, pesquisa clínica, pesquisa epidemiológica, ensaios aleatórios, revisões sistemáticas; e a relação médico-paciente inclui: as crenças culturais, valores pessoais, experiências anteriores, nível educacional. Entre a relação médico-paciente e os limites sobrepõe a ética, entre os limites e as evidências sobrepõe a conduta padronizada, entre as evidências e a relação médico-paciente sobrepõe o conhecimento (Figura 2).

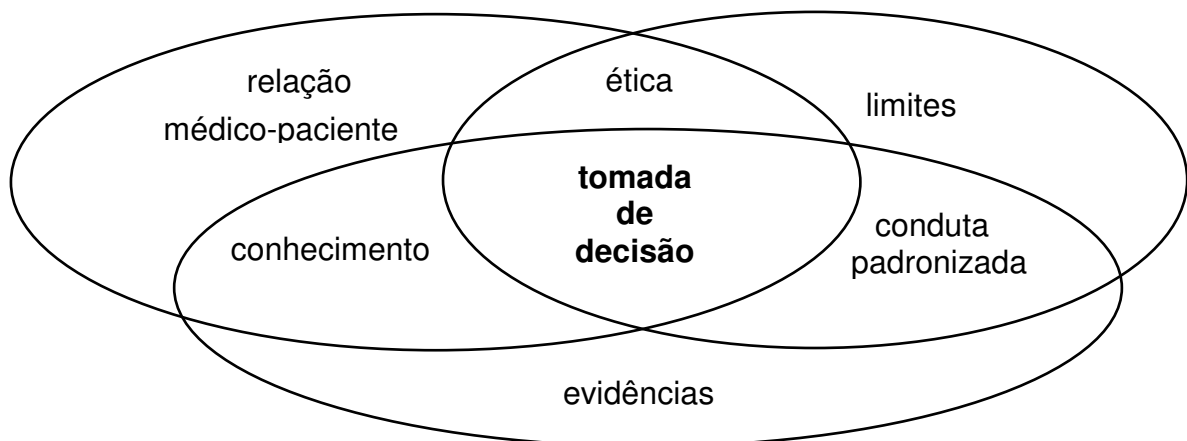


Figura 2 - Fatores que influenciam na tomada de decisão clínica

FONTE: adaptado de Eluf Neto

Segundo Nogueira-Martins (2002), as reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. A questão ética surge quando alguém se preocupa com as conseqüências que sua conduta tem sobre o outro. Logo, para que haja ética, é preciso ver (perceber) o outro. E,

se para que aconteça a assistência humanizada também é preciso perceber o outro, então, pode-se concluir, que assistência humanizada e ética caminham juntas.

Quando o médico pode conhecer, por um lado, os motivos do comportamento do paciente e, por outro, tanto os efeitos que esse comportamento pode lhe provocar, por exemplo, angústia, raiva, impotência, quanto às defesas que pode desencadear, por exemplo, comportamentos evitativos, consultas rápidas, há uma melhoria considerável das condições do trabalho. Todo paciente espera encontrar um médico que esteja calmo, que lhe escute, ampare e tenha disponibilidade de atendê-lo, sem preocupar-se com o tempo da consulta e a sala de espera cheia. Logo, muitos problemas dos pacientes podem ser resolvidos ou atenuados quando se sentem compreendidos e respeitados pelos médicos; a falta de acolhimento e de continência a seus aspectos emocionais pode conduzir ao abandono ou à rejeição ao tratamento (NOGUEIRA-MARTINS, 2002). Segundo Silva e Formigli (1994) há relevância da relação médico-paciente no processo de adesão ao tratamento.

É claro que a não adesão ao tratamento envolve, além da relação do paciente com o profissional de saúde, outros fatores relacionados aos pacientes (idade, sexo, estado civil, etnia, contexto familiar, escolaridade, auto-estima, crenças, hábitos de vida, às doenças – cronicidade e ausência de sintomas), aos tratamentos (custo, efeitos indesejáveis, esquemas complexos), e à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera, tempo de atendimento) (MION; PIERIN; ORTEGA, 2000)

A Lei Estadual conhecida como Lei Covas (SÃO PAULO, 1999), trata sobre os direitos dos usuários de serviços de saúde e permite os usuários, inclusive, consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem realizados nele.

Durante as consultas, exames e internações todo cidadão tem direitos que precisam ser respeitados. As principais bases destes direitos estão na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), no Código de Ética Médica (BRASIL, 1983), no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), na Declaração Universal dos Direitos Humanos, Leis Federais (Lei 8112/90 – Responsabilidade do Servidor Público) e Estaduais (2472/95; 2828/97) e em Portarias do Ministério de Saúde (DIREITOS DE CIDADANIA, 2004).

2.4.1 Tempo de Atendimento da Consulta Médica

Um tempo de espera longo pelo atendimento médico pode levar à formação de fila, gerar insatisfação do paciente e até influenciar o tratamento médico. Kloetzel et al. (1998) comentou que há uma estreita correlação entre satisfação e adesão ao tratamento. A espera do atendimento pode ser o resultado gerado da falta de recursos humanos e materiais, por uma demanda reprimida, ou seja, muitos pacientes a mais do que a capacidade médica para atendê-los, por fator cultural e por falta de controle da oferta.

Segundo Mori (1999), o responsável pelo problema da fila depende da percepção do observador e pode ser de responsabilidade da sociedade, do governo, do paciente ou da carência de médicos e a sua solução parece não caber a nenhum destes envolvidos, mas é nociva a todos pelo seu custo e degradação da imagem da instituição de saúde.

O trabalho relatado por Mori (1999) mostrou que os fatores mais determinantes na formação da fila para marcar consultas médicas são o aspecto cultural e o descontrole da oferta e não a insuficiência da oferta. Por conseguinte, estes fatores foram trabalhados na pesquisa do autor citado e o resultado foi apresentado como um exemplo de sucesso do fim das filas, que ocorreu com os recursos humanos disponíveis, sem o aumento de pessoal e sobrecarga de trabalho.

Almeida (1991) analisou a distribuição do tempo de trabalho médico dispendido na consulta médica em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. A pesquisadora relatou que o tempo de jornada diária contratada por turno é de quatro horas ou 240 minutos. Observou-se um turno de trabalho de nove médicos, que resultou no atendimento de 128 consultas, das quais, 58 de pediatria, 43 de clínica, e 27 de ginecologia. O trabalho dos nove médicos equivaliu a 2160 minutos de tempo de jornada contratada, dentre esse tempo, 721 minutos não foram trabalhados correspondendo a 33,37%. O tempo médio dispendido em cada consulta correspondeu a dez minutos e dois segundos, e o número médio de consultas por médico foi de 14,22 consultas por quatro horas de trabalho.

Ainda sobre o mesmo trabalho, registrou-se que foram atendidos 378 pacientes e 175 não foram atendidos, excetuando-se os pacientes que chegaram e foram embora sem apresentar-se na recepção por falta de vagas. A pesquisa mostrou a demanda reprimida por ultrapassar o número de consultas estipuladas para cada médico em um turno de trabalho de quatro horas

com doze consultas e quatro urgências. O número de dezesseis consultas por quatro horas de trabalho, segundo Almeida, foi em função de tempo de quinze minutos por consulta (estipulado pela Organização Mundial de Saúde), portanto não foi todo utilizado nas consultas médicas, além de concluir em sua pesquisa que o tipo de especialidade da consulta médica nas UBS parece não influir no tempo da mesma, porque os maiores períodos de tempo não trabalhados também foram da mesma especialidade dos menores períodos de tempo não trabalhados.

Segundo a Teoria das Filas, a demanda reprimida conduz à espera pelo atendimento, que ocorre quando a capacidade do serviço oferecido está completamente utilizada no momento da chegada do cliente, então uma fila se forma. O modelo de formação de filas apresenta quatro aspectos básicos: o número de pessoas no sistema, o número de pessoas na fila, o tempo de espera no sistema, o tempo de espera na fila. Para seu estudo, pressuposições básicas são feitas sobre: o processo de chegada, processo do serviço, tamanho da fila, disciplina da fila, horizonte do tempo, e universo de origem. Os estudos dos modelos de filas e planejamento da capacidade do serviço são realizados para prever o tempo de espera dos clientes e fornecer informações para as decisões de planejamento da capacidade e de programação do serviço. O gerenciamento de filas é um desafio constante para os administradores melhorarem o serviço para o cliente (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; ARROYO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2004).

O artigo 27 do Código de Ética Médica (BRASIL, 1983) refere-se ao tempo de atendimento do médico ao seu paciente, determinado-se ao médico dedicar ao paciente quando trabalhar com relação de emprego, o tempo que sua experiência e capacidade profissional recomendarem para o desempenho de sua atividade, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas possa prejudicar o paciente. Isto mostra a preocupação com o tempo de atendimento dispensado pelo médico ao seu paciente, e a importância da presente pesquisa.

O parecer no. 10/91, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (1991) estabeleceu a duração de consulta ambulatorial e de visita médica hospitalar, e determinou um tempo médio de atendimento médico na consulta ambulatorial e de visita médica hospitalar, em contrário ao parecer de no. 30/90, do Conselho Federal de Medicina (1983), e na declaração do conselheiro Sergio Ibiapina Ferreira Costa que baseia-se no artigo 27 do Código de Ética Médica (BRASIL, 1983), que diz: "o tempo de que necessita o médico em

favor do seu paciente, não pode ser cronometrado" e recomenda que se busque "a humanização do atendimento médico, não impondo a cronometragem" ressaltando a atenção ao paciente e descartando a cronometragem como um critério de eficiência.

Enfim, cabe novamente observar que neste trabalho é dada a ênfase ao tempo de atendimento em um contexto da qualidade de serviços médicos prestados e não somente na cronometragem do tempo. O Quadro 8 apresenta, em resumo, algumas das pesquisas realizadas na área da saúde que utilizaram o atributo tempo, dentro e fora do Brasil.

Quadro 8 - Serviços de cuidado à saúde e o atributo tempo

Local – Cidade ou Estado	Resultado	Autor
UBS – Maringá – PR	Demora no atendimento, com filas longas segundo 29% das 375 famílias sorteadas em um processo de amostragem aleatória	(SOUZA; SCHOLTZ, 1996)
Ambulatório de pediatria HC - Unicamp	Tempo de espera bastante longo	(FRANCO; CAMPOS, 1998)
Unidade de Saúde de Pelotas - RS	Uma espera por demais longa	(KLOETZEL et al., 1998)
Centro de Referência Secundária em Oftalmologia – CERESO da UNIFESP	Queixa por demora no atendimento por dois usuários dos 238 entrevistados	(GENTIL; LEAL; SCARPI, 2003)
Quatro Clínicas da Universidade do Texas – Centro de Câncer M.D. Anderson	O tempo de espera das quatro Clínicas é percebido como sendo um problema significante	(ANDERSON; ZWELLING, 1996)
Hospitais de Singapore	Os pacientes estão infelizes com um longo tempo de espera, mais do que uma hora para os serviços. O desejo do tempo de espera está entre quinze e trinta minutos	(LIM; TANG, 2000)
88 Unidades de Saúde já informatizadas no município de Curitiba – PR, dados de setembro de 2001	87,5% dos profissionais de saúde concordam que ainda há filas de espera	(MACIEL-LIMA, 2004)
Usuárias do SUS	Tempo médio de espera para atendimento ser superior à uma hora	(RIBEIRO et al., 2004)

2.5 Instituições de Saúde no Brasil: o Público e o Privado

Cada sistema de saúde no Brasil visa atender um determinado objetivo. A grande maioria da população brasileira, acima de 60%, é dependente do sistema público de saúde chamado Sistema Único de Saúde (SUS). A finalidade do SUS é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades da população sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto. Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais, incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brazil (BRASIL, 1990).

Todos os cidadãos através do SUS têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde que são vinculadas, sejam públicas da esfera municipal, estadual e federal, ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O SUS é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população brasileira e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação (Vigilância Epidemiológica) são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária.

A regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde são diretrizes do SUS. Até recentemente, a estratégia de descentralização, caracterizada pela municipalização, recebeu maior destaque do que a hierarquização dos serviços. O Ministério da Saúde (2002) com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) retomou a proposta original de hierarquização através da organização de redes articuladas e efetivas de serviços que integrem as capacidades de diversos municípios, de modo a alcançar economias de escala, e evitar ineficiências no sistema (OLIVEIRA; TRAVASSOS; CARVALHO, 2004).

A hierarquização das ações de saúde e distribuição de serviços é conhecida como atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária é conhecida como atenção básica de saúde e está no âmbito da prevenção, ou seja, os serviços básicos que compreendem a identificação de fatores de risco, a promoção à saúde, o diagnóstico precoce e, em algumas condições, os tratamentos simples. Também incluem o controle periódico das pessoas sadias e enfermas e aspectos básicos de reabilitação. Os serviços especializados de atenção secundária e terciária, além de cobrirem os aspectos básicos, devem estimular os procedimentos complexos de diagnóstico, tratamento e reabilitação (GENTIL; LEAL; SCARPI, 2003). A atenção terciária à saúde é caracterizada pelos aspectos de alta complexidade. A Figura 03 ilustra como pode ser classificada a hierarquização de serviços de cuidado à saúde no Brasil.

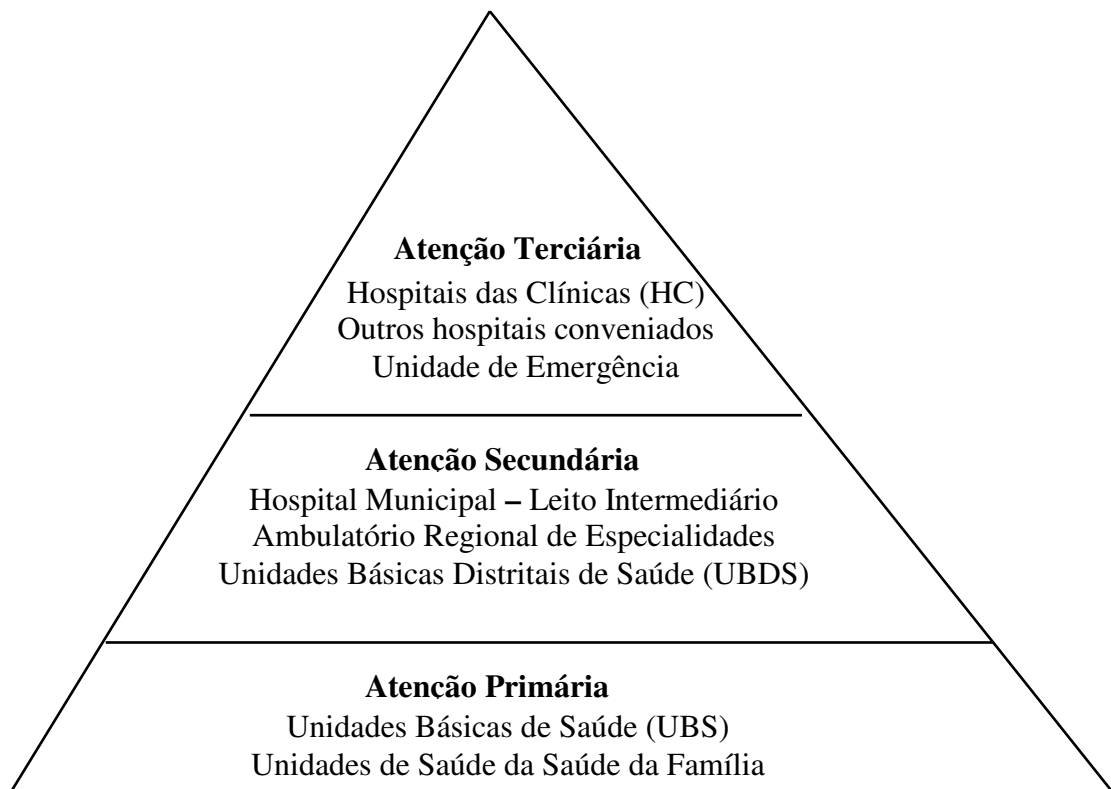


Figura 3 - Hierarquização dos serviços do sistema público de saúde no Brasil

FONTE: adaptado de Almeida, 1991, p. 76.

A construção das 'linhas de cuidado' (Figura 4) é estruturada por projetos terapêuticos centrados no usuário por meio de fluxos assistenciais seguros que proporcionam a oferta de atendimento das necessidades dos usuários, visando a organização da assistência na atenção secundária. O fluxograma acoplado ao projeto terapêutico opera em determinado serviço

assistencial. O apoio de instrumentos analíticos, por exemplo, o fluxograma, serve para analisar e perceber o processo de trabalho e a rede de relações que se organiza em torno da produção da saúde. A aplicação dessas ferramentas é importante para o gestor de saúde no auxílio a um processo de planejamento e tomada de decisão (MERHY et al., 2003).

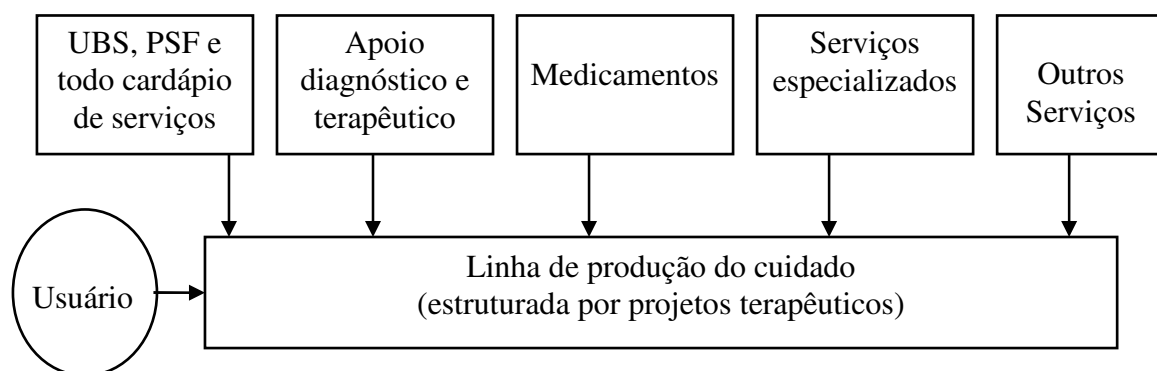


Figura 4 - A produção do cuidado
 FONTE: Merhy et al. (2003, p.130)

De acordo com o Ministério da Saúde, grande parte dos 135 milhões de brasileiros que dependem do SUS não contam com assistência básica, que poderia ser prestada por postos de saúde dotados de profissionais e equipamentos básicos. Esses brasileiros moram em 3.800 municípios que gastam menos de dez reais por ano com saúde para cada habitante. Muitos não têm sequer posto de saúde, portanto não gastam nada. Em 2003, havia no Brasil cerca de 5.864 hospitais, sendo 2.217 públicos, 150 universitários, e 3.497 privados, com uma oferta de aproximadamente, 441.591 leitos, no que resulta em um número médio de 2,5 leitos por 1.000 habitantes (DATASUS, 2005).

No Brasil, o setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado. Isto ocorre quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região. O SUS privilegia a formação de convênios com as instituições filantrópicas devido elas não visarem lucros revertendo os seus resultados financeiros para a sua manutenção (CÔRREA et al., 2000).

Atualmente, o setor de saúde suplementar reúne mais de 2.000 empresas operadoras de planos de saúde, milhares de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Essa rede prestadora de serviços de saúde atende a mais de 37 milhões de

consumidores que utilizam planos privados de assistência a saúde para realizar consultas, exames ou internações. O órgão que regula, normatiza, controla e fiscaliza as atividades que garantam a assistência de saúde suplementar é a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde (ANS, 2004).

As operadoras de planos de assistência à saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde. A ANS definiu oito modalidades de operadoras: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões, seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo (Gráfico 1).

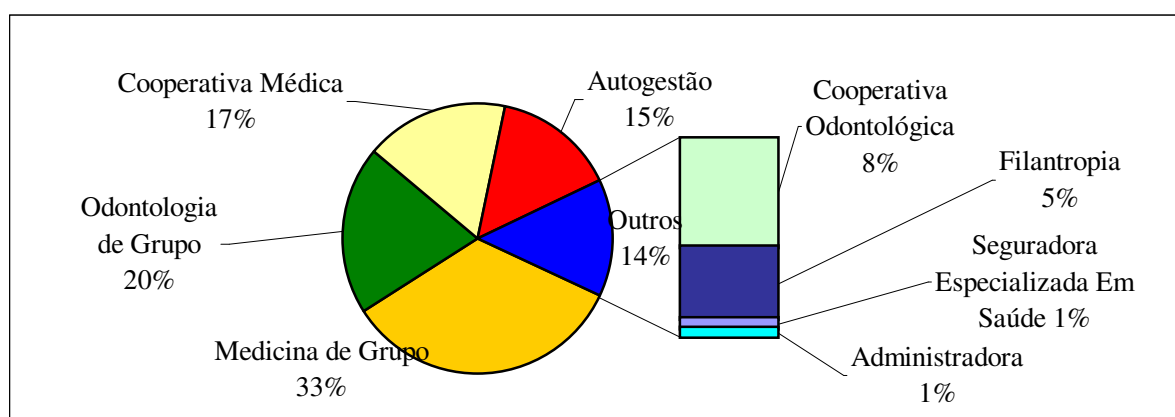


Gráfico 1 - Participação do setor privado por modalidade de operadora no mercado
 FONTE: Cadastro de Operadoras - ANS/MS - 29/04/2005 (ANS, 2005)

O mercado de saúde no Brasil está representado, no setor público, pelo SUS de acordo com a hierarquização, apresentada na Figura 3, e no setor privado pelas operadoras de saúde suplementar, que estão classificadas em oito modalidades citadas anteriormente. De uma maneira geral, as características dos sistemas de saúde existentes no Brasil estão direcionadas e são vistas pelos 'olhos' do público atendido pelo sistema que ofereceu o serviço de saúde:

- **SUS**: sistema oficial, público, com apoio da legislação, o Estado deve garantir o direito à saúde da população de forma universal e igualitário, é integral porque executa ações de promoção da saúde, proteção específica, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação. É integrado pois unificou sob única estrutura jurídico administrativa, os serviços públicos municipais, estaduais e federais, numa rede hierarquizada e regionalizada até o nível municipal. Tem gestão única em cada nível de governo.
- **Administradora**: as empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde, sendo que, no caso de administração de planos, são financiados por operadora, não

assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos

- Cooperativa Médica: as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a lei (BRASIL,1971), operam planos privados de assistência à saúde, por exemplo, a UNIMED.
- Cooperativa Odontológica: as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a lei (BRASIL,1971), operam exclusivamente planos odontológicos.
- Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos do governo estaduais e municipais.
- Autogestão: operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados, por exemplos, Banco do Brasil e Petrobrás.
- Seguradora especializada em saúde: constitui uma modalidade de contratação de livre escolha e em reembolso de valores pagos com os serviços eventualmente utilizados, no limite da apólice contratada. O segurado tem toda a liberdade de utilizar os serviços oferecidos, credenciados ou não, apresentar notas de despesa e receber o reembolso, de acordo com as condições e limites contratados. A seguradora também pode oferecer uma rede de serviços, credenciada ou referenciada, onde o segurado poderá utilizar os serviços, normalmente sem qualquer desembolso. A contratação é feita mediante apresentação de propostas e posteriormente, com a assinatura de uma apólice (contrato de adesão e condições gerais da apólice), que regulará as coberturas contratadas e o pagamento das parcelas do prêmio (valor da mensalidade pago pelos riscos assumidos).
- Medicina de Grupo: empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades: da administradora, da cooperativa médica, da autogestão e da filantropia, por exemplo, o grupo São Francisco

Clínicas, na região de Ribeirão Preto. A medicina de grupo, está presente em quase todas as cidades com mais de 40 mil habitantes (ABRAMGE, 2004), sendo representada a nível institucional pelo sistema Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) – Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo (SINAMGE, 2004) - Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo (CONAMGE, 2004) com sede em São Paulo-SP.

- Odontologia de Grupo: empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica.

A Tabela 4 mostra a comparação de quatro operadoras de saúde suplementar.

Tabela 4 - Comparação de alguns sistemas de saúde suplementar

Características	Medicina De Grupo	Cooperativas Médicas	Autogestão	Seguradora
Inscrição C.R.M.	sim	sim	não	não
Diretor Clínico	sim	sim	não	não
Co-Responsabilidade pelos Serviços Médicos	sim	sim	não	não
Recursos Físicos				
Próprios	sim	sim	não	não
Credenciados	sim	sim	sim	não deveria
Usuários (milhões)	15,2	10,21*	5,58*	4,75*
Movimentação Financeira Anual R\$	10,25 bi	10,47 bi	834,46 milhões	7,60 bi
Órgão Representativo	ABRAMGE	UNIMED do Brasil	UNIDAS	FENASEG

observação: os dados referentes à medicina de grupo são de responsabilidade da ABRAMGE. Os dados referentes às cooperativas médicas são de responsabilidade da UNIMED do Brasil.

* Dados constantes no *site* da Agência Nacional de Saúde (ANS) do ano 2004

FONTE: adaptado de Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE, 2005)

Legenda: ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo;

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde;

FENASEG - Federação Nac. das Empresas de Seguros Privados e Capitalização.

2.6 O Município de Ribeirão Preto

A região de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil, é composta por 24 municípios (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2005). Apresenta uma ampla rede de serviços de cuidado à saúde que são de natureza diversa, privada, filantrópica e pública, de

nível federal, estadual e municipal, abrangendo a área de atenção à saúde primária, secundária, terciária (ALMEIDA, 1991).

A maior concentração estadual de médicos está em Ribeirão Preto com 4.324 em atividade, que representa um médico para cada 122 habitantes, segundo os dados fornecidos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) em 2005, órgão de classe que fiscaliza o exercício ético da profissão no Estado e congrega 115.883 médicos, entre os quais 86.061 estão em atividade e 29.772 inativos (ZAIDAN, 2005). O CREMESP é coordenado pelo Conselho Federal de Medicina.

A população do município de Ribeirão Preto é de 551.312 habitantes (Tabela 5). Essencialmente urbana (99,66%), com rendimento médio de 1.283,29 reais, conforme os dados de julho de 2000, das pessoas responsáveis pelos domicílios (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2005), Ribeirão Preto possui gestão plena em seu sistema de saúde municipal.

A gestão plena municipal é um modelo de gestão que atribui ao poder municipal a definição de política de saúde, com estabelecimento de diretrizes, normas e padrões de articulação com os níveis estadual e federal (MENDES, 1994). Portanto, o município gerencia totalmente as unidades ambulatoriais ligadas ao SUS, organiza a rede de atenção básica, disponibiliza serviços de atenção básica e de média complexidade, inclusive para outros municípios por meio de pactos.

Tabela 5 - População de Ribeirão Preto

Ano	População	Método
2005	551.312	Estimativa
2004	534.944	Estimativa
2003	527.734	Estimativa
2002	520.501	Estimativa
2001	514.160	Estimativa
2000	504.923	Censo

FONTE: IBGE, Censos e Estimativas (DATASUS, 2005)

A população por faixa etária e sexo é apresentada na Tabela 6. Ribeirão Preto destaca-se pelos avanços de acordo com a implementação dos componentes da reforma do setor da saúde que está fundamentada nos preceitos do SUS. É um pólo econômico de desenvolvimento agrícola-

industrial na produção de derivados de cana-de-açúcar, bem como nos setores terciários do comércio e de serviços nas áreas educacional e médico-sanitária.

Tabela 6 – População residente por faixa etária e sexo de Ribeirão Preto

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2005			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	4.295	4.031	8.326
1 a 4	16.971	16.516	33.487
5 a 9	22.744	21.812	44.556
10 a 14	24.808	24.269	49.077
15 a 19	26.820	27.122	53.942
20 a 29	47.895	49.802	97.697
30 a 39	41.655	45.079	86.734
40 a 49	34.743	39.075	73.818
50 a 59	22.040	25.737	47.777
60 a 69	13.765	17.401	31.166
70 a 79	7.303	10.424	17.727
80 e +	2.319	4.686	7.005
Total	265.358	285.954	551.312

FONTE: IBGE, Censos e Estimativas (DATASUS, 2005)

No Brasil, é ainda um desafio a integração da atenção hospitalar à rede básica do sistema de saúde para o atendimento das demandas assistenciais (SILVA, 1996, OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004). Os hospitais públicos e filantrópicos, através do convênio com o SUS, responsabilizam-se por atender a clientela referenciada do nível primário de atenção à saúde para os níveis secundários e terciários. O município de Ribeirão Preto possui 16 instituições hospitalares listadas no Quadro 9.

Quanto à natureza jurídica dessas instituições, três são públicas, sete são filantrópicas e seis são privadas, de acordo com o Quadro 9. Em julho de 2003, a cidade possuía 3,6 leitos por 1.000 habitantes (DATASUS, 2005). Entre os hospitais, destaca-se o Hospital das Clínicas (HC) da Universidade de São Paulo (USP) porque realiza uma média de 2,5 mil consultas e 80 cirurgias por dia. Deste total de pacientes atendidos diariamente, 38% são moradores de Ribeirão Preto, 31% de pessoas de cidades próximas, 24% de outros municípios do Estado de São Paulo, e 7% do restante do país.

Quadro 9 - Relação dos hospitais do município de Ribeirão Preto

Hospital	Natureza
Abrigo Ana Diederichsen	Filantrópico da Santa Casa
Hospital das Clínicas (Unidade de Emergência)	Público
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) da Universidade de São Paulo	Público
Hospital do Câncer (Fundação SOBECCAN)	Filantrópico
Hospital do Coração	Privado
Hospital e Maternidade Amico Riberânia	Privado
Hospital Maternidade Sinhá Junqueira	Privado
Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto	Público
Hospital Santa Lydia	Filantrópico
Hospital São Francisco S/C Ltda	Privado
Hospital São Lucas S/C Ltda	Privado
Hospital São Paulo de Clínicas Especializadas	Privado
Hospital Sociedade Beneficência Portuguesa	Filantrópico
Mater (Maternidade do Complexo Aeroporto)	Filantrópico
Sanatório Hospital Psiquiátrico Espírita São Vicente de Paulo	Filantrópico
Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	Filantrópico

FONTE: adaptado de Urbano (2003, p. 108)

A Tabela 7 apresenta os leitos gerais ou especializados situados em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, conveniados ou contratados pelo Sistema Único de Saúde, destinados a prestar atendimento gratuito à população.

Tabela 7 – Número de hospitais e leitos por natureza do prestador do SUS segundo especialidade em Ribeirão Preto-SP em Julho 2003

Natureza	Hospitais	Leitos										Leitos UTI
		Total	Cirúrgicos	Obstétric.	Clín.Médic	Crôn/FPT	Psiquiatr.	Tisiologia	Pediatria	Reabilitaç	Hosp/dia	
Públicos	2	1.098	274	30	297	3	364	5	103	6	16	71
- Estadual	2	1.098	274	30	297	3	364	5	103	6	16	71
Privados	6	789	218	113	261	1	55	-	141	-	-	71
- Contratados	1	158	63	35	43	1	1	-	15	-	-	26
- Filantrópicos	5	631	155	78	218	-	54	-	126	-	-	45
Total	8	1.887	492	143	558	4	419	5	244	6	16	142

FONTE: DATASUS, 2005.

A assistência pública em Ribeirão Preto foi organizada em cinco regiões (Quadro 10), chamados Distritos de Saúde (DS). Os DS estão localizados nas regiões: Norte (Distrito do

Simioni), Leste (Distrito de Castelo Branco), Oeste (Distrito de Sumarezinho), Região Central (Distrito Central), e Região Sul (Distrito de Vila Virgínia).

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais (Gráfico 2). A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento (PA) em urgências próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS.

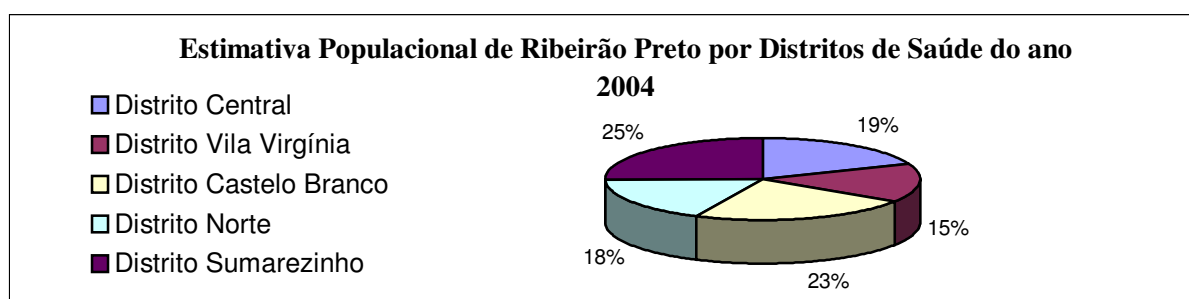


Gráfico 2 - Estimativa populacional de Ribeirão Preto por Distritos de Saúde, ano 2004
 FONTE: Secretaria da Saúde, 2005

Cada Distrito de Saúde (DS), conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de abrangência, será a referência de algumas especialidades para todo o distrito. Além disto, cada DS é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência (Quadro 10).

Todas as Unidades de Saúde contam com retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatorios de especialidades também são realizados exames mais sofisticados através dos serviços contratados e ou conveniados (SECRETARIA DA SAÚDE, 2005).

Em Ribeirão Preto, a rede básica (Figura 5), de atenção primária tem hoje 34 unidades: cinco com atendimento 24 horas e cinco núcleos da saúde da família funcionando através da parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) e Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo. No nível de atenção secundária, a rede pública tem sete ambulatórios de especialidades entre próprios, conveniados e contratados:

- 1) especialidades pediátricas Posto de Atendimento Médico II (PAM-II);
- 2) Núcleo de Gestão Assistencial 59 (NGA-59) especialidades médicas;
- 3) Núcleo de Atenção à Saúde de Pessoas Portadoras de Deficiências (NADEF) – estimulação precoce e atenção à pessoas portadoras de fissuras lábio-palatais;
- 4) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatório de saúde mental, núcleo de saúde mental - Centro de Saúde-Escola da Universidade de São Paulo (CSE-USP);
- 5) ambulatório de especialidades Santa Casa - Universidade Barão de Mauá (UNIMAUÁ);
- 6) centro de especialidades Electro Bonini - Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP),
- 7) a oferta de determinadas especialidades em unidades distritais.

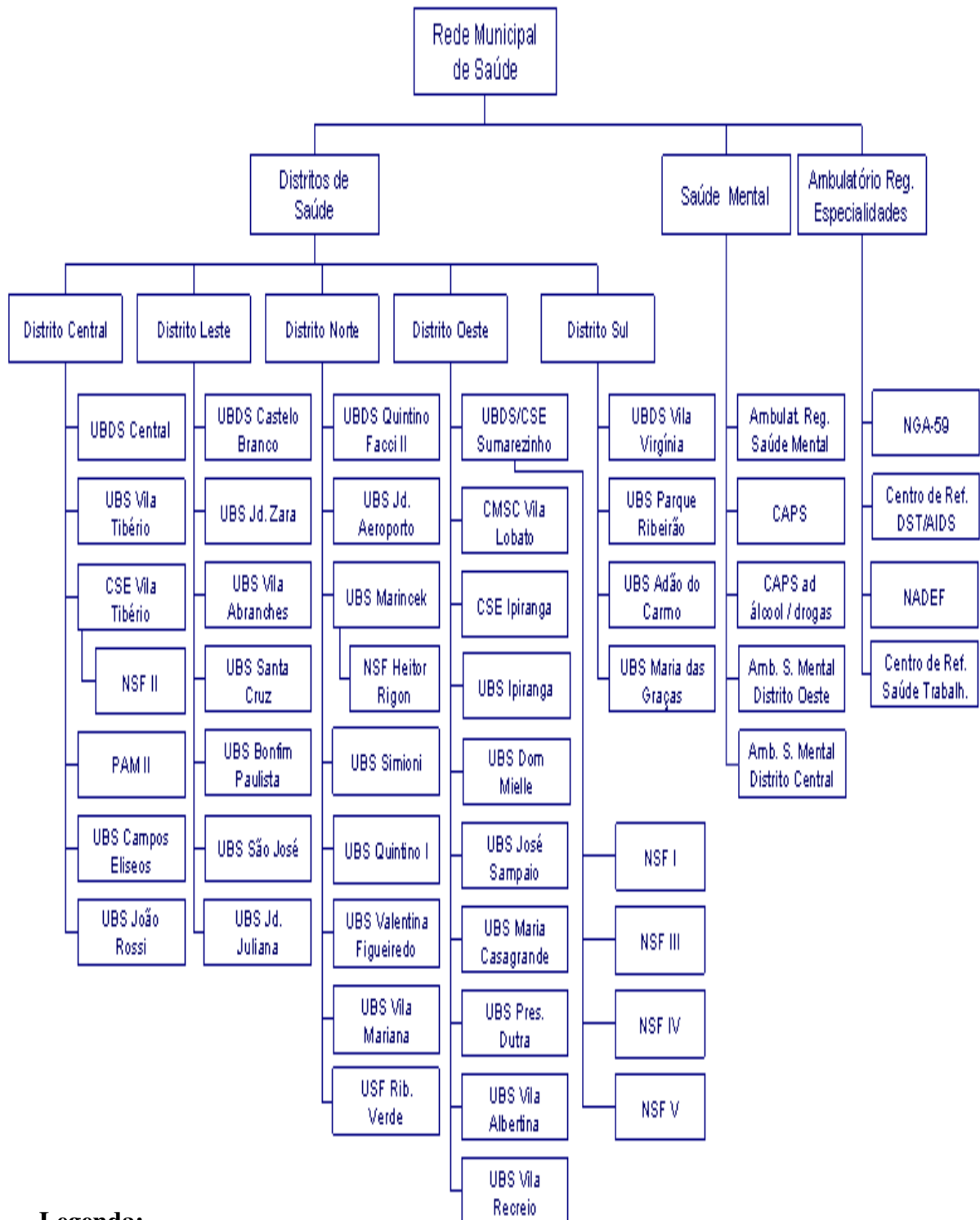
Quadro 10 - Relação das unidades de saúde de Ribeirão Preto

Distrito Central	Distrito Leste
CSE Vila Tibério	UBDS Castelo Branco
PAM II – Setor Pediatria	UBS Jardim Juliano
UBDS Central	UBS Jardim Zara
UBS Campos Elíseos	UBS São José
UBS Vila Tibério	UBS Santa Cruz
UBS João Rossi	UBS Vila Abranches
Distrito Norte	UBS Bonfim Paulista
UBDS Quintino Facci II	Distrito Oeste
UBS Marincek	CMSC Vila Lobato
UBS Quintino Facci I	CSE Ipiranga
UBS Jardim Aeroporto	UBDS Sumarezinho
UBS Valentina Figueiredo	UBS Dom Mielle
UBS Vila Mariana	UBS Ipiranga
USF Ribeirão Verde	UBS José Sampaio
UBS Simioni	UBS Presidente Dutra
Distrito Sul	UBS Vila Albertina
UBDS Vila Virgínia	UBS Vila Recreio
UBS Adão do Carmo Leonel	UBS Maria Casagrande Lopes
UBS Jardim Maria das Graças	
UBS Parque Ribeirão Preto	

FONTE: Secretaria da Saúde, 2005.

Legenda:

- CSE: Centro de Saúde-Escola
- CMSC: Centro Médico Social Comunitário
- PAM: Posto de Atendimento Médico
- UBDS: Unidade Básica Distrital de Saúde
- UBS: Unidade Básica de Saúde
- USF: Unidade de Saúde da Família



Legenda:

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial **CSE:** Centro de Saúde-Escola
CMSC: Centro Médico Social Comunitário **NSF:** Núcleo de Saúde da Família
USF: Unidade de Saúde Família **PAM:** Posto de Atendimento Médico
NADEF: Núcleo de Atenção à Saúde de Pessoas Portadoras de Deficiência
NGA: Núcleo de Gestão Assistencial (Ambulatório Regional de Especialidade)

Figura 5 - Organograma das unidades de saúde da rede municipal de Ribeirão Preto
 FONTE: Secretaria da Saúde, 2005

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este Capítulo está estruturado por tópicos que descrevem a composição do instrumento de coleta de dados, como foi definida a amostra da pesquisa de campo, o teste do instrumento de coleta de dados da presente pesquisa, como a coleta de dados foi realizada; após, as atividades restantes foram comentadas, no tópico chamado parte final da pesquisa, as técnicas utilizadas nas análises dos dados foram definidas e as principais etapas deste trabalho foram listadas. Por fim, no último tópico, as limitações encontradas foram citadas.

A pesquisa utilizou as abordagens qualitativa, com enfoque descritivo, e quantitativa. As técnicas de pesquisa escolhidas são a observação e a entrevista. A população alvo são pacientes que buscam o atendimento dos serviços médicos disponíveis por meio da consulta médica, nas instituições de saúde tanto do setor público como do privado, localizadas no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. .

A seguir, está a composição do instrumento de coleta de dados, que usou parte da SERVQUAL, derivado do modelo de falha de serviços, para a avaliação de qualidade de serviços de saúde.

3.1 O Instrumento de Coleta de Dados

Irá compor o instrumento de coleta de dados, dentre as ferramentas disponíveis e atributos de qualidade estudados, a SERVQUAL, já apresentada no Sub-Capítulo 2.3, adicionada de perguntas abertas, fechadas e dos registros do tempo que são relacionados à consulta médica. Um motivo de ter sido escolhido a SERVQUAL é a sua utilização por outros pesquisadores na avaliação dos serviços de saúde. Testado e conhecido, a SERVQUAL abrange uma grande quantidade de atributos de qualidade, englobando 44 frases afirmativas distribuídas em cinco dimensões de qualidade.

O instrumento de coleta de dados (em Apêndice A) é formado de quatro partes e reúne perguntas abertas e fechadas. Foi aplicado por contato direto, usando a entrevista:

- 1) A **primeira parte** ajudará na identificação dos dados para não ocorrer erros de transcrição e digitação. São dados gerais sobre o entrevistado e os registros do tempo:
 - especialidade do médico, instituição de saúde, e se é particular.
 - dados pessoais do paciente: nome (para realizar a entrevista pessoal), idade, sexo, data de atendimento;
 - se é a primeira consulta ou retorno de consulta, ou seja, se já é paciente;
 - dados sobre o tempo, se houver agendamento da consulta médica (data de agendamento e a hora da consulta agendada), hora de chegada do paciente no consultório médico (entrada no local; hora do pré-atendimento, se houver); hora de início da consulta médica (entrada na sala do médico); hora de término da consulta médica (saída da sala do médico);.
- 2) A **segunda parte** está composta de 23 perguntas fechadas. Corresponde à parte da SERVQUAL (Tabela 1), formada de 22 perguntas sobre as expectativas do paciente em relação à qualidade do serviço de saúde a ser prestado. A vigésima terceira pergunta é sobre a expectativa de uma forma geral.
- 3) A **terceira parte** tem 23 perguntas fechadas sobre a qualidade do serviço. Corresponde à parte da SERVQUAL (Tabela 2), formada de 22 perguntas. A vigésima terceira pergunta refere-se à satisfação do paciente. A terceira parte, é aplicada após a consulta médica.
- 4) E finalmente, a **quarta parte** apresenta uma pergunta aberta sobre o tempo de atendimento com o tipo de resposta livre. Consta a questão: dê sua opinião sobre o tempo de atendimento.

3.2 Definição da Amostra

A população da pesquisa foi constituída por pacientes que tiveram atendimento médico no setor de saúde público e privado. A amostra foi do tipo probabilística por conglomerado abrangendo os pacientes atendidos na cidade de Ribeirão Preto. Para a formação da lista de conglomerado foi utilizado um mapa da cidade na busca de possíveis locais de saúde para participarem da pesquisa. A forma de seleção dos sujeitos da pesquisa foi aleatória.

Como nesta pesquisa buscou-se analisar os tempos, procurou-se as instituições que possuem agendamento; e assim sendo, os locais caracterizados somente de prontos atendimentos de

urgência e emergência foram descartados da lista de conglomerado por razão de não ser exequível obter a opinião, no momento, que o paciente estava em estado grave de saúde.

Assim, o mapa da cidade foi dividido em regiões. Aproveitou-se da divisão já existente da rede básica municipal de Ribeirão Preto (Gráfico 2). Outro parâmetro na elaboração da lista de conglomerado foi a escolha de uma especialidade, optou-se por escolher uma especialidade que não limitasse a população por idade ou sexo, por exemplo, a geriatria, a ginecologia. A especialidade escolhida foi a cardiologia. Quando se escolheu separar a amostra pela especialidade cardiologia, conseqüentemente, determinou-se que fariam parte da lista as Unidades Básicas Distritais de Saúde, que são referências de algumas especialidades para todo o Distrito de Saúde.

Na especialidade cardiologia, os médicos particulares foram selecionados através de uma listagem das quatro operadoras de planos de saúde denominadas OPS: OPS1 com sete médicos, OPS2 com 26 médicos, OPS3 com 55 médicos e OPS4 com 52 médicos. De acordo com a lista, um médico poderia oferecer o seu serviço para mais de uma operadora de saúde, ou seja, a maioria dos médicos trabalhava com mais de um convênio segundo o gráfico de Venn (Figura 6).

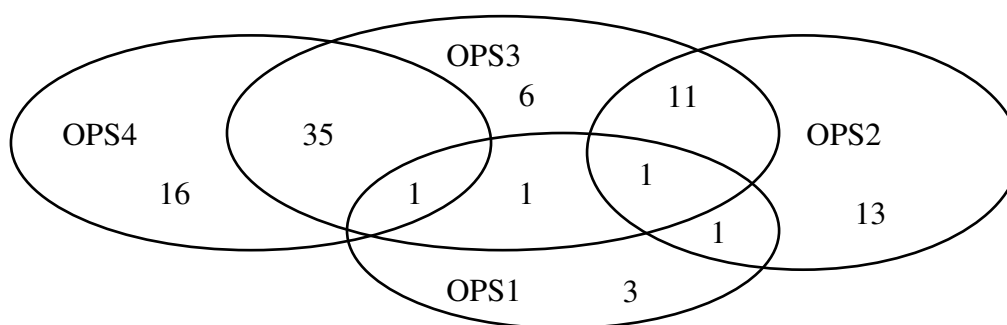


Figura 6 - Quantidade de médicos por operadora de saúde em Ribeirão Preto

Para montar a lista de seleção dos consultórios particulares primeiramente procurou-se os médicos que atendiam mais de um convênio e consultórios que tinham mais de um médico atendendo. Assim, a listagem das operadoras de planos de saúde forneceu 88 médicos. Um médico poderia estar localizado no mesmo endereço, código de endereçamento postal (CEP), que outro médico, ou seja, no mesmo consultório; dois ou mais médicos poderiam atender ao

mesmo tempo ou em horários ou dias diferentes, portanto poderia acontecer de um médico trabalhar em vários locais (Tabela 8).

Tabela 8 - Quantidade de médicos por CEP e Bairro

Código de Endereçamento Postal CEP	Quantidade de Médicos	Bairro
14010	18	Centro
14015	21	Centro
14020	19	Vila Seixas
14025	21	Jardim Sumaré
14026	2	Jardim Califórnia
14050	3	Vila Tibério
14080	1	Campos Elíseos
14085	3	Campos Elíseos
14090	1	Jardim Paulista
Total	89	7

De acordo com o levantamento dos endereços dos médicos particulares de cardiologia, mapeado por CEP, constatou-se, que as clínicas estavam em grande maioria na região central de Ribeirão Preto. Assim, a lista para o pedido de autorização para realização da pesquisa ficou composta de 21 médicos, dos quais 18 médicos e três médicas, distribuídos em 14 consultórios particulares. Dos 21 médicos, seis médicos cardiologistas, localizados em cinco consultórios, autorizaram a realização da pesquisa.

As cinco UBDS e cinco consultórios particulares da cidade de Ribeirão Preto deram o consentimento para participarem da pesquisa.

A lista de conglomerado ficou composta pelo ambulatório do Hospital D, três UBDS denominadas UBDS A, UBDS B e UBDS, e cinco consultórios particulares de médicos, da especialidade cardiologia.

3.3 Teste do Instrumento de Coleta de Dados

Um teste do instrumento de coleta de dados aconteceu no dia oito de agosto de 2005. Os pacientes foram escolhidos de forma aleatória, num dos locais públicos da coleta de dados. Neste teste, procurou-se verificar o entendimento do paciente em relação às perguntas contidas neste instrumento. As modificações necessárias no instrumento de coleta de dados foram realizadas para uma melhor adequação e entendimento do paciente (em Apêndice A).

Todos os pacientes abordados aceitaram participar do teste. Foram nove entrevistados. O horário de chegada no local correspondeu ao intervalo das sete horas da manhã até sete horas e 40 minutos. As especialidades foram: ortopedia, oftalmologia, hematologia, endócrino, oncologia pulmão, reumatologia. O tempo de espera mínimo foi de 30 minutos e o máximo foi de duas horas e 50 minutos. O tempo de duração da consulta foi o mínimo de dez minutos e o máximo de 45 minutos, com exceção de um paciente que realizava tratamento que durou duas horas.

Observou-se através dos dados obtidos das perguntas fechadas que a pontuação do serviço percebido estava entre cinco, seis e sete, concentrando-se em grande parte no sete, o que leva a concluir que os pacientes entrevistados avaliaram os serviços de saúde do local pesquisado como excelentes. As expectativas dos entrevistados também foram altas, entre o intervalo cinco e sete, concentrando também em sua grande maioria na pontuação sete, mas com mais pontuações cinco e seis, mostrando uma leve tendência dos entrevistados esperar menos pelo serviço, e que o serviço de saúde recebido supera as expectativas dos pacientes.

Observou-se que havia longas filas de espera pelo serviço de saúde. Percebe-se um gargalo na passagem do balcão para pegar a senha para a consulta; este balcão define o direcionamento da especialidade e é conhecido por uma determinada cor. Os corredores ficam lotados de pacientes, e torna-se difícil a movimentação, principalmente às sete horas e trinta minutos, que é o horário de agendamento de todos os pacientes pela manhã. Verificou-se grande paciência por parte dos entrevistados, que moram em cidades vizinhas e, na maioria das vezes, utilizam o ônibus fornecido pela sua cidade, com o horário de chegada e saída de Ribeirão Preto pré-determinados. Quanto à questão aberta sobre o tempo de atendimento conclui-se que os próprios pacientes justificaram a demora do atendimento relatando que há muita gente para ser atendida e que o tempo de espera é necessário.

Apesar do tempo de espera ultrapassar 30 minutos, os pacientes mostraram-se satisfeitos com o serviço de saúde oferecido. Nota-se o respeito e reconhecimento por parte do paciente pela qualidade técnica dos profissionais de saúde que trabalham na instituição, pois sentem-se seguros com tratamento e confiam na instituição. Em vez de falar sobre o tempo, os pacientes diziam porque ocorria a espera no atendimento, isso levou a autora notar um desconforto pela demora no atendimento. Alguns pacientes disseram que vale a pena esperar por uma consulta

porque os seus problemas de saúde serão resolvidos, assim, constata-se que a imagem da instituição de saúde influenciou nas opiniões dadas.

O motivo da justificativa do paciente, talvez seria o medo de criticar e dar a sua opinião sincera. Outra possibilidade seria a importância dada ao tempo de atendimento em relação aos outros fatores ligados ao serviço de saúde. Outras pesquisas citaram a facilidade que o paciente tem de avaliar o relacionamento médico-paciente, portanto, esse relacionamento poderia tornar o fato de esperar um bônus aceitável para o paciente. Também outro fato que poderia ser considerado, é a situação do paciente no momento da entrevista, que poderia influenciar a opinião dele, como exemplo, o tipo de doença, a gravidade do estado de saúde, idade, se exerce uma atividade profissional, ou já é aposentado e talvez poderia esperar a consulta.

Essa situação poderia ser melhorada se houvesse mudança no processo operacional dos profissionais de saúde por meio da implantação de um sistema de agenda informatizado que deveria estar integrado em rede, para acesso das instituições de saúde no Brasil.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada após as devidas autorizações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo A), da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Anexo B), e no setor privado, dos médicos que atendem nos consultórios particulares (Anexo C), foi possível dar início à coleta de dados.

Sob acompanhamento e orientação da pesquisadora, oito graduandos receberam auxílios através de treinamento, manual de instruções, e material para efetuar a aplicação do instrumento de coleta de dados nas instituições de saúde públicas e privadas.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas com o mesmo paciente. A primeira etapa consistiu da aplicação da **primeira parte** e **segunda parte** do instrumento de coleta de dados. Registrou-se o tempo de chegada, data e horário do atendimento médico (primeira parte), mais as 23 perguntas fechadas (segunda parte). A execução da segunda etapa da coleta ocorreu após a consulta médica acontecer e consistiu da aplicação da **terceira parte** do

instrumento com 23 perguntas fechadas, seguida da **quarta parte** com uma pergunta aberta, adicionando-se o registro da hora de saída da consulta.

O procedimento usado na aplicação do instrumento de coleta de dados ocorreu na seguinte forma:

- primeiro foi abordado o paciente, explicado o objetivo da pesquisa e solicitada sua autorização para realizar a pesquisa através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fica com o paciente e outra com a pesquisadora. Neste momento, também é comunicado ao paciente que todo o processo de pesquisa passou pelo CEP e será garantido o anonimato e a confidencialidade dos respondentes da pesquisa;
- após, foi explicado para o paciente como ele participará da pesquisa. É esclarecido ao paciente que ele responderá às perguntas contidas no questionário antes e após a sua consulta médica. Portanto, o questionário foi aplicado em duas etapas. Assim, a primeira etapa foi aplicada antes de ocorrer a consulta médica, e contém perguntas sobre a expectativa do paciente com relação à consulta. A segunda etapa aconteceu após a consulta médica, a qual contém perguntas fechadas e uma aberta sobre o tempo de atendimento;
- foi entregue uma ficha contendo as pontuações da SERVQUAL. Esta ficha ficou nas mãos do entrevistado para a sua consulta durante as perguntas. Foi explicado ao paciente, as pontuações das perguntas fechadas, contidas na ficha, conforme as instruções de preenchimento da SERVQUAL (**Sub-Capítulo 2.3**);
- foram colhidas as respostas dos pacientes, e junto validados os dados, qualquer problema ocorrido foi corrigido no momento de sua ocorrência;
- concomitante às atividades anteriores, foram registrados os tempos, data e horário de agendamento, e os horários de chegada, entrada e saída da consulta médica.

A pesquisa foi realizada em oito instituições de saúde, quatro instituições do setor público e quatro do setor privado. Em resumo, a Tabela 9 apresenta a quantidade de respondentes, dias e o período da coleta por instituição de saúde.

Tabela 9 - Quantidade de respondentes, dias coletados e período da coleta por local

Tipo	Locais de Coleta	Quantidade Total de Respondentes	Quantidade de Dias Coletados	Período da Coleta em 2006 (dia/mês)
Público	UBDS A	46	10	22/05 até 09/06
	UBDS B	62	11	22/05 até 08/06
	UBDS C	53	7	23/05 até 08/06
	Hospital D	30	9	05/06 até 22/06
	Total	191	18	22/05 até 22/06
Privado	Consultório 1	71	12	29/05 até 21/06
	Consultório 2	38	10	24/06 até 08/06
	Consultório 3	53	11	23/05 até 02/06
	Consultório 4	47	7	22/05 até 08/06
	Total	209	17	22/05 até 08/06

3.5 Parte Final da Pesquisa

Para a fase de análise e avaliação dos dados quantitativos que foram coletados durante a pesquisa empírica, usou-se o *software* estatístico *Statistical Package for Social Science* SPSS (2005) versão estudante executada na plataforma Windows. A estatística não paramétrica através da técnica do teste com sinais Wilcoxon, com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), foi realizada (COOPER; SCHINDLER 2003). O teste estatístico envolve duas amostras, pois compara a opinião do paciente, ou seja, a expectativa e percepção do paciente sobre a qualidade do serviço de saúde. As amostras são relacionadas porque a opinião do mesmo paciente é mensurada antes e após a consulta médica, e a escala de mensuração é ordinal.

Na parte da análise dos dados qualitativos, relacionados com as respostas das questões abertas, foi feita uma análise descritiva.

Para elaboração dos gráficos apresentados neste trabalho, utilizou-se da planilha do *Excel* do pacote *Office* da *Microsoft* executado na plataforma Windows.

Os resultados e discussões serão apresentados no Capítulo 4. Após os resultados obtidos e discutidos, foi confeccionado um relatório técnico para cada tomador de decisão da área da saúde, principalmente, onde a coleta de dados ocorreu.

Em resumo, a partir do problema de investigação, as principais etapas de pesquisa, que compôs este trabalho foram:

- definição do objetivo da pesquisa;
- revisão bibliográfica e busca de dados secundários;
- escolha do instrumento de coleta de dados;
- escolha da amostra de pesquisa;
- teste do instrumento de coleta de dados;
- solicitação de autorização aos Comitês de Ética em Pesquisa;
- defesa da qualificação;
- autorizações dadas pelos Comitês de Ética em Pesquisa para realizar a Pesquisa;
- coleta de dados nos lugares definidos;
- análise e avaliação dos dados coletados, e por fim, apresentação e discussão dos resultados encontrados.

3.6 Limitações do Estudo

Durante este trabalho, foram encontradas algumas limitações, como:

- o paciente não quis participar da pesquisa;
- o paciente desistiu de responder as perguntas durante a coleta de dados;
- paciente que realizou uma parte da pesquisa antes de entrar na consulta médica e ficou impossibilitado de responder o restante pelo motivo de ser internado;
- pacientes impossibilitados de responderem à pesquisa por não estarem bem de saúde, geralmente os que tiveram encaixe de horário em consultório particular;
- dificuldade do acesso aos médicos de algumas clínicas particulares;
- algumas instituições de saúde do setor privado, ou seja, consultórios médicos particulares não deram o consentimento para a realização da pesquisa;
- ocorrência de eventos que impediram a coleta de dados, entre eles, um Congresso de Cardiologia fora da cidade, portanto alguns médicos não fizeram atendimento nos dias 24, 25 e 26 de maio, um feriado, férias ou licença-saúde do médico e de outros profissionais da saúde. Houve também, uma paralisação dos funcionários de saúde de uma instituição pública de saúde, mas não a paralisação do ambulatório de cardiologia, além do jogo do Brasil na Copa do Mundo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, são apresentados os resultados das análises e avaliações dos dados obtidos através da realização da pesquisa empírica, por tipo de instituição de saúde pública e privada, assim, a análise foi realizada para cada local de saúde aonde aconteceu a coleta. Após, uma síntese entre o setor de saúde público e privado foi realizada.

4.1 Instituições de Saúde do Setor Público

Neste Sub-Capítulo é apresentado os dados obtidos de instituições do setor público.

UBDS A.

Era a primeira consulta de oito pacientes. Em Ribeirão Preto, residiam 45 pacientes. O tempo mínimo de consulta foi de três minutos e o máximo de 20 minutos (Tabela 10). A UBDS A apresentou o menor tempo mínimo de consulta entre instituições de saúde do setor público e privado. De 45 registros de tempo, o tempo médio de consulta foi de oito minutos.

Tabela 10 - UBDS A

Coleta de Dados da UBDS A	22/05/2006	23/05/2006	29/05/2006	30/05/2006	31/05/2006	02/06/2006	06/06/2006	07/06/2006	08/06/2006	09/06/2006
Pacientes Agendados	11	11	12	12	11	12	12	12	12	12
Pacientes que Faltaram	4	3	2	7	3	1	3	3	3	0
Pacientes Atendidos	7	8	10	5	8	11	9	9	9	12
Responderam à Pesquisa	3	5	6	4	5	4	4	5	5	5
Quantidade de Coleta do Tempo	3	5	6	4	4	4	4	5	5	5
Tempo de Consulta Mínimo (minutos)	5	6	4	6	4	4	3	5	5	5
Tempo de Consulta Máximo (minutos)	11	13	14	17	12	7	6	20	9	16
Média de Tempo de Consulta (minutos)	8	8	6	9	6	5	12	9	7	10

Dos 46 pacientes entrevistados, 30 eram do sexo feminino e 16 do masculino. Quanto ao grau de instrução, a classificação por ordem decrescente, conforme a faixa de instrução, até o primário, primeiro grau, segundo grau e por último curso superior. Entre as instituições públicas pesquisadas, a UBDS A apresentou o maior grau de instrução dos pacientes (Gráfico 3).

Dos 46 entrevistados, a idade mínima foi de 31 anos e a máxima de 84 anos. Considerando a faixa etária de 51 até 60 anos central e predominante, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que estava igualmente distribuída antes e após a faixa central, isto quer dizer que não houve predominância de idosos (idade acima de 60 anos) e nem de jovens e adultos (idade igual ou menor que 60 anos) (Gráfico 4).

Em relação à questão aberta sobre o tempo de atendimento, de 47 entrevistados, apenas 11 não fizeram qualquer tipo de crítica. Os principais problemas citados eram a falta de quantidade suficiente de médico e a consulta médica ser muito rápida, além do atendimento de saúde ter sido ruim (Apêndice E).

UBDS B.

O tempo mínimo de consulta foi de onze minutos e o máximo de uma hora e oito minutos (Tabela 11). Exceto o Hospital D, a UBDS B apresentou o maior tempo mínimo de consulta e o maior tempo máximo de consulta de todas instituições de saúde pesquisadas. De 63 registros de tempo de consulta, o tempo médio de consulta foi de 32 minutos.

Tabela 11 - UBDS B

Coleta de Dados da UBDS B	22/05/2006	23/05/2006	24/05/2006	29/05/2006	30/05/2006	31/05/2006	01/06/2006	05/06/2006	06/06/2006	07/06/2006	08/06/2006
Pacientes Agendados	20	20	20	22	20	23	20	18	22	21	23
Pacientes que Faltaram	4	4	6	1	8	4	4	3	6	5	8
Pacientes Atendidos	16	16	14	21	12	19	16	15	16	16	15
Responderam à Pesquisa	5	7	5	7	6	6	7	6	6	4	3
Quantidade de Coleta do Tempo	5	7	6	7	6	6	7	6	6	4	3
Tempo de Consulta Mínimo (minutos)	11	15	24	20	15	19	18	27	19	22	25
Tempo de Consulta Máximo (minutos)	68	38	66	43	41	34	40	65	50	43	44
Média de Tempo de Consulta (minutos)	35	25	43	28	25	26	27	42	30	33	35

Dos 62 pacientes entrevistados, 39 eram do sexo feminino e 23 do masculino. Quanto ao grau de instrução, a classificação por ordem decrescente, conforme a faixa de instrução, até o primário, segundo grau, primeiro grau, e por último, curso superior. Entre as instituições públicas, a UBDS B classificou-se em segundo lugar apresentando um alto grau de instrução dos pacientes (Gráfico 3).

Dos 63 entrevistados, a idade mínima foi de 24 anos e a máxima de 89 anos. Considerando a faixa etária de 51 até 60 anos central e predominante, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que houve predominância dos idosos (Gráfico 4).

Em relação à questão aberta sobre o tempo de atendimento, a maioria dos entrevistados disse que a espera para consultar é demorada. Quanto à operação do serviço prestado, três pacientes sugeriram a utilização de senha na entrada do local para a organização da fila e coibir o fura fila. Também ocorreram críticas quanto à quantidade de funcionários, destacando-se a insuficiência de médicos (Apêndice E).

Na UBDS B, uma mudança na cultura e maior controle da oferta da instituição de saúde poderiam trazer benefícios para instituição como para os pacientes conforme mostrou o trabalho de Mori (1999), pois a insuficiência de médicos não era o fator mais determinante para a formação de fila. O modelo de formação de fila e as informações sobre o andamento da fila, ou seja, o fluxo do serviço de saúde devem estar claros para o paciente com a finalidade de evitar dúvidas, desconfiças, conflitos entre os pacientes, e entre os pacientes e profissionais de saúde, sobre o serviço de saúde oferecido.

Como sugestão, é necessária uma revisão da organização do atendimento, principalmente relacionada a gestão do agendamento com a intenção de diminuir a fila e melhorar o escalonamento do horário de atendimento do médico, para passar confiabilidade e tranqüilidade ao paciente. Também há necessidade de uma melhora na administração dos recursos para otimização dos mesmos, pois alguns recursos, como os exames realizados demoram demais para ficarem prontos, ocorrendo as vezes de não estarem prontos ainda na data marcada do retorno da consulta do paciente.

UBDS C.

Era a primeira consulta de 34 pacientes. Em Ribeirão Preto, residiam 46 pacientes. O tempo mínimo de consulta foi de oito minutos e o máximo de 34 minutos (Tabela 12). No dia oito de junho de 2006, as expectativas e percepções não foram coletadas, apenas os dados cadastrais. Na UBDS C, de 53 registros de tempo de consulta, o tempo médio da consulta foi de 21 minutos.

Tabela 12 – UBDS C

Coleta de Dados da UBDS C	23/05/2006	30/05/2006	31/05/2006	01/06/2006	06/06/2006	07/06/2006	08/06/2006
Pacientes Agendados	12	12	12	12	33	24	34
Pacientes que Faltaram	4	0	6	2	13	6	13
Pacientes Atendidos	8	12	6	10	20	18	21
Responderam à Pesquisa	6	5	8	8	8	8	10
Quantidade de Coleta do Tempo	6	5	8	8	8	8	10
Tempo de Consulta Mínimo (minutos)	15	7	8	10	8	22	18
Tempo de Consulta Máximo (minutos)	34	21	14	21	25	32	28
Média de Tempo de Consulta (minutos)	24	14	27	16	18	26	22

Dos 53 pacientes entrevistados, 34 eram do sexo feminino e 19 do masculino. A classificação conforme a faixa de grau de instrução por ordem decrescente, foi até o primário, em segundo lugar foram as faixas etárias juntas, primeiro e segundo grau, e por último lugar, o curso superior. Entre as instituições públicas pesquisadas, a UBDS C classificou-se com baixo grau de instrução dos pacientes, pois mais da metade dos entrevistados estudou apenas até o primário (Gráfico 3).

Dos 53 entrevistados, a idade mínima foi de 28 anos e a máxima de 84 anos. Considerando a faixa etária de 51 até 60 anos central e predominante, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que houve predominância de idosos (Gráfico 4).

Em relação à questão aberta sobre o tempo de atendimento, a maioria dos 42 entrevistados gostou do tempo de atendimento e também do atendimento, mas 11 deles criticaram o tempo de espera (Apêndice E).

Hospital D.

Os períodos de atendimento ao paciente são manhã e tarde, com agendamento de um horário único por período, às 7:30 horas na manhã e à tarde às 12:30 horas. Foram coletados nove dias, e 30 pacientes responderam à pesquisa. Era a primeira consulta de 16 pacientes. Em Ribeirão Preto, residiam nove pacientes. O tempo mínimo de consulta foi de doze minutos e o máximo de 85 minutos (Tabela 13). De todas instituições de saúde o Hospital D apresentou o maior tempo mínimo e o maior tempo máximo de consulta. De 47 registros de tempo de consulta, o tempo médio de consulta foi de 52 minutos.

Tabela 13 – Hospital D

Coleta de Dados do Ambulatório de Cardiologia do Hospital D	05/06/2006	06/06/2006	07/06/2006	08/06/2006	09/06/2006	12/06/2006	13/06/2006	21/06/2006	22/06/2006
Pacientes Agendados	86	17	135	51	15	95	17	139	52
Pacientes que Faltaram	18	3	23	7	1	20	3	33	10
Pacientes Atendidos	68	14	112	44	14	75	14	106	42
Responderam à Pesquisa	2	2	4	5	5	4	4	2	2
Quantidade de Coleta do Tempo	2	3	4	5	5	4	4	12	8
Tempo de Consulta Mínimo (min)	75	70	40	30	35	45	45	12	17
Tempo de Consulta Máximo (min)	80	85	55	70	60	60	75	62	75
Média de Tempo de Consulta (min)	77	78	46	42	50	50	60	25	40

Dos 50 pacientes participantes da pesquisa, 20 eram do sexo feminino e 30 do masculino. Das oito instituições de saúde, foi a única que ocorreu predomínio do sexo masculino entre os observados. A classificação conforme a faixa de grau de instrução por ordem decrescente, foi até o primário, em segundo lugar ficaram juntas as faixas primeiro e segundo grau, e por último, curso superior. Entre as instituições públicas pesquisadas, o Hospital D classificou-se por último por apresentar um baixo grau de instrução dos pacientes (Gráfico 3).

Dos 35 entrevistados, a idade mínima foi de 11 anos e a máxima de 79 anos. Considerando a faixa etária de 51 até 60 anos central, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que estava igualmente distribuída antes e após a faixa central, isto quer dizer que não houve predominância de idosos e nem de jovens e adultos (Gráfico 4).

Em relação à questão aberta sobre o tempo de atendimento, dos 29 pacientes que responderam à questão aberta, sete não citaram o tempo de espera como demorado. A grande maioria classificou o atendimento como muito bom. Constata-se que a importância é dada à qualidade técnica dos médicos. A imagem do hospital é consolidada por seus pacientes (Apêndice E).

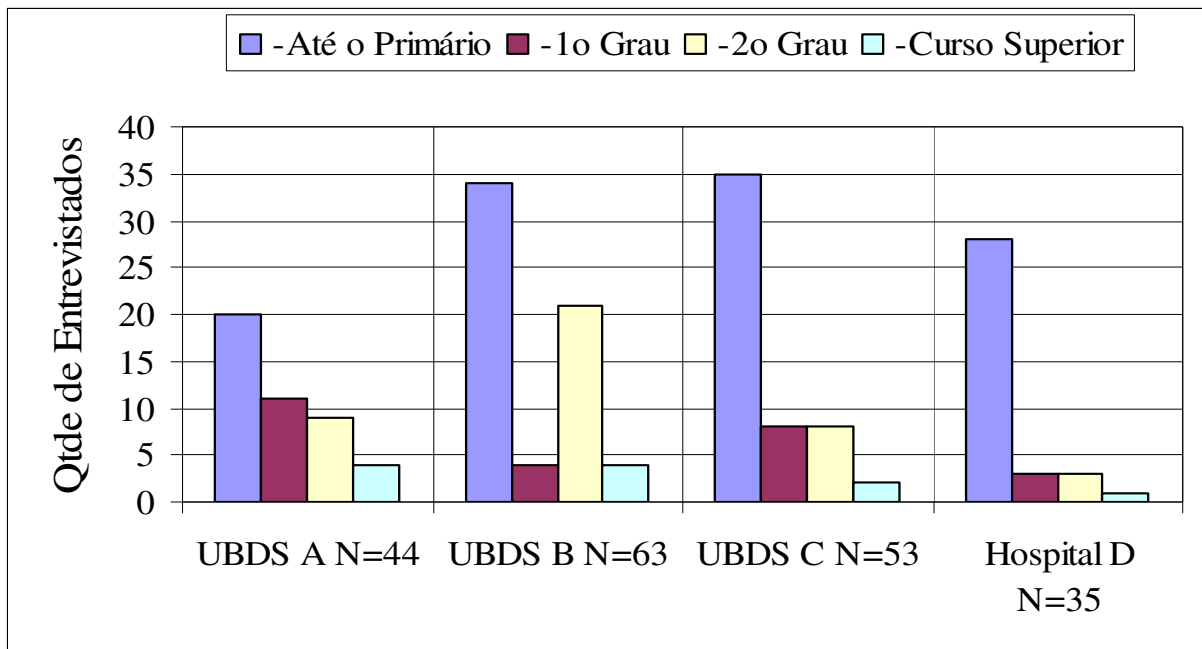


Gráfico 3 – Grau de instrução dos entrevistados por instituições de saúde públicas

O grau de instrução dos entrevistados das instituições de saúde do setor público é apresentado no Gráfico 3. O resultado da classificação da maior para a menor faixa de grau de instrução, ou seja, em ordem decrescente, foi a UBDS A, a UBDS B, a UBDS C, e por último, o Hospital D.

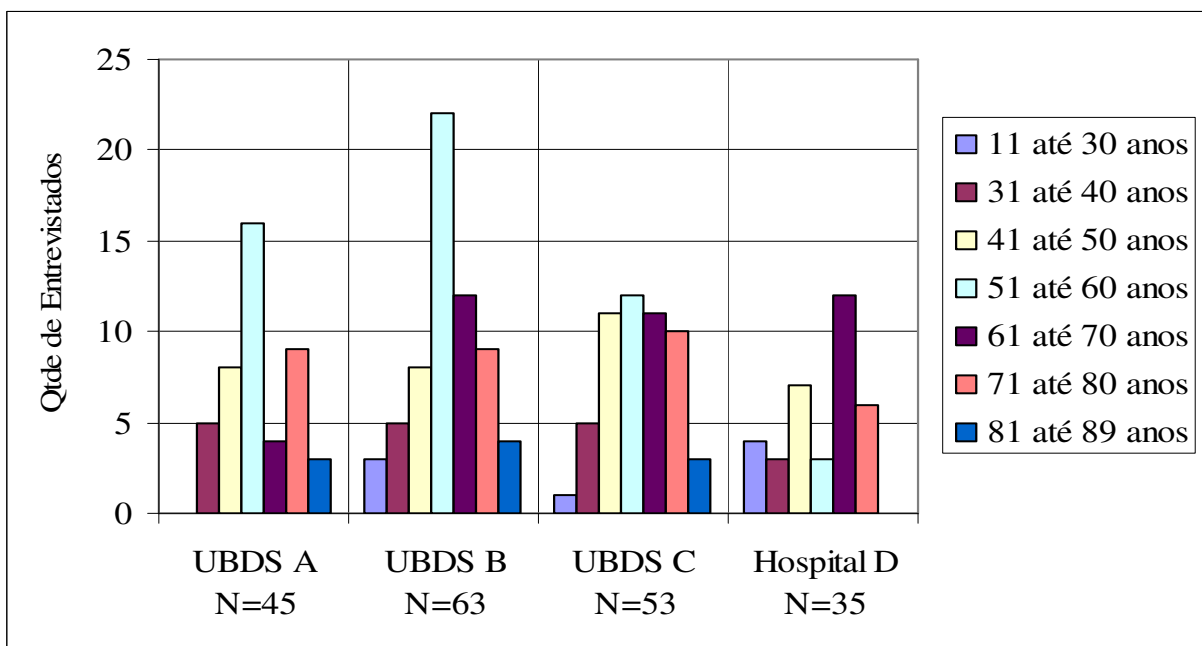


Gráfico 4 – Faixa etária dos entrevistados por instituições de saúde públicas

A faixa etária dos entrevistados de instituições de saúde do setor público é mostrada no Gráfico 4. Em ordem decrescente, considerando faixa etária de 51 até 60 anos central, a classificação foi a UBDS A, o Hospital D, a UBDS C, e a UBDS B. Logo, a UBDS A e o Hospital D com distribuição dos pacientes entrevistados entre jovens e adultos (idade igual ou menor que 60 anos) igual a idosos (idade acima de 60 anos), seguida da UBDS C, e por último, a UBDS B, sendo as duas últimas instituições com tendências aos idosos.

No público, a classificação do tempo médio de consulta em ordem crescente foi a UBDS A (oito minutos), a UBDS C (21 minutos), a UBDS B (32 minutos), e o Hospital D (52 minutos).

Os resultados encontrados nas UBDS A, UBDS B e UBDS C mostraram que houve uma mudança nos parâmetros de agendamento da época da pesquisa de Almeida (1991) em relação aos dias atuais. O número médio de consultas por médico passou de 14,22 para 9,7. O tempo médio dispendido em cada consulta passou de dez minutos e dois segundos para 20 minutos. A média de pacientes agendados por médico e por dia (um turno de trabalho do médico que corresponde a quatro horas) nas UBDS A, UBDS B, e UBDS C correspondeu a 11,3.

A Tabela 14 apresenta a análise do resultado estatístico do teste com sinais Wilcoxon com nível de significância igual a 5% ($\alpha = 0,05$) realizado para os locais públicos (Apêndice C).

Segundo a Tabela 14, a classificação da quantidade de características a serem melhoradas por instituições públicas de saúde, em ordem decrescente, foi a UBDS A (13 características: V01, V02, V03, V04, V05, V06, V07, V08, V16, V17, V20, V21, V23), a UBDS C (seis características: V01, V06, V16, V20, V22, V23), o Hospital D (cinco características: V04, V05, V06, V08, V15), e a UBDS B (nenhuma característica).

Tabela 14 - Análise do resultado do teste estatístico do setor público

Características de Qualidade		A	B	C	D
Tangibil.	V01 - Aparelhos modernos para exames	>	<	>	=
	V02 - Instalação física visualmente agradável	>	=	=	=
	V03 - Funcionários bem vestidos e com boa aparência	>	=	=	=
	V04 - Limpeza da sala de espera, de consulta, corredores e banheiros	>	=	=	>
Confiabilid.	V05 - Comprometimento com o prazo	>	=	=	>
	V06 - Solidário e prestativo com o paciente	>	<	>	>
	V07 - Confiável	>	=	=	=
	V08 - Serviço realizado no prazo prometido	>	=	=	>
Respons.	V09 - Registro atualizado: endereço, telefone, prontuário	=	<	=	=
	V10 - Comunicação exata de quando os serviços estariam concluídos	=	=	=	=
	V11 - Atendimento imediato do funcionário	=	=	=	=
	V12 - Funcionários dispostos a ajudar	=	<	=	=
Seguranç	V13 - Funcionários responderam prontamente as solicitações	=	=	=	=
	V14 - Confiança do paciente nos funcionários	=	=	=	=
	V15 - Paciente estar seguro no tratamento e atendimento	=	=	=	>
	V16 - Gentileza dos funcionários	>	=	>	=
Empatia	V17 - Apoio gerencial e material para executar as tarefas	>	=	=	=
	V18 - Atenção dada ao paciente	=	<	=	=
	V19 - Atenção personalizada dada ao paciente	=	=	=	=
	V20 - Conhecimento das necessidades do paciente	>	<	>	=
Total	V21 - Interesse no bem estar do paciente	>	=	=	=
	V22 - Horários convenientes ao paciente	=	=	>	=
	V23 - Satisfação geral	>	=	>	=
	O serviço realizado não atingiu a expectativa (E > P)	13	0	6	5
O serviço realizado superou a expectativa (E < P)	0	6	0	0	
O serviço realizado foi igual ao serviço esperado (E = P)	10	17	17	18	

Legenda: A: UBDS A; B: UBDS B; C: UBDS C; D: Hospital D

E: expectativa; P: percepção; E > P: > (maior); E < P: < (menor); E = P: = (igual).

A UBDS B apresentou, entre as instituições públicas pesquisadas, seis características de qualidade (afirmações) em que a percepção superou a expectativa (E < P = 6 características), enquanto as outras públicas não apresentaram nenhuma (E < P = zero). Destacaram-se principalmente as características V01, V06, e V20 (V01: aparelhos modernos para exames, V06: solidário e prestativo com os pacientes, V20: conhecimento das necessidades dos pacientes) porque nas UBDS A e UBDS C tiveram o resultado oposto (E > P).

4.2 Instituições de Saúde do Setor Privado

Neste Sub-Capítulo é apresentado as quatro instituições de saúde do setor privado que participaram da pesquisa .

Consultório 1.

Era a primeira consulta de 12 pacientes. Em Ribeirão Preto, residiam 56 pacientes. O tempo mínimo de consulta foi de cinco minutos e o máximo de 31 minutos (Tabela 15). O Consultório 1, das instituições do setor privado, apresentou o menor tempo máximo de consulta. De 71 registros de tempo de consulta, o tempo médio de consulta foi de 13 minutos.

Tabela 15 - Consultório 1

Coleta de Dados do Consultório 1	29/05/2006	30/05/2006	01/06/2006	05/06/2006	06/06/2006	07/06/2006	08/06/2006	09/06/2006	12/06/2006	14/06/2006	20/06/2006	21/06/2006
Pacientes Agendados	12	13	12	12	12	12	12	12	12	10	14	12
Pacientes que Faltaram	1	1	2	1	0	3	2	1	4	1	6	4
Pacientes Atendidos	13	12	12	11	13	11	12	11	12	9	10	13
Responderam à Pesquisa	5	7	7	6	5	4	7	6	6	6	6	6
Quantidade de Coleta do Tempo	5	7	7	6	5	4	7	6	6	6	6	6
Tempo de Consulta Mínimo (minutos)	5	10	8	10	8	11	11	13	9	11	12	12
Tempo de Consulta Máximo (minutos)	31	20	15	18	15	12	19	18	17	14	15	17
Média de Tempo de Consulta (minutos)	12	14	11	13	12	16	14	14	12	12	13	14

Dos 71 pacientes entrevistados, 29 são do sexo feminino e 42 do masculino. Entre as instituições privadas pesquisadas, obteve a quantidade de entrevistado do sexo masculino maior que do sexo feminino. A classificação por ordem decrescente, conforme a faixa de grau de instrução, foi até o primário, o segundo grau, o primeiro grau, e por último o curso superior. Entre as instituições privadas pesquisadas, o Consultório 1 apresentou o menor grau de instrução (Gráfico 5).

Dos 71 entrevistados, a idade mínima foi de 21 anos e a máxima de 83 anos. Considerando a faixa etária de 51 até 60 anos central e predominante, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que estava igualmente distribuída antes e após a faixa central, isto quer dizer que não houve predominância de idosos e nem de jovens e adultos (Gráfico 6).

Em relação à questão aberta sobre o tempo de atendimento, o médico foi avaliado como bom. No entanto, entre os 50 entrevistados, 14 deles criticaram o tempo de consulta ser rápida (Apêndice E).

Consultório 2.

Era a primeira consulta de 18 pacientes. Em Ribeirão Preto, residiam 48 pacientes. O tempo mínimo de consulta foi de quatro minutos e o máximo de 45 minutos (Tabela 16). Apresentou o tempo mínimo e máximo de consulta igual do Consultório 4. De 59 registros de tempo de consulta, o tempo médio de consulta foi de 26 minutos.

Tabela 16 - Consultório 2

Coleta de Dados do Consultório 2	24/05/2006	25/05/2006	29/05/2006	30/05/2006	31/05/2006	01/06/2006	05/06/2006	06/06/2006	07/06/2006	08/06/2006
Pacientes Agendados	8	7	7	7	7	7	8	7	7	5
Pacientes que Faltaram	0	1	0	0	1	2	0	0	1	0
Pacientes Atendidos	8	6	7	7	6	5	8	7	6	5
Responderam à Pesquisa	6	5	3	5	6	1	2	4	4	2
Quantidade de Coleta do Tempo	7	6	7	7	7	3	6	7	4	5
Tempo de Consulta Mínimo (minutos)	15	4	12	19	19	20	15	14	15	18
Tempo de Consulta Máximo (minutos)	35	28	45	42	40	32	38	31	35	30
Média de Tempo de Consulta (minutos)	25	27	28	28	29	25	26	22	23	24

Dos 56 pacientes entrevistados, 34 são do sexo feminino e 22 do masculino. A classificação por faixa de grau de instrução dos pacientes, em ordem decrescente, foi até o primário, seguida da faixa segundo grau, e por último, ambas as faixas, primeiro grau e curso superior (Gráfico 5).

Dos 48 entrevistados, a idade mínima foi de 17 anos e a máxima de 75 anos. Considerando a faixa etária de 51 até 60 anos central e predominante, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que houve predominância de jovens e adultos (Gráfico 6).

A análise da pergunta aberta sobre o tempo de atendimento, de maneira geral, os pacientes elogiam bastante o médico, com uma avaliação predominante boa com crítica negativa para o tempo de espera (Apêndice E).

Consultório 3.

Era a primeira consulta de 18 pacientes. Em Ribeirão Preto, residiam 48 pacientes. O tempo mínimo de consulta foi três minutos e o máximo de 48 minutos (Tabela 17). De todas as instituições, o Consultório 3 apresentou o menor tempo mínimo de consulta. Dos consultórios

privados pesquisados, apresentou o maior tempo máximo de consulta. De 84 registros de tempo de consulta, o tempo médio de consulta foi de 14 minutos.

Tabela 17 - Consultório 3

Coleta de Dados do Consultório 3	23/05/2006	31/05/2006	01/06/2006	02/06/2006	05/06/2006	06/06/2006	07/06/2006	08/06/2006	09/06/2006	12/06/2006	20/06/2006
Pacientes Agendados	10	11	11	12	12	10	12	12	11	11	11
Pacientes que Faltaram	2	0	2	1	3	2	1	1	3	0	0
Pacientes Atendidos	8	11	9	11	9	6	11	11	8	11	11
Responderam à Pesquisa	5	5	5	9	4	6	2	5	3	5	4
Quantidade de Coleta do Tempo	12	7	9	12	5	6	3	7	4	5	4
Tempo de Consulta Mínimo (minutos)	7	5	4	6	7	7	15	5	3	6	11
Tempo de Consulta Máximo (minutos)	24	18	31	17	25	48	20	20	20	32	16
Média de Tempo de Consulta (minutos)	13	14	11	13	12	22	17	13	12	17	13

Dos 57 pacientes entrevistados, 33 são do sexo feminino e 24 do masculino. A classificação conforme a faixa de grau de instrução do paciente, por ordem decrescente, foi o segundo grau, seguida de até o primário, e por último, ambas as faixas, o primeiro grau e o curso superior (Gráfico 5). Dos 54 entrevistados, a idade mínima foi de 17 anos e a máxima de 87 anos. Considerando a faixa etária dos pacientes de 51 até 60 anos central, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que houve predominância jovens e adultos (Gráfico 6).

A maioria dos pacientes acreditam ser rápido o tempo de espera, bom o atendimento como também o tempo de atendimento. Dentre um total de 50 entrevistados que opinaram, apenas cinco pacientes fizeram críticas em relação a um longo tempo de espera (Apêndice E).

Consultório 4.

Era a primeira consulta de quatro pacientes. Em Ribeirão Preto, residiam 34 pacientes. O tempo mínimo de consulta foi de quatro minutos e o máximo de 45 minutos (Tabela 18). O Consultório 4 apresentou o tempo mínimo e o tempo máximo igual ao do consultório. De 47 registros de tempo de consulta, o tempo médio de consulta foi de 20 minutos.

Tabela 18 - Consultório 4

Coleta de Dados do Consultório 4	22/05/2006	23/05/2006	24/05/2006	29/05/2006	30/05/2006	01/06/2006	08/06/2006
Pacientes Agendados	22	8	11	11	11	9	5
Paciente que Faltaram	4	0	0	0	0	0	0
Pacientes Atendidos	18	8	11	11	11	9	5
Responderam à Pesquisa	6	8	9	6	7	6	5
Quantidade de Coleta do Tempo	6	8	9	6	7	6	5
Tempo de Consulta Mínimo (minutos)	12	11	4	9	8	12	8
Tempo de Consulta Máximo (minutos)	32	27	40	25	31	34	45
Média de Tempo de Consulta (minutos)	21	20	19	16	17	24	22

Dos 47 pacientes entrevistados, 25 são do sexo feminino e 22 do masculino. Entre as instituições do setor privado, apresentou menor diferença entre o tipo sexo masculino e feminino, e também apresentou o maior grau de instrução. A classificação conforme a faixa de grau de instrução do paciente, por ordem decrescente, foi curso superior, seguida da faixa segundo grau, até o primário, por último, a faixa primeiro grau (Gráfico 5).

Dos 47 entrevistados, a idade mínima foi de 23 anos e a máxima de 84 anos. Considerando a faixa etária de 51 até 60 anos central e predominante, pode-se concluir quanto à idade dos entrevistados que houve predominância de idosos (Gráfico 6).

O atendimento do consultório 4 foi avaliado como bom, no entanto, entre os 46 entrevistados 11 criticaram o tempo de espera (Apêndice E).

Entre o setor privado de saúde desta pesquisa, a classificação por faixa de grau de instrução do paciente, em ordem decrescente, foi o Consultório 4, o Consultório 3, o Consultório 2 e o Consultório 1 (Gráfico 5).

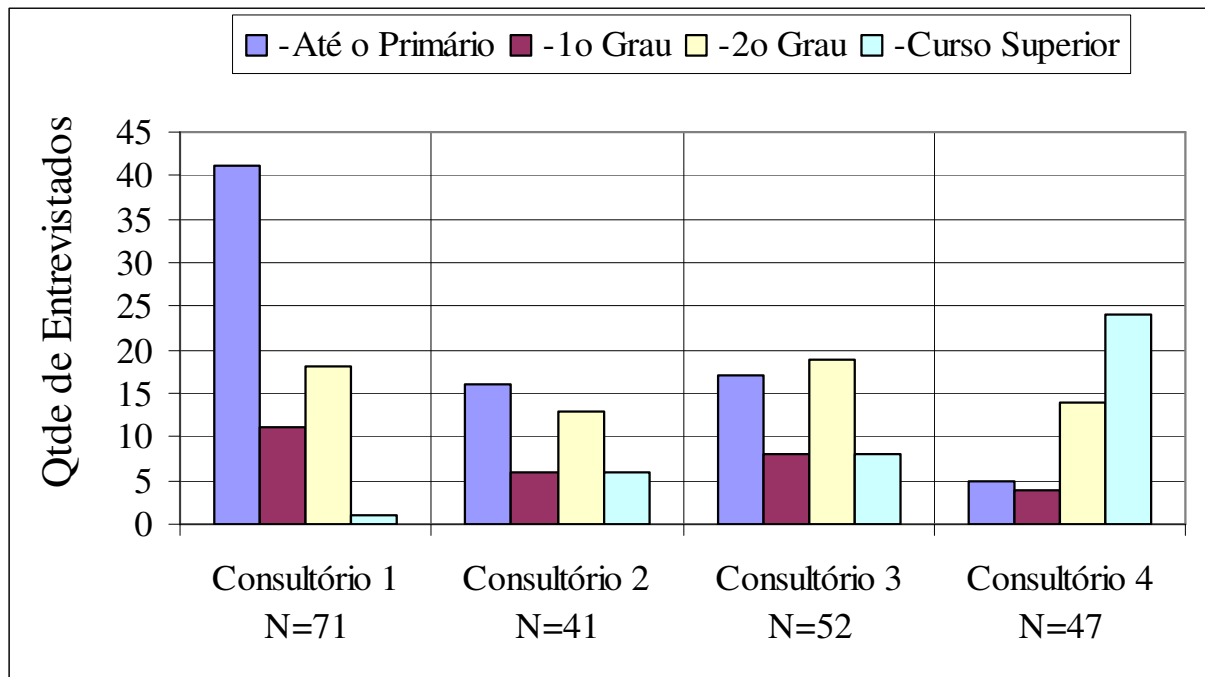


Gráfico 5 – Grau de instrução do paciente por instituições de saúde do setor privado

A classificação da faixa etária do paciente por ordem decrescente, considerando a faixa etária de 51 até 60 anos como central, foi o Consultório 3 e Consultório 2, o Consultório 1, o Consultório 4. Os consultórios 3 e 2 com distribuição entre jovens e adultos igual aos idosos, seguida do Consultório 1, e por último, Consultório 4, os dois últimos consultórios com a faixa etária do paciente com tendência aos idosos (Gráfico 6).

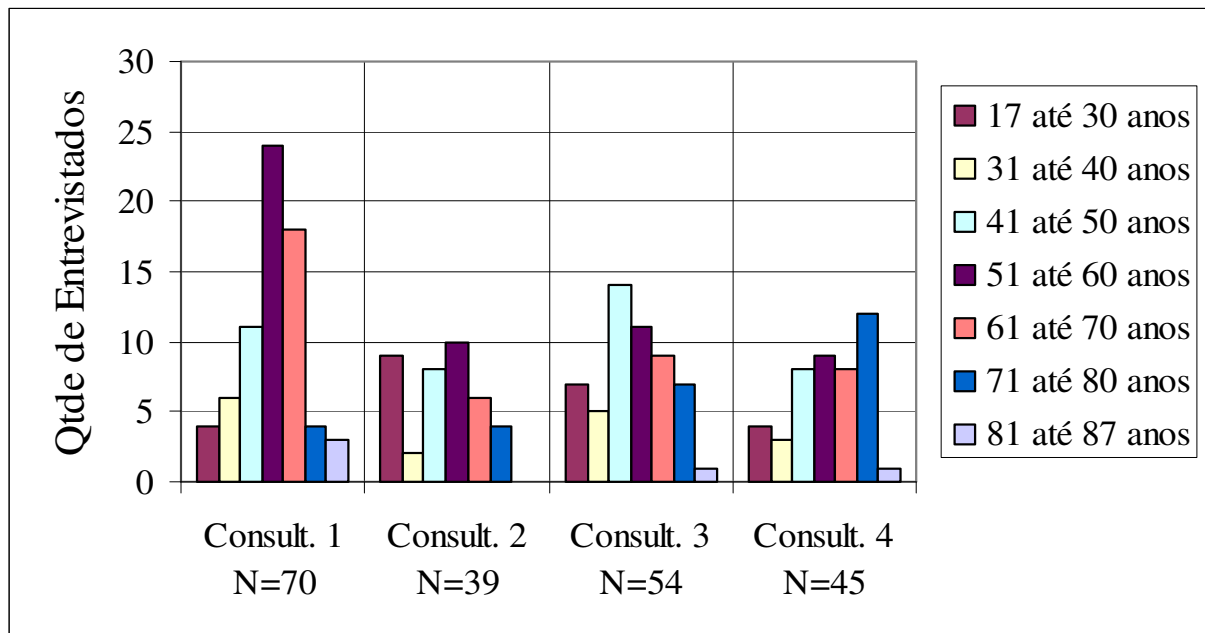


Gráfico 6 – Faixa etária dos entrevistados por instituições de saúde do setor privado

A Tabela 19 apresenta a análise do resultado estatístico do teste com sinais Wilcoxon com nível de significância igual a 5% ($\alpha = 0,05$) realizado para os locais privados. A quantidade de características de qualidade a serem melhoradas classificadas em ordem decrescente por instituição é a seguinte: o Consultório 1 (19), o Consultório 3 (4), o Consultório 2 (1), e o Consultório 4 (nenhuma).

No setor privado de saúde, a classificação do tempo médio de consulta médica em ordem crescente foi o Consultório 1 (13 minutos), Consultório 3 (14 minutos), Consultório 4 (20 minutos), e Consultório 2 (26 minutos).

De acordo com as características de qualidade da Tabela 19, considerando à quantidade na qual a percepção ultrapassou a expectativa ($E < P$), a classificação da instituição de saúde em ordem decrescente apresentou em primeiro lugar o Consultório 4 (13), seguido do Consultório 3 (4), após o Consultório 2 (1), e por último, o Consultório 1 (0).

Tabela 19 - Análise do resultado do teste estatístico do setor privado

		Características de Qualidade	1	2	3	4
Tangib.		V01 - Aparelhos modernos para exames	>	>	=	<
		V02 - Instalação física visualmente agradável	>	=	=	<
		V03 - Funcionários bem vestidos e com boa aparência	>	<	=	<
		V04 - Limpeza da sala de espera, de consulta, corredores e banheiros	>	=	>	=
Confiabil.		V05 - Comprometimento com o prazo	>	=	=	<
		V06 - Solidário e prestativo com o paciente	>	=	>	<
		V07 - Confiável	>	=	>	=
		V08 - Serviço realizado no prazo prometido	>	=	=	=
Respons.		V09 - Registro atualizado: endereço, telefone, prontuário	>	=	<	=
		V10 - Comunicação exata de quando os serviços estariam concluídos	=	=	>	=
		V11 - Atendimento imediato do funcionário	>	=	=	<
		V12 - Funcionários dispostos a ajudar	>	=	=	<
Segur.		V13 - Funcionários responderam prontamente as solicitações	>	=	<	<
		V14 - Confiança do paciente nos funcionários	>	=	<	=
		V15 - Paciente estar seguro no tratamento e atendimento	>	=	<	<
		V16 - Gentileza dos funcionários	>	=	=	=
Empatia		V17 - Apoio gerencial, e material para executar as tarefas	>	=	=	=
		V18 - Atenção dada ao paciente	>	=	=	=
		V19 - Atenção personalizada dada ao paciente	=	=	=	<
		V20 - Conhecimento das necessidades do paciente	=	=	=	<
Total		V21 - Interesse no bem estar do paciente	>	=	=	=
		V22 - Horários convenientes ao paciente	>	=	=	<
		V23 - Satisfação geral	=	=	=	<
Total		O serviço realizado não atingiu a expectativa (E > P)	19	1	4	0
		O serviço realizado superou a expectativa (E < P)	0	1	4	13
		O serviço realizado foi igual ao serviço esperado (E = P)	4	21	15	10

Legenda: 1: Consultório 1; 2: Consultório 2; 3: Consultório 3; 4: Consultório 4;
E: expectativa; P: percepção; E > P: > (maior); E < P: < (menor); E = P: = (igual).

A classificação do tempo médio de consulta médica das instituições de saúde, considerando todas as instituições de saúde, em ordem crescente foi a UBDS A (oito minutos), o Consultório 1 (13 minutos); o Consultório 3 (14 minutos), o Consultório 4 (20 minutos), a UBDS C (21 minutos), o Consultório 2 (26 minutos), a UBDS B (32 minutos), o Hospital D (52 minutos).

Exceto o ambulatório de cardiologia do Hospital D, o tempo médio de atendimento foi de 19 minutos, e de 23 minutos considerando todas as instituições. A UBDS A (E > P = 13 características de qualidade) e o Consultório 1 (E > P = 19 características de qualidade), entre as instituições de saúde, tiveram o menor tempo de consulta médica, e também tiveram um alto grau de expectativa pois apresentaram a maior quantidade de características de qualidade

em que o valor da expectativa superou o da percepção ($E > P$), isto é, o serviço oferecido não superou a expectativa. Também, estas instituições apresentaram um alto grau de expectativa em relação à satisfação porque a característica V23 recebeu o valor ($E > P$) (V23: satisfação geral).

O tempo médio, exceto Hospital D, das instituições pesquisadas, ficou entre o Consultório 3 (média de tempo de consulta = 14 minutos) e o Consultório 4 (média de tempo de consulta = 20 minutos), bem mais próximo do Consultório 4 que apresentou o maior grau de satisfação.

Dentre todas instituições de saúde, o Consultório 1 apresentou o maior número de características de qualidade que precisavam ser melhoradas ($E > P = 19$ características) e o Consultório 4 foi o melhor avaliado por seus pacientes ($E < P = 13$ características), ambas instituições são do setor privado de saúde. Portanto, a mais alta expectativa e a mais alta percepção foram pertencentes às instituições do setor privado.

Os pacientes entrevistados do setor público esperam mais pelo serviço de saúde oferecido do que os pacientes do setor privado, apesar deles apresentarem uma quantidade total de expectativas iguais (público = 24 e privado = 24). Também, os pacientes entrevistados do setor privado tiveram uma melhor percepção do que os pacientes do setor público de saúde (público = seis e privado = 18). Então, a principal diferença foi na percepção do serviço oferecido ($E < P$) considerando a análise de cada instituição.

Segundo uma interpretação das tabelas e gráficos, no setor público, quanto mais jovem e adulto (idade menor ou igual a 60 anos) e com o mais alto grau de instrução, maior foi a tendência dos pacientes terem uma alta expectativa, e assim, esperar mais pelo serviço de saúde oferecido.

Além disso, pode-se dizer quanto às instituições, a que teve a população mais idosa de entrevistados ofereceu uma melhor avaliação de qualidade dos serviços de saúde, tanto no público como no setor privado. Quanto maior o grau de instrução e mais idosa, deram uma melhor avaliação (público: UBDS B e privado: Consultório 4). Este resultado é apoiado pela literatura, pois os pacientes mais idosos tendem a estarem mais satisfeitos com os serviços de saúde do que os respondentes mais jovens (LUMBY; ENGLAND, 2000).

No setor privado, quanto maior o grau de instrução, maior foi a tendência da instituição de saúde obter uma melhor avaliação sobre os serviços de saúde oferecidos, e quanto menor o grau de instrução dos pacientes da instituição de saúde, maior foi a tendência dos entrevistados apresentar uma grande expectativa sobre o serviço realizado.

4.3 Público e Privado

Dos respondentes da pesquisa, os pacientes do sexo feminino prevalecem sobre o sexo masculino (Tabela 20).

Tabela 20 - Comparação público e privado por sexo

Comparação	Instituição de Saúde		Total
	Público	Privado	
Sexo	211	231	422
-Masculino	88	110	198
-Feminino	123	121	244

Verifica-se que o setor de saúde pública apresenta uma quantidade maior de faltas dos pacientes as consultas agendadas, em relação ao setor de saúde privada. Uma maneira de contornar esta situação é pela conscientização do paciente através de campanhas sobre a importância do comparecimento nas consultas médicas marcadas, adicionada com a anterior confirmação do comparecimento à consulta agendada, que poderá ser realizada pelo profissional de saúde. Assim, o agendamento torna-se mais flexível, podendo numa ocorrência de falta de um paciente, outro paciente, ser chamado para a consulta médica.

Para a confirmação do comparecimento do paciente à consulta médica, há necessidade do cadastro do paciente estar atualizado com o correto telefone e endereço. Logo, torna-se viável uma comunicação eficiente, de forma rápida e de baixo custo.

Em relação à idade, de 404 pacientes entrevistados, 196 são pacientes do setor público e 208 do setor privado. A idade máxima foi de 89 anos e a idade mínima foi de 11 anos, ambas, foram de pacientes atendidos pelo setor público. No setor privado a idade mínima encontrada foi de 17 anos e a máxima de 87 anos. Dos entrevistados do setor privado ocorreu uma tendência dos mais jovens e adultos, enquanto no setor público ocorreu uma tendência dos mais idosos (acima de 60 anos), segundo o Gráfico 7.

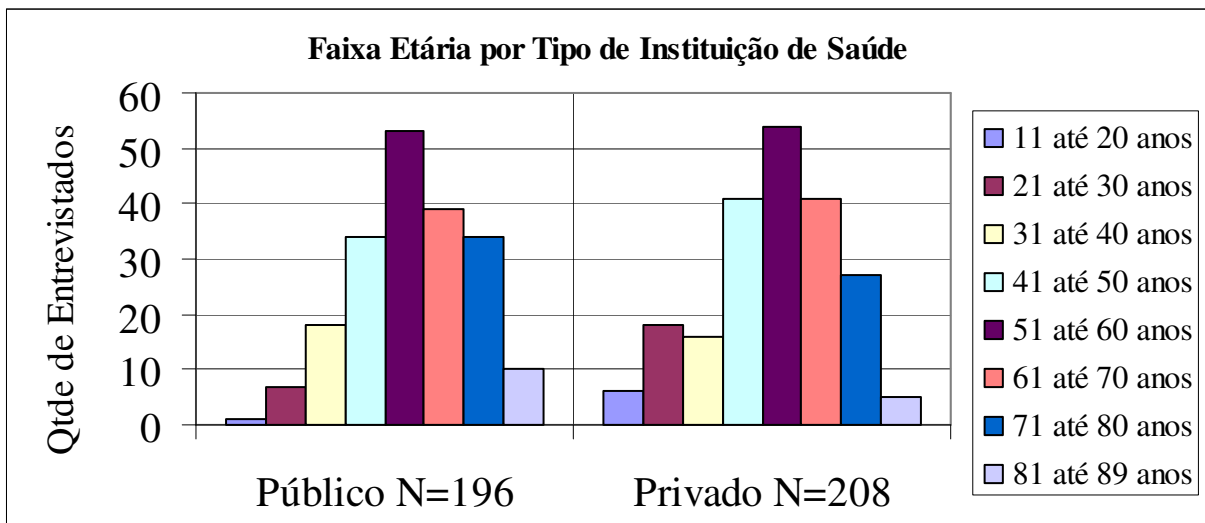


Gráfico 7 – Faixa etária dos entrevistados por tipo de instituição de saúde

Em relação ao grau de instrução, dos 406 pacientes entrevistados, verifica-se que tanto o setor público como o setor privado, exceto o curso superior, apresentam a mesma classificação em ordem decrescente, conforme a faixa por grau de instrução os pacientes que fizeram até o primário, os que têm o segundo grau, seguidos dos que fizeram o primeiro grau. No setor privado, conforme a faixa do grau de instrução, o curso superior ficou classificado em terceiro lugar enquanto no setor público classificou-se em quarto lugar (Gráfico 8).

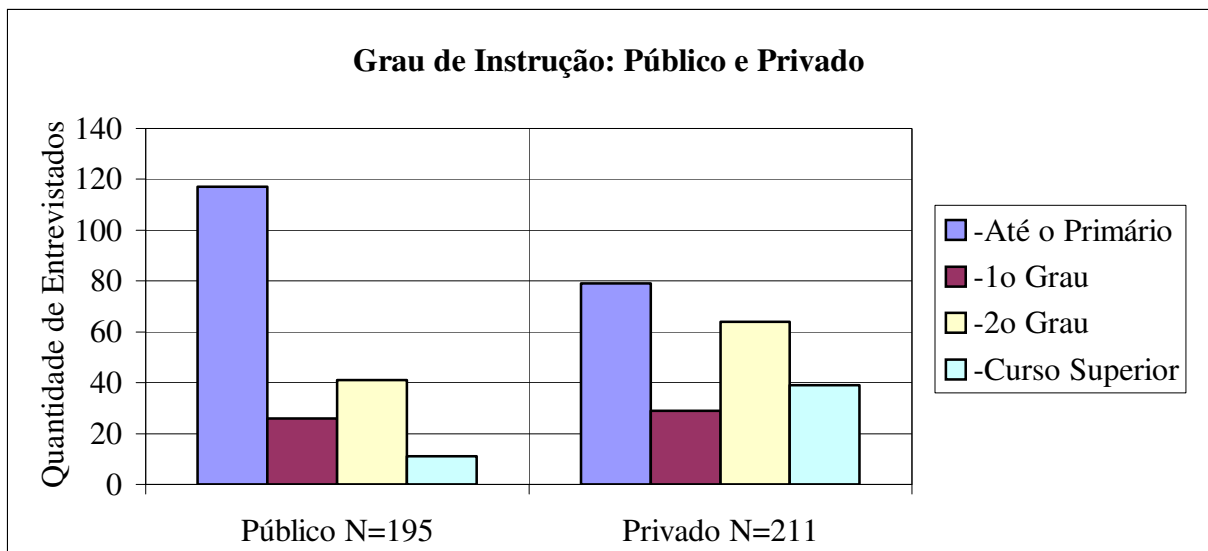


Gráfico 8 – Grau de instrução dos entrevistados por tipo de instituição de saúde

Sobre o tempo de consulta, o tempo mínimo de consulta foi de três minutos e o máximo de 85 minutos. A UBDS A apresentou a menor faixa de tempo de consulta, entre três e 20 minutos.

O Hospital D apresentou a maior faixa de tempo de consulta, entre 12 e 85 minutos. No setor privado, o tempo mínimo foi de três minutos e o máximo de 48 minutos, ambos pertencentes ao Consultório 3. No setor público, o tempo mínimo foi de três minutos e o máximo de 85 minutos (Tabela 21).

Tabela 21 - O tempo de consulta agendada no público e privado

Tipo	Locais de Coleta	Tempo Mínimo de Consulta	Tempo Máximo de Consulta	Média de Tempo de Consulta	Quantidade de Tempo Registrado	Quantidade de dias Coletados
Público	UBDS A	3	20	8	45	10
	UBDS B	11	68	31	63	11
	UBDS C	7	34	21	53	7
	Hospital D	12	85	52	47	9
Privado	Consultório 1	5	31	13	71	12
	Consultório 2	4	45	26	59	10
	Consultório 3	3	48	14	84	11
	Consultório 4	4	45	26	47	7
Total		3	85	24	469	12

Observação: o tempo da Tabela 21 está em minutos.

A média do tempo de consulta médica do setor privado foi de 17 minutos e do setor público foi de 30 minutos. A média total de tempo de consulta foi de 24 minutos. Quanto as médias de tempo de consulta médica, as instituições de saúde que tiveram uma melhor avaliação da qualidade de serviços de saúde, estiveram próximas a média de 17 minutos, que são o Consultório 3 (14 minutos) e o Consultório 4 (20 minutos). As instituições de saúde próximas ao tempo médio de consulta de 30 minutos foram o Consultório 2 (26 minutos) e a UBDS B (32 minutos).

A influência do tempo na consulta agendada segundo a percepção do paciente, em relação ao tempo de espera e tempo de atendimento médico está representada no Quadro 11. A literatura apóia o resultado da presente pesquisa através do trabalho Lim e Tang (2000) que relatam que o desejo de tempo de espera está entre 15 e 30 minutos.

Quadro 11 - Influência do tempo da espera e tempo do atendimento médico

Tempo de Espera (em minutos)	Tempo de Atendimento Médico (em minutos)		
	Rápida (até 10)	Normal (de 11 até 25)	Demorada (acima de 25)
Rápida (até 15)	-	+	+
Normal (de 16 até 60)	-	+	+
Demorada (mais de 60)	-	-	-

O Quadro 11 mostra a percepção do tempo pelo paciente quando acontece uma consulta normal, que consiste em uma consulta agendada no qual o paciente apresenta bom estado geral de saúde. Cabe dizer, que este tempo é também uma das características de qualidade que influenciam na maneira que o paciente vê o serviço de saúde recebido, e portanto permite o paciente compor a sua avaliação de qualidade. Quando uma consulta é rápida, o paciente sente que não recebeu atenção, comprometendo o cuidado, porque às vezes, o paciente deixa de relatar fatos importantes sobre sua saúde e receber orientação para o esclarecimento de suas dúvidas. Esse sentimento pode ocorrer, mesmo que o profissional de saúde tenha realizado seu serviço adequadamente.

O processo de humanização da saúde é importante tanto para a equipe multiprofissional quanto para o paciente. Através dela que o paciente sente-se respeitado e inteiro, não apenas um pedaço de seu corpo é cuidado, de acordo com a especialidade que está sendo tratado, mas o ser. Esta visão de priorizar a humanização da assistência está abordada no trabalho de Nogueira-Martins (2003). O fato de dedicar ao paciente um tempo de atendimento adequado que não seja tão rápido e nem tão demorado pode ser considerado como um fator da humanização (Quadro 11).

Cabe ressaltar que as 23 características de qualidade do serviço de saúde avaliadas estão inter-relacionadas. Este trabalho tem a finalidade de apontar as características que poderão ser melhoradas, em cada local pesquisado, além de uma síntese das mesmas características entre o setor público e privado de saúde.

Segundo a literatura (URDAN, 2001), o paciente tem poucas condições de avaliar a capacidade técnica do profissional de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, e outros), mas ele transfere essa avaliação para a capacidade interpessoal da equipe multidisciplinar que o atendeu, para as questões éticas (NOGUEIRA-MARTINS, 2002), e para os aspectos que são tangíveis (dimensão tangibilidade da SERVQUAL, conforme Tabela 22) podendo ser mensuráveis pelos gestores de saúde, por exemplo, limpeza, instalação física, aparelhos de exames, custo, e outros. Este trabalho confirma os dados encontrados na literatura.

O tempo de atendimento é um recurso mensurável que compõe um dos limites da tomada de decisão clínica segundo Eluf Neto (2004). Por isso, o agendamento é ainda um desafio. Às

vezes, pode ocorrer de um médico estar sobrecarregado com a quantidade de pacientes que está sob sua responsabilidade. Em outros casos, poderá ter horários vagos e mesmo assim o paciente ter que esperar para ser atendido. Uma sugestão para contornar essa situação é usar a administração da fila que ajuda como uma ferramenta que ameniza o tempo de espera, tornando o serviço transparente para o paciente. É uma forma dele sentir-se seguro que será atendido, e da instituição passar confiança (FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000).

A Tabela 22 apresenta o resultado da análise do teste estatístico com sinais Wilcoxon com nível de significância igual a 5% ($\alpha = 0,05$) de instituições de saúde do setor público e privado (Apêndice 3). De uma perspectiva quantitativa, as características de qualidade do setor público que precisam ser melhoradas são o dobro do setor privado (público = 10 e privado = 5).

Tabela 22 – Análise do resultado do teste estatístico do público e privado

Características de Qualidade		Público	Privado
Tangib.	V01 - Aparelhos modernos para exames	>	>
	V02 - Instalação física visualmente agradável	>	=
	V03 - Funcionários bem vestidos e com boa aparência	>	=
	V04 - Limpeza da sala de espera, de consulta, corredores e banheiros	>	>
Confiab.	V05 - Comprometimento com o prazo	>	=
	V06 - Solidário e prestativo com o paciente	>	=
	V07 - Confiável	=	=
	V08 - Serviço realizado no prazo prometido	>	>
Respon.	V09 - Registro atualizado: endereço, telefone, prontuário	=	=
	V10 - Comunicação exata de quando os serviços estariam concluídos	=	=
	V11 - Atendimento imediato do funcionário	=	=
	V12 - Funcionários dispostos a ajudar	=	=
Segur.	V13 - Funcionários responderam prontamente as solicitações	=	=
	V14 - Confiança do paciente nos funcionários	=	=
	V15 - Paciente estar seguro no tratamento e atendimento	=	=
	V16 - Gentileza dos funcionários	>	=
Empatia	V17 - Apoio gerencial e material para executar as tarefas	=	>
	V18 - Atenção dada ao paciente	=	=
	V19 - Atenção personalizada dada ao paciente	=	=
	V20 - Conhecimento das necessidades do paciente	=	=
Total	V21 - Interesse no bem estar do paciente	=	>
	V22 - Horários convenientes ao paciente	>	=
	V23 - Satisfação geral	>	=
	O serviço realizado não atingiu a expectativa E > P	10	5
O serviço realizado superou a expectativa E < P	0	0	
O serviço realizado foi igual ao serviço esperado E = P	13	18	

Legenda: E: expectativa; P: percepção; E > P: > (maior); E < P: < (menor); E = P: = (igual).

Camilleri e O'Callaghan (1998) identificaram que a característica limpeza recebeu uma forte ênfase independente de ser um hospital público ou privado. Neste trabalho corresponde à característica V04 (V04: Limpeza da sala de espera, de consulta, corredores e banheiros). Segundo Lumby e England (2000), a dimensão tangibilidade é controlada pela administração e economia; as dimensões confiabilidade e responsabilidade dependem de uma equipe adequada em relação à quantidade e mix de participantes; a dimensão segurança é influenciada por todo *staff*, e por fim, a dimensão empatia pode ser controlada pela enfermeira ou profissional de saúde que faz o atendimento do paciente.

Quanto às instituições públicas:

- a dimensão de qualidade **tangibilidade**, que trata da aparência da instalação física, equipamentos, e pessoal (características V01, V02, V03 e V04), precisa ainda ser melhorada em todas as suas características de qualidade avaliadas pelos pacientes entrevistados;
- a dimensão **confiabilidade**, definida como a capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão, precisa ser melhorada nas características V05 e V06 (V05: comprometimento com o prazo, e V06: solidário e prestativo com o paciente);
- a dimensão **segurança**, definida como o conhecimento e a cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança e confidencialidade, precisa ser melhorada na característica V16 – gentileza dos funcionários;
- a dimensão empatia, que engloba é interesse, atenção personalizada aos pacientes, precisa ser melhorada na característica V22 – horários convenientes para o paciente.

Tanto no setor público como no privado, as características:

- que precisam ainda ser melhoradas são as V01 e V04, ambas pertencentes à dimensão tangibilidade, e V08 pertencente à dimensão confiabilidade (V01: aparelhos modernos para exames, V04: limpeza da sala de espera, de consulta, corredores e banheiros, e V08: serviço realizado no prazo prometido). Logo, o setor público de saúde apresenta uma quantidade bem maior de características de qualidade que precisam ser de melhoradas.
- da dimensão responsabilidade receberam o mesmo resultado (V10: comunicação exata de quando os serviços estariam concluídos, V11: atendimento imediato do funcionário, V12: funcionários dispostos a ajudar, e V13: funcionários responderam prontamente às solicitações).

Quanto às instituições privadas, precisam ser melhoradas as dimensões:

- **segurança**, com a característica V17 – apoio gerencial e material para os funcionários executar sua tarefas;
- **empatia**, com a característica V21 – interesse no bem estar do paciente.

Do total de 23 características, 10 características, ou seja, um pouco menos que a metade das características de qualidade avaliadas, a expectativa foi superior à percepção ($E > P$). O serviço de saúde não excedeu à expectativa nos setores de saúde público e privado ($E < P$ apresentou nenhuma característica).

Verifica-se que o setor público precisa de melhoras em relação ao setor privado porque a expectativa foi maior que a percepção do paciente entrevistado (característica V23: satisfação geral $E > P$), ou seja, o serviço realizado não atingiu o esperado pelo paciente.

5 CONCLUSÕES

A avaliação, pelo paciente, da qualidade do serviço tornou-se um aspecto importante do processo de tomada de decisão no gerenciamento de hospitais e clínicas. A exposição à avaliação da qualidade de serviços de saúde aumenta a probabilidade de obter-se, no final, resultados melhores do que se teria sem ela, e correr o risco de encontrar resultados não esperados. A realização desta pesquisa e a busca de informações poderão servir para diversos interessados, como tomadores de decisão, profissionais, governo, população e outros.

Verificou-se que na maioria dos locais pesquisados ocorreu demora na espera para o atendimento médico. Considerando o ponto de vista do paciente, os serviços de saúde prestados apresentaram qualidade, apesar de ocorrer diferenças no grau de qualidade entre as instituições de saúde.

As instituições de saúde que tiveram como resultado um menor grau na avaliação de qualidade, também apresentaram os menores tempos de consulta médica.

Sobre o sistema de agendamento do setor particular, às vezes, é feito de maneira caseira, de forma manual por uma ou mais secretárias, e possivelmente poderá conter erros.

O sistema de agendamento público contém alguns pontos que poderão ser melhorados, como por exemplo, a dificuldade por parte do profissional de saúde de obter informação do sistema tanto para o seu dia a dia quanto para uma tomada de decisão. Um fator de desvantagem é devido ao sistema computadorizado não ser alimentado por todas UBDS, ou seja, usado parcialmente, ocorrendo uma fragmentação de informações, o que poderá dificultar uma integração de dados e informações para uma tomada de decisão rápida.

Quanto ao sistema de agendamento, concluiu-se que melhorias poderiam ser implementadas de forma sistêmica, no setor público, sugere-se uma reestruturação do sistema de agendamento, e no setor privado uma otimização na forma como o agendamento é realizado.

É importante, que todas as funções da agenda funcionem e possam ser usadas pelo profissional de saúde, como por exemplo, por permitir novo agendamento de uma forma rápida, com o encaixe de outro paciente no dia da falta (do paciente ou do médico). No

entanto, para que isso aconteça é necessário que o endereço e telefone do paciente estejam corretos para um possível aviso de realocação do dia e horário da consulta médica.

Também, a possibilidade de fornecer vários tipos de relatórios e dados para um operador leigo em informática, sem necessidade de acionar o setor de informática.

Se o problema principal é a falta de recursos, a administração da fila melhoraria muito o serviço prestado. Atitudes simples como uma melhor comunicação da instituição de saúde com o paciente, e mantê-lo informado, ajudaria no aumento da confiança no serviço prestado.

As informações são essenciais para a tomada de decisão do gestor de saúde, e também para um melhor planejamento de recursos e da dinâmica do trabalho dos profissionais de saúde. Erros podem acontecer, mas a prevenção deles é primordial, pois geralmente, quando um erro no serviço de saúde ocorre, ele será percebido pelo paciente, apesar do paciente não ter condições de realizar uma avaliação técnica.

Apesar das limitações previstas neste trabalho, espera-se que o resultado possa contribuir, levando informações para os tomadores de decisão da área de saúde e, conseqüentemente, contribuir para uma melhora dos serviços de saúde oferecidos ao paciente da cidade de Ribeirão Preto.

Como sugestões para futuras pesquisas, esta avaliação de qualidade poderia também ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde. A pesquisa aponta a necessidade do estudo da dinâmica do pronto atendimento, que ocorre quando há uma emergência ou urgência no atendimento médico. Outra sugestão, um estudo da informação necessária para o gestor de saúde em comparação com a informação obtida pelo sistema de agendamento usado, seja eletrônico ou manual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMGE. Associação Brasileira de Medicina de Grupo. Informe de imprensa. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/>>. Acesso em: 07 dez. 2004.

ALMEIDA, M. C. P. de. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo em saúde coletiva** – Rede básica de saúde de Ribeirão Preto. 1991. 297f. Tese (Livre-Docência). Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 1991.

ANDERSON, E. A.; ZWELLING, L. A. Measuring service at the University Texas M. D. Anderson Cancer Center. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 9, n. 7, p. 9-22, dec. 1996.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/home/index.asp>>. Acesso em: 07 dez. 2004.

ARROYO, C. S.; OLIVEIRA, S. V. W. B.; OLIVEIRA, M. M. B. Application of Soft Systems Methodology to queues in Brazil's public hospitals. Engineering of Intelligent Systems (EIS), 2004, Funchal, Ilha da Madeira, **Anais...** Funchal: EIS, 2004.

AZEVEDO, A. C. de. O impacto social da tecnologia em saúde: perspectivas. **in: Conferência Interamericana sobre a Avaliação Tecnológica em Saúde**. 1983, Brasília, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 1985, p. 188-196.

BARBOSA, A. M. R. Qualidade em serviços: um estudo exploratório em uma clínica de diagnóstico médico. **ENANPAD**, 2000.

BLENDON, R. J. et al. Physician's views on quality of care: a five-country comparison. **Health Affairs**, Milluood, v. 20, n. 6, p. 29, mar. 2001.

BRASIL. **Código de Defesa do Consumidor**. Lei no. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Publicada em 12/09/1990. Disponível em: <<http://www.mj.gov/DPDC/serviços/legislação/cdc.htm>>. Acesso em: dez. 2004.

_____. **Duração de consulta ambulatorial e de visita médica hospitalar**. Aprovado em Sessão Plenária de 26/08/1991.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei no. 8069 de 13 de julho de 1990. Publicada no Diário Oficial de 10/07/1990 p. 13563.

_____. **Lei Orgânica da Saúde** no. 8080, de 19 de set. 1990. Diário Oficial da União, no. 182, p. 18055-18694.

_____. **Código de Ética Médica**. Publicado 26/01/1983 no Diário Oficial da União, Brasília: 1574-1577.

_____. **Criação de Cooperativa Médica.** UNIMED. Lei no. 5.764, de 16 de dezembro de 1971.

CAMILLERI, D. ; O'CALLAGAN, M. Comparing public and private hospital care service quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 11, n. 4, p. 127-133, 1998.

CLARK, L. R. How do we get back humanity ? **Medical Economics**, Montvale, v. 78, n. 9, p. 96-98, 2001.

CONAMGE. Conselho Nacional de Auto-Regulamentação das Empresas de Medicina de Grupo. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/conamge.htm>>. Acesso em: 07 dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica** – Resolução CFM n. 1.246/88, de 01/01/1988. Novembro de 1999. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 07 dez. 2004

_____. Parecer n. 30/90 aprovado em 14/09/1990. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>. Acesso em: 07 dez. 2004.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. 1991. n. 10/91. Duração de consulta ambulatorial e de visita médica hospitalar.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de Pesquisa em Administração.** 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CORRÊA, A. K.; FERRAZ, C. A.; GALVÃO, C. M.; ZANETTI, M. L.; DANTAS, R. A. S. A Reforma do setor da saúde e as transformações da prática da enfermagem em hospitais filantrópicos no município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 8, n. 3, p. 202-208, set. 2000.

CROSBY, P. B. **Quality is free: the art of making quality certain.** New York: McGraw-Hill, 1979.

DATASUS. **Caderno de Informações de Saúde** – Informações Gerais. Secretaria Executiva – Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/SP/SP_Ribeirao_Preto_Geral.xls>. Acesso em: 25 set. 2005.

DEMING, W. E. **Quality, productivity and competitive position.** MIT Center for Advanced Engineering Study, Massachusets, 1986

DIREITOS DE CIDADANIA. Disponível em: <http://www.saúde_rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_11.shtml>. Acesso em: 13 dez. 2004.

DONABEDIAN, A. **A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde.** Tradução de Roberto Passos Nogueira. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

_____. Continuity and change in the quest for quality. **Clinical Performance and Quality in Health Care**, v. 1, n. 1, p. 9-16, 1993.

_____. The role of outcomes in quality Assessment and Assurance. **Quartely Review of Biology**, Chicago, n. 18, p. 356-360, 1992.

_____. The seven pillars of quality. **Archives Pathology & Laboratory Medicine**, n. 114, p. 1115-1118, 1990.

_____. **The definition of quality and approaches to its assessment in:** explorations in Quality Assesment and Monitoring, v. I, Health Administration Press: Ann Arbor, 1980.

ELUF NETO, J. **Medicina Baseada em Evidências**. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/diretrizes/mbe.ppt>> . Acesso em: 07 dez. 2004.

EMANUEL, E. J.; EMANUEL, L. L. Four models of the physician-patient relationship. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 267, n. 16, p. 2221-2226, 1992.

FEIGENBAUM, A. V. **Total quality control**. New York: McGraw-Hill, 1986.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de Serviços: operações, Estratégia e Tecnologia de Informação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

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

GARVIN, D. What does “Product Quality” really mean? **Sloan Mangement Review**, Cambridge, Fall 1984.

GENTIL, M. R.; LEAL, S. M. R.; SCARPI, M. J. Avaliação da resolutividade e da satisfação da clientela de um serviço de referência secundária em oftalmologia da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 66, p. 159-65, 2003.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Portal do Governo do estado de São Paulo. **Perfil municipal de Ribeirão Preto**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/>>. Acesso em: 24 set. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: dez. 2004.

ISO 9000. **Quality Management and Quality Assurance Standards: Guidelines for selection and use**. Genebra, Suíça, 1987.

JOHNSTON, D. M.; LUCE, F. B. As escalas *Servqual* e *Servperf* no setor de serviços bancários. in: Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, 20, 1996, Angra dos Reis. **Anais...** Rio e Janeiro: ANPAD, Marketing, 1996, p. 91-108.

- JURAN, J. M.; GRZYNA Jr., F. M. **Quality planning and analysis: from product development through use**. New York: McGraw-Hill, 1970.
- KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G.; SANTOS, R. N. dos. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: a satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 623-628, jul./set. 1998.
- LIM, P. C.; TANG, N. K. H. A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 13, n. 7, p. 290-299, 2000.
- LUMBY, J.; ENGLAND, K. Patient satisfaction with nursing care in a colorectal population. **International Journal of Nursing Practise**, v. 6, p. 140-146, 2000.
- MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 502-511, mar./abr., 2004.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde, v. 3, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Série Saúde & Cidadania**. 1998.
- MARLEY, K. A.; COLLIERI, D. A.; GOLDSTEIN, S. M. The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. **Decision Sciences**, v. 35, n. 3, Summer 2004.
- MENDES, E. V. **As políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal**. In: MENDES, E.V. Distrito Sanitário: o Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS. 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. p. 19-91
- MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MION JUNIOR, D.; PIERIN, A. M. G.; ORTEGA, K. C. Adesão ao tratamento: importância e perspectivas para o novo milênio. **Jovem Médico**. Edição especial, p. 4-8, jun. 2000.
- MORAES, M. N. de; LACOMBE, A. Medição da qualidade em serviços de distribuição: um estudo de caso. in: Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração ENANPAD, 23., 1999, Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999.
- MORI, D. S. B. de C. Consultas médicas: oferta, demanda, mudança e o fim das filas. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 78-87, abr./jun. 1999.
- MOTA, E. V. **O Desdobramento da Qualidade em Hospitais**. 1996. 130f. Dissertação (Mestrado), Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando e Descentralização com equidade de acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01.** Portaria MS/GM n. 95, de 26 de Janeiro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

NOGUEIRA, R. P. A gestão de qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry On Line Brazil**, n. 8, maio 2003.

_____. Humanização na Saúde. **Revista Ser Médico**. ano V, n. 18, p. 27-29, jan./fev./mar. 2002. Disponível em: <www.humaniza.org.br>. Acesso em: dez. 2004.

OLIVEIRA, E. X. G. de; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Território do sistema único de saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, mar./abr. 2004.

PARASURAMAN, A; ZEITHAML; V. A.; BERRY, L. L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. **Journal of Retailing**, New York: Babson College, v. 64, n. 1, p. 38-40, 1988.

_____. SERVQUAL: A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. **Journal of Marketing**, Chicago: Fall, v. 49, n. 4, p. 41-50, sept. 1985.

PARENTE, J. **Varejo no Brasil: gestão e estratégia.** São Paulo: Atlas, 2000.

PASSOS, J. C. B.; ROCHA, L. V. de M. Governo do Estado do Rio Grande do Norte - Secretaria de Saúde Pública. Rio Grande do Norte. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 17, p. 58-60, mar. 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Portal da cidade de ribeirão preto. **Conheça Ribeirão.** Dados geográficos. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/CRP/I71principal.asp?PAGINA=/CRP/DADOS/LOCAL/I01REGIAO.htm>>. Acesso em: 24 set. 2005.

RAMPAZZO, C. R. B.; COSTA JUNIOR, M. L. da; BELINI, M. Avaliação do grau de satisfação dos usuários do ICHC/PAMB em relação ao atendimento de secretarias e de médicos. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 221-227, jul./ago. 1997.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. do R.; PINTO, L. F. da S.; SILVA, P. L. B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, mar./abr. 2004.

ROSA, M. L. G. Duque de Caxias: medicina e exclusão. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 31, p. 37-42, 1991.

SÃO PAULO. Acervo da Biblioteca. Leis, Resoluções e Pareceres. **Lei estadual 10.241, de março 1999.** Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. Disponível em:

<http://www.bioetica.org.br/legisla%C3%A7%C3%A3o/leis_projetos/integra.php#7>. Acesso em: 13 dez. 2004.

SECRETARIA DA SAÚDE. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. **Organograma das Unidades de Saúde da Rede Municipal de Ribeirão Preto**. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/principaln.asp?pagina=/ssaude/I16saude.asp>>. Acesso em: 06 jan. 2005.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, J. B. T. da; CARLOVICH, J.; SPOSATI, M. C. C.; CUDIZIO FILHO, O. Atendimento homeopático no Centro de Saúde da Barra Funda (SP): uma contribuição a atenção primária a saúde. **Revista de Homeopatia**, São Paulo, v. 53, n. 4, p. 126-30, out./dez. 1988.

SILVA, S. F. da. **A construção do SUS a partir do município**: etapas para municipalização plena de saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

SINAMGE. **Sindicato Nacional das Empresas de Medicina de Grupo**. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/sinamge.htm>>. Acesso em: 07 dez. 2004.

SISUSP. **Avaliação dos Serviços**. Universidade de São Paulo e convênio Medirp. Ficha de avaliação de serviços médicos prestados disponível para os funcionários da USP no campus Ribeirão Preto. 2002.

SITTONI, V. Dimensões da qualidade percebida em serviços de saúde diferenciados. in: Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração ENAMPAD, 18., 1994, **Anais...** Florianópolis: ANPAD, p. 143-166, 1996.

SLACK, N.; CHAMBERS, S.; HARLAND, C.; HARRISON, A.; JOHNSTON, R. **Administração da Produção**. São Paulo: Atlas, 1997, 726 p.

SOUZA, R. K. T. de; SCHOLZ, M. R. Utilização e avaliação dos serviços oferecidos por uma Unidade Básica de Saúde do Município de Maringá (PR). **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 52, p. 35-41, set. 1996.

SOWER; V.; DUFFY, J; KILBOURNE, W.; KOHERS, G.; JONES, P. The dimensions of service for hospitals: development and use of the KQCAH scale. **Health Care Management Review**, Hagerstown, Spring 2001; v. 26; n. 2, p. 47-59, ABI/INFORM Global.

SSPS. **Statistical Package for Social Science SSPS 8.0 for Windows Student Version**. Disponível em: <<http://www.spss.com/>>. Acesso em: 3 set. 2005.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde coletiva**: uma bibliografia comentada. Dissertação (Mestrado). Campinas, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, 1996.

URBANO, L. A. **A privatização da saúde e a implantação do SUS**: cenários de uma cidade. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2003.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 4, n. 4, p. 44-55, out./dez. 2001.

VEATCH, R. M. Models for ethical medicine in a revolutionary age. **Hastings Center Report**, New York, v. 2, n. 3, p. 5-7, 1972.

YOUSSEF, F. N.; NEL, D.; BOVAIRD, T. Health care quality in NHS Hospitals. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 9, n. 1, p. 15-28. 1996.

ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. Communication and control processes in the delivery of service quality. **Journal of Marketing**. Chicago: Fall, v. 52, n. 2, p. 36-50, abr. 1988.

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

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 212, 2001.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Primeira parte do instrumento de coleta de dados. É composta de dados cadastrais e registros do horário de atendimento.

Dados Cadastrais:

Especialidade Médica: *cardiologia* () (observação: confirmar a especialidade médica)

Instituição:

Nome: (**obs.:** este item será descartado após a aplicação da segunda etapa do questionário)

Grau de instrução:

Cidade do paciente:

Estado (localização) do paciente:

CEP (localização) do paciente:

Idade em anos:

Sexo: M F

Data de atendimento: / /

Primeira consulta: S N

Retorno de consulta: S N

Hora agendada: ____:____

Registro do Horário de Atendimento Médico, em horas e minutos:

Entrada no local:

Hora do pré-atendimento, se houver:

Hora agendada:

Hora de início da consulta:

Hora de término da consulta:

Hora de saída do local:

Segunda parte do instrumento de coleta de dados. Perguntas fechadas

		Parte 2 – Instrumento que será aplicado antes de ocorrer à consulta médica							
		Expectativas do paciente sobre o serviço de saúde							
		-						+	
Tangibilidade	E1	Você espera que este <local> possua equipamentos modernos	1	2	3	4	5	6	7
	E2	Você espera que uma instalação física agradável, como exemplo, chão, paredes, cadeiras, balcões	1	2	3	4	5	6	7
	E3	Você espera que os funcionários estarão bem vestidos e possuirão boa aparência	1	2	3	4	5	6	7
	E4	Você espera que a sala de espera, sala de consulta, corredores e banheiros estarão limpos	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	E5	Você espera que quando este <local> se compromete a fazer algo no prazo, ele o fará	1	2	3	4	5	6	7
	E6	Você espera que quando você enfrenta problemas este <local> deverá ser solidário e prestativo	1	2	3	4	5	6	7
	E7	Você espera que este <local> seja confiável	1	2	3	4	5	6	7
	E8	Você espera que este <local> forneça o serviço no prazo prometido	1	2	3	4	5	6	7
	E9	Você espera que este <local> mantenha seus registros atualizados: endereço, telefone, prontuário	1	2	3	4	5	6	7
Responsabilidade	E10	Você espera que este <local> comunique a você exatamente quando os seus serviços estarão concluídos	1	2	3	4	5	6	7
	E11	you espera atendimento imediato daqui	1	2	3	4	5	6	7
	E12	Você espera que os funcionários sempre estarão dispostos a ajudar você	1	2	3	4	5	6	7
	E13	Você espera que os funcionários responderão prontamente às suas solicitações	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	E14	Você confiará nos funcionários daqui	1	2	3	4	5	6	7
	E15	Você se sentirá seguro em seu atendimento/tratamento com os funcionários	1	2	3	4	5	6	7
	E16	Você espera que os funcionários serão gentis	1	2	3	4	5	6	7
	E17	Você espera que os funcionários receberão apoio gerencial e material para bem executar as suas tarefas	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	E18	Você espera que este <local> dará atenção individual para você	1	2	3	4	5	6	7
	E19	Você espera que os funcionários daqui darão atenção personalizada para você	1	2	3	4	5	6	7
	E20	Você espera que os funcionários saibam quais são as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
	E21	Você espera que este <local> esteja muito interessado no seu bem estar	1	2	3	4	5	6	7
	E22	Você espera que este <local> tenha horários convenientes para você	1	2	3	4	5	6	7
	E23	Em geral, sua expectativa sobre o serviço é muito grande	1	2	3	4	5	6	7

Legenda: 7: concordo plenamente; 6: concordo; 5: quase concordo; 4: não concordo não discordo; 3: quase discordo; 2: discordo; 1: discordo totalmente; <local> = consultório ou ambulatório ou hospital.

Terceira parte do instrumento de coleta de dados. Perguntas fechadas.

		Parte 3 – Instrumento que será aplicado após ocorrer a consulta médica							
		Opinião do serviço percebido pelo paciente sobre							
			-					+	
Tangibilidade	P1	Este <local> tinha aparelhos modernos para exames	1	2	3	4	5	6	7
	P2	A instalação física estava visualmente agradável, como exemplo, chão, paredes, cadeiras, balcões	1	2	3	4	5	6	7
	P3	Os funcionários estavam bem vestidos e possuíam boa aparência	1	2	3	4	5	6	7
	P4	A sala de espera, sala de consulta, corredores e banheiros estavam limpos	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	P5	Quando este <local> se comprometeu a fazer algo no prazo, ele o fez	1	2	3	4	5	6	7
	P6	Quando você enfrentou problemas este <local> foi solidário e prestativo	1	2	3	4	5	6	7
	P7	Este <local> foi confiável	1	2	3	4	5	6	7
	P8	O <local> forneceu o serviço no prazo prometido	1	2	3	4	5	6	7
	P9	O <local> tinha seus registros atualizados: endereço, telefone, prontuário	1	2	3	4	5	6	7
Responsabil.	P10	O <local> comunicou a você exatamente quando os seus serviços estariam concluídos	1	2	3	4	5	6	7
	P11	Você foi atendido imediatamente pelos funcionários daqui	1	2	3	4	5	6	7
	P12	Os funcionários sempre estavam dispostos a ajudar você	1	2	3	4	5	6	7
	P13	Os funcionários responderam prontamente às suas solicitações ou a de outros pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	P14	Você confiou nos funcionários deste hospital	1	2	3	4	5	6	7
	P15	Você se sentiu seguro em seu atendimento/tratamento com os funcionários daqui	1	2	3	4	5	6	7
	P16	Os funcionários foram gentis	1	2	3	4	5	6	7
	P17	Os funcionários receberam apoio gerencial e material para bem executar as suas tarefas	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	P18	Você recebeu atenção individual	1	2	3	4	5	6	7
	P19	Os funcionários daqui deram atenção personalizada a você	1	2	3	4	5	6	7
	P20	Os funcionários sabiam quais eram as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
	P21	O <local> estava muito interessado no seu bem estar	1	2	3	4	5	6	7
	P22	Este <local> tinha horários convenientes para você	1	2	3	4	5	6	7
	P23	Você está muito satisfeito com o serviço recebido	1	2	3	4	5	6	7

Legenda: 7: concordo plenamente; 6: concordo; 5: quase concordo; 4: não concordo não discordo; 3: quase discordo; 2: discordo; 1: discordo totalmente. <local> = consultório ou ambulatório ou hospital.

Quarta parte do instrumento de coleta de dados. Uma pergunta aberta.

Dê sua opinião sobre o tempo de atendimento ?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Qualidade de Serviços de Saúde: Tempo de Espera e Tempo de Atendimento da Consulta Médica no Sistema de Saúde Público e Privado.**

Pesquisadora responsável: Cristiane Sonia Arroyo

Eu, _____, afirmo ter conhecimento que o objetivo desta pesquisa é obter minha opinião sobre os serviços de saúde deste consultório médico através de perguntas realizadas pela pesquisadora e respondidas de acordo com a minha opinião. As perguntas serão feitas antes e após a minha consulta médica. Sei que a pesquisadora anotará o horário de minha chegada <NESTE LOCAL>, a hora de entrada e saída do consulta médica. Tenho conhecimento que eu posso sair desta pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para mim. Estou ciente que será garantido absoluto sigilo sobre a minha identidade e meus dados pessoais não serão revelados em momento algum, e que este estudo não reverterá em benefícios pessoais aos participantes, mas contribuirá para o conhecimento em relação ao tema deste estudo e para esta e outras instituições de saúde.

Ribeirão Preto, ____/____/____

Assinatura do participante

Cristiane Sonia Arroyo - **Contato com o pesquisador:**

Faculdade de Economia Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto

Avenida dos Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre - CEP 14040-902 - Ribeirão Preto / SP

Observação: a autora fez três tipos de termo, para cada local, a expressão <NESTE LOCAL> assumia os valores: nesta UBDS, neste hospital, neste consultório, conforme aonde era realizada a pesquisa.

APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA O CONSULTÓRIO DE MÉDICO PARTICULAR

Ribeirão Preto, 1 de março de 2006

Ilustríssimo Dr. <NOME DO MÉDICO>
Especialidade Cardiologia

Solicito que a pesquisa intitulada *Qualidade de Serviços de Saúde: Tempo de Espera e Tempo de Atendimento da Consulta Médica no Sistema de Saúde Público e Privado*, seja submetida a vossa autorização para ser realizada neste consultório.

Esta pesquisa visa coletar a opinião do paciente sobre a qualidade, portanto será aplicado um instrumento de coleta de dados composto: antes (23 questões fechadas) e após a consulta médica (23 questões fechadas), uma questão aberta sobre o tempo de atendimento, registros do tempo serão feitos (horário que o paciente entra no consultório, horário de entrada e saída da sala do médico).

Os dados serão coletados durante três semanas no ambulatório do HCFMRP da USP, em três Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), e nove consultórios particulares, todos da especialidade cardiologia e localizados na cidade de Ribeirão Preto. Para realizar a entrevista com o paciente, cada local de pesquisa terá dois colaboradores sob minha supervisão.

Esta pesquisa faz parte de meu doutorado que está sendo realizado na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Espero contar com vossa colaboração para que a mesma se realize.

Em anexo, segue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do paciente de acordo com a resolução 196/96, as autorizações do Hospital das Clínicas da FMRP/USP e da Secretaria Municipal de Saúde, além do instrumento de coleta de dados que será aplicado.

Após realização, será entregue um relatório técnico.

Permaneço à disposição para qualquer esclarecimento e aproveito a oportunidade para apresentar-lhe votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Cristiane Sonia Arroyo - Pesquisadora FEA da USP; e-mail: csarroyo@terra.com.br
Telefone: (16) 3637-7487; celular: 9131- 4058

Marcio Mattos Borges de Oliveira, Ph.D. - Orientador da pesquisa
University of São Paulo - Business Administration Department
Operational Research, Manufacturing Cells, Scheduling,
Production Planning, Information Systems and Environmental Management
Brazil - São Paulo - Ribeirão Preto - e-mail: mmattos@usp.br
Phones: house: +55 16 610-6754 cell: +55 16 8117-8145 work: +55 16 602-3939

APÊNDICE D – TESTE ESTATÍSTICO: TESTE COM SINAIS WILCOXON

APÊNDICE D - Tabela 1 – Teste estatístico - expectativa (E) e percepção (P) do setor privado

Afirmção	Consultório 1		Consultório 2		Consultório 3		Consultório 4	
	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
V01	-3,719(a)	0	-2,418(a)	0,016	-,067(a)	0,946	-2,646(a)	0,008
V02	-2,837(a)	0,005	-,741(a)	0,458	-1,155(a)	0,248	-2,138(a)	0,033
V03	-3,522(a)	0	-2,142(b)	0,032	-,332(a)	0,74	-2,673(a)	0,008
V04	-4,359(a)	0	-1,287(a)	0,198	-2,179(b)	0,029	-1,862(a)	0,063
V05	-2,357(a)	0,018	-1,339(a)	0,181	-,552(a)	0,581	-2,883(a)	0,004
V06	-3,411(a)	0,001	-,429(b)	0,668	-2,392(b)	0,017	-1,964(a)	0,049
V07	-2,132(a)	0,033	-,918(b)	0,359	-2,324(b)	0,02	-,187(a)	0,852
V08	-2,399(a)	0,016	-1,789(a)	0,074	-1,496(b)	0,135	-1,567(a)	0,117
V09	-3,000(a)	0,003	-,659(b)	0,51	-2,066(a)	0,039	-1,830(a)	0,067
V10	-,907(a)	0,365	-,124(b)	0,902	-2,138(b)	0,033	-,632(a)	0,527
V11	-3,153(a)	0,002	-,369(b)	0,712	-1,396(a)	0,163	-2,221(a)	0,026
V12	-2,536(a)	0,011	-1,291(b)	0,197	-,302(b)	0,763	-2,501(a)	0,012
V13	-2,712(a)	0,007	-1,184(b)	0,236	-2,804(a)	0,005	-2,416(a)	0,016
V14	-3,272(a)	0,001	-1,311(b)	0,19	-2,514(a)	0,012	-1,547(a)	0,122
V15	-2,400(a)	0,016	-,159(b)	0,873	-2,980(a)	0,003	-2,594(a)	0,009
V16	-3,273(a)	0,001	-1,414(b)	0,157	,000(c)	1	-1,732(a)	0,083
V17	-4,264(a)	0	-,577(b)	0,564	-1,668(b)	0,095	-,277(a)	0,782
V18	-2,854(a)	0,004	-,994(b)	0,32	-,276(a)	0,783	-1,738(a)	0,082
V19	-,712(a)	0,476	-,887(b)	0,375	-1,062(a)	0,288	-2,968(a)	0,003
V20	-1,467(a)	0,142	-,347(b)	0,729	-1,181(a)	0,238	-2,869(a)	0,004
V21	-4,123(a)	0	-1,517(a)	0,129	-1,508(b)	0,132	-1,363(a)	0,173
V22	-2,357(a)	0,018	-,136(a)	0,892	-,607(b)	0,544	-2,741(a)	0,006
V23	-1,807(a)	0,071	-1,236(b)	0,216	-,298(a)	0,766	-2,066(a)	0,039

a Based on negative ranks.

b Based on positive ranks.

c The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

d Wilcoxon Signed Ranks Test

APÊNDICE D – Tabela 2 – Teste estatístico - expectativa (E) e percepção (P) do setor público

Afirmação	UBDS A		UBDS B		UBDS C		Hospital D	
	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
V01	-4,231(a)	0	-3,098(a)	0,002	-2,679(a)	0,007	-1,276(a)	0,202
V02	-3,517(a)	0	-1,869(a)	0,062	-1,587(a)	0,112	-,378(a)	0,705
V03	-3,376(a)	0,001	-,410(a)	0,682	-,060(b)	0,952	-1,000(a)	0,317
V04	-3,329(a)	0,001	-1,801(a)	0,072	-,533(a)	0,594	-2,716(a)	0,007
V05	-2,504(a)	0,012	-1,740(b)	0,082	-,408(a)	0,683	-2,777(a)	0,005
V06	-2,476(a)	0,013	-2,125(a)	0,034	-1,986(a)	0,047	-2,200(a)	0,028
V07	-2,209(a)	0,027	-1,396(a)	0,163	-1,069(a)	0,285	-1,414(a)	0,157
V08	-2,071(a)	0,038	-,534(b)	0,593	-1,306(a)	0,192	-2,073(a)	0,038
V09	-1,725(a)	0,084	-2,449(a)	0,014	-1,573(a)	0,116	-1,000(b)	0,317
V10	-1,198(a)	0,231	-,041(a)	0,967	-1,829(a)	0,067	-1,342(b)	0,18
V11	-1,006(a)	0,314	-1,688(b)	0,091	-,677(a)	0,499	-,045(b)	0,964
V12	-1,445(a)	0,149	-2,007(a)	0,045	-1,037(a)	0,3	-,557(a)	0,577
V13	-,872(a)	0,383	-,091(b)	0,927	-,530(a)	0,596	-1,342(a)	0,18
V14	-1,047(a)	0,295	-,956(a)	0,339	-,085(a)	0,932	-1,121(b)	0,262
V15	-,712(a)	0,476	-,735(a)	0,462	-1,169(a)	0,242	,000(c)	1
V16	-2,682(a)	0,007	-1,698(a)	0,089	-2,541(a)	0,011	-2,716(a)	0,007
V17	-2,692(a)	0,007	-,731(b)	0,465	-,029(b)	0,977	-,743(b)	0,458
V18	-,577(a)	0,564	-2,122(a)	0,034	-,045(b)	0,964	-,962(b)	0,336
V19	-,962(b)	0,336	-,809(a)	0,418	-,968(a)	0,333	-,530(b)	0,596
V20	-2,414(a)	0,016	-2,595(a)	0,009	-2,193(a)	0,028	-1,119(b)	0,263
V21	-2,527(a)	0,012	-1,295(a)	0,195	-1,153(a)	0,249	-1,414(a)	0,157
V22	-1,671(a)	0,095	-1,794(b)	0,073	-4,826(a)	0	-1,733(a)	0,083
V23	-4,169(a)	0	-,501(b)	0,616	-2,668(a)	0,008	-1,890(a)	0,059

a Based on negative ranks.

b Based on positive ranks.

c The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

d Wilcoxon Signed Ranks Test

APÊNDICE D - Tabela 3 – Teste estatístico: expectativa (E) e percepção (P) do público e privado

Afirmação	Público		Privado	
	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
V01 aparelhos modernos para exames	-3,995(a)	0	-2,747(a)	0,006
V02 instalação física visualmente agradável	-2,780(a)	0,005	-,496(a)	0,62
V03 funcionários bem vestidos e com boa aparência	-1,972(a)	0,049	-,551(b)	0,582
V04 limpeza da sala de espera, de consulta, corredores e banheiros	-2,453(a)	0,014	-2,734(a)	0,006
V05 comprometimento com o prazo	-4,038(a)	0	-,036(a)	0,972
V06 solidário e prestativo com o paciente	-2,357(a)	0,018	-1,214(a)	0,225
V07 confiável	-1,567(a)	0,117	-1,672(a)	0,094
V08 serviço realizado no prazo prometido	-3,015(a)	0,003	-2,072(a)	0,038
V09 registro atualizado: endereço, telefone, prontuário	-,280(a)	0,78	-1,013(b)	0,311
V10 comunicação exata de quando os serviços estariam concluídos	-1,473(a)	0,141	-1,384(a)	0,166
V11 atendimento imediato do funcionário	-1,934(a)	0,053	-1,139(b)	0,255
V12 funcionários dispostos a ajudar	-,090(b)	0,929	-,335(b)	0,738
V13 funcionários responderam prontamente as solicitações	-1,007(a)	0,314	-1,662(b)	0,096
V14 confiança do paciente nos funcionários	-,303(b)	0,762	-1,143(b)	0,253
V15 paciente estar seguro no tratamento e atendimento	-,399(a)	0,69	-1,883(b)	0,06
V16 gentileza dos funcionários	-2,397(a)	0,017	-,687(a)	0,492
V17 apoio gerencial e material para o empregado executar as tarefas	-1,534(a)	0,125	-2,883(a)	0,004
V18 atenção dada ao paciente	-1,885(b)	0,059	-,211(b)	0,833
V19 atenção personalizada dada ao paciente	-,617(b)	0,537	-1,947(b)	0,051
V20 conhecimento das necessidades do paciente	-,149(b)	0,881	-1,628(b)	0,103
V21 interesse no bem estar do paciente	-1,719(a)	0,086	-2,996(a)	0,003
V22 horários convenientes ao paciente	-5,524(a)	0	-,274(b)	0,784
V23 satisfação geral	-4,637(a)	0	-1,002(b)	0,316

a Based on positive ranks.

b Based on negative ranks.

c Wilcoxon Signed Ranks Test

APÊNDICE D – Tabela 4 – Teste estatístico: Hospital D e UBDS C

		Hospital D			UBDS C		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V01	Negative Ranks	5(a)	3,3	16,5	16(a)	11,78	188,5
	Positive Ranks	1(b)	4,5	4,5	5(b)	8,5	42,5
	Ties	24(c)			22(c)		
	Total	30			43		
V02	Negative Ranks	3(d)	2	6	15(d)	13,4	201
	Positive Ranks	1(e)	4	4	9(e)	11	99
	Ties	26(f)			19(f)		
	Total	30			43		
V03	Negative Ranks	3(g)	2,5	7,5	11(g)	9,41	103,5
	Positive Ranks	1(h)	2,5	2,5	9(h)	11,83	106,5
	Ties	26(i)			23(i)		
	Total	30			43		
V04	Negative Ranks	9(j)	5	45	14(j)	14,93	209
	Positive Ranks	0(k)	0	0	13(k)	13	169
	Ties	21(l)			16(l)		
	Total	30			43		
V05	Negative Ranks	10(m)	6,4	64	12(m)	10,5	126
	Positive Ranks	1(n)	2	2	9(n)	11,67	105
	Ties	19(o)			22(o)		
	Total	30			43		
V06	Negative Ranks	7(p)	4,79	33,5	19(p)	13,92	264,5
	Positive Ranks	1(q)	2,5	2,5	8(q)	14,19	113,5
	Ties	22(r)			16(r)		
	Total	30			43		
V07	Negative Ranks	2(s)	1,5	3	15(s)	14,23	213,5
	Positive Ranks	0(t)	0	0	11(t)	12,5	137,5
	Ties	28(u)			17(u)		
	Total	30			43		
V08	Negative Ranks	11(v)	7,73	85	15(v)	13,87	208
	Positive Ranks	3(w)	6,67	20	10(w)	11,7	117
	Ties	16(x)			18(x)		
	Total	30			43		
V09	Negative Ranks	0(y)	0	0	17(y)	14,59	248
	Positive Ranks	1(z)	1	1	10(z)	13	130
	Ties	29(aa)			16(aa)		
	Total	30			43		

APÊNDICE D – Tabela 4 – Teste estatístico: Hospital D e UBDS C (continuação)

		Hospital D			UBDS C		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V10	Negative Ranks	0(bb)	0	0	22(bb)	16,11	354,5
	Positive Ranks	2(cc)	1,5	3	10(cc)	17,35	173,5
	Ties	28(dd)			11(dd)		
	Total	30			43		
V11	Negative Ranks	5(ee)	6,5	32,5	12(ee)	10,17	122
	Positive Ranks	6(ff)	5,58	33,5	8(ff)	11	88
	Ties	19(gg)			23(gg)		
	Total	30			43		
V12	Negative Ranks	3(hh)	2,17	6,5	16(hh)	15,25	244
	Positive Ranks	1(ii)	3,5	3,5	12(ii)	13,5	162
	Ties	26(jj)			15(jj)		
	Total	30			43		
V13	Negative Ranks	2(kk)	1,5	3	14(kk)	13,96	195,5
	Positive Ranks	0(ll)	0	0	12(ll)	12,96	155,5
	Ties	28(mm)			17(mm)		
	Total	30			43		
V14	Negative Ranks	3(nn)	2,5	7,5	10(nn)	12,9	129
	Positive Ranks	4(oo)	5,13	20,5	12(oo)	10,33	124
	Ties	23(pp)			21(pp)		
	Total	30			43		
V15	Negative Ranks	3(qq)	2,5	7,5	13(qq)	13,42	174,5
	Positive Ranks	2(rr)	3,75	7,5	10(rr)	10,15	101,5
	Ties	25(ss)			20(ss)		
	Total	30			43		
V16	Negative Ranks	9(tt)	5	45	19(tt)	14,05	267
	Positive Ranks	0(uu)	0	0	7(uu)	12	84
	Ties	21(vv)			17(vv)		
	Total	30			43		
V17	Negative Ranks	2(ww)	1,5	3	13(ww)	12,42	161,5
	Positive Ranks	2(xx)	3,5	7	12(xx)	13,63	163,5
	Ties	26(yy)			18(yy)		
	Total	30			43		

APÊNDICE D – Tabela 4 – Teste estatístico: Hospital D e UBDS C (continuação)

		Hospital D			UBDS C		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V18	Negative Ranks	2(zz)	2	4	11(zz)	13,5	148,5
	Positive Ranks	3(aaa)	3,67	11	13(aaa)	11,65	151,5
	Ties	25(bbb)			19(bbb)		
	Total	30			43		
V19	Negative Ranks	3(ccc)	2,67	8	14(ccc)	9,29	130
	Positive Ranks	3(ddd)	4,33	13	6(ddd)	13,33	80
	Ties	24(eee)			23(eee)		
	Total	30			43		
V20	Negative Ranks	2(fff)	3,75	7,5	19(fff)	14,63	278
	Positive Ranks	5(ggg)	4,1	20,5	8(ggg)	12,5	100
	Ties	23(hhh)			16(hhh)		
	Total	30			43		
V21	Negative Ranks	2(iii)	1,5	3	16(iii)	16,84	269,5
	Positive Ranks	0(jjj)	0	0	13(jjj)	12,73	165,5
	Ties	28(kkk)			14(kkk)		
	Total	30			43		
V22	Negative Ranks	11(lll)	6,36	70	34(lll)	18,65	634
	Positive Ranks	2(mmm)	10,5	21	2(mmm)	16	32
	Ties	17(nnn)			7(nnn)		
	Total	30			43		
V23	Negative Ranks	4(ooo)	2,5	10	14(ooo)	9	126
	Positive Ranks	0(ppp)	0	0	3(ppp)	9	27
	Ties	26(qqq)			26(qqq)		
	Total	30			43		

APÊNDICE D – Tabela 5 – Teste estatístico: UBDS B e UBDS A

		UBDS B			UBDS A		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V01	Negative Ranks	3(a)	5,5	16,5	24(a)	13,25	318
	Positive Ranks	15(b)	10,3	154,5	1(b)	7	7
	Ties	44(c)			21(c)		
	Total	62			46		
V02	Negative Ranks	6(d)	9,58	57,5	22(d)	13,3	292,5
	Positive Ranks	14(e)	10,89	152,5	3(e)	10,83	32,5
	Ties	42(f)			21(f)		
	Total	62			46		
V03	Negative Ranks	9(g)	11,56	104	14(g)	7,5	105
	Positive Ranks	12(h)	10,58	127	0(h)	0	0
	Ties	41(i)			32(i)		
	Total	62			46		
V04	Negative Ranks	9(j)	13,22	119	14(j)	7,5	105
	Positive Ranks	18(k)	14,39	259	0(k)	0	0
	Ties	35(l)			32(l)		
	Total	62			46		
V05	Negative Ranks	14(m)	13,82	193,5	13(m)	7,08	92
	Positive Ranks	9(n)	9,17	82,5	1(n)	13	13
	Ties	39(o)			32(o)		
	Total	62			46		
V06	Negative Ranks	8(p)	12,06	96,5	14(p)	9,18	128,5
	Positive Ranks	18(q)	14,14	254,5	3(q)	8,17	24,5
	Ties	36(r)			29(r)		
	Total	62			46		
V07	Negative Ranks	4(s)	4,5	18	6(s)	4,5	27
	Positive Ranks	7(t)	6,86	48	1(t)	1	1
	Ties	51(u)			39(u)		
	Total	62			46		
V08	Negative Ranks	13(v)	9,15	119	9(v)	6,22	56
	Positive Ranks	7(w)	13	91	2(w)	5	10
	Ties	42(x)			35(x)		
	Total	62			46		
V09	Negative Ranks	4(y)	8,5	34	5(y)	3,7	18,5
	Positive Ranks	14(z)	9,79	137	1(z)	2,5	2,5
	Ties	44(aa)			40(aa)		
	Total	62			46		

APÊNDICE D – Tabela 5 – Teste estatístico: UBDS B e UBDS A (continuação)

		UBDS B			UBDS A		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V10	Negative Ranks	17(bb)	14,47	246	6(bb)	4,42	26,5
	Positive Ranks	14(cc)	17,86	250	2(cc)	4,75	9,5
	Ties	31(dd)			38(dd)		
	Total	62			46		
V11	Negative Ranks	30(ee)	20,35	610,5	10(ee)	7,75	77,5
	Positive Ranks	13(ff)	25,81	335,5	5(ff)	8,5	42,5
	Ties	19(gg)			31(gg)		
	Total	62			46		
V12	Negative Ranks	7(hh)	18,21	127,5	10(hh)	5,7	57
	Positive Ranks	22(ii)	13,98	307,5	2(ii)	10,5	21
	Ties	33(jj)			34(jj)		
	Total	62			46		
V13	Negative Ranks	20(kk)	16,02	320,5	7(kk)	5,14	36
	Positive Ranks	15(ll)	20,63	309,5	3(ll)	6,33	19
	Ties	27(mm)			36(mm)		
	Total	62			46		
V14	Negative Ranks	11(nn)	17,05	187,5	10(nn)	6,9	69
	Positive Ranks	19(oo)	14,61	277,5	4(oo)	9	36
	Ties	32(pp)			32(pp)		
	Total	62			46		
V15	Negative Ranks	9(qq)	12,72	114,5	5(qq)	4,6	23
	Positive Ranks	14(rr)	11,54	161,5	3(rr)	4,33	13
	Ties	39(ss)			38(ss)		
	Total	62			46		
V16	Negative Ranks	11(tt)	13,86	152,5	9(tt)	5	45
	Positive Ranks	19(uu)	16,45	312,5	0(uu)	0	0
	Ties	32(vv)			37(vv)		
	Total	62			46		
V17	Negative Ranks	19(ww)	17,84	339	9(ww)	5	45
	Positive Ranks	15(xx)	17,07	256	0(xx)	0	0
	Ties	28(yy)			37(yy)		
	Total	62			46		

APÊNDICE D – Tabela 5 – Teste estatístico: UBDS B e UBDS A (continuação)

		UBDS B			UBDS A		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V18	Negative Ranks	9(zz)	21,06	189,5	2(zz)	2	4
	Positive Ranks	26(aaa)	16,94	440,5	1(aaa)	2	2
	Ties	27(bbb)			43(bbb)		
	Total	62			46		
V19	Negative Ranks	10(ccc)	10,2	102	2(ccc)	2	4
	Positive Ranks	12(ddd)	12,58	151	3(ddd)	3,67	11
	Ties	40(eee)			41(eee)		
	Total	62			46		
V20	Negative Ranks	8(fff)	14,81	118,5	7(fff)	4	28
	Positive Ranks	23(ggg)	16,41	377,5	0(ggg)	0	0
	Ties	31(hhh)			39(hhh)		
	Total	62			46		
V21	Negative Ranks	9(iii)	16,67	150	8(iii)	4,5	36
	Positive Ranks	19(jjj)	13,47	256	0(jjj)	0	0
	Ties	34(kkk)			38(kkk)		
	Total	62			46		
V22	Negative Ranks	22(III)	13,55	298	12(III)	6,58	79
	Positive Ranks	7(mmm)	19,57	137	2(mmm)	13	26
	Ties	33(nnn)			32(nnn)		
	Total	62			46		
V23	Negative Ranks	16(ooo)	14	224	23(ooo)	13,74	316
	Positive Ranks	12(ppp)	15,17	182	2(ppp)	4,5	9
	Ties	34(qqq)			21(qqq)		
	Total	62			46		

APÊNDICE D – Tabela 5 – Teste estatístico: UBDS B e UBDS A (continuação)

		Consultório 3			Consultório 4		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V01	Negative Ranks	9(a)	9,33	84	0(a)	0	0
	Positive Ranks	9(b)	9,67	87	7(b)	4	28
	Ties	35(c)			40(c)		
	Total	53			47		
V02	Negative Ranks	4(d)	6,5	26	3(d)	7,5	22,5
	Positive Ranks	8(e)	6,5	52	11(e)	7,5	82,5
	Ties	41(f)			33(f)		
	Total	53			47		
V03	Negative Ranks	6(g)	9,08	54,5	1(g)	5,5	5,5
	Positive Ranks	9(h)	7,28	65,5	10(h)	6,05	60,5
	Ties	38(i)			36(i)		
	Total	53			47		
V04	Negative Ranks	9(j)	6,22	56	3(j)	8,17	24,5
	Positive Ranks	2(k)	5	10	11(k)	7,32	80,5
	Ties	42(l)			33(l)		
	Total	53			47		
V05	Negative Ranks	7(m)	8,29	58	5(m)	7	35
	Positive Ranks	9(n)	8,67	78	16(n)	12,25	196
	Ties	37(o)			26(o)		
	Total	53			47		
V06	Negative Ranks	10(p)	6,8	68	4(p)	7,88	31,5
	Positive Ranks	2(q)	5	10	12(q)	8,71	104,5
	Ties	41(r)			31(r)		
	Total	53			47		
V07	Negative Ranks	12(s)	8	96	4(s)	5,25	21
	Positive Ranks	3(t)	8	24	5(t)	4,8	24
	Ties	38(u)			38(u)		
	Total	53			47		
V08	Negative Ranks	10(v)	7,5	75	3(v)	6,5	19,5
	Positive Ranks	4(w)	7,5	30	9(w)	6,5	58,5
	Ties	39(x)			34(x)		
	Total	53			46		
V09	Negative Ranks	3(y)	6	18	4(y)	10,25	41
	Positive Ranks	10(z)	7,3	73	13(z)	8,62	112
	Ties	40(aa)			30(aa)		
	Total	53			47		

APÊNDICE D – Tabela 6 – Teste estatístico: Consultório 3 e Consultório 4

		Consultório 3			Consultório 4		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V10	Negative Ranks	10(bb)	7,45	74,5	4(bb)	5,5	22
	Positive Ranks	3(cc)	5,5	16,5	6(cc)	5,5	33
	Ties	40(dd)			35(dd)		
	Total	53			45		
V11	Negative Ranks	5(ee)	5,2	26	4(ee)	5,38	21,5
	Positive Ranks	8(ff)	8,13	65	11(ff)	8,95	98,5
	Ties	40(gg)			32(gg)		
	Total	53			47		
V12	Negative Ranks	6(hh)	6	36	3(hh)	6	18
	Positive Ranks	5(ii)	6	30	12(ii)	8,5	102
	Ties	42(jj)			32(jj)		
	Total	53			47		
V13	Negative Ranks	1(kk)	5	5	2(kk)	10	20
	Positive Ranks	11(ll)	6,64	73	13(ll)	7,69	100
	Ties	41(mm)			32(mm)		
	Total	53			47		
V14	Negative Ranks	5(nn)	7	35	5(nn)	9,2	46
	Positive Ranks	14(oo)	11,07	155	12(oo)	8,92	107
	Ties	34(pp)			30(pp)		
	Total	53			47		
V15	Negative Ranks	2(qq)	7	14	3(qq)	7	21
	Positive Ranks	14(rr)	8,71	122	13(rr)	8,85	115
	Ties	37(ss)			31(ss)		
	Total	53			47		
V16	Negative Ranks	6(tt)	6,5	39	3(tt)	6,5	19,5
	Positive Ranks	6(uu)	6,5	39	9(uu)	6,5	58,5
	Ties	41(vv)			35(vv)		
	Total	53			47		
V17	Negative Ranks	14(ww)	12,54	175,5	6(ww)	7	42
	Positive Ranks	8(xx)	9,69	77,5	7(xx)	7	49
	Ties	31(yy)			34(yy)		
	Total	53			47		

**APÊNDICE D – Tabela 6 – Teste estatístico: Consultório 3 e Consultório 4
(continuação)**

		Consultório 3			Consultório 4		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V18	Negative Ranks	9(zz)	7	63	7(zz)	10	70
	Positive Ranks	7(aaa)	10,43	73	14(aaa)	11,5	161
	Ties	37(bbb)			26(bbb)		
	Total	53			47		
V19	Negative Ranks	7(ccc)	7,86	55	1(ccc)	6	6
	Positive Ranks	10(ddd)	9,8	98	12(ddd)	7,08	85
	Ties	36(eee)			34(eee)		
	Total	53			47		
V20	Negative Ranks	10(fff)	9,15	91,5	3(fff)	4,5	13,5
	Positive Ranks	12(ggg)	13,46	161,5	13(ggg)	9,42	122,5
	Ties	31(hhh)			31(hhh)		
	Total	53			47		
V21	Negative Ranks	8(iii)	6	48	4(iii)	8	32
	Positive Ranks	3(jjj)	6	18	10(jjj)	7,3	73
	Ties	42(kkk)			33(kkk)		
	Total	53			47		
V22	Negative Ranks	9(lll)	8,78	79	3(lll)	5,5	16,5
	Positive Ranks	7(mmm)	8,14	57	13(mmm)	9,19	119,5
	Ties	37(nnn)			31(nnn)		
	Total	53			47		
V23	Negative Ranks	8(ooo)	6,88	55	3(ooo)	6	18
	Positive Ranks	7(ppp)	9,29	65	10(ppp)	7,3	73
	Ties	38(qqq)			33(qqq)		
	Total	53			46		

APÊNDICE D – Tabela 7 – Teste estatístico: Consultório 2 e Consultório 1

		Consultório 2			Consultório 1		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V01	Negative Ranks	14(a)	11,04	154,5	18(a)	10,11	182
	Positive Ranks	5(b)	7,1	35,5	1(b)	8	8
	Ties	19(c)			52(c)		
	Total	38			71		
V02	Negative Ranks	7(d)	6,86	48	17(d)	11	187
	Positive Ranks	5(e)	6	30	4(e)	11	44
	Ties	26(f)			50(f)		
	Total	38			71		
V03	Negative Ranks	4(g)	6	24	19(g)	10,05	191
	Positive Ranks	11(h)	8,73	96	1(h)	19	19
	Ties	23(i)			51(i)		
	Total	38			71		
V04	Negative Ranks	10(j)	7,15	71,5	19(j)	10	190
	Positive Ranks	4(k)	8,38	33,5	0(k)	0	0
	Ties	24(l)			52(l)		
	Total	38			71		
V05	Negative Ranks	10(m)	10,45	104,5	13(m)	9,46	123
	Positive Ranks	7(n)	6,93	48,5	4(n)	7,5	30
	Ties	21(o)			54(o)		
	Total	38			71		
V06	Negative Ranks	8(p)	9,5	76	17(p)	10,06	171
	Positive Ranks	10(q)	9,5	95	2(q)	9,5	19
	Ties	20(r)			52(r)		
	Total	38			71		
V07	Negative Ranks	2(s)	7,5	15	14(s)	10,18	142,5
	Positive Ranks	7(t)	4,29	30	5(t)	9,5	47,5
	Ties	29(u)			52(u)		
	Total	38			71		
V08	Negative Ranks	10(v)	12,6	126	16(v)	10,28	164,5
	Positive Ranks	8(w)	5,63	45	4(w)	11,38	45,5
	Ties	20(x)			51(x)		
	Total	38			71		
V09	Negative Ranks	4(y)	7,75	31	14(y)	8,5	119
	Positive Ranks	8(z)	5,88	47	2(z)	8,5	17
	Ties	26(aa)			55(aa)		
	Total	38			71		

**APÊNDICE D – Tabela 7 – Teste estatístico: Consultório 2 e Consultório 1
(continuação)**

		Consultório 2			Consultório 1		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V10	Negative Ranks	5(bb)	7,5	37,5	9(bb)	7,39	66,5
	Positive Ranks	7(cc)	5,79	40,5	5(cc)	7,7	38,5
	Ties	26(dd)			57(dd)		
	Total	38			71		
V11	Negative Ranks	5(ee)	8,1	40,5	15(ee)	9	135
	Positive Ranks	8(ff)	6,31	50,5	2(ff)	9	18
	Ties	25(gg)			54(gg)		
	Total	38			71		
V12	Negative Ranks	4(hh)	6	24	15(hh)	9,37	140,5
	Positive Ranks	8(ii)	6,75	54	3(ii)	10,17	30,5
	Ties	26(jj)			53(jj)		
	Total	38			71		
V13	Negative Ranks	3(kk)	6,83	20,5	15(kk)	8,67	130
	Positive Ranks	8(ll)	5,69	45,5	2(ll)	11,5	23
	Ties	27(mm)			54(mm)		
	Total	38			71		
V14	Negative Ranks	3(nn)	4	12	20(nn)	12,6	252
	Positive Ranks	6(oo)	5,5	33	4(oo)	12	48
	Ties	29(pp)			47(pp)		
	Total	38			71		
V15	Negative Ranks	4(qq)	6,5	26	14(qq)	9,64	135
	Positive Ranks	6(rr)	4,83	29	4(rr)	9	36
	Ties	28(ss)			53(ss)		
	Total	38			71		
V16	Negative Ranks	2(tt)	4,5	9	16(tt)	9,56	153
	Positive Ranks	6(uu)	4,5	27	2(uu)	9	18
	Ties	30(vv)			53(vv)		
	Total	38			71		
V17	Negative Ranks	4(ww)	4,5	18	21(ww)	11,5	241,5
	Positive Ranks	5(xx)	5,4	27	1(xx)	11,5	11,5
	Ties	28(yy)			49(yy)		
	Total	37			71		

**APÊNDICE D – Tabela 7 – Teste estatístico: Consultório 2 e Consultório 1
(continuação)**

		Consultório 2			Consultório 1		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V18	Negative Ranks	2(zz)	9	18	15(zz)	9,7	145,5
	Positive Ranks	8(aaa)	4,63	37	3(aaa)	8,5	25,5
	Ties	28(bbb)			53(bbb)		
	Total	38			71		
V19	Negative Ranks	6(ccc)	8,58	51,5	5(ccc)	4,6	23
	Positive Ranks	10(ddd)	8,45	84,5	3(ddd)	4,33	13
	Ties	21(eee)			63(eee)		
	Total	37			71		
V20	Negative Ranks	6(fff)	9	54	13(fff)	10	130
	Positive Ranks	9(ggg)	7,33	66	6(ggg)	10	60
	Ties	23(hhh)			52(hhh)		
	Total	38			71		
V21	Negative Ranks	11(iii)	9,77	107,5	23(iii)	13,09	301
	Positive Ranks	6(jjj)	7,58	45,5	2(jjj)	12	24
	Ties	21(kkk)			46(kkk)		
	Total	38			71		
V22	Negative Ranks	4(III)	8,63	34,5	14(III)	8,79	123
	Positive Ranks	7(mmm)	4,5	31,5	3(mmm)	10	30
	Ties	27(nnn)			54(nnn)		
	Total	38			71		
V23	Negative Ranks	6(ooo)	9,92	59,5	9(ooo)	6,67	60
	Positive Ranks	12(ppp)	9,29	111,5	3(ppp)	6	18
	Ties	20(qqq)			59(qqq)		
	Total	38			71		

APÊNDICE D – Tabela 8 – Teste estatístico: Privado e Público

		Privado			Público		
	Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V01	Negative Ranks	41(a)	34,07	1397	48(a)	39,94	1917
	Positive Ranks	22(b)	28,14	619	22(b)	25,82	568
	Ties	146(c)			111(c)		
	Total	209			181		
V02	Negative Ranks	31(d)	30,44	943,5	46(d)	40,04	1842
	Positive Ranks	28(e)	29,52	826,5	27(e)	31,81	859
	Ties	150(f)			108(f)		
	Total	209			181		
V03	Negative Ranks	30(g)	29,15	874,5	37(g)	30,76	1138
	Positive Ranks	31(h)	32,79	1016,5	22(h)	28,73	632
	Ties	148(i)			122(i)		
	Total	209			181		
V04	Negative Ranks	41(j)	28,73	1178	46(j)	42,58	1958,5
	Positive Ranks	17(k)	31,35	533	31(k)	33,69	1044,5
	Ties	151(l)			104(l)		
	Total	209			181		
V05	Negative Ranks	35(m)	36,69	1284	49(m)	38	1862
	Positive Ranks	36(n)	35,33	1272	20(n)	27,65	553
	Ties	138(o)			112(o)		
	Total	209			181		
V06	Negative Ranks	39(p)	31,99	1247,5	48(p)	41,58	1996
	Positive Ranks	26(q)	34,52	897,5	30(q)	36,17	1085
	Ties	144(r)			103(r)		
	Total	209			181		
V07	Negative Ranks	32(s)	26,77	856,5	27(s)	25,04	676
	Positive Ranks	20(t)	26,08	521,5	19(t)	21,32	405
	Ties	157(u)			135(u)		
	Total	209			181		
V08	Negative Ranks	39(v)	34,31	1338	48(v)	36,32	1743,5
	Positive Ranks	25(w)	29,68	742	22(w)	33,7	741,5
	Ties	144(x)			111(x)		
	Total	208			181		
V09	Negative Ranks	25(y)	29,44	736	26(y)	27,58	717
	Positive Ranks	33(z)	29,55	975	26(z)	25,42	661
	Ties	151(aa)			129(aa)		
	Total	209			181		

APÊNDICE D – Tabela 8 – Teste estatístico: Privado e Público (continuação)

		Privado			Público		
	Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V10	Negative Ranks	28(bb)	26,55	743,5	45(bb)	35,68	1605,5
	Positive Ranks	21(cc)	22,93	481,5	28(cc)	39,13	1095,5
	Ties	158(dd)			108(dd)		
	Total	207			181		
V11	Negative Ranks	29(ee)	24,66	715	57(ee)	43,26	2466
	Positive Ranks	29(ff)	34,34	996	32(ff)	48,09	1539
	Ties	151(gg)			92(gg)		
	Total	209			181		
V12	Negative Ranks	28(hh)	27,14	760	36(hh)	37,08	1335
	Positive Ranks	28(ii)	29,86	836	37(ii)	36,92	1366
	Ties	153(jj)			108(jj)		
	Total	209			181		
V13	Negative Ranks	21(kk)	27,83	584,5	43(kk)	35,58	1530
	Positive Ranks	34(ll)	28,1	955,5	30(ll)	39,03	1171
	Ties	154(mm)			108(mm)		
	Total	209			181		
V14	Negative Ranks	33(nn)	31,21	1030	34(nn)	38,15	1297
	Positive Ranks	36(oo)	38,47	1385	39(oo)	36	1404
	Ties	140(pp)			108(pp)		
	Total	209			181		
V15	Negative Ranks	23(qq)	29,48	678	30(qq)	31,2	936
	Positive Ranks	37(rr)	31,14	1152	29(rr)	28,76	834
	Ties	149(ss)			122(ss)		
	Total	209			181		
V16	Negative Ranks	27(tt)	25,93	700	48(tt)	37,83	1816
	Positive Ranks	23(uu)	25	575	26(uu)	36,88	959
	Ties	159(vv)			107(vv)		
	Total	209			181		
V17	Negative Ranks	45(ww)	33,68	1515,5	43(ww)	36,69	1577,5
	Positive Ranks	21(xx)	33,12	695,5	29(xx)	36,22	1050,5
	Ties	142(yy)			109(yy)		
	Total	208			181		

APÊNDICE D – Tabela 8 – Teste estatístico: Privado e Público (continuação)

		Privado			Público		
	Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks	N	Mean Rank	Sum of Ranks
V18	Negative Ranks	33(zz)	31,59	1042,5	24(zz)	35,38	849
	Positive Ranks	32(aaa)	34,45	1102,5	43(aaa)	33,23	1429
	Ties	144(bbb)			114(bbb)		
	Total	209			181		
V19	Negative Ranks	19(ccc)	27,66	525,5	29(ccc)	22,33	647,5
	Positive Ranks	35(ddd)	27,41	959,5	24(ddd)	32,65	783,5
	Ties	154(eee)			128(eee)		
	Total	208			181		
V20	Negative Ranks	32(fff)	32,27	1032,5	36(fff)	35,78	1288
	Positive Ranks	40(ggg)	39,89	1595,5	36(ggg)	37,22	1340
	Ties	137(hhh)			109(hhh)		
	Total	209			181		
V21	Negative Ranks	46(iii)	34,41	1583	35(iii)	40,2	1407
	Positive Ranks	21(jjj)	33,1	695	32(jjj)	27,22	871
	Ties	142(kkk)			114(kkk)		
	Total	209			181		
V22	Negative Ranks	30(III)	29,32	879,5	79(III)	44,85	3543,5
	Positive Ranks	30(mmm)	31,68	950,5	13(mmm)	56,5	734,5
	Ties	149(nnn)			89(nnn)		
	Total	209			181		
V23	Negative Ranks	26(ooo)	28,31	736	57(ooo)	38,91	2218
	Positive Ranks	32(ppp)	30,47	975	17(ppp)	32,76	557
	Ties	150(qqq)			107(qqq)		
	Total	208			181		

Legenda das Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8:

- a V01 < Aparelhos modernos para exames
b V01 > Aparelhos modernos para exames
c Aparelhos modernos para exames = V01
d V02 < Instalação física visualmente agradável
e V02 > Instalação física visualmente agradável
f Instalação física visualmente agradável = V02
g V03 < Funcionários bem vestidos e com boa aparência
h V03 > Funcionários bem vestidos e com boa aparência
i Funcionários bem vestidos e com boa aparência = V03
j V04 < Limpeza da sala de espera, sala de consulta, corredores e banheiros
k V04 > Limpeza da sala de espera, sala de consulta, corredores e banheiros
l Limpeza da sala de espera, sala de consulta, corredores e banheiros = V04
m V05 < Comprometimento com o prazo
n V05 > Comprometimento com o prazo

(continuação) Legenda das Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8:

- o Comprometimento com o prazo = V05
 p V06 < Solidário e prestativo com o paciente
 q V06 > Solidário e prestativo com o paciente
 r Solidário e prestativo com o paciente = V06
 s V07 < Confiável
 t V07 > Confiável
 u Confiável = V07
 v V08 < Serviço realizado no prazo prometido
 w V08 > Serviço realizado no prazo prometido
 x Serviço realizado no prazo prometido = V08
 y V09 < Registro atualizado: endereço, telefone, prontuário
 z V09 > Registro atualizado: endereço, telefone, prontuário
 aa Registro atualizado: endereço, telefone, prontuário = V09
 bb V10 < Comunicação exata de quando os seus serviços estariam concluídos
 cc V10 > Comunicação exata de quando os seus serviços estariam concluídos
 dd Comunicação exata de quando os seus serviços estariam concluídos = V10
 ee V11 < Atendimento imediato do funcionário
 ff V11 > Atendimento imediato do funcionário
 gg Atendimento imediato do funcionário = V11
 hh V12 < funcionários dispostos a ajudar
 ii V12 > funcionários dispostos a ajudar
 jj funcionários dispostos a ajudar = V12
 kk V13 < Funcionários responderam prontamente as solicitações
 ll V13 > Funcionários responderam prontamente as solicitações
 mm Funcionários responderam prontamente as solicitações = V13
 nn V14 < Confiança do paciente nos funcionários
 oo V14 > Confiança do paciente nos funcionários
 pp Confiança do paciente nos funcionários = V14
 qq V15 < Paciente estar seguro no tratamento e atendimento
 rr V15 > Paciente estar seguro no tratamento e atendimento
 ss Paciente estar seguro no tratamento e atendimento = V15
 tt V16 < Gentileza dos funcionários
 uu V16 > Gentileza dos funcionários
 vv Gentileza dos funcionários = V16
 ww V17 < Apoio gerencial e material para os funcionários executarem suas tarefas
 xx V17 > Apoio gerencial e material para os funcionários executarem suas tarefas
 yy Apoio gerencial e material para os funcionários executarem suas tarefas = V17
 zz V18 < Atenção dada ao paciente
 aaa V18 > Atenção dada ao paciente
 bbb Atenção dada ao paciente = V18
 ccc V19 < Atenção personalizada dada ao paciente
 ddd V19 > Atenção personalizada dada ao paciente
 eee Atenção personalizada dada ao paciente = V19
 fff V20 < Conhecimento das necessidades do paciente
 ggg V20 > Conhecimento das necessidades do paciente
 hhh Conhecimento das necessidades do paciente = V20
 iii V21 < Interesse no bem estar do paciente
 jjj V21 > Interesse no bem estar do paciente
 kkk Interesse no bem estar do paciente = V21

(continuação) Legenda das Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8:

lll V22 < horários convenientes ao paciente

mmm V22 > horários convenientes ao paciente

nnn horários convenientes ao paciente = V22

ooo V23 < Satisfação geral

ppp V23 > Satisfação geral

qqq Satisfação geral = V23

APÊNDICE E - OPINIÃO DOS PACIENTES SOBRE O TEMPO DE ATENDIMENTO

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento da UBDS A

22/05/2006

- Foi dentro dos conformes, de acordo com a minha necessidade fui atendido prontamente.
- Deveria ter mais médicos pois o cardiologista está com a agenda cheia e eu não pude marcar o retorno.
- Rápido.

23/05/2006

- Muito tempo entre uma consulta e outra. Pouco médico. Demorado.
- Meio demorado. Mais médicos necessitam.
- Eu nunca tive problemas aqui.
- Agora está bom, melhorou muito, estou satisfeita.
- Isso é um rolo !

29/05/2006

- Pouco médico para poucas pessoas.
- Não tenho nada para reclamar. É muito bom. Tudo muito bom.
- Uma merda.
- Podia ser mais rápido. Pois eles podem pegar alguém caminhando para a morte.
- Demora um pouco.
- Retorno deixa por último que é meu caso, então é um pouco demorado. (“foi atendida uma hora e quinze minutos depois”)

30/05/2006

- Tem horário, mas tem que esperar.
- Péssimo, horrível. Que não demore tanto.
- Depende da quantidade de pessoas que procuram o posto. Mas para um órgão público deveria melhorar com mais médicos, por exemplo.
- De uma a duas horas é o ideal, e aqui sempre cumpre o ideal.

31/05/2006

- Demorou, só tem um médico. Excelente, só que sobrecarregado.
- Sempre dentro do horário. (Opinião de dois pacientes).
- Deveria marcar as consultas mais rápidas, pois se eu perdesse hoje iria ser só daqui dois meses.
- Muito demorado, principalmente pra quem está muito mal.

02/06/2006

- Tem que esperar, mas não ligo pois até em convênio a gente espera um pouco.
- Deveria ser mais rápido, às vezes esperamos muito tempo.
- Podia ser mais rápido. Sou satisfeito.
- Muito demorado, 6 meses pra marcar, poderia ter mais médico pelo menos cardiologia.
- O governo finge que cuida do povo, o médico finge que consulta e o povo finge que toma remédio.

06/06/2006

- Uma vergonha... o médico não está no horário. Pessoas sem condições não poderiam esperar.
- Não sei quanto tempo vai demorar. É uma incógnita.
- Demorado... deveria ser pelo menos 20 minutos. Péssimo, deveria olhar mais o paciente. Tem médico que nem olha você.
- Lá embaixo é terrível, aqui demora um pouquinho. Agora, tá bom. Antigamente demora uma semana para marcar consulta, agora demora até um ano. Quando dão remédio é sem bula, e eles não explicam e a gente não tem com quem falar se fizer mal.

07/06/2006

- Péssimo, os médicos são ótimos. Mas os horários não estão certos.
- O atendimento médico é muito rápido, sem prestar um serviço adequado. Espera grande para consulta. A espera de abertura de agenda é um absurdo. O próprio médico deveria ter um controle de sua agenda... muito espaço para o retorno. O agendamento é um absurdo.
- Rápido o atendimento do médico, às vezes esquece de passar a receita de tanta pressa. Para a espera seria uma nota 5.
- No meu caso, o tempo é bom.
- Não tenho nada a reclamar.

08/06/2006

- Podia melhorar um pouco com mais médicos.
- Uma droga! Eles não têm nem um pouco de consideração.
- Não tenho nada do que reclamar.
- Pobre ! Não pode reclamar de nada.
- Podia distribuir os horários, porque assim é muito cansativo.

09/06/2006

- Faltam médicos, pré atendimento um pouco demorado, o médico foi bom, interessado, gostei muito do médico.
- Estou muito satisfeita.
- Apesar da demora o médico é muito atencioso.
- Ótimo, pra atender é demorado mas a consulta é rápida. Lá em baixo é uma calamidade, tratamento e atendimento é péssimo.
- Demora pra atender, marca um horário e não cumpre. O médico atende bem.

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento da UBDS B

22/05/2006

- Demora muito, mas o médico atende bem eu cheguei às 11:30 horas e só fui atendido às 14:45 hs, o médico marca às 12:30 hs, mas chega quase sempre às 13:30 horas, pelo menos tem uns ajudantes, senão sairíamos a 17:00 da tarde.
- O atendimento é razoável. Demora né, já marca 12:30 e o médico demorou pra chegar, só chegou depois das 13:00 horas. O ruim é quando os estudantes atendem porque é mais demorado pois os estudantes fazem as pesquisas deles. Daí levam para o médico que tem que dar o parecer, e isso demora muito.
- Espero mais ou menos gosto bastante do atendimento, não ligo de ficar esperando, reservei a tarde para o médico.
- Eu acho que eles atendem normal, é difícil faltar o médico, só que chega atrasado. Não chega nos horários marcados. E a gente tem que esperar bastante, mas o médico é atencioso.

- Demora a atender, mas é bem atendido, os médicos são bons. A demora é que tem muita gente, mas não demora tanto.

23/05/2006

- Razoável, não tenho nada a reclamar.

- Horrível, tem que melhorar muito. Tem que esperar muito. O banco é duro. Se eu for reclamar tudo não cabe na folha.

- Aqui na cardiologia o tempo de espera é razoável. O médico é atencioso, é super gente boa. O tempo está bom.

- Bom o tempo de espera. O atendimento do médico demora um pouco, mas nunca tive problema. O tempo, a gente vem sem saber o quanto vai esperar, é imprevisível. O atendimento deveria ser por ordem de chegada, independente do horário marcado. Os da 12:30 hs são atendidos antes dos da 12:00 hs. A gente chega cedo porque demora, aí chega gente das 12:30 e é atendido antes. Eu ia ser a primeira porque cheguei mais cedo, agora vou ser a quarta.

- Não é bom não, demora para atender, o médico chega e parece não estar nem aí pro paciente, eles não procuram atender mais rápido. Os funcionários parecem que não tem responsabilidades com o público.

- É bem vagaroso, pela quantidade de gente que tem. É muito paciente pra pouco funcionário, sempre fui bem atendida. Faz desde 1978, todos se tratam aqui, tem uma funcionária meio carrancuda. Ela é um pouco grossa, ela poderia ter mais cautela por se tratar de gente de idade.

- O tempo aqui eu acho, é um horário de 20 minutos. Uma hora daria pra atender cada pessoa. Só que tem pacientes que são carentes e ficam conversando com o médico e por isso demora.

24/05/2006

- Tem vez que demora, tem vez que é atendido rápido. Não tenho nada a reclamar.

- Normal, não é excelente, teria que ter uns três médicos para o atendimento ser mais rápido. Para melhorar, tem que ter mais médico, tem médico que é ruim, mas a maioria dos médicos são bons.

- Ahhhhh.... é normal, para mim está bom, nem demora muito não.

- É, mesmo apesar da espera, o fluxo de pessoas é muito grande, a gente espera mas não é tanto, tem vez que vou no consultório particular demora a mesma quantidade.

- O tempo de espera demora porque marca um horário e demora para atender, não segue o horário marcado.

29/05/2006

- Tem vez que eu chego às 11:45 hs e saio às 15:00 horas da tarde, eu nunca reclamei. Eu acho que precisa melhorar tudo, os funcionários precisam ser mais rápidos.

- Se tiver 10 pessoas para ser atendidas e atenderem todas no horário. Todos vão mais rápido. O tempo de espera eu acho que deveria ser menor, mas eles examinam muito. Se eles vissem os horários de chegada e que pudessem ser mais rápidos e deixar esperando menos. E precisa de alguns aparelhos para não ter que fazer exames tão longe.

- Eu tenho a dizer do atendimento no geral não é tão ruim, mas deveria ser mais rápido e ter um respaldo maior. Ver quem precisa por mais necessidade. A gente confia aqui, já cheguei antes das 5 horas da tarde (“17:00”) da tarde e sai depois das 10 horas da noite (“depois das 22:00 horas”), eu só não deixo de trazer minha mãe aqui porque gosto do cardiologista. Os remédios poderiam ser melhores receitados. Eles não tem condição de dar algo melhor.

- Eu acho que o tempo de atendimento é demorado tem muita gente, tem que marcar melhor o horário e deveria ter mais funcionários.

- A minha sugestão é a maior quantidade de médicos para a consulta ser mais rápido. Mas toda vez que vim fui bem atendida.
- Eu acho que a gente tem que esperar muito, demora demais. Deveria ser mais rápido e terem mais consideração com a gente.
- Depende da necessidade do paciente, se for urgente é prontamente atendido. Senão for, espera um tempo necessário de acordo com a disposição de funcionários e número de pacientes.

30/05/2006

- O tempo do retorno é ruim, demora seis meses para o retorno. O eletro é feito de 6 em 6 meses. O tempo de espera é de duas horas a três horas pra ser atendido. Pra hipertenso e diabetes a gente tem um horário pra se alimentar e pensando assim o atendimento é ruim. De vez em quando o prontuário fica fora de classificação e demora pra achar.
- Não sei, acho que precisa ser melhor, não tenho muito a reclamar, o atendimento é bom.
- Ahhh ! demora um pouco mas nem tanto, tem lugar que demora mais.
- É bom o tempo de espera da cardiologia. A minha reclamação é que eu quero que os médicos sempre venham.
- O pronto socorro está uma droga. Eu sugiro que colocasse numeração lá onde passa a agenda, senão vira bagunça. Se chega na cardiologia terá que pegar uma ficha, senão te gente que corta fila. O pessoal trabalha mal, é a gente que tem que buscar o prontuário. Tinha que ter senha, mais organização na hora da fila. Eles dão a numeração só quando o atendente chega, deveriam dar na portaria assim não teria fila. Exemplo, no setor 10 do HC (“o paciente do HC pega uma ficha e é chamado por esta numeração”).
- O tempo de espera é ruim já cheguei às 11:00 horas e pouco e sai as 5 horas da tarde e a pressão tava 25 por 15. Falta organização, funcionário público, por receber pouco trabalha menos. Deveria ter menos funcionários com melhores salários.

31/05/2006

- Não tenho muito que reclamar, sempre que precisei fui atendido.
- O tempo de atendimento na primeira consulta demora, quando é retorno é rápido. A demora é maior por causa dos pacientes que ficam conversando.
- O tempo de espera já foi bem pior, agora está bem melhor com a escola de medicina. Com a inauguração do outro lado, melhorou bastante, eles se organizaram. Acho que precisava uma reciclagem de funcionários, ou remanejar, ou treinar melhor.
- O tempo de espera é de acordo com a chamada, não demora tanto.
- Eu acho que o tempo de atendimento não é tão demorado, já que o número de pacientes é muito grande. Tem que entender que quando é a primeira consulta demora bastante. Queria sugerir que na cardiologia deveria ter senha para não haver briga na hora de ver quem chegou primeiro.
- O tempo de espera deveria ser menor, marcar os horários melhor, deixar no máximo 40 minutos por paciente. Não marcar todos para as 12:30 horas, diferenciar os horários.

01/06/2006

- Eu gosto do médico, tem vez que demora, a gente não sabe o horário do médico, mas o médico me dá muito atenção.
- Demora demais a espera, e não é só aqui, é em todos os setores. O retorno demora demais. Os exames demoram demais. Tem condições de melhorar, falta vontade. O retorno demora até um ano, as vezes.
- O tempo foi normal para mim, foi tudo certo.

- Eu acho que o tempo de espera na consulta é um pouco demorado. É atendido por ordem de chegada, um dia cheguei as 11:30 horas e sai as 16:30 horas.
- Eu acho que o tempo de espera é longo, mas o atendimento é bom. Tem que melhorar o tempo de espera.
- O tempo de espera às vezes demora, a minha consulta tem sido ótima, a cardiologia é muito boa.
- O tempo de espera é crítico, agora o tempo de consulta é ideal. Tem que vir tão cedo pra ser atendido tão tarde. Marcar os horários pelo telefone pra não ter que chegar pra guardar lugar seria uma boa, pois chegar de manhã e sair a tarde a gente perde o almoço.

05/06/2006

- O tempo é bom porque eles atendem bem, não tenho nada a reclamar.
- Demora demais, o médico não chega às 12:30 horas. Não devia marcar todos no mesmo horário.
- O atendimento não é muito rápido, mas é de qualidade. Mas, não é tão demorado também, tem que ter paciência.
- Mas ou menos umas três horas de espera. A gente vai no médico e ele dá atenção. Apesar da demora estar bem. O pessoal tem que entender que tem muita gente.
- O tempo de espera demora um pouco, mas pra mim está bom.
- O tempo de espera varia de acordo com o médico, demora, mas eles atendem bem. Demora para marcar o exame.

06/06/2006

- Espera em qualquer lugar, não adianta, é normal.
- Às vezes, que demora, dois médicos ficam conversando, mas eu não sei a reunião deles. A demora é normal mesmo. É que tem muita gente pra ser atendida.
- Eu acho que demora muito pra retornar a consulta. Eu vim passando mal, ele marcou a consulta pra daqui dois meses. O tempo de espera é demorado, é atendido uma hora depois do marcado. Os médicos deveriam cumprir o horário marcado.
- O tempo de atendimento tem que ser mais rápido. Mas o atendimento é muito bom. Mas escuto muito reclamação do pessoal quanto ao tempo de uma consulta pra outra. Os funcionários são bem educados e prestativos.
- O tempo de espera é por chegada, às vezes demora por causa de um paciente com problemas. O médico é muito bom, nota 1000, eu só tenho a elogiar.
- O tempo de espera não é muito bom, mas não tenho muitas reclamações. Na cardiologia o atendimento é ótimo.

07/06/2006

- Demora um pouco, mas o atendimento foi bom . A demora é normal.
- O tempo de espera as vezes demora, as vezes vai rápido, depende do número de pacientes, talvez poderia ter mais médicos. O médico é muito bom, os funcionários atendem bem.
- A espera, o médico dispõe do tempo necessário para cada paciente nas consultas. A demora se dá devido à qualidade da consulta.
- O tempo é razoável. Eu acho que deveria ser o médico que tem que atender. Não os residentes.

08/06/2006

- O médico atende muito bem. O tempo é o certo.
- Você chega aqui 10:30 hs, aí falam que o médico chega às 12:00 hs e ele chega às 13:30 horas. Aí vai pedir pra gente buscar a pasta. Devia ser mais organizado, podia ter uma senha

na hora que chegasse. Avisar o horário certo do médico e organizar a fila, logo quando a pessoa chega.

- Eu acho que o tempo de espera é demorado, mas a consulta demora e isto mostra que o médico atende bem.

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento da UBDS C

23/05/2006:

- Apesar do bom atendimento, ainda ocorre dificuldade para o agendamento de retorno da consulta. A parte burocrática é mais complicada. (observação: a paciente chegou bem mais cedo do que a hora marcada pois o atendimento é por ordem de chegada).

- Aqui é muito bom. Nota 1000. Não tem como discordar.

- A gente espera bastante mas o atendimento é bom. Hoje foi mais rápido.

30/05/2006

- Aqui é muito bom viu. Demorou um pouco pra ser atendido, mas eu tô bem.

- O mais demorado é esperar para a pesagem, depois que entra no consultório é rapidinho. O doutor é muito bom, outra parte que demorou muito foi à orientação da enfermagem e também a orientação farmacêutica.

- Tudo bem, tem que esperar. Tudo dentro dos conformes.

- O doutor é muito bom. O que foi difícil aqui foi agendar o retorno porque o problema foi lá da UBDS do Castelo Branco. Foram pedidos exames no dia 04/04 e depois de 25 dias os exames não tinham chegado e a consulta já tinha sido marcada, somente hoje foi marcada outra consulta, ainda não sei se estão prontos os exames. Foi tudo uma benção de Deus.

- O tempo de espera foi razoável, o tempo do exame foi rápido perto de 2 minutos.

31/05/2006

- O tempo tá ótimo. A consulta demora porque meu coração tem muito problema.

- Achei que foi rápido. É a primeira vez, mas achei que foi rápido.

- Demora pra eu ser atendida, mas a consulta foi muito boa, o médico me explicou um monte de coisas acho que foi por isso que demorei na consulta.

- Foi rápido, o tempo tá ótimo.

- Gostei. Fui muito bem atendida, não demorou.

- Gostei, muito bom. O tempo foi bom só que não tinha papel no banheiro e nem copinho para tomar água, e o comprimido.

- Gostei sim, o exame foi rápido.

- Eu ia ser atendido mais rápido, mas chegou uma senhora que não podia ficar muito tempo esperando e passou na minha frente. Mas foi tudo muito rápido lá dentro.

01/06/2006

(Observação: uma das secretárias não estava de bom humor, os pacientes atendidos por ela saíam irritados. Fingia que não escutava o que o paciente perguntava.)

- Foi bom. Muito rápido.

- Tá demorando pra chamar, né ? eu fui a primeira a chegar. A secretária é muito estúpida. Demorou pra chamar depois de medir a pressão, mas consulta foi muito rápida.

- Foi rápido tava marcado pras 9:00 horas. Eu fui atendida no horário.

- Atendimento excepcional. O tempo foi bem. Por ser público aqui foi 10.

- Foi ótimo, fui atendida até antes do horário.

- Demora um pouquinho, mas tá bom. Se melhorar vai ser melhor.

- Eu cheguei em cima da hora por isso acho que demora um pouquinho. Mas o atendimento foi ótimo.
- Muito bom. O tempo foi bom.

07/06/2006

- Gostei foi rápido.
- Gostei do tempo. O que mais demorou foi para pegar a receita (orientação da enfermagem).
- Em nenhum do lugar do mundo alguém vai ser atendido na hora que chegar, por esse lugar ser público está muito bom.
- O tempo foi bom.
- Gostei bastante fiquei impressionada. (observação: a paciente que chegou depois foi atendida antes).
- O tempo de atendimento foi bom. O atendimento melhor ainda.
- Gostamos do tempo. (observação: pacientes consultados juntos).

08/06/2006

- Gostei muito do tempo.
- O tempo foi bom o atendimento melhor ainda, meu filho continua fazendo isso, porque isso ajuda a melhorar as coisas (o paciente falando sobre a entrevista de avaliação).
- Achei que ia demorar mais porque cheguei meio tarde, mas foi rápido. Não gostava da demora para pegar a receita, mas hoje foi rápido também.
- Tinha uma senhora marcada pra depois de mim que foi atendida antes, mas acho foi porque ela chegou mais cedo. Mas, foi bom.
- O tempo foi médio, a gente tem que saber esperar.
- Filho, em nenhum lugar você vai ser atendido imediatamente. Foi bom o tempo que demorou.
- Nada é perfeito. Demora um pouco, mas fiquei muito contente com o atendimento.
- Cheguei bem antes e fui atendida depois do horário, mas eu esperava que fosse demorar mais.
- Foi bom.
- Gostei, pena que sai no horário do almoço, atrapalhou meu dia.

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento do Hospital D

05/06/2006

- O tempo de espera é muito longo, mas o atendimento é muito bom.
- Tive que esperar muito pois tem muita gente, mas dentro do consultório o atendimento foi muito bom.

06/06/2006

- Não tenho o que reclamar pelo tempo de espera, porque o atendimento é muito bom e tinha mais pessoas.
- Tempo de fila é até rápido, atendimento bom por parte do médico, mas o agendamento é mais longo.

07/06/2006

- Pra mim foi bom porque o atendimento foi rápido e o tempo de espera foi curto.
- Às vezes demora um pouco pra começar a consulta, mas vale a pena porque ela é muito boa.
- É muito demorada a fila, mas a consulta é boa.

- Gostei muito do atendimento do hospital, e eu entendo que o tempo de espera é longo por causa das outras pessoas que têm que ser atendidas.

08/06/2006

- A consulta é muito boa, mas costuma demorar muito pra começar a consulta.
- Demora muito pra começar, mas o atendimento vale a pena.
- Tem muita gente pra ser atendida, aí demora um pouco pra gente ser atendida, mas o hospital é muito bom e os médicos também são bons.
- O hospital é bom, mas demora muito pra começar o atendimento.
- Tem que esperar muito tempo pra ser atendido, mas lá dentro é muito bom.

09/06/2006

- É muito bom o atendimento mas as vezes demora muito pra começar.
- Eu gosto daqui, não tem problema que demora, porque aqui é muito bom e os médicos também são bons.
- O atendimento é muito bom, mas tem que esperar pra começar o atendimento.
- A gente tem que esperar muito tempo pra ser atendido, mas os médicos são muito bons.
- Deveria ser mais rápido o atendimento, mas a consulta é boa.

13/06/2006

- Demora muito pra consulta começar, mas os médicos são muitos bons.
- Podia ser um pouco mais rápido, mas os médicos são bons.
- Tem que esperar muito pra ser atendido, mas o atendimento é muito bom.
- É muito bom aqui, os médicos são ótimos e a consulta também.

14/06/2006

- O atendimento é muito bom, mas às vezes demora muito.
- O hospital atende muito bem dentro do possível, pois o número de pessoas a serem atendidas é muito grande.
- Demora muito pra gente ser atendido, mas a consulta é muito boa e o médico também.
- A espera é muito grande, mas é compreensível pelo número de pessoas na fila de espera e pelo serviço ser público.

21/06/2006

- Tá demorando né ! essa sala sempre demora muito.
- Tempo de espera demora demais, lá dentro foi suficiente.

22/06/2006

- O atendimento é rápido, a espera pra eles estudarem essa pasta aqui é que demora.
- O tempo de espera para ser atendido foi cansativo, na sala não chegou a 20 minutos, foi como eu falei pra você, era só olhar os exames.

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento do Consultório 1

29/05/2006

- Normal, bem explicativo, boa atenção, dentro do tempo, 15 minutos. Atendimento completo.
- Dentro dos conforme, tudo certo, não esperei demais.
- O tempo poderia ser um pouco menos. Entre uma consulta e entrega de exame durou 45 dias, poderia ser mais perto do outro. O tempo de atendimento do médico tá dentro do horário.

- Ele me atendeu muito bem, desde que me trato não tenho do que me queixar. Gosto muito do médico. Sempre rápido.
- Foi bom, assim que chegamos fomos bem atendidos pelo médico e pelas secretárias.

30/05/2006

- Esse médico trata muito bem, eu consulto com ele faz tempo, nunca fiquei esperando muito. Ele atende muito bem, o tempo é normal, dá pra consultar direitinho.
- Pra mim tá bom, é uns 15 minutos de consulta, ele atende bem, pra nós tá bom. É tudo certinho. O médico é atencioso, o tempo é bom.
- Aqui é tudo bom. Todo mundo trata a gente bem. O tempo é ótimo dá pra atender normal, dentro do tempo do médico. Pra agendar consulta demora um pouco porque ele é muito ocupado, mas aqui não espero muito, ele atende num tempo bom, nem muito demorado e nem muito depressa.
- Sempre que venho sou atendida. Hoje que deu problema (A paciente disse que as secretárias falaram que a consulta dela estava agendada para as 15:00, mas na realidade estava para as 17:00). Logo hoje que não estou podendo ficar sentada. Ele atende sem pressa, tranqüilo. O tempo da consulta é bom eu não espero muito pra ser atendida.
- Foi dentro do desejado. Foi rápido. A consulta foi bem esclarecedora, tirou minhas dúvidas, atendeu muito bem.
- O tempo foi ótimo, suficiente, foi bem rápido. Atendimento bom. A espera foi básica, dentro do padrão.
- Legal. Já sou paciente há muito tempo. O horário tá ótimo, atendeu bem. É muito legal.

01/06/2006

- O tempo é o necessário pra examinar a gente, foi suficiente pra fazer o que era preciso. A gente não pode tomar muito tempo porque tem outras pessoas esperando.
- É especial, mais ou menos, é bom. Ele atende bem, eu fiquei gostando. Não esperei muito, mais ou menos, foi bom.
- Muito bom, foi o necessário e o tempo aqui foi um pouco demorado. Atraso de 20 minutos não sei se é normal. Em geral o tempo foi bom.
- Achei maravilhoso. Atendeu num minutinho. Achei mil maravilhas.
- Muito bom, ele nunca deixa a gente esperar. Ele dá atenção pro que você quer falar. Pra mim tá bom. Eu não tenho queixa nenhuma dele nem dos outros médicos do plano. O plano é 10, sempre fui muito bem atendida. Ele trata de mim e do meu marido.
- Bom, graças a deus, tá tudo normal. Tudo bem, na parte dele tá tudo bom.
- Muito rápido, muito ligeiro. Pra quem paga é muito rápido. Eu acho que um médico cardiologista tem que ter tempo pra consultar bem. Porque se você vai a um médico é porque tem um problema e 15 minutos é muito rápido pra atender. Essa é minha opinião com relação a esse médico.

05/06/2006

- Pelo meu caso foi bom, ele deu atenção, foi bom.
- Eu até fiquei satisfeita, eu queria ficar mais tempo, mas hoje fiquei satisfeito. Geralmente é mais rápido. Foi ótimo.
- Foi ótimo, mediu pressão, fez o que tinha fazer. Hoje é muito rápido com o computador. Por exemplo, o pedido de exame ele faz mais rápido no computador do que se ele fizesse à mão. Pra mim tá bom. Foi ótimo.
- Foi bom, normal. Pro meu problema não foi rápido, nem devagar. Ele é atencioso.
- O tempo foi bom. Ele geralmente é rápido mesmo, mas dá tempo de perguntar tudo que a gente quer saber. Apesar de ser rápido ele atende bem.

- Ele é muito bom, atencioso, o tempo tá bom, não tenho do que reclamar, tá tudo bom. Todo mundo trata a gente bem. Tá tudo ótimo.

06/06/2006

- Ele é muito atencioso. É muito bom. É o prazo que ele pode explicar tudo o que ele tenha vontade. Vai mais de você do que dele. Eu acho ele ótimo. Pra mim tá tudo ótimo. Não tenho do que reclamar.

- Foi um tempo suficiente pra me informar o que eu queria saber, vim pra consultar, foi um tempo bom. Foi rápido pra atender, não esperei muito pra ser atendido.

- Achei suficiente. Ele atendeu bem. Foi um tempo bom.

- Bom tudo bem. Ele deu atenção, falou o que precisava, estou satisfeita. Deu tempo de perguntar tudo.

- Ele demora o tempo suficiente. Eu fiz exame com ele na hora, era só pra saber o resultado do exame. Foi consulta normal, aí ele fez o eletro. Ele deu atenção, foi tudo bem.

07/06/2006

- O tempo é bom. Está tudo bem. Ele é bom. Não foi muito rápido. Tá bom, tudo nos conforme. Estou satisfeita.

- O tempo tá certinho. Tá dentro do normal, 15 minutos dá pra falar com ele. Pra conversar. Tá tudo bom pra mim.

- Foi ótimo. Ele é bom. Não tenho do que reclamar. Ele é bonzinho, atencioso. O tempo é ótimo.

- Está tudo bem, tudo jóia. Ele é muito atencioso. Foi do tempo mesmo.

08/06/2006

- Tá tudo bom pra mim. Ele é atencioso. Foi bom. O tempo não foi rápido e nem devagar. Tá tudo certinho. Tudo bom. Ele é muito preocupado com os pacientes. Pra mim tá tudo bom.

- Bom, ótimo. Foi atencioso. O tempo foi bom.

- Eu achei que ele foi atencioso. O tempo foi suficiente, deu pra falar tudo o que tinha que falar. Não deixou dúvida nenhuma.

- Foi até rápido. Quanto à atenção dele, muito boa, muito atencioso. Sempre foi rápido.

- Ótimo atendimento. Foi muito atencioso, foi normal, o tempo certo.

- Ótimo atendimento bom, tempo suficiente pro atendimento.

- Foi rápido. Achei que ia demorar mais. Foi bom, não fiquei esperando muito. Foi mais pra conversar, mas deu pra tirar as dúvidas.

09/06/2006

- Foi bom, porque é só uma rotina, está dentro do normal, foi o tempo necessário de atendimento.

- Foi bom, deu pra tirar todas as dúvidas, foi bastante atencioso. Foi o horário normal.

- Eu gosto muito dele. Ele é meu cardiologista, não tenho o que reclamar. Foi um tempo normal.

- Foi bem, me atendeu bem. Ele sempre foi assim. Já virei amigo dele. O tempo foi normal, foi bom. Ele atendeu direitinho.

- O tempo foi normal. Deu pra tirar as dúvidas. Ele trata a gente bem. Não tenho nada a reclamar dele. Uma vez eu tinha umas dúvidas à respeito de um exame e ele me indicou um outro especialista pra tirar minhas dúvidas. Ele é muito eficiente, muito atencioso.

- Bem, atencioso ele é. Não foi muito rápido. Também porque eu estou doente, é melhor que seja rápido. Ainda mais quando fala que você tem que tomar remédio. Daqui 30 dias tenho que voltar de novo.

12/06/2006

- Pra minha mãe foi ótimo. Ele foi um médico excelente. Ele regulou a pressão. Demorou um pouquinho pra acertar a pressão, mas ele foi ótimo médico pra ele. Ela tem marcapasso, vive internada e ele cuidou dela direitinho. Demorou só um pouquinho (a paciente esperou 1 hora após ser consultada para que as funcionárias levassem um exame para o médico assinar).
- Foi ótimo. Ele olha a pressão e viu os exames. Foi 10 !
- Tá tudo bem. Tudo jóia. Ele é muito atencioso, foi dentro do tempo mesmo.
- Muito rápido, não dá tempo de diagnosticar nada, eu pensei.
- O médico é atencioso, o atendimento é bom e o tempo mesmo sendo rápido deu pra atender. Ele mandou eu tomar o mesmo remédio que eu já tomava. Mas ele é um ótimo médico.
- O tempo é bom. É normal. Não preciso me queixar de nada ta tudo dentro da média.

14/06/2006

- Está tudo certo. Ele é um médico muito bom, o tempo foi bom, não esperei muito e a consulta foi o tempo suficiente, nem muito rápido, nem devagar.
- Foi o tempo necessário, ele foi bem atencioso, deu pra tirar minhas dúvidas, fui bem atendido. Gostei.
- O tempo de atendimento foi rápido, apesar disso foi suficiente pra responder o que eu precisava saber. Ele sempre foi atencioso. A consulta foi mais rápida do que a última vez.
- Ah ! o tempo é bom. Ta tudo nos conforme, não tenho do que me queixar, deu pra consultar bem.
- Já faz um bom tempo que trato com o médico. Ele sempre foi ótimo. Apesar de atender rápido, não fica faltando nada. O tempo é bem aproveitado. Ele não deixa a gente com dúvidas.
- Adorei. Ele foi muito bom. A consulta teve o tempo necessário. Ele passa muita segurança. Dá explicações bem plausíveis. Foi tudo ótimo.

20/06/2006

- Demoro um pouco, o tempo foi normal. O atendimento dele é ótimo, ele pergunta se a gente tem alguma dúvida e tira as dúvidas.
- Pra mim tá bom. É o essencial. Eu trato com ele há uns 4 anos, ele é como se fosse meu filho. Pra mim é bom, ele fala as coisas pra gente, o que prejudica ele avisa. Pra mim sempre foi bom. Nunca foi ruim.
- Está tudo bem. O tempo é normal, dentro da média. O tratamento dele comigo e acho com os outros também é de muita atenção; ele é bem preocupado em deixar tudo claro, pra gente entender. No meu caso está tudo ótimo.
- O tempo está dentro. Foi feito o necessário. Fiz tudo o que tinha que ser feito. O atendimento dele é ótimo. Ele acompanha tudo certinho, quando foi a última consulta. Inclusive ele chamou minha atenção porque já fazia um tempo que eu não consultava.
- É muito rápido. Apesar dele ser atencioso, acho que se fosse meia hora seria melhor, mas ele é bom. Acho que 15 minutos é o tempo que todos os médicos atendem, mas parece que passa muito rápido. Ele é um ótimo médico.
- Pra mim está tudo certo. Não tenho do que reclamar. Ele é muito bom médico. O tempo tá tudo ótimo. Tudo certinho.

21/06/2006

- Eficiente. O meu é só rotina. Foi ótimo. Tranquilo, se precisasse ficar mais ficava. Tudo certinho.

- Foi tudo certo. Está tudo bom. Gostei daqui. Ele foi bem atencioso. Explicou tudo direitinho, tirou as dúvidas. Foi tudo bem.
- O tempo é bom. É normal. É médico da família. Ele é ótimo.
- É rápido, mas ele explicou tudo direitinho. Está ótimo. Já faz umas 5 consulta com ele. Ele é bom médico.
- Muito bom. O doutor é eficiente. É o tempo normal. Eu já sou um paciente que vem acompanhando há anos. Então a consulta dura mais ou menos esse tempo mesmo, é daí pra mais.
- Vou fazer uma cirurgia e eu preciso dos meus exames para levar para o anestesista. Estou desde de ontem esperando as funcionárias ligarem pra me encaixar e até agora nada. Acho que elas são mal educadas. O atendimento dele é bom, ele é atencioso, mas foi difícil dele me atender. Ele atende muito rápido, poderia ser mais tempo. Não dá tempo de consultar direito.

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento do Consultório 2

24/05/2006

- Deixou a desejar, mas isso é geral em todos os consultórios que estive.
- Demorou um pouco
- Foi muito bom, inclusive foi um encaixe.
- O atendimento foi em bom tempo. O médico é muito educado.
- Ahhh... foi tudo bem.
- De espera, faz tempo que tô aqui. Não é o médico. Pra consulta o tempo é bom.

25/05/2006

- Até que hoje não demorou nada, mas tem dia !!!
- Além de ser um ótimo médico é atencioso e um ótimo cardiologista. Nos ouve e transmite paz. (uma senhora muito satisfeita com tudo principalmente com o tempo de atendimento).
- Foi ótimo ! o atendimento foi excelente.
- Foi bom, o atendimento foi bom, mas pra espera passou do horário.
- Enquanto não terminar ou tiver dúvidas o médico não manda sair. Ele atende os nossos telefonemas também.

29/05/2006

- Muito bom. Estou muito satisfeita.
- Foi ótimo, entrei 17:05 e sai às 17:45.
- O tempo de espera foi bom, 20 min. No atendimento fez tudo certinho, foi rápido e suficiente.

30/05/2006

- Tudo tranquilo. O único problema é que demorou para atender.
- Normal dentro da classe médica.
- Tá bom. Todo lugar tem que esperar.
- Foi bom, o tempo de espera não foi tanto.
- Foi bom, é que ele passou o rapaz na frente, né !?
- Deu tudo certo.

31/05/2006

- Tinha o horário que precisei no agendamento. O tempo de espera foi normal e a consulta foi uma benção.

- Foi bom. Eu gostei de tudo. Tudo o que eu pensava que ia ser mesmo. Estou satisfeita. normal. Ele atende cada pessoa muito bem.
- Normal. A gente sabe que tem sempre que esperar um pouco, né ?
- Apesar de demorar um pouco para atender, porque você sabe que eles sempre demoram. Mas isso não é ma coisa que me incomoda muito.
- Espera muito pra pouca coisa. Espera duas horas pra ser atendido e atendido em dez minutos. Esse é o pior problema.

01/06/2006

- Bom ! demorou porque eu cheguei cedo, mas fui atendida às 16:00 horas mesmo.

05/06/2006

- Atendimento é muito bom. Você viu que a gente é muito bem atendido, o médico tem total interesse.
- Ele me atendeu em 15 minutos. Deu tudo certinho. Não esperei quase nada.

06/06/2006

- Atendeu bem, eu nem esperei muito. Ótimo !
- Foi bom. Cheguei e fui atendida.
- Muito bom. Dentro do normal.
- Ele é muito atencioso a consulta é muito bem feita, ele fala e deixa a gente falar.

07/06/2006

- Foi bem. Não teve nenhum problema. Foi tudo no horário certinho.
- Foi tudo certo. (O paciente respondeu olhando para o relógio).
- Foi normal. Me atenderam dentro do horário. Não tenho reclamação.
- Foi razoável.

08/06/2006

- Ah... aqui tá tudo certinho. De forma geral é difícil encontrar médicos disponíveis quando se precisa.
- Normal, igual a todos consultórios. O tempo de espera é normal, não é muito demorado, é igual aos outros consultórios.

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento do Consultório 3

23/05/2006

- Hoje foi ótimo. Hoje foi rapidinho.
- Eu acho ótimo. Ele explica muito bem as coisas pra gente, explica até demais.
- Hoje foi rápido.
- Hoje me atendeu rapidinho. Semana passada esperei demais da conta.
- Não tenho o que reclamar não, toda vez que chego sou logo atendida.

31/05/2006

- Eu acho que tem que ser no horário certo.
- Normal, não tenho queixa do médico, não.
- Foi ótimo, um instantinho. Foi uns quinze minutinhos.
- Nesse aqui foi ótimo, às três vezes que compareci.
- Eu acho que os pacientes tem que ser atendidos no horário agendado, mas eu nunca tive problemas.

01/06/2006

- Muito bom.
- Não penso nada, fazer o que, se tiver que esperar, se tiver alguém na frente tem que esperar... pra ser atendido.
- Nós viemos aqui, umas quatro vezes, nunca passou do horário programado, só um dia que passou uns cinco minutos.

02/06/2006

- O tempo de atendimento foi normal, foi dentro da expectativa, não esperei muito.
- Foi rápido. Foi retorno. Foi rápido, uns 20 minutos.
- Foi bom porque foi um encaixe.
- Foi excelente.
- Estou acostumada, sempre demora um pouco.
- Tempo de espera razoável pra minha necessidade de horário.
- Não tenho queixa, fui bem atendido dentro da expectativa.
- O tempo foi suficiente.

05/06/2006

- Muito espera para atendimento em outro local que precisei, lá na urgência.
- Fui bem atendida, cheguei atrasada e não posso reclamar de nada.
- Foi dentro do prazo previsto.
- As vezes demora um pouco, mas é normal.

06/06/2006

- Tudo bom ! toda vez tem disponibilidade. (Encaixe, o médico dá atenção aos encaixes).
- Médico atencioso, passa confiança e segurança, o médico usa o tempo de consulta, mostra excelente profissionalismo e técnica. É muito bem atendido neste tempo.
- Consegui agendamento de acordo com a minha necessidade e do horário disponível, o médico encaixou para que pudesse ser atendido.
- Foi normal dentro de minha expectativa, a consulta foi dentro do necessário. O tempo de espera foi normal.
- Uma bolacha, café suco ou chá para melhorar mais. Minha opinião é que o tempo de atendimento no consultório médico deve ser rápido devido à tecnologia disponível que facilita o diagnóstico médico. Tem pessoas que vêm passear e conversar com o médico, o tempo deve ser o mínimo pois quanto mais rápido melhor e o tempo máximo não deveria ultrapassar 15 minutos. O tempo do médico se restabelecer para chamar para o próximo atendimento é de 5 a 10 minutos. O tempo desse médico é ideal pra mim.
- Tudo normal e dentro do prazo. Eu sempre atraso.

07/06/2006

- Ótimo tempo de atendimento. O médico deu atenção para mim.
- Você adequa ao horário do médico. O tempo foi suficiente.

08/06/2006

- Tudo certinho.
- Foi bom.
- Foi bom. O médico é 100%.
- Acho excelente. A gente fica a vontade.
- Ele é muito atencioso. Ele demora de acordo com a nossa necessidade.

09/06/2006

- Sempre fui bem atendida. Ele é muito atencioso e ótimo médico.
- Esperei demais, cerca de 45 minutos é bastante.
- A espera não é demorada. A consulta é bem feita.

12/06/2006

- Ótimo tudo, muito gentil. Nota 10 !
- Muito bom !
- Ótimo !
- À vezes espera muito. Tem dia que eu não agüento.
- Tempo de atendimento é bom.

20/06/2006

- Tem vez que é imediato, tem vez que demora um pouco.
- Quando marca no primeiro horário é rápido, senão é um pouco demorado.
- Bom, sem problemas.
- Demorou um pouquinho,mas valeu a pena.

APÊNDICE E - Opinião dos pacientes sobre o tempo de atendimento do Consultório 4

22/05/2006

- O atendimento foi ótimo.
- O atendimento foi ótimo.
- Foi um pouco demorado, mas fui muito bem atendida.
- Razoável porque tem sempre muitos pacientes e nem todos são em cima do horário, a gente sempre uma espera de 40 minutos.
- O atendimento é competente e assim como existe atenção e interesse dos médicos e funcionários.
- Eu achei que foi ótimo o tempo de atendimento, a única coisa ruim é a demora pois a gente fica esperando um pouco.

23/05/2006

- Eu adorei.
- Estou satisfeito.
- Foi tudo excelente. O melhor lugar que fui atendido foi aqui.
- Eu gosto do médico, ambiente, das pessoas, e se eu vim aqui é porque tenho confiança.
- A consulta foi normal, atenciosa. Fiz um eletro e todas precauções para não haver algum tipo de problema.
- Foi bom, só não gostei de ficar esperando.
- Foi nota 10 !
- Achei ótimo.

24/05/2006

- Estou satisfeita, a não ser o atraso, o médico é atencioso.
- Foi ótimo.
- Foi excelente. Dentro do tempo.
- Foi excelente. Dentro dos padrões.
- Foi ótimo, muito boa.
- Foi excelentíssima.

- Perfeito com o atendimento no horário.
- Razoável pela demora.
- Achei ótimo.

29/05/2006

- Demorou um pouco, mas o atendimento foi bom.
- Gostei.
- Achei ótimo.
- Foi bom.
- Foi bom.
- Demorou um pouco, mas o atendimento foi excelente.

30/05/2006

- Gostei.
- Achei eficiente porém demorado.
- Achei bom.
- Achei meio de morado, mas o atendimento foi bom.
- Foi efficientíssimo.
- Foi bom, mas dava para diminuir um pouco da espera.
- Gostei demais.

01/06/2006

- O médico é bom, mas demora um pouquinho.
- É gostei.
- Foi ótimo.
- Foi bom.
- Gostei.
- Foi bom.

08/06/2006

- Achei ótimo.
- Foi bom.
- Demorou bastante, bem demorado.
- Demorou um pouquinho.

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO CEP

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SMS

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DO CEP DA UBDS CSE SUMAREZINHO