

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENGENHARIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE  
EM HOSPITAIS ATRAVÉS DO LEVANTAMENTO DA  
SATISFAÇÃO DOS PACIENTES**

**Ceres Andréia Vieira de Oliveira**

**Porto Alegre, 2004.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENGENHARIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE  
EM HOSPITAIS ATRAVÉS DO LEVANTAMENTO DA  
SATISFAÇÃO DOS PACIENTES**

**Ceres Andréia Vieira de Oliveira**

**Orientador: Professor Dr. José Luís Duarte Ribeiro**

**Banca Examinadora:**

**Fernando Gonçalves Amaral, Dr.  
Prof. Depto. Engenharia da Produção / UFRGS**

**Cláudia Medianeira Cruz Rodrigues, Dra.  
Pesquisadora PPGEP / UFRGS**

**Fernando Thomé Kreutz, Dr.  
Prof. Faculdade de Farmácia / ULBRA**

**Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de  
Produção como requisito parcial à obtenção do título de  
MESTRE EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**Área de concentração: Qualidade e Gerência de Serviços**

**Porto Alegre, Abril.**

**Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora designada pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.**

**Prof. José Luís Duarte Ribeiro**

Dr. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Prof. José Luis Duarte Ribeiro, Dr.**

Coordenador PPGEF/UFRGS

**Banca Examinadora:**

**Fernando Gonçalves Amaral, Dr.**

Prof. Depto. Engenharia da Produção / UFRGS

**Cláudia Medianeira Cruz Rodrigues, Dra.**

Pesquisadora PPGEF / UFRGS

**Fernando Thomé Kreutz, Dr.**

Prof. Faculdade de Farmácia / ULBRA

A minha mãe, Shirlei, pelo constante incentivo e apoio no decorrer desta jornada sempre com palavras de carinho e afeto.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho de conclusão nasceu do desejo de contribuir de alguma forma com melhorias na qualidade dos serviços de saúde do Brasil. Devo agradecer a muitas pessoas a realização desta dissertação. Às pessoas que me incentivaram e acreditaram na minha capacidade e, principalmente, às que me trataram com respeito e amor em todos os momentos da minha vida. É com muita alegria que tento agora retribuir a essas pessoas muito especiais, agradecendo:

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção que souberam identificar, na sala de aula, não somente o aluno, mas o ser humano que ali estava presente. Em especial, ao Prof. Fernando Amaral, pelo incentivo, disposição e amabilidade dispensados a minha pessoa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, pela presteza e carinho com que sempre trataram os alunos do curso.

Ao meu orientador, Prof. Ribeiro, pelo apoio, compreensão e respeito com que sempre me tratou, sendo de fundamental auxílio no desenvolver desta dissertação.

Aos membros da banca, por aceitarem prontamente o convite para sua participação na avaliação desta dissertação, colaborando com as melhorias efetuadas na mesma.

Aos meus colegas e amigos, que muito contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal, em especial a minha amiga Cecília, uma pessoa de muita força e persistência, que muito me incentivou nos momentos difíceis durante o curso.

Ao meu marido Deoclécio, por estar sempre ao meu lado nos momentos alegres e difíceis da minha vida, sempre oferecendo amor, carinho e compreensão.

A minha família, que são meus maiores incentivadores e responsáveis pela minha perseverança e personalidade.

A Deus por não ter permitido que eu esmorecesse durante as adversidades que enfrentei no decorrer do curso e na vida.

Enfim, agradeço a todos que sabem valorizar e respeitar o ser humano, pois estas qualidades são a base para o sucesso profissional e pessoal de qualquer indivíduo.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality

IOM – Institute of Medicine

ASQ – American Society for Quality

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

AMB – Associação Médica Brasileira

OMS – Organização Mundial de Saúde

SERVQUAL – Service Quality

PZB – Parasuraman, Zeithaml e Berry

KQCAH – Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

DP – Desvio Padrão

## SUMÁRIO

RESUMO .....	11
ABSTRACT .....	12
LISTA DE FIGURAS .....	13
LISTA DE TABELAS .....	14
INTRODUÇÃO.....	16
1.1 COMENTÁRIOS INICIAIS .....	16
1.2 TEMA E OBJETIVOS .....	19
1.3 JUSTIFICATIVA .....	20
1.4 MÉTODO .....	21
1.5 ESTRUTURA .....	23
1.6 LIMITAÇÕES DO TRABALHO .....	24
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
2.1 HOSPITAIS.....	25
2.1.1 Os Clientes .....	30
2.2 QUALIDADE EM HOSPITAIS .....	31
2.2.1 Dimensões da Qualidade em Hospitais .....	35
2.3 SATISFAÇÃO DE PACIENTES .....	45
2.3.1 Dimensões da Satisfação dos Pacientes .....	49
2.4 PESQUISA DE MERCADO.....	51
2.4.1 Tipos de Pesquisa .....	51
2.4.1.1 Pesquisa Exploratória .....	52
2.4.1.2 Pesquisa Descritiva .....	52
2.4.1.3 Pesquisa Causal .....	53



2.4.2	Técnicas de Coleta da Dados .....	53
3	PROPOSTA DE AVALIAÇÃO .....	59
3.1	SELEÇÃO DAS UNIDADES ONDE SERÁ APLICADA A PESQUISA .....	60
3.2	DEFINIÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR .....	61
3.3	DEFINIÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	64
3.4	DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	69
3.5	CONDUÇÃO DA PESQUISA DENTRO DO HOSPITAL .....	71
3.6	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	72
3.7	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
3.8	PLANO DE AÇÃO .....	75
4	ESTUDO DE CASO .....	76
4.1	SELEÇÃO DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES E UNIDADE DE PESQUISA .....	76
4.2	POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	77
4.3	DEFINIÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR .....	78
4.4	DEFINIÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	79
4.5	TIPO DE PESQUISA E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS .....	81
4.6	DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA .....	82
4.7	CONDUÇÃO DA PESQUISA DENTRO DO HOSPITAL .....	82
4.8	RESULTADOS.....	84
4.8.1	Consistência Interna do Questionário.....	86
4.8.2	Importância e Satisfação dos itens relacionados no Instrumento .....	87
4.8.3	Relacionamento entre as variáveis sócio-demográficas e de saúde com o nível de satisfação geral .....	93
4.8.4	Aspectos Críticos dos Serviços Hospitalares.....	96
4.8.5	O Modelo de Regressão Linear para Satisfação dos Pacientes .....	105
5	DISCUSSÃO.....	107
5.1	RESUMO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS .....	107
5.2	COMPARAÇÃO COM A LITERATURA.....	109
5.3	VANTAGENS DO INSTRUMENTO PROPOSTO .....	111
5.4	DIFICULDADES NA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO PROPOSTO.....	113
5.5	GENERALIDADE DO INSTRUMENTO PROPOSTO .....	114
6	COMENTÁRIOS FINAIS.....	115
6.1	CONCLUSÕES .....	115
6.2	SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	118

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
ANEXO A – INSTRUMENTO KQCAH.....	123
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	126
APÊNDICE B – PERCENTUAIS ENCONTRADOS EM CADA HOSPITAL.....	129
APÊNDICE C – TABELAS RELACIONADAS COM O HOSPITAL PÚBLICO.....	130
APÊNDICE D – TABELAS RELACIONADAS COM O HOSPITAL PARTICULAR.....	136

## RESUMO

Medir a qualidade de um produto intangível tem sido um grande desafio para gerentes e administradores das organizações prestadoras de serviços de saúde. A avaliação da qualidade inclui medição rotineira de vários indicadores, destacando-se a satisfação do paciente. Acredita-se que este indicador é um julgamento pelo cliente dos aspectos da qualidade que este é particularmente capaz de apreciar. Desta forma, o objetivo principal deste estudo foi desenvolver e aplicar uma proposta para avaliar a qualidade dos hospitais através do levantamento da satisfação do paciente. Além disso, buscou-se alcançar três objetivos específicos: verificar quais das dimensões da qualidade nos serviços de saúde determinavam a satisfação do paciente, analisar a relação entre fatores sócio-demográficos e satisfação do paciente e oferecer subsídios para a busca de melhorias na qualidade dos serviços prestados pelas instituições. Para alcançar esses objetivos, realizou-se um estudo na internação de dois hospitais de Porto Alegre, onde um questionário, baseado nas dimensões da qualidade nos serviços de saúde, foi aplicado para avaliar simultaneamente a importância e satisfação de cada item do instrumento. Das 205 pesquisas realizadas, concluiu-se que não há indícios de que fatores sócio-demográficos e de saúde influenciam a satisfação do paciente. Além disso, observou-se, através de um modelo de regressão linear, que as dimensões determinantes da satisfação do paciente são as seguintes: *Acesso, Cortesia, Carinho e Resultados do Paciente*, sendo que *Carinho* esteve presente em todos os estudos revisados nesta dissertação.

**Palavras-Chave:** qualidade em serviços, hospitais, satisfação do paciente, pesquisa de mercado.

## ABSTRACT

Measuring the quality of intangible products has become a great challenge for managers and administrators in the health services industry. Quality evaluation includes routine measurement of some pointers, being patient satisfaction a distinguished aspect. This pointer is a customer judgment of quality aspects that he is particularly capable of appreciate. Thus, the main objective of this study was to develop and apply a proposal for evaluation of hospital quality through a patient satisfaction survey. Moreover, it presents three specific objectives: (i) to verify which of the dimensions of health care quality determined patient satisfaction, (ii) to analyze the relationship between partner-demographic factors and patient satisfaction, and (iii) to offer subsidies for quality improvements in the health services provided by the institutions. To reach these objectives, a study in the internment of two hospitals of Porto Alegre was fulfilled. A survey based in the health care quality dimensions, was applied simultaneously with the evaluation of the importance and satisfaction of each item of the instrument. The study shows no indications that partner-demographic factors and health influence patient satisfaction. Moreover, it was observed, through a linear regression model, that the significant dimensions of patient satisfaction are: *Access*, *Courtesy*, *Caring* and *Patient Outcomes*. We also observe that *Caring* was a significant dimension in all studies revised in this work.

**Keywords:** service quality, hospitals, patient satisfaction, marketing research.

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E ATIVIDADES DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES.....	26
FIGURA 2-	CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZAÇÕES DE MANUFATURA, SERVIÇOS E HOSPITAIS .....	28
FIGURA 3-	FATORES INFLUENCIANDO AS EXPECTATIVAS DOS PACIENTES.....	34
FIGURA 4-	DIMENSÕES DA QUALIDADE, MÉTODO DE PESQUISA E PARTICIPANTES DOS ESTUDOS REVISADOS.....	44
FIGURA 5-	FLUXOGRAMA DA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS.....	59
FIGURA 6-	PARTE I DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES NA INTERNAÇÃO DOS HOSPITAIS.....	67
FIGURA 7-	PARTE II DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES NA INTERNAÇÃO DOS HOSPITAIS.....	68
FIGURA 8-	PARTE III DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES NA INTERNAÇÃO DOS HOSPITAIS.....	69
FIGURA 9-	VARIÁVEIS DE ESTRATIFICAÇÃO E SUAS CLASSES DE REPRESENTAÇÃO ....	70
FIGURA 10-	ETAPAS DO PROCESSO DE INTERNAÇÃO .....	79
FIGURA 11-	DIMENSÕES DE ACORDO COM SUA PONTUAÇÃO .....	97
FIGURA 12-	ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO <i>ACESSO</i> .....	98
FIGURA 13-	ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO <i>RESPONSIVIDADE</i> .....	99
FIGURA 14-	ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO <i>RESULTADOS DO PACIENTE</i> .....	100
FIGURA 15-	ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO <i>CONFIABILIDADE</i> .....	101
FIGURA 16-	ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO <i>CORTESIA</i> .....	101

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	VALORES DE ALFA DE CRONBACH PARA AS DIMENSÕES EM ESTUDO.....	86
TABELA 2-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>ACESSO</i> .....	87
TABELA 3-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>TANGÍVEIS</i> .....	88
TABELA 4-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>RESPONSIVIDADE</i> .....	88
TABELA 5-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES <i>COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO</i> .....	88
TABELA 6-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>CORTESIA</i> .....	89
TABELA 7-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>COMUNICAÇÃO</i> .....	89
TABELA 8-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>SEGURANÇA</i> .....	89
TABELA 9-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>ENTENDER/CONHECER O PACIENTE</i> .....	90
TABELA 10-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>CARINHO</i> .....	90
TABELA 11-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>RESULTADOS DO PACIENTE</i> .....	90
TABELA 12-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>CONFIABILIDADE</i> .....	91
TABELA 13-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO <i>CREDIBILIDADE</i> .....	91
TABELA 14-	IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES DA <i>QUALIDADE HOSPITALAR</i> .....	92

TABELA 15-	PERCENTUAL DE RESPOSTAS AFIRMANDO DESCONHECIMENTO DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO .....	94
TABELA 16-	RELAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ESCOLARIDADE E SATISFAÇÃO .....	95
TABELA 17-	RELAÇÃO ENTRE FAIXAS ETÁRIAS E SATISFAÇÃO .....	95
TABELA 18-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>ACESSO</i> .....	98
TABELA 19-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>TANGÍVEIS</i> .....	98
TABELA 20-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>RESPONSIVIDADE</i> .....	99
TABELA 21-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES <i>COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO</i> .....	100
TABELA 22-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>CORTESIA</i> .....	100
TABELA 23-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>COMUNICAÇÃO</i> .....	102
TABELA 24-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>SEGURANÇA</i> .....	102
TABELA 25-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>ENTENDER/CONHECER O PACIENTE</i> .....	102
TABELA 26-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>CARINHO</i> .....	102
TABELA 27-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>RESULTADOS DO PACIENTE</i> .....	103
TABELA 28-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>CONFIABILIDADE</i> .....	103
TABELA 29-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO <i>CREDIBILIDADE</i> .....	103
TABELA 30-	PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR .....	103
TABELA 31-	MODELO INICIAL COM TODAS AS DIMENSÕES EM ESTUDO.....	105
TABELA 32-	MODELO FINAL COM QUATRO DIMENSÕES EM ESTUDO.....	106

# INTRODUÇÃO

## 1.1 COMENTÁRIOS INICIAIS

O movimento pela qualidade nos serviços de saúde é um fenômeno mundial em decorrência da crescente conscientização de que, na sociedade contemporânea, a qualidade é considerada um requisito indispensável de sobrevivência econômica e, mais importante ainda, uma responsabilidade ética e social. Segundo Carey e Lloyd (2001), a definição de qualidade depende das perspectivas e experiências individuais de cada indivíduo. Porém, ela está intimamente ligada ao atendimento das necessidades dos consumidores, visto que para se alcançar este objetivo, deve haver um bom gerenciamento dos líderes empresariais no controle dos processos envolvidos na obtenção do produto final.

Em se tratando de indústrias manufatureiras americanas, Berwick (1994) afirma que a “revolução” da qualidade teve um grande catalisador externo, que foram os japoneses. Enquanto que, em 1950, um produto fabricado no Japão significava “refugo” e qualquer coisa feita na América era vendida, em 1989 linhas de produtos inteiras líderes no mercado eram fabricadas no Japão, como aparelhos de videocassete, câmeras fotográficas e CD players. Para as indústrias americanas, a busca pela qualidade virou uma questão de sobrevivência.

Para os serviços de saúde, no entanto, a procura por métodos de gerenciamento da qualidade não foi tão crucial como nas indústrias. Ao longo dos anos, a qualidade na saúde foi estabelecida por aqueles que providenciam o serviço (médicos, enfermeiros, recepcionistas, etc.).



Somente, no início dos anos 80, tornaram-se populares, nos países desenvolvidos, os comitês de garantia da qualidade nos hospitais. Estes comitês foram desenvolvidos a princípio, segundo Clinefelter (1999), em resposta a pressões externas para a adaptação de conceitos de gerenciamento da qualidade empregados na indústria. Essas pressões foram exercidas pelo governo e programas de acreditação porque, conforme Rydmarker *et al.* (1997), Clinefelter (1999) e Carey e Lloyd (2001), a economia mundial entrava em declínio e as indústrias e serviços de saúde tiveram que competir em seus respectivos mercados, passando os consumidores a definir o que seria um produto ou serviço qualificado. Berwick (1994) afirma que a utilização de comitês de garantia da qualidade em serviços de saúde não foi suficiente porque eles não possuíam, e muitos hoje ainda não possuem, as ferramentas e a teoria necessárias, pois faltava experiência administrativa. Segundo Berwick (1994), quando esses comitês se reuniam, o foco estava centrado no médico, no seu desempenho. O autor afirma que, mesmo hoje, com as constantes mudanças no controle, estrutura e padrão de atendimento na saúde, a responsabilidade pela má qualidade de um serviço de saúde continua a mesma, ou seja, pertencendo aos médicos.

A resistência às mudanças e outros fatores variados explicam o atraso dos serviços de saúde em relação às indústrias manufatureiras. Berwick (1994) lembra que a linguagem do controle da qualidade, conforme desenvolvida por Shewart nos *Bell Telephone Laboratories* e aqueles que o seguiram – como Deming, Juran e Ishikawa – não ensejou analogia à medicina. Esses especialistas escreveram sobre “processos” de produção, “controle estatístico”, “defeitos”, “clientes”, “fornecedores” e “custos de má qualidade”. O autor afirma:

“Quem na medicina acharia óbvio que o encaminhamento de um clínico geral a um ortopedista fosse realizado através de um “processo de produção”, que os “defeitos” sejam tão inevitáveis nos serviços de saúde quanto em qualquer sistema complexo, ou que cirurgiões e laboratórios sejam “fornecedores”, ligados por interdependências? Qual organização médica descobriria facilmente que os “custos de má qualidade” na assistência à saúde são elevados em todos os lugares, ou acreditaria que, à medida que a qualidade de atendimento se elevar, os custos do atendimento certamente cairão?”

Esta adaptação problemática, conforme Berwick (1994) e Clinefelter (2000), provém da dificuldade dos profissionais da saúde de verem os pacientes como consumidores e

componentes do tratamento clínico como processos. A visão distorcida de que a medicina estaria voltada para o lucro e não para o atendimento ao paciente reforça os problemas com a adaptação. Além disso, Camacho (1998) cita a inexistência de concorrência como um fator determinante na inércia dos métodos gerenciais utilizados nos serviços de saúde. A falta de competitividade, segundo o autor, atrofia o poder de inovação.

Apesar dos motivos para o atraso serem variados, inúmeros também são os fatores que impulsionam as mudanças nos serviços de saúde. Para Clinefelter (2000) e Berwick (1994), o custo é o fator que mais está impulsionando essas mudanças. Berwick (1994) chama a atenção para o fato de que a conta de serviços de saúde chegou a mais de US\$ 600 bilhões para os Estados Unidos em 1989. Essa quantia era mais do que 11% do Produto Nacional Bruto (PNB) e era tão grande que se a indústria da saúde americana fosse declarada uma nação, ela teria o sexto maior PNB mundial. Bisognano (2000) complementa Berwick ao afirmar que atualmente acima de 30% dos gastos nas organizações de saúde são devidos a não qualidade dos serviços prestados. As organizações gastam milhões em complicações de tratamentos, atrasos, complexidade desnecessária e excessiva variabilidade. Esta última, conforme Carey e Lloyd (2001), Berwick (1994) e Plsek (2000) é um fator importante para a adoção de métodos de melhoria da qualidade devido à complexidade dos sistemas nos serviços de saúde, onde existe liberdade para os profissionais da saúde agirem de forma, até certo ponto, imprevisível e a prática da medicina, através das regiões nos países e até mesmo dentro das comunidades, sofre variações significativas. Assim sendo, um processo que não é previsível, também não pode ser controlado. Além de todos os fatores já mencionados, existem as perdas devido às infecções hospitalares, readmissões nas organizações de saúde e erros médicos.

A Agência norte-americana para Pesquisa e Qualidade na Saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality*, AHRQ, 2000) afirma que alguns eventos negativos realmente não podem ser evitados, pois refletem o risco associado ao tratamento, tal como uma reação alérgica a uma droga quando o paciente desconhece que possui este tipo de alergia. Entretanto, para um paciente que recebe um antibiótico, o qual é sabido previamente que ele tem alergia, e em decorrência deste procedimento ele morre, então a morte deste paciente representaria um evento negativo que poderia ter sido evitado. Esse tipo de erro é que se deseja controlar através dos métodos de gerenciamento da qualidade nas organizações de saúde. Conforme a AHRQ (2000), os americanos têm medo de erros médicos. De acordo com uma pesquisa da Fundação Nacional de Segurança ao Paciente:

- 42% dos respondentes têm sido afetados por um erro médico, ou pessoalmente ou através de um amigo ou parente.
- 32% dos respondentes indicaram que o erro teve um efeito negativo permanente na saúde do paciente.

É interessante relatar alguns aspectos do estudo que o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos realizou em 1999, que se encontram em AHRQ (2000). Segundo a IOM, estima-se que erros médicos custam à nação aproximadamente 37,6 bilhões de dólares a cada ano. Esse estudo também enfatiza que muitos dos erros médicos estão relacionados ao sistema e não atribuídos a negligência ou má conduta individual, demonstrando que melhorias no sistema podem reduzir os índices de erro e melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Como pôde ser notado, muitos são os fatores que podem impulsionar a adoção de técnicas de melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Analisando todos os fatores, verifica-se que eles estão interligados. Isso indica que melhorias no sistema podem reduzir drasticamente o custo e melhorar a qualidade do atendimento médico.

## 1.2 TEMA E OBJETIVOS

O tema desta dissertação é qualidade em hospitais. Como o enfoque principal está relacionado ao atendimento ao paciente, o tópico de satisfação do cliente também faz parte do tema.

O objetivo principal deste trabalho foi desenvolver e aplicar uma proposta de avaliação da qualidade em hospitais, através do levantamento da satisfação dos pacientes. Com esta finalidade, realizou-se um estudo na internação de dois hospitais de Porto Alegre (um universitário e outro particular), onde se pretendeu atingir os seguintes objetivos específicos:

- Verificar quais os itens da qualidade demandada estão associados com a satisfação dos pacientes.
- Verificar a influência de alguns fatores sócio-demográficos na satisfação dos pacientes.

- Oferecer subsídios para a busca da melhoria dos serviços prestados pela instituição.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Segundo Sinay (2002), uma recente pesquisa revelou que somente 10% dos americanos estão confiantes de que obterão tratamento médico nos próximos dez anos. Se em países desenvolvidos encontra-se uma confiança tão baixa no sistema de saúde, pode-se imaginar como que a população brasileira depara-se com o sistema de saúde vigente no país.

Sabe-se que o desrespeito às condições humanas dos pacientes ocorreu em toda a história da saúde no Brasil. Enquanto que, na década de 30, conforme Peres (2001), por pressões de intelectuais e militares, era criado o Ministério de Educação e Saúde, na primeira era Getúlio Vargas (de 1937 a 1945), a saúde pública caracterizava-se pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo. Uma postura que, segundo o autor, deixou seus resquícios na atual estrutura social.

Em 1950, começa a influência americana na área da saúde, refletindo-se na construção de hospitais cada vez maiores em quantidade e extensão. No período do estado militar (1967-1973), a ditadura deteriorou as condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades, quanto pela mudança de ênfase dos investimentos em saúde. Essa situação fez com que, enquanto na década de 80 os países desenvolvidos estavam começando a aplicar métodos de melhoria da qualidade nos serviços de saúde, no Brasil ainda eram debatidos em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população.

Atualmente, já pode ser visualizada uma melhora da qualidade de vida da população, pela redução significativa dos índices de mortalidade infantil, do combate a doenças transmissíveis, como a AIDS, através da mídia, do controle de doenças como sarampo e paralisia infantil (que foram quase totalmente erradicadas), varíola e rubéola, através de fortes campanhas de vacinação, etc. Porém, a verba necessária para que todos os pacientes sejam atendidos corretamente (quando são atendidos) normalmente não chega aos cofres dos hospitais públicos. Inclusive, Camacho (1998), afirma que inexistente responsabilidade pela

insatisfação dos pacientes e que os projetos e programas de melhoria são julgados pelos interesses eleitoreiros dos políticos.

É importante salientar que nem sempre os processos são bem definidos nos hospitais e, normalmente, são bastante complexos devido a grande quantidade de informações necessárias e também a imprevistos que podem ocorrer ao longo do processo (BERWICK, 1994). Portanto, a aplicação de uma proposta que apresente a opinião dos pacientes, que são os principais consumidores dos hospitais, fará com que a organização conheça melhor seu processo. Sabe-se que um sistema melhor compreendido terá menos falhas e, por consequência, menor variabilidade e redução de custos.

Por tudo isto, o tema da presente dissertação está relacionado à qualidade dos hospitais e pretende desenvolver um método para avaliar a qualidade dos mesmos, sob o ponto de vista dos pacientes. Isso irá gerar subsídios para que os hospitais conheçam mais profundamente seus sistemas, suas limitações e saibam onde possam melhorar para que a qualidade do seu atendimento seja satisfatória.

#### 1.4 MÉTODO

O desenvolvimento desta dissertação foi realizado a partir de dez etapas, a seguir descritas. A primeira etapa constituiu a revisão bibliográfica sobre qualidade em hospitais, satisfação de pacientes e a relação entre esses dois constructos através de consulta a artigos científicos, livros relacionados com o tema, internet e artigos de congressos nacionais e internacionais, como a ASQ.

A segunda etapa foi escolher dois hospitais de Porto Alegre que apresentassem características diferentes, para que possíveis mudanças de comportamento nos pacientes pudessem ser detectadas. Para tanto, um hospital universitário e outro particular foram escolhidos.

Após a escolha dos hospitais, a terceira etapa foi iniciada. Esta etapa foi fundamental no desenvolvimento da proposta em discussão, porque englobou a determinação das dimensões da qualidade em hospitais, através de consulta a artigos relacionados com este

tema, pesquisas já consolidadas e amplamente utilizadas em outros países, e conversas com especialistas da área hospitalar.

Com as informações obtidas na literatura e conversas com especialistas, a quarta etapa pôde ser concluída. Essa seria a elaboração de um questionário fechado aos pacientes internados nos hospitais em estudo. Esse questionário foi construído baseado nos itens que compõem cada dimensão da qualidade nos hospitais, sendo que cada item era avaliado conforme sua importância e nível de satisfação. O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa encontra-se no Apêndice A.

Elaborado o instrumento de coleta de dados, a quinta etapa foi determinar o número de pacientes a serem entrevistados em cada hospital, através de cálculos de tamanho de amostra fornecidos pela teoria da amostragem estratificada, levando em consideração os seguintes fatores sócio-econômicos: idade, sexo do paciente e nível de escolaridade. O número mínimo de pacientes a serem entrevistados nos hospitais, através deste cálculo, foi de cento e oitenta e cinco, sendo que efetivamente foram respondidos cento e cinco questionários no hospital público e cem no hospital particular, totalizando duzentos e cinco questionários respondidos. O processo pelo qual obteve-se esse tamanho amostral será apresentado no desenvolver desta dissertação.

A sexta etapa foi a aplicação do questionário aos pacientes das duas instituições. Estes pacientes foram entrevistados enquanto aguardavam no quarto a sua liberação para sair do hospital. Portanto, estavam em alta. O período de aplicação dos questionários nos hospitais iniciou em junho de 2003 e foi finalizado em novembro do mesmo ano. O tempo médio de preenchimento dos mesmos foi de vinte minutos no hospital particular e trinta e cinco minutos no público.

Após a aplicação do questionário, a sétima etapa seria a análise dos resultados obtidos. Foi realizada uma análise descritiva, inicialmente, para que se pudesse conhecer o perfil dos entrevistados e também a importância e o nível de satisfação médio atribuído a cada item abordado no questionário.

A oitava etapa foi verificar os aspectos críticos, ou seja, o que era importante para os pacientes e, ao mesmo tempo, revelava baixos índices de satisfação. Os itens abordados no

questionário foram priorizados tendo em vista sua importância e satisfação através da criação de um índice que combinasse esses dois fatores.

A nona etapa foi a realização de uma Análise de Regressão Múltipla para avaliar quais dos itens relacionados à qualidade podiam ser também determinantes da satisfação dos pacientes.

Por fim, a discussão dos resultados e da proposta de avaliação constituiu a décima etapa através da comparação dos resultados encontrados com a literatura, influência dos fatores sócio-demográficos na satisfação dos pacientes, apresentação das vantagens, desvantagens, limitações e dificuldades encontradas no decorrer da aplicação da proposta de avaliação adotada nesta dissertação.

## 1.5 ESTRUTURA

A presente dissertação encontra-se dividida em seis capítulos, cujos conteúdos aparecem descritos brevemente a seguir.

O capítulo um apresenta uma introdução ao tema onde são feitos alguns comentários iniciais a respeito da qualidade nos serviços de saúde em geral, tema e objetivos, justificativa do tema e objetivos, metodologia, assim como a estrutura do trabalho e suas limitações.

Uma revisão bibliográfica sobre hospitais, qualidade em hospitais, satisfação de pacientes e pesquisa de mercado, com ênfase em técnicas de coleta de dados, é apresentada no capítulo dois.

A proposta da avaliação da qualidade nos hospitais através da satisfação dos pacientes constitui o capítulo três. Esta proposta é estruturada em oito etapas, que contemplam basicamente o planejamento e execução da pesquisa de satisfação.

O capítulo quatro apresenta o estudo de caso contendo o desenvolvimento da proposta de avaliação com a apresentação da população estudada, o tipo de pesquisa aplicada, o cálculo do tamanho da amostra, como foi elaborado o questionário fechado utilizado nos hospitais

estudados e os resultados da pesquisa com os pacientes internados nos dois hospitais escolhidos, enfatizando o modelo de regressão obtido e a relação importância-satisfação para o grupo de itens que compõem o questionário elaborado.

A discussão dos resultados e da proposta de avaliação apresentando os achados deste estudo com os encontrados na literatura, vantagens e desvantagens da avaliação da qualidade proposta, entre outros, está contida no capítulo cinco.

Por fim, o capítulo seis apresenta as conclusões e sugestões para trabalhos futuros.

## 1.6 LIMITAÇÕES DO TRABALHO

O presente trabalho de conclusão, voltado à avaliação da qualidade em hospitais, através da satisfação de pacientes, não analisa aspectos relativos à cultura organizacional da empresa. Embora estes sejam aspectos necessários, não fazem parte da abrangência desta dissertação assim como aspectos relacionados a custos.

Além disso, embora o estudo de caso abranja dois hospitais de características distintas, as generalizações devem ser feitas com reservas devido à escolha dos hospitais não ter sido aleatória. O modelo proposto também deve ser utilizado com reservas porque utiliza somente a satisfação dos pacientes para avaliar a qualidade do hospital em apenas um setor (internação) como representante da instituição.



## **2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1 HOSPITAIS**

Hospitais são sistemas de saúde definidos como uma coleção de elementos interdependentes que interagem para atingir um objetivo comum, que seria o atendimento assistencial correto aos pacientes (NOLAN, 1998). A Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde (OMS) em reunião realizada em Genebra, de 18 a 23 de junho de 1956, definiu as funções padronizadas que lhe são pertinentes. A descrição destas atividades encontra-se em Mirshawka (1994) e são apresentadas na Figura 1.

Segundo Mirshawka (1994), a função restaurativa constitui o papel mais importante do hospital. Entretanto, os conceitos mudaram, a técnica evoluiu e a ciência ocupou o lugar do empirismo, substituindo a tradição pela pesquisa contínua e conseqüente.

Assim, a simples idéia de função restaurativa deve pressupor a existência de uma entidade provida de instalações, equipamentos e organizações, a fim de permitir o estabelecimento do diagnóstico precoce e tratamento adequado das doenças.

Conforme Tappan (1976), os hospitais podem ser classificados em hospitais por contribuições voluntárias, hospitais públicos e hospitais particulares. O hospital de contribuições voluntárias, ou beneficente, seria um empreendimento público dirigido por uma administração particular, patrocinado por um conselho de homens e mulheres representativos da comunidade, moral e legalmente responsável pelos serviços profissionais do hospital, seus bens e sua “linha de ação”. Os hospitais públicos são sustentados por recursos provindos da arrecadação de impostos e patrocinados pelos governos federal, estadual ou municipal. Os

hospitais particulares são os que operam com o objetivo de obter lucros, sendo financiados por médicos ou outros indivíduos que desejam as vantagens de maior independência.

FUNÇÃO	ATIVIDADES
<b>RESTAURATIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>diagnóstico</i>: ambulatório e internação;</li> <li>– <i>tratamento da doença</i>: curativo e paliativo, envolvendo os procedimentos médicos, cirúrgicos e especiais;</li> <li>– <i>reabilitação</i>: física, mental e social;</li> <li>– <i>cuidados de emergência</i>: acidentes e doenças (mal súbito).</li> </ul>
<b>PREVENTIVA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– supervisão da gravidez normal e nascimento da criança;</li> <li>– supervisão do crescimento normal da criança;</li> <li>– controle das doenças transmissíveis;</li> <li>– prevenção das enfermidades prolongadas;</li> <li>– prevenção da invalidez mental e física;</li> <li>– educação sanitária;</li> <li>– saúde ocupacional.</li> </ul>
<b>ENSINO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– graduação médica;</li> <li>– pós-graduação: especialidades e praticantes em geral;</li> <li>– qualificação de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;</li> <li>– qualificação de interessados em Medicina Social;</li> <li>– qualificação de outras profissões correlatas.</li> </ul>
<b>PESQUISA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pesquisas dos aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde e da doença;</li> <li>– pesquisas das práticas hospitalares, técnicas e administrativas.</li> </ul>

Fonte: Mirshawka (1994, p.25)

#### **FIGURA 1 – DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES E ATIVIDADES DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES**

Atualmente, o hospital é, na maior parte das situações, a verdadeira porta de entrada do sistema de saúde (CASTELAR *et al.*, 1995). A realização de um exame, a consulta a um especialista, a atenção às pequenas e médias urgências significa para a população procurar um hospital. Isto demonstra o quanto é importante o estudo deste tipo de organização. Além disso, um hospital conta com um amplo quadro de funcionários, onde estão inseridos profissionais de diferentes áreas, o que resulta em um sistema complexo. O quadro de funcionários de um hospital, segundo Mezomo (1992), é o seguinte: administradores, médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, engenheiros, técnicos de várias áreas (radiologia, reabilitação, laboratório, etc.), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, funcionários para serviços gerais (manutenção, transporte, limpeza, lavanderia, portaria, comunicação, registro, almoxarifado, etc.) e tantos outros mais. Cada um desses funcionários deve ser orientado e treinado para uma ação em conjunto, e deve dispor dos recursos ou instrumentos necessários para o bom desempenho de sua função. Assim, um paciente não pode estar no centro cirúrgico se este não tiver material ou equipe de atendimento adequados. Destacam-se entre os profissionais de um

hospital, segundo Berwick (1994) e Tappan (1976), os administradores, médicos e enfermeiros. Além de um ou mais desses profissionais fazerem parte da diretoria da organização, eles normalmente são responsáveis pelas decisões críticas que precisam ser tomadas, tais como tipo de medicamento e dosagem correta. Tappan (1976) afirma que, em se tratando de atendimento a pacientes hospitalizados, os enfermeiros e médicos teriam uma função de maior importância no quadro de funcionários do hospital, até porque, conforme o autor, o serviço de enfermagem inclui a grande maioria dos que trabalham no hospital. É importante destacar, segundo Tappan (1976), que os médicos que compõem o corpo clínico do hospital na maioria das vezes não são contratados nem pagos pela instituição, mas ali exercem suas funções durante boa parte do tempo. Frequentemente, os médicos encarregados dos serviços de patologia, fisioterapia, radiodiagnóstico e outros são funcionários do hospital e também fazem parte do corpo clínico. O corpo clínico é, em geral, autônomo; tem seus estatutos e regulamentos próprios, indica seus auxiliares e em seguida uma comissão conjunta de consultas (comissão formada por membros do corpo clínico e do conselho diretor) aprova essas nomeações.

Além da complexidade do quadro de funcionários, a distribuição regional de hospitais é bastante desigual e obedece ao desenvolvimento econômico de cada região e ao seu volume populacional, justificando-se assim que aproximadamente 55% dos hospitais estejam na região Sul e Sudeste, que são as mais desenvolvidas economicamente, além de contarem com cerca de 58% da população brasileira. Porém, o número de hospitais não é um bom indicador, pois não reflete o número ofertado de leitos nem sua complexidade. Os leitos tendem a se concentrar nas regiões mais ricas e nas capitais, e como a complexidade tende a ser maior nos hospitais de grande porte, conclui-se que a distribuição de oferta de leitos é bastante desigual, concentrando-se nas áreas mais ricas e urbanizadas (CASTELAR *et al.*, 1995).

Após terem sido apresentadas as características principais das funções, quadro de funcionários e localização dos hospitais no Brasil, deve-se buscar suas diferenças em relação às demais indústrias. As organizações de saúde e outras indústrias de serviços diferem das indústrias de manufatura de várias formas. Entretanto, existem muitas similaridades. O típico hospital providencia dia e noite, sete dias por semana, uma ampla variedade de serviços complexos. Como outros negócios, o hospital deve competir em seu ramo de atuação e também esperar superar o “teste de lucratividade”. Segundo Mirshawka (1994), este tipo de organização sempre apresentou um investimento de grande porte e, portanto, é necessário que

este investimento apresente resultado favorável, sob o aspecto da rentabilidade econômica e financeira ou dos serviços à comunidade. Na essência, então, um hospital é um negócio - de fato, um dos maiores negócios dos Estados Unidos (OMACHONU, 1991). Para ilustrar essa questão, um resumo de similaridades e diferenças entre setores de serviço e de manufatura e o lugar dos hospitais em toda essa estrutura é apresentado na Figura 2.

<b>Fator</b>	<b>Indústrias de Manufatura</b>	<b>Indústrias de Serviços</b>	<b>Hospitais</b>
<b>Produto (saída)</b>	Criação física de bens. Transformação de matéria-prima em bens tangíveis.	Tratamento de alguma coisa ou alguém. Têm o desafio de lidar com produtos que não são físicos por natureza. Serviço implica em atos.	Atendimento a pacientes (diversidade de diagnósticos implica múltiplos produtos).
<b>Mecanização</b>	Maior mecanização (tarefas repetitivas) gera produtos com baixa variabilidade e mais eficientes.	Baixo grau de mecanização (tarefas normalmente não-repetitivas), com maior variabilidade como resultado disto.	Principalmente tarefas não-repetitivas. Todo paciente é diferente.
<b>Contato com o consumidor</b>	Baixo contato com os consumidores. Existe a separação entre produção e consumo.	Alto grau de contato com o consumidor.	Contato direto com os pacientes. Os serviços não podem ser entregues antes da chegada dos pacientes.

Fonte: adaptado de Omachonu (1991, p.8)

#### **FIGURA 2 – CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZAÇÕES DE MANUFATURA, SERVIÇOS E HOSPITAIS**

As características dos serviços de saúde em um hospital podem ser observadas na Figura 2. Jun *et al.* (1998) indicam três características principais dos serviços enfatizando sua utilização nos serviços de saúde: intangibilidade, heterogeneidade e a interligação da produção com o consumo, não podendo estes serem separados. Primeiro, serviços de saúde são intangíveis, porque não é possível contar, medir, ter inventário, testar ou verificá-los de antemão com relação a vendas. Além disso, não podem ser estocados, inventariados ou testados em relação à qualidade. Assim, a experiência do consumidor é freqüentemente a única forma de verificar se os serviços de saúde são qualificados.

Segundo, a natureza do desempenho dos serviços de saúde diverge de uma transação a outra. Esta heterogeneidade pode ocorrer porque o serviço é prestado por diferentes médicos, enfermeiros e outros profissionais, atendendo a uma variedade de pacientes com variadas necessidades. Os profissionais prestam diferentes serviços por causa de variações em fatores tais como sua especialidade, treinamento, experiência e habilidades e personalidades individuais. As necessidades dos pacientes também variam de pessoa para pessoa e de visita a

visita. Alguns procuram *check-ups* regulares, enquanto outros necessitam de tratamentos para doenças graves. Necessidades e níveis de desempenho hospitalares podem também ser influenciados pela estação, dia da semana, e mesmo a hora do dia. Além disso, interações entre médicos, enfermeiros, administradores e pacientes envolvem um infinito número de fatores que podem afetar a qualidade dos serviços prestados.

Finalmente, nos serviços de saúde, a produção e o consumo são inseparáveis. Os serviços são consumidos exatamente no mesmo momento em que são produzidos, e os consumidores participam e influenciam a prestação dos serviços, o que dificulta o controle da qualidade (JUN *et al.*, 1998).

Segundo Mirshawka (1994) e Omachonu (1991), os componentes principais do cuidado com a saúde são: produtividade, custo e qualidade. A produtividade, quando aplicada aos serviços de saúde, tem sido definida de diferentes formas, devido, em parte, ao produto ser mal-definido e altamente variável. Porém, ela tem forte relação com o valor agregado ao decurso da avaliação, do atendimento, do tratamento, da educação, da reabilitação e do acompanhamento após a alta.

Em relação a custos, acredita-se, às vezes, que os médicos têm a responsabilidade principal pelo controle dos custos nos hospitais, desde que são eles que determinam os tipos de serviços e tratamentos que os pacientes necessitam, bem como sua frequência e intensidade. Porém, hoje existem muitos custos sobre os quais os médicos não têm controle direto. No negócio de equipamentos médicos, por exemplo, de agulhas de injeção a máquinas de imagens computadorizadas, tudo está sujeito a um marketing agressivo, com rápidas inovações tecnológicas e aumentos de preços igualmente rápidos. Mesmo uma cama de hospital pode custar até US\$ 10.000, dependendo da tecnologia empregada na sua fabricação.

Como pode ser observado, as questões relacionadas aos dois componentes apresentados acima são bastante delicadas, e maiores detalhes podem ser encontrados em Mirshawka (1994) e Omachonu (1991). Como o enfoque desta dissertação está relacionado à qualidade, este é o componente que será destacado nesta revisão da literatura, buscando sua definição e também suas dimensões nos hospitais. Antes da apresentação do componente qualidade, é necessário definir os clientes dos hospitais, visto que são eles que estão interessados em um serviço de saúde qualificado.

### 2.1.1 Os Clientes

Para Mirshawka (1994), Berwick (1994) e Carey e Lloyd (2001), existem duas categorias básicas de consumidores interessados em medir a qualidade dos hospitais: internos e externos.

Os clientes internos fazem parte da organização, tais como diretoria, médicos e empregados. Cada um desses grupos necessita medir ou avaliar a qualidade por diferentes razões. Por exemplo, médicos necessitam de dados detalhados que devem ser providenciados em um curto período de tempo, porque eles precisam tomar decisões sobre o tratamento que deve ser dado a cada paciente. Diretores, por outro lado, não necessitam de dados específicos sobre o tratamento de cada paciente. Eles normalmente utilizam medidas sumarizadoras, tais como o custo total para um grupo particular de pacientes.

Berwick (1994) lembra que clientes internos também podem ser fornecedores internos no processo da prestação de serviço. Por exemplo, um médico que solicita que a enfermeira administre uma dosagem de certa droga em um paciente, é um cliente interno para a enfermeira, que seria o fornecedor interno. Esta, por sua vez, pode ser a cliente interna de um auxiliar de enfermagem.

Os clientes externos compreendem os pacientes e também seus familiares e amigos, terceiros que pagam as contas e a comunidade. Segundo Mirshawka (1994), entende-se como terceiros que pagam as contas tanto organizações como indivíduos que pagam diretamente (plano de saúde individual) como indiretamente, quando o pagamento é feito pela empresa contratante dos serviços do hospital. Neste grupo, podem também estar as empresas de seguro, os sindicatos, os empregadores, órgãos governamentais, etc.

Com relação à comunidade, pertencem a esse grupo as associações profissionais, como a Comissão Conjunta em Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde dos Estados Unidos (JCAHO, *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*). Conforme Mirshawka (1994), não existe ainda no Brasil uma organização com o poder da JCAHO, que nos Estados Unidos é respeitada, atuante e define conceitos e procedimentos, inclusive o que é qualidade nos serviços de saúde. No Brasil, destacam-se as exigências legais da Associação Médica Brasileira (AMB) e dos Conselhos Regionais de Medicina.

A diversidade desses grupos e os fatores que os motivam para procurar dados sobre qualidade tem criado um novo conjunto de pressões para as organizações de saúde.

Conforme Berwick (1994), a moderna administração da qualidade investe nas relações cliente-fornecedor interno para prestar um melhor serviço ao cliente externo. Essa administração atual procura formas de interação, medição e clarificação de papéis que possam ajudar os clientes e fornecedores internos a entenderem e a servirem-se uns aos outros mais efetivamente. Porém, como existem múltiplos clientes, os interesses também são muitos, e apenas melhorar o relacionamento interno da empresa não é suficiente, pois, por exemplo, enquanto os planos de saúde desejam custos controlados, os médicos querem acesso a tecnologias mais modernas de tratamento. Esses e outros conflitos, segundo Berwick (1994), dificultam o planejamento da qualidade, mas não mudam o conceito de que quanto melhor a organização puder atender às necessidades de seus clientes, mais bem-sucedida ela será em longo prazo.

## 2.2 QUALIDADE EM HOSPITAIS

Sendo os hospitais a porta de entrada do sistema de saúde no Brasil, a garantia da qualidade nestas organizações torna-se fundamental para assegurar a saúde da população. Segundo Novaes e Paganini (1994), garantir a qualidade nos hospitais é garantir que cada paciente receba atenção diagnóstica e terapêutica especificamente indicada, para alcançar um resultado ótimo, de acordo com os avanços recentes das ciências médicas, e em relação à doença principal ou secundária, a idade, e ao regime terapêutico associado. Porém, sabe-se que o país enfrenta um processo de crise na área da saúde, com escassez de recursos financeiros, que se torna mais dramática frente às aceleradas transformações tecnológicas e à crescente demanda de melhores produtos e serviços. Desta forma, segundo Castelar *et al.* (1995), o hospital brasileiro, que centraliza a prestação de serviços de saúde, enfrenta o grave problema da ampliação da demanda social, aliada à magnitude da recessão econômica e da progressiva carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, o que compromete a qualidade do serviço prestado pela organização.

Nos países desenvolvidos, problemas similares também ocorrem. Jun *et al.* (1998) comentam que muitos hospitais nos Estados Unidos passam por uma crítica condição

financeira. Diante da intensa competição entre os hospitais e demais instituições prestadoras de serviços de saúde, aumento do controle regulamentado pelo governo e diminuição das margens de lucro devido a custos elevados, numerosos hospitais estão “fechando as portas” em tempo recorde e outros têm procurado proteção contra a falência através de programas de qualidade. A diferença entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, como o Brasil, é que existem mais informações para os pacientes nos primeiros, tais como as divulgadas pelo Instituto de Medicina, que apresenta pesquisas e relatórios com percentuais de erros médicos, readmissões e infecções hospitalares, entre outros. Assim, os pacientes têm mais conhecimento sobre os serviços de saúde e podem exigir mais pela qualidade destes.

A publicação da AHRQ (2000), por exemplo, alerta para o alto índice de erros médicos nos Estados Unidos, relatando que 44.000 a 98.000 pessoas morrem em hospitais a cada ano como resultado de erros médicos, fazendo com que erros médicos sejam a oitava maior causa de morte do país – mais alta do que acidentes automobilísticos (43.458), câncer de mama (42.297) ou AIDS (16.516). Isto demonstra que não basta os hospitais terem estrutura com disponibilidade de recursos materiais e humanos se não houver um bom gerenciamento do processo de atendimento, pois muitos erros médicos são devidos a falhas no sistema e não por falhas individuais. Esse fato é um alerta também para os países em desenvolvimento, como o Brasil, visto que não há um controle de erros médicos no país, e as estatísticas provavelmente seriam tão assustadoras, ou mais, do que aquelas relatadas pelo Instituto de Medicina nos Estados Unidos.

Porém, segundo Coye (2001), apesar de toda essa informação disponível nos países desenvolvidos, os serviços de saúde ainda não encontraram um *Toyota*, ou seja, não existe ainda um competidor para demonstrar ou a força da qualidade nas organizações de saúde ou a resposta do mercado ao produto. Berwick (1994) concorda com esta posição ao afirmar que não existem ainda ferramentas para avaliar a qualidade em hospitais. Segundo o autor, a literatura de pesquisa sobre a garantia da qualidade é abundante, mas geralmente inadequada para uso cotidiano, falando mais aos cientistas do que aos gerentes.

O fundador do campo da garantia da qualidade nos serviços de saúde como uma disciplina foi Avedis Donabedian, apresentando os três alvos potenciais da avaliação da qualidade nos serviços de saúde: estrutura, processo e resultado. Estruturas são os recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço, tais como habilidade e conhecimento dos



médicos, padrões dos procedimentos, características dos prédios, instrumentos em perfeitas condições, etc. Processo significa “o próprio atendimento” – quais medicamentos são usados, como os diagnósticos são feitos, quais procedimentos são realizados. Os resultados são as conseqüências avaliadas do atendimento, tais como o prolongamento da vida, o alívio à dor ou a satisfação do consumidor quanto aos serviços prestados pela organização de saúde (BERWICK, 1994). Assim, as obras literárias tentam definir estruturas sólidas, bons processos e resultados adequados, juntamente com abordagens e suas medições.

Taylor (1994), Lam (1997) e Jun *et al.* (1998) sugerem a decomposição da qualidade nos hospitais em duas formas relevantes: qualidade técnica e qualidade funcional. Qualidade técnica é definida principalmente na base da precisão técnica dos diagnósticos e procedimentos, sendo o conteúdo material da interação entre paciente e provedores dos serviços de saúde. Basicamente, é o que o consumidor recebe. De outra forma, a qualidade funcional refere-se à maneira pela qual o serviço de saúde é prestado ao paciente, ou seja, como o paciente recebe o serviço. Enfermeiros e outros membros da equipe freqüentemente desempenham este papel nos serviços de saúde.

Segundo Lam (1997), embora a qualidade técnica seja muito importante para os pacientes, muitos deles não têm o conhecimento necessário para avaliar efetivamente a qualidade do diagnóstico e intervenção médica. Conseqüentemente, pacientes baseiam sua avaliação da qualidade em fatores interpessoais e ambientais, ou seja, na qualidade funcional. Porém, conforme Lam (1997), ao contrário da qualidade técnica, para a qual existem instrumentos objetivos de medição (protocolos médicos, por exemplo), a qualidade funcional é muito mais difícil de avaliar e é normalmente julgada pela avaliação subjetiva dos pacientes.

Para Omachonu (1991) e Mirshawka (1994), a qualidade também é decomposta em duas partes interdependentes; porém, existem algumas diferenças na definição destas partes, são elas: qualidade de fato e qualidade percebida.

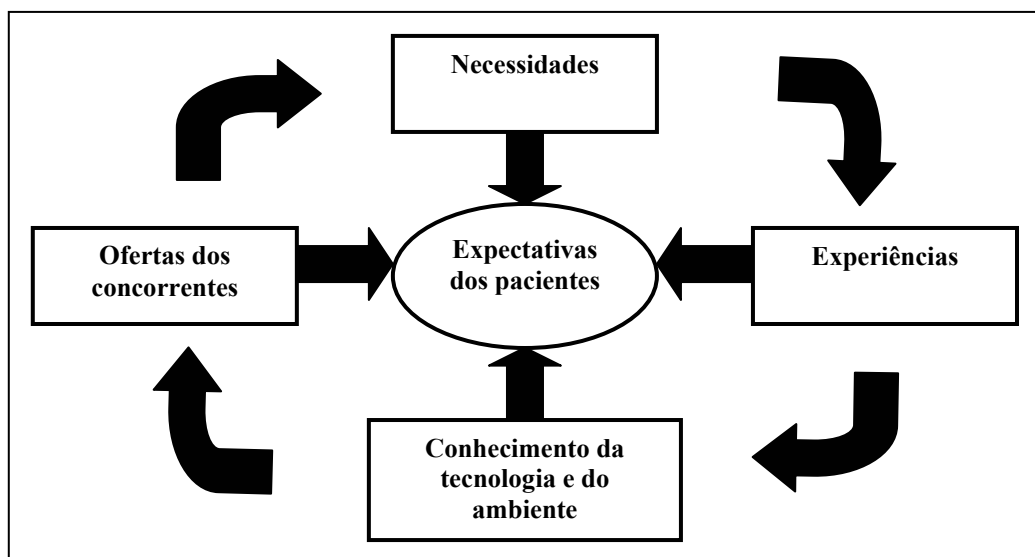
Por “qualidade de fato” entende-se o atendimento das especificações estabelecidas por entidades nacionais e internacionais, como, por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão Conjunta em Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde dos Estados Unidos (JCAHO, *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*) e, no Brasil, a Associação Médica Brasileira (AMB). Brasil (1994) utiliza uma

definição simplificada para qualidade de fato, ao concluir que esta está relacionada com os aspectos técnicos e de desempenho especificadas pelo próprio provedor dos serviços de saúde. Portanto, não conta com a avaliação subjetiva do consumidor.

A “qualidade percebida”, no entanto, é o atendimento das expectativas do cliente, tratando-se, portanto, do lado subjetivo da qualidade. Esta é a definição mais utilizada em teses e dissertações brasileiras, tais como as de Rotermund (1993) e Brasil (1994).

Para que esta parte seja mais bem compreendida, é interessante apresentar quais os componentes que influenciam as expectativas dos pacientes. Esses fatores são citados por Omachonu (1991) e Mirshawka (1994) e estão apresentados na Figura 3, que é encontrada em Mirshawka (1994, p.49). A lista desses fatores é a seguinte:

- **Necessidades:** a necessidade de aliviar um problema relacionado com a sua própria saúde, ficar curado ou, ao menos, interromper a velocidade de progressão de uma certa enfermidade é de extrema importância na definição das expectativas do paciente.
- **Experiências:** tudo o que o paciente já experimentou ou encontrou no passado ao receber um serviço de saúde.
- **Conhecimento da Tecnologia e do Ambiente:** o ponto até o qual o paciente sabe que tipo de serviços são disponíveis, o escopo de tais serviços, incluindo os riscos e o nível tecnológico em que esses serviços são oferecidos.



Fonte: Mirshawka (1994, p. 49)

**FIGURA 3 – FATORES INFLUENCIANDO AS EXPECTATIVAS DOS PACIENTES**

- **Ofertas da Concorrência:** o conhecimento do que fazem outras organizações prestadoras de serviços de saúde, o que oferecem e o que permitem pode ter um enorme impacto nas expectativas dos clientes.

Portanto, todos esse fatores conjuntamente influenciam as percepções dos pacientes em relação à qualidade dos serviços de saúde prestados pelo hospital.

### 2.2.1 Dimensões da Qualidade em Hospitais

A mensuração e a avaliação da qualidade de produtos manufaturados não é difícil, pois padrões de conformidades podem ser estabelecidos, produtos podem ser inspecionados e testados, taxas de defeitos identificadas, deficiências corrigidas e níveis de desempenho impostos (MIRSHAWKA, 1994).

Entretanto, problemas inerentes a identificar atributos da qualidade e medir serviços intangíveis continuam a desafiar tanto os administradores dos hospitais quanto os acadêmicos. Neste contexto, existe um consenso na literatura, conforme Sowers *et al.* (2001) e Taylor (1994) citam em seus artigos. Este é de que a qualidade do serviço é um constructo multidimensional. Entende-se por constructo, segundo Mitchell e Jolley (1996), um estado mental que não pode ser diretamente observado ou manipulado, tal como amor, inteligência, agressão e ansiedade. Dessa forma, a qualidade é um estado mental representado por várias dimensões.

Vários estudos têm tentado adaptar dimensões da qualidade de outros serviços para os hospitais ou identificar atributos da qualidade específicos para este tipo de organização. A maioria dos estudos que tentam adaptar modelos já existentes para serviços em hospitais utiliza as dimensões da qualidade de serviços encontradas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (PZB), autores que desenvolveram o modelo SERVQUAL (qualidade do serviço, *service quality*). Seu primeiro trabalho, em 1985, tinha como objetivo descobrir as dimensões da qualidade que fossem genéricas e relevantes para os serviços em geral. Para tanto, utilizaram doze reuniões em grupos focados com os consumidores de quatro categorias de serviços: bancos, companhias de cartões de crédito, indústrias de manutenção e reparo e corretoras de

seguros. Ao final, identificaram dez dimensões da qualidade nos serviços. Essas dimensões são as seguintes:

- *Tangíveis*: instalações físicas, equipamentos ou ferramentas usados para prestar o serviço e aparência do pessoal.
- *Confiabilidade*: habilidade de entregar o serviço prometido de maneira confiável e precisa. Especificamente, esta dimensão envolve: acurácia no fechamento da conta do cliente, preenchimento dos registros corretamente e desempenho do serviço no momento designado.
- *Responsividade*: engloba disponibilidade para ajudar o cliente e prestação de um serviço imediato. Esta dimensão envolve a oportunidade da prestação do serviço, incluindo toda e qualquer situação onde o cliente exija uma resposta da organização.
- *Competência*: refere-se à habilidade ou conhecimento dos profissionais que prestam o serviço solicitado.
- *Cortesia*: envolve gentileza, respeito, consideração e amabilidade com que os profissionais (incluindo recepcionistas, telefonistas, etc.) tratam os clientes.
- *Comunicação*: refere-se à capacidade do fornecedor de manter o cliente informado sobre o serviço, em uma linguagem acessível para o consumidor, e ouvir os clientes sempre que estes quiserem se pronunciar. Isto significa que a empresa tem que ajustar a sua linguagem para diferentes consumidores – aumentando o nível de sofisticação com um consumidor de mais alta escolaridade e falando de maneira mais simples com clientes de baixa escolaridade.
- *Credibilidade*: envolve a honestidade dos empregados e da empresa em relação aos serviços prestados. Contribui para a credibilidade a imagem e a reputação da empresa e características pessoais dos empregados.
- *Segurança*: ocorre quando a empresa oferece serviços livres de risco, perigo ou dúvida. Envolve segurança física, financeira e privacidade.
- *Acesso*: envolve facilidade de contato do consumidor com a empresa ou empregados. Esta dimensão inclui espera para receber o serviço em tempo hábil, localização adequada das instalações onde são prestados os serviços, disponibilidade de estacionamento, acesso sinalizado, amplo horário de operação e facilidade de acesso pela linha telefônica (linhas não ocupadas e respostas rápidas a uma informação solicitada).

- *Entender/Conhecer o paciente*: envolve os esforços no atendimento às necessidades dos clientes, incluindo o aprendizado de necessidades específicas dos consumidores, atenção individualizada e reconhecimento do consumidor que procura a empresa regularmente.

No segundo estudo, em 1988, PZB desenvolveram o modelo SERVQUAL, um instrumento que operacionaliza as dimensões da qualidade dos serviços encontradas no primeiro estudo. Neste estudo, as dez dimensões descobertas *a priori* foram condensadas em cinco dimensões através da utilização de Análise Fatorial, uma técnica estatística que reduz o número de variáveis em estudo, formando grupos com características semelhantes. As cinco dimensões destiladas foram as seguintes: *Tangíveis*, *Confiabilidade*, *Responsividade*, *Garantia e Empatia*. *Garantia* engloba as dimensões de *Comunicação*, *Credibilidade*, *Segurança e Competência*. *Empatia*, por sua vez, incorpora *Cortesia*, *Entender o paciente e Acesso*.

Porém, esses determinantes da qualidade foram desenvolvidos e testados em indústrias bem diferentes dos hospitais. A dúvida é se esses atributos descobertos podem ser utilizados também nos serviços de saúde.

Schyve (1997) afirma que o sistema de saúde deve ser avaliado quanto a(o):

- *Acesso* (obtenho cuidado quando necessito?);
- *Competência* (os médicos podem descobrir o que há de errado comigo e me tratam corretamente quando estou doente?);
- *Comunicação* (os especialistas falam comigo sobre o que há de errado, o que fazer a respeito disso, como ficar curado e como me manter saudável?);
- *Responsividade e Colaboração* (os profissionais da saúde não desperdiçam o meu tempo e trabalham conjuntamente?);
- *Confiabilidade* (os profissionais me tratam decentemente?)

Porém, o estudo de Schyve (1997) não apresenta nenhum método de pesquisa como comprovação de que os itens mencionados pelo autor realmente compõem a qualidade nos serviços de saúde.

Bowers *et al.* (1994) também tentaram definir que atributos determinam a qualidade nos serviços de saúde. A proposta do estudo era responder a duas questões: (i) descobrir se as dimensões genéricas de qualidade e satisfação em relação aos serviços de saúde, identificadas por PZB (1985), também podem ser encontradas nos hospitais; (ii) verificar se os serviços de saúde envolvem dimensões adicionais àquelas encontradas por PZB (1985).

Para atingir esse objetivo foram conduzidas entrevistas em grupos focados com pacientes em um setor do Hospital Army na região sudeste dos Estados Unidos.

Deste encontro em grupos focados foram encontradas doze dimensões da qualidade nos serviços de saúde: *Tangíveis, Confiabilidade, Responsividade, Comunicação, Credibilidade, Segurança, Competência, Cortesia, Entender o paciente, Acesso, Carinho e Resultados do paciente.*

Desta forma, duas dimensões da qualidade adicionais ao estudo de PZB (1985) surgiram: *Carinho e Resultados do paciente.*

A dimensão de *Carinho* implica em envolvimento pessoal dos profissionais da saúde no serviço prestado, com emoções que demonstrem afeto para com o paciente.

Já a dimensão de *Resultados do paciente* refletiu alívio da dor, cura ou angústia e desapontamento com a vida depois da intervenção médica.

Jun *et al.* (1998) foram outros pesquisadores que tentaram identificar as dimensões da qualidade nos serviços de saúde. A diferença é que este estudo realizou entrevistas em grupos focados com administradores, médicos e pacientes, ou seja, adicionou a opinião dos especialistas (administradores e médicos) para a obtenção das dimensões da qualidade nos serviços de saúde. Os grupos focados foram realizados em um hospital público de tamanho médio que é o maior prestador de serviços de saúde em uma comunidade constituída de aproximadamente 70.000 pessoas.

A entrevista com os administradores foi conduzida com seis gerentes de nível médio (quatro homens e duas mulheres). Entre esses gerentes, estavam o Vice-Presidente dos Recursos Humanos, o Vice-Presidente dos Auxiliares de Enfermagem e o Vice-Presidente do

Planejamento e Desenvolvimento Organizacional. As idades dos participantes deste grupo variaram de 25 a 50 anos.

A reunião com os pacientes foi conduzida quatro dias depois com seis pacientes (cinco mulheres e um homem). Esses pacientes visitavam o hospital desde raramente até freqüentemente e possuíam idade entre 30 e 75 anos.

A entrevista em grupos focados com os médicos foi realizada após a conclusão da reunião com os pacientes. Esta entrevista foi realizada com quatro médicos residentes (três homens), com idades que variavam de 30 a 45 anos.

Os autores citam duas das perguntas feitas para os participantes do estudo. Para os médicos eles perguntaram: “Gostaríamos de saber qual a sua definição de qualidade nos serviços de saúde?...”. Uma das perguntas feita aos pacientes foi a seguinte: “Quais os aspectos dos serviços de saúde fazem com que você sinta que está recebendo um nível alto de qualidade? E por quê?”.

Desses encontros em grupos focados, foram encontradas onze dimensões da qualidade nos serviços de saúde. São elas: *Tangíveis, Confiabilidade, Responsividade, Competência, Cortesia, Comunicação, Acesso, Carinho, Resultados dos pacientes, Entender o paciente e Colaboração*. Oito (*Tangíveis, Confiabilidade, Responsividade, Competência, Cortesia, Comunicação, Acesso e Entender o paciente*) das dimensões acima já haviam sido descobertas por Parasuraman *et al.* (1988), e duas (*Carinho e Resultados do paciente*) já haviam surgido no estudo de Bowers *et al.* (1994). A dimensão adicional de *Colaboração* emergiu dos encontros realizados com os especialistas (administradores e médicos) e pacientes.

*Colaboração* engloba os conceitos de trabalho em equipe e o efeito sinérgico de vários atores na prestação dos serviços de saúde. Esses atores são tanto internos como externos ao hospital. Quando cada membro da equipe de trabalho do hospital presta seu serviço individualmente sem a preocupação de interagir com os demais colegas, esse esforço separado pode converter em uma imagem de falta de atenção e carinho para com o paciente ou membro da família.

A dimensão de *Colaboração* tem associação com várias outras, tais como *Comunicação*, *Acesso e Carinho*, mas se diferencia ao englobar a questão dos inter-relacionamentos entre várias pessoas e/ou organizações.

Os autores descobriram que os administradores, médicos e pacientes diferiam em relação ao que constitui a qualidade dos serviços de saúde. Apesar dos três grupos entrevistados considerarem sete (*Tangíveis*, *Confiabilidade*, *Comunicação*, *Competência*, *Entender o paciente*, *Acesso e Colaboração*) das onze dimensões importantes para os serviços de saúde, houve três considerações principais em relação às diferenças encontradas entre esses grupos.

A primeira é que o grupo dos pacientes apresentou mais similaridades com o grupo dos administradores do que com o grupo dos médicos. Os grupos de pacientes e administradores focaram fortemente na qualidade funcional, enquanto que o grupo dos médicos se concentrou mais na qualidade técnica. As dimensões que estão mais ligadas aos aspectos técnicos de qualidade são *Competência e Resultados do paciente*. Segundo Jun *et al.* (1998), a priorização dos médicos na prestação dos serviços de saúde apóia-se mais nestas duas dimensões.

A segunda diferença é que *Cortesia* foi mencionada duas vezes pelos administradores e oito vezes pelos pacientes, porém, nenhuma vez pelos médicos. Para os médicos, conforme os autores, a qualidade dos serviços de saúde não está substancialmente focada em ser “simpático” com os pacientes, mas mais em descobrir qual é o problema e determinar o melhor plano de ação para o bem-estar do paciente. Os médicos se vêem mais como cientistas que buscam os resultados e não estão muito preocupados com o aspecto humano ou pessoal do desempenho de seus serviços.

A terceira e, talvez, a principal diferença é que as definições que administradores e médicos utilizam para “qualidade” parecem estar em contraste nítido umas com as outras. Os autores afirmam que parece haver uma divisão entre os administradores, que são aqueles que se concentram nos aspectos do negócio e os empregados da linha de frente, que são aqueles que realmente prestam o serviço.



Substancialmente, o papel dos dois grupos freqüentemente difere, mas parece haver um conflito maior do que simplesmente a diferença entre as profissões. Jun *et al.* (1998) citam um trecho retirado da explicação de um dos médicos participantes do grupo focado destes profissionais. Ele afirma: "... quando ouço a palavra qualidade, hoje em dia, eu imediatamente sinto que alguém está tentando lucrar com alguma coisa em algum lugar. A palavra qualidade está sendo usada muito...". Esse trecho revela que deve haver uma melhor comunicação entre médicos e administradores para que se desfaça a idéia errônea dos médicos de que a qualidade de um serviço de saúde está somente associada com o lucro da organização. É imprescindível que um médico perceba que ter um serviço de saúde qualificado garante aos seus pacientes o atendimento assistencial correto e, portanto, a plena realização de seu trabalho.

Um estudo mais recente sobre a identificação de dimensões da qualidade especificamente para hospitais é o de Sowers *et al.* (2001). Este estudo além de tentar determinar os atributos da qualidade em hospitais, ainda revela um novo instrumento para medir esses atributos. Este instrumento chama-se Avaliação das Características de Qualidade Chave para Hospitais (KQCAH, *Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals*).

Para seu estudo, os autores selecionaram as nove dimensões da Comissão Conjunta em Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde dos Estados Unidos (JCAHO, *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*) como uma estrutura teórica de qualidade de serviços hospitalares. As nove dimensões determinadas pela JCAHO são: *Eficácia, Adequabilidade, Eficiência, Respeito e Carinho, Segurança, Continuidade, Efetividade, Oportunidade e Disponibilidade*.

No intuito de averiguar as dimensões da qualidade nos hospitais, Sowers *et al.* (2001) utilizaram oito grupos focados. Esses grupos focados foram conduzidos com pacientes que tinham tido alta recentemente do hospital, alguns familiares que ficaram muito tempo em contato com a organização enquanto seu parente estava hospitalizado, provedores dos serviços de saúde (excluindo médicos), empregados de nível médio administrativo do hospital e administradores de nível superior. Esse estudo incorpora as perspectivas dos profissionais de saúde, mas falha ao excluir os médicos, e os próprios autores admitem isto ao colocar que a opinião dos médicos melhoraria ou validaria mais as descobertas do seu trabalho.

Os grupos focados dos empregados (administradores de nível médio e superior, enfermeiros, etc.) foram conduzidos de maneira com que os três turnos do hospital fossem representados e tiveram uma duração entre 60 a 90 minutos.

As questões principais perguntadas aos empregados foram: (a) Quais são as características de qualidade-chave de um hospital que resultam na satisfação do paciente?; (b) Quais são as características mais e menos importantes? e (c) Se você pudesse fazer uma mudança que teria um maior impacto na satisfação do paciente, o que você faria?

O grupo dos pacientes foi escolhido aleatoriamente de uma lista de pacientes recentemente saídos do hospital. Segundo Sowers *et al.* (2001), este foi um grupo difícil de reunir mesmo quando um incentivo financeiro foi oferecido. Entre os 23 participantes, quinze eram mulheres (65%). Foram avaliados também a raça do participante e quem pagou as suas contas (planos de saúde, companhias de seguro, fundos pessoais, etc.).

Os pacientes foram convidados a refletir sobre sua estada no hospital e então: (a) descrever alguma coisa que muito os agradou durante seu tempo de permanência no hospital e (b) descrever alguma coisa que muito os desagradaram durante sua estada na organização. Após, eles foram perguntados: “Se você pudesse adicionar algo aos serviços oferecidos pelo hospital, o que seria?” Seguido de “Pense em uma pessoa que foi amável com você, o que ela fazia que você gostava?”.

A análise dos resultados fez com que os autores descobrissem que as dimensões teóricas da JCAHO foram suficientemente robustas para capturar todos os temas contidos nos dados originados tanto dos pacientes e familiares quanto funcionários.

Como não foi possível obter as descrições das nove dimensões da JCAHO, com a avaliação dos itens do questionário utilizado, que se encontra no Anexo A, pôde-se relacionar os atributos da JCAHO com as dimensões previamente descritas nesta dissertação na determinação da qualidade hospitalar deste estudo. As dimensões encontradas são as dez do estudo de PZB (1985) e a dimensão *Carinho* apresentada no estudo de Bowers *et al.* (1994).

O último estudo a ser mencionado é a tese de Rotermund (1993). A tese parece ser a única referência brasileira encontrada que tenta determinar os atributos da qualidade dos

serviços hospitalares. Os métodos utilizados pela autora para tanto foram entrevistas em profundidade com instituições hospitalares da rede privada e pública e uma adaptação do *Repertory Grid of Kelly* (grade de repertório de Kelly), uma técnica de geração e identificação de atributos através da identificação de características semelhantes e diferentes entre organizações conhecidas pelos respondentes, com usuários de serviços hospitalares de Porto Alegre.

Os atributos emergentes destes procedimentos foram os seguintes:

- *Atendimento*: compreende as características de conforto, funcionários atenciosos, rapidez no atendimento, etc.
- *Higiene*: engloba higiene, limpeza e assepsia.
- *Equipamentos*: é constituído de itens referentes a equipamentos, tais como tecnologia e disponibilidade destes.
- *Administração*: diz respeito à organização do hospital.
- *Corpo Clínico*: compreende competência e dedicação da equipe médica.
- *Infra-estrutura*: diz respeito às instalações físicas.
- *Nutrição*: engloba aspectos referentes à alimentação, tais como temperatura e sabor das refeições.

Novamente, é possível relacionar os atributos encontrados com a estrutura dimensional inicialmente proposta por PZB (1985). Destacam-se claramente no estudo de Rotermund (1994), as dimensões *Tangíveis, Responsividade, Competência e Cortesia*. Porém, as demais dimensões não são encontradas facilmente. Esta dificuldade pode ser devido ao não detalhamento dos itens que compunham cada atributo encontrado, permitindo que, por exemplo, no atributo *Administração*, não seja identificado que itens englobam a organização do hospital. Assim, supõe-se que dentro da organização as dimensões de *Colaboração, Acesso e Comunicação* devam estar presentes, mas esta análise não é segura. Portanto, este estudo parece incompleto quando comparado com os demais apresentados nesta dissertação.

A Figura 4 apresenta o relacionamento entre os principais estudos retirados da literatura, apresentando as dimensões descobertas, método de coleta de dados e participantes do estudo.

Para Cunningham e Garret (1999) e Ford *et al.* (1997), em um hospital, a avaliação da qualidade inclui medição rotineira de vários indicadores. Cada um desses indicadores pode ser incluído em uma das dimensões da qualidade nos hospitais. Entre esses indicadores são citados os seguintes: índices de mortalidade, percentual de readmissões no hospital, tempo de espera, tempo de resposta às chamadas telefônicas, rotatividade e satisfação dos funcionários e satisfação dos clientes.

Pesquisadores	Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985)	Sowers, Duffy, Kilbourne, Kohers e Jones (2001)	Bowers, Swan e Kohler (1994)	Jun, Peterson e Zsidisin (1998)
Dimensões da Qualidade	<i>Tangíveis</i> <i>Confiabilidade</i> <i>Receptividade</i> <i>Competência</i> <i>Cortesia</i> <i>Comunicação</i> <i>Credibilidade</i> <i>Segurança</i> <i>Acesso</i> <i>Entender o paciente</i>	<i>Tangíveis</i> <i>Confiabilidade</i> <i>Receptividade</i> <i>Competência</i> <i>Cortesia</i> <i>Comunicação</i> <i>Credibilidade</i> <i>Segurança</i> <i>Acesso</i> <i>Entender o paciente</i> <i>Carinho</i>	<i>Tangíveis</i> <i>Confiabilidade</i> <i>Receptividade</i> <i>Competência</i> <i>Cortesia</i> <i>Comunicação</i> <i>Credibilidade</i> <i>Segurança</i> <i>Acesso</i> <i>Entender o paciente</i> <i>Carinho</i> <i>Resultados do paciente</i>	<i>Tangíveis</i> <i>Confiabilidade</i> <i>Receptividade</i> <i>Competência</i> <i>Cortesia</i> <i>Comunicação</i> <i>Credibilidade</i> <i>Segurança</i> <i>Acesso</i> <i>Entender o paciente</i> <i>Carinho</i> <i>Resultados do paciente</i> <i>Colaboração</i>
Método de pesquisa aplicado	grupo focado	grupo focado	grupo focado	grupo focado
Participantes	consumidores	pacientes, familiares e funcionários (exceto médicos)	pacientes	pacientes, administradores e médicos

**FIGURA 4- DIMENSÕES DA QUALIDADE, MÉTODO DE PESQUISA E PARTICIPANTES DOS ESTUDOS REVISADOS**

Desta forma, uma das maneiras de avaliar a qualidade nos hospitais é medir a satisfação dos seus clientes. É evidente na literatura consultada que este indicador é particularmente um resultado da qualidade do serviço de saúde. Segundo Bell *et al.* (1997) e Andaleeb (1998), embora a satisfação do paciente não deva ser um único indicador da qualidade dos serviços de saúde, ela pode ser um componente valioso no planejamento estratégico de uma organização.

Para Ford *et al.* (1997), porém, a satisfação do cliente está além de ser um simples indicador da qualidade do serviço. Segundo estes autores, esse critério é principalmente um julgamento pelo cliente dos aspectos da qualidade que este é particularmente capaz de apreciar.

Visto que as dimensões da qualidade nos serviços de saúde, a partir da literatura, já foram constatadas, a próxima seção apresentará a importância de medir a satisfação do cliente e, principalmente, quais atributos da qualidade nos serviços de saúde foram observados na literatura como determinantes da satisfação do paciente.

### 2.3 SATISFAÇÃO DE PACIENTES

Segundo Camacho (1998) e Berwick (1994), o objetivo do Controle da Qualidade Total é a plena satisfação do cliente. Sabe-se que o cliente fundamental nos serviços de saúde é o paciente, e, portanto, os esforços concentram-se na satisfação deste cliente.

Taylor (1994) define satisfação do cliente como uma atitude ou uma resposta emocional determinada pela confirmação ou não das expectativas do consumidor. O estudo de Oswald *et al.* (1998) complementa essa definição defendendo a asserção de que, principalmente nas organizações prestadoras de serviços de saúde, existe uma forte conexão entre as percepções de qualidade e a satisfação do paciente, tornando este aspecto importante para administradores do hospital cultivarem percepções positivas de pacientes como uma maneira de estimular os índices de retenção de clientes em um mercado altamente competitivo.

A satisfação do paciente pode também ser definida, segundo Andaleeb (1998), como uma avaliação geral dos pacientes em relação às suas experiências com os serviços prestados pelo hospital. O autor ressalta a importância de coletar informações sobre a satisfação do paciente afirmando que essa informação é tão indispensável para avaliação da qualidade quanto para o planejamento e gerenciamento dos sistemas de saúde.

Diversos autores tentam explicar a diferença entre satisfação do cliente e qualidade do serviço. Segundo Taylor e Cronin (1992), a explicação mais comum é que qualidade do serviço é uma avaliação geral que o cliente tem em relação à empresa conquistada a longo prazo, ao passo que satisfação é uma medida de uma transação específica. Recente evidência na literatura sugere que a satisfação é um antecedente da qualidade do serviço (TAYLOR; CRONIN, 1992).

Para Ford *et al.* (1997), entretanto, a satisfação ou insatisfação de pacientes é um fenômeno complicado que está ligado às expectativas, estado de saúde e características pessoais do paciente tão bem quanto características do sistema de saúde. Spicer (2002) concorda em parte com os autores, pois os resultados de sua pesquisa demonstraram que os níveis de satisfação não estavam relacionados com a classe social ou estado de saúde do paciente. Nerina e Griffin (1998) vão mais longe ao afirmar que as variáveis sócio-demográficas não são preditoras consistentes da satisfação do paciente.

Com relação às características do sistema de saúde, Kaldenberg (1999) afirma que a escolha do médico influencia a satisfação do paciente em relação aos serviços prestados pelo hospital. Os pacientes com restrição, ou seja, com pouca oportunidade de escolha em relação aos profissionais prestadores do serviço de saúde requerido ou hospital, provavelmente terão a percepção de que não receberam o melhor atendimento possível. No Brasil, esta diferença na percepção da qualidade nos serviços de saúde pode estar relacionada com possuir ou não plano de saúde.

Os primeiros estudos sobre satisfação de pacientes datam da metade dos anos 50 (BINSHAN; EILEEN, 1995). Porém, segundo Ross (2001), somente nos dias atuais, esse indicador é reconhecido como um padrão de qualidade nos hospitais, sendo um resultado esperado do serviço de saúde.

O Prêmio Internacional de Qualidade Malcolm Baldrige, por exemplo, usa numerosos critérios para reconhecer a proeza da qualidade nas empresas dos Estados Unidos. O critério satisfação do cliente conta com 300 dos 1000 pontos totais deste prêmio (FORD *et al.*, 1997).

Conforme Bell *et al.* (1997), considerável atenção tem sido dada na literatura ao valor de medir a satisfação do paciente. Isso porque os níveis de satisfação encontrados não têm sido muito favoráveis às empresas prestadoras de serviços de saúde. Os níveis de satisfação dos pacientes norte-americanos, por exemplo, são baixos para o padrão de qualidade exigido pelos hospitais. Segundo Cardello (2001), um terço desses pacientes pesquisados optam por níveis de satisfação abaixo de cinco, em uma escala de dez pontos.

Medir e melhorar níveis de satisfação com os serviços de saúde é importante por diversas razões. Além deste critério estar presente nas principais normas internacionais, ele

ainda pode ser visto como um resultado positivo do serviço de saúde prestado pela organização e a medição deste indicador providencia aos administradores e diretores dos hospitais uma informação útil sobre a estrutura, processo e resultados do serviço. Ele alerta os administradores a aspectos positivos e negativos de suas organizações, permitindo a identificação de áreas potenciais de melhorias. Desta forma, Ford *et al.* (1997), afirmam que este indicador providencia uma medida da falha na prestação do serviço e permite a recuperação sobre esta falha.

Spicer (2002) ressalta também a importância da medição da satisfação do paciente ao apresentar três impactos de clientes satisfeitos nos resultados do negócio e na qualidade dos serviços prestados: (i) pacientes satisfeitos indicam o hospital para outras pessoas, aumentando o volume e segmento de mercado da instituição; (ii) pacientes que se sentem bem no hospital são menos prováveis a gastar tempo da equipe com reclamações ou ações legais; (iii) pacientes satisfeitos são mais propensos a cumprir com todas as recomendações e procedimentos adotados pelo hospital e, portanto, obtêm melhores resultados.

Além disso, como já foi comentado anteriormente, uma das maiores preocupações dos serviços de saúde é o custo. Segundo Casanova (1999), a insatisfação de pacientes é um dos maiores retentores de lucro. O efeito de perder um paciente por insatisfação é previsível, incluindo perda de receita, o elevado custo de adquirir um novo paciente para compensar a perda e o desenvolvimento de uma reputação negativa. O custo de um novo paciente é estimado em cinco vezes mais do que o de um paciente sólido. Assim, Casanova (1999) sugere que a organização meça a satisfação de seus pacientes, determine as suas necessidades e planeje as suas experiências dentro da empresa. Mesmo que, segundo Oswald *et al.* (1998), um aumento pequeno nos índices de retenção de clientes seja alcançado com as providências tomadas a partir dos resultados desta medição, o efeito pode ser dramático nos lucros de uma empresa.

Casanova (1999) avalia a satisfação do paciente através de uma equação, que ele afirma ser a equação valor nos serviços de saúde:

$$\text{Satisfação do Paciente} = \text{Qualidade do Tratamento} + \text{Custo do Serviço} + \text{Experiência do Tratamento}$$

Em geral, segundo o autor, a qualidade do tratamento é invisível ao paciente. Embora os resultados sejam aparentes e possam ser um indicador da qualidade da população, um único resultado do paciente é individual. Mesmo se o resultado é menor do que desejável, o paciente provavelmente não saberá se isto é devido à qualidade do tratamento ou sua condição individual. Em muitos casos, mesmo se outras organizações de saúde soubessem que o resultado foi ruim devido à baixa qualidade do tratamento, provavelmente elas não diriam ao paciente. Portanto, este componente da equação, a menos que seja óbvio, não afetaria a satisfação do paciente a ponto dele deixar a organização. O custo do serviço prestado, da perspectiva do paciente, é comumente determinado pelo pagador (planos de saúde, companhia de seguros, etc.) e não é um fator, segundo o autor, que o paciente tem controle. Portanto, este também não é um fator que é acionado pelo paciente.

Quanto à experiência do tratamento, quando os pacientes têm uma experiência ruim com seu provedor de saúde, eles ficam emocionalmente ofendidos e irritados, e são categóricos em não querer voltar mais no estabelecimento. A experiência do paciente é uma área que o provedor pode ter realmente um grande controle e é extremamente importante, segundo Bisognano (2000), os líderes das organizações terem contato com a experiência do paciente para que atrasos e esperas, dificuldade de obter informações quando é necessário e repetição de etapas desnecessárias sejam detectadas antes do paciente procurar a organização. Portanto, ela é o único fator da equação valor que a organização pode planejar, medir e gerenciar para melhorar a satisfação do paciente.

Se o que Casanova (1999) afirma for verdadeiro, restaria descobrir quais as dimensões da qualidade hospitalar que estariam relacionadas com a experiência do paciente dentro da instituição para que fossem, então, determinadas as dimensões da satisfação do paciente. Porém, da maneira como foram descritos os componentes da equação, a dimensão *Competência* poderia ser um atributo que não afeta a satisfação do paciente, visto que esta dimensão está fortemente associada com a Qualidade do Tratamento oferecido ao paciente.

Assim, na próxima seção serão apresentados estudos que tentaram determinar os atributos da satisfação dos pacientes com o intuito de aprofundar melhor esta questão.



### 2.3.1 Dimensões da Satisfação dos Pacientes

A satisfação do paciente, assim como a qualidade nos serviços de saúde, também é considerada na literatura como um constructo multidimensional (TAYLOR; CRONIN, 1994). A diferença, segundo Taylor (1994) e Bowers *et al.* (1994), é que as dimensões da satisfação do paciente podem ser detectadas através dos determinantes da qualidade nos serviços de saúde, porque a satisfação está relacionada com um dos componentes da qualidade, a qualidade percebida. Desta forma, os atributos referentes à qualidade percebida provavelmente determinarão a satisfação do paciente.

Segundo Bowers *et al.* (1994), se os hospitais entenderem quais os atributos que os consumidores utilizam para julgar a qualidade dos serviços de saúde, etapas podem ser construídas para monitorar e garantir o desempenho destes atributos. Os resultados, segundo os autores, serão altos níveis de qualidade percebida e satisfação por parte do consumidor.

Vários estudos tentaram descobrir quais são os determinantes da qualidade nos serviços de saúde que influenciam decisivamente na satisfação do paciente.

O estudo de Andaleeb (1998) apresenta cinco proposições que tentam representar e explicar a satisfação do paciente. De acordo com essas proposições, pode-se destacar seis das treze dimensões apresentadas nesta dissertação como determinantes da satisfação dos pacientes. São elas: *Comunicação*, *Competência*, *Tangíveis*, *Responsividade*, *Cortesia* e *Carinho*. Mesmo que este não seja o interesse desta dissertação, é importante também destacar que o autor considera o custo um fator importante na determinação da satisfação dos pacientes.

Outro estudo é o de Harbarger (2000). O hospital analisado neste estudo utiliza pesquisas trimestralmente com seus pacientes e chegou a conclusão de que para satisfazer e exceder as expectativas dos consumidores, todas as seguintes dimensões devem estar presentes: (i) *Tangíveis* ao englobar equipamento de trabalho e instalações adequadas; (ii) *Entender/Conhecer o Consumidor* ao destacar a atenção individualizada ao paciente e também a valorização do consumidor regular, e (iii) *Cortesia, Carinho e Competência* ao se referir a uma equipe simpática, carinhosa e competente.

O artigo de Spicer (2002) não define os atributos da qualidade relacionados com a satisfação do paciente, mas garante que não existe nenhum relacionamento entre satisfação e a dimensão da qualidade *Resultados do Paciente*.

O estudo mais completo sobre o relacionamento entre dimensões da qualidade e satisfação é o de Bowers *et al.* (1994). Os autores aplicaram um questionário em um hospital dos E.U.A., contendo os atributos da qualidade dos serviços de saúde descobertos anteriormente quando conduzidos grupos focados com os pacientes. Este instrumento, além de medir a satisfação de cada item que compunha as dimensões da qualidade nos serviços de saúde, também media um nível de satisfação global. A intenção dos autores era aplicar uma técnica estatística denominada Regressão Linear Múltipla. Esta técnica estuda o relacionamento entre uma variável dependente e várias outras, consideradas independentes, através de um modelo linear. A variável dependente do modelo no estudo foi a satisfação global ao passo que as independentes foram as dimensões da qualidade nos serviços de saúde. Os resultados desta análise sugerem que as dimensões *Carinho, Comunicação, Confiabilidade, Acesso, Entender/Conhecer o paciente e Responsividade* são as preditoras do nível de satisfação dos pacientes.

Analisando os estudos conjuntamente no que se refere aos determinantes da satisfação dos pacientes, pode-se considerar que a dimensão *Carinho* é a que está presente em todos os resultados apresentados nos artigos referenciados.

Sendo os atributos da qualidade e satisfação expostos, é necessário identificar métodos para coletar essas informações.

Existem muitos métodos para determinar as necessidades dos pacientes. Entre eles estão os grupos focados e as pesquisas de opinião e satisfação. A partir dos dados obtidos através de algum desses métodos, Berwick (1994), Casanova (1999) e Carey e Lloyd (2001), sugerem identificar oportunidades de melhoria e áreas de insatisfação, onde, segundo eles, inicia a jornada pela qualidade.

## 2.4 PESQUISA DE MERCADO

A *American Marketing Association* define pesquisa de mercado como “a função que liga o consumidor, o cliente e o público ao profissional de marketing por meio de informações”. Estas informações são utilizadas para: (i) identificar e definir oportunidades e problemas de marketing; (ii) gerar, refinar e avaliar ações de marketing; (iii) monitorar o desempenho do mercado e (iv) melhorar o entendimento do mercado como um processo (CHURCHILL; PETER, 2000).

Segundo Churchill e Peter (2000), os profissionais de marketing precisam de informações, não apenas de dados, que são simplesmente fatos e estatísticas. Informação, em contraste, refere-se a dados apresentados de forma a serem úteis para a tomada de decisões.

Existem dois tipos básicos de dados, conhecidos como primários e secundários. Conforme Churchill e Peter (2000), dados primários são dados coletados especificamente para o propósito da investigação pretendida ao passo que dados secundários são dados reunidos para algum outro propósito que não o estudo imediato em mãos. O governo e as organizações empresariais são as principais fontes externas de dados secundários. Uma das principais fontes de dados sobre o Brasil é o IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A cada dez anos, o IBGE realiza oito censos econômicos, cada um descrevendo um setor comercial.

Porém, a tarefa básica dos pesquisadores de marketing é coletar dados primários. Sendo assim, o mais apropriado é selecionar previamente as ferramentas de pesquisa mais adequadas para alcançar o objetivo do estudo, a fim de obter as melhores informações pelo menor custo. Este processo de planejar a coleta e análise de dados é conhecido, conforme Churchill e Peter (2000), como projeto de pesquisa.

### 2.4.1 Tipos de pesquisa

Segundo Mattar (1996), diferentes tipos de pesquisa implicam diferentes procedimentos para coleta e análise dos dados de forma a atender econômica e tecnicamente aos objetivos do estudo. Várias classificações têm sido adotadas por diversos autores da área, mas a que será apresentada nesta dissertação segue a linha de raciocínio de Churchill e Peter

(2000) e de Mattar (1996). Sendo assim, as pesquisas classificam-se como exploratória, descritiva ou causal.

#### 2.4.1.1 Pesquisa Exploratória

A pesquisa exploratória visa a prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva. É utilizada quando se procura novas idéias e percepções a respeito de um assunto em questão. É possível, desta forma, gerar hipóteses ou explicações prováveis para o tema abordado e também identificar áreas potenciais para um estudo mais aprofundado. Assim, os pesquisadores tendem a se preocupar menos com a amostragem probabilística e mais com a forma de comunicação entre cliente e empresa.

Mattar (1996) sugere diversos objetivos para os quais uma pesquisa exploratória pode ser útil. Entre os quais, pode-se destacar os seguintes:

- Familiarizar e elevar o conhecimento e a compreensão de um problema de pesquisa em perspectiva;
- Acumular a *priori* informações disponíveis relacionadas a um problema de pesquisa descritiva a ser efetuada ou em andamento;
- Ajudar no desenvolvimento ou criação de hipóteses explicativas de fatos a serem verificados numa pesquisa causal;
- Auxiliar na determinação de variáveis relevantes a serem consideradas em um problema de pesquisa.

#### 2.4.1.2 Pesquisa Descritiva

As pesquisas descritivas são caracterizadas por possuírem objetivos bem definidos, procedimentos formais, estrutura bem definida e direcionadas para a solução de problemas ou avaliação de alternativas de cursos de ação.

A pesquisa descritiva é utilizada, segundo Mattar (1996), quando o propósito for:

- Descrever as características de grupos. Por exemplo, obter um perfil de pacientes, através de sua distribuição em relação a sexo, faixa etária e nível educacional;
- Estimar a proporção de elementos em uma população específica que tenham determinadas características ou comportamentos;

- Descobrir ou verificar a existência de relação entre variáveis.

#### 2.4.1.3 Pesquisa Causal

Segundo Churchill e Peter (2000), pesquisa causal é uma pesquisa que procura esclarecer relações do tipo causa-efeito, ou seja, ela não investiga simplesmente se há uma relação entre duas variáveis, como um folheto e a compra de um pacote de férias. Ao invés disso, ela procura descobrir se o folheto é a causa de as pessoas escolherem o pacote de cruzeiro.

#### 2.4.2 Técnicas de Coleta de Dados

Conforme Mitchell e Jolley (1996), existem dois aspectos principais de qualquer instrumento de pesquisa. Primeiro, ele deve precisamente medir os pensamentos, sentimentos ou comportamentos daqueles em que o pesquisador está interessado. Segundo, seus resultados devem ser aplicáveis a um grupo específico. Esse grupo é denominado de população e é definido a partir do objetivo do estudo proposto. Para ser capaz de generalizar seus resultados a uma população inteira, deve-se questionar ou toda a população, ou uma amostra representativa desta população.

Assim, escolhendo uma amostra adequada, é necessário decidir que tipo de instrumento de coleta de dados é o mais indicado para o tipo de problema que está sendo proposto. Para tanto, deve-se conhecer um pouco cada um deles.

Medir a qualidade de um serviço intangível, como os serviços de saúde, tem-se tornado um grande desafio para gerentes e administradores na indústria da saúde. Enquanto indústrias manufatureiras podem desenvolver métodos de controle de qualidade para garantir que seus produtos encontrem as especificações de qualidade antes que o consumidor perceba alguma falha, o produtor de serviços usualmente não tem esse privilégio. Precisamente medir o que os pacientes sentem em relação a sua visita ou estada no hospital, procedimentos médicos ou experiência com os serviços de saúde, em geral, é um desafio mais difícil ainda do que determinar a redondeza de um pneu ou o acabamento de uma costura de roupa (FORD *et al.*, 1997).

Existe uma ampla variedade de métodos avaliados para medir a satisfação de pacientes, incluindo enfoques qualitativos e quantitativos. Eles variam em custo, acurácia e o grau no qual eles podem ser inconvenientes aos pacientes. Selecionar o melhor método representa um balanço ideal entre as metas estratégicas da organização e o custo para obter essas metas. Para todos os métodos que serão apresentados a seguir, os profissionais necessitam ser sensíveis a possíveis erros que podem ocorrer, tais como:

- Erros de não resposta, ao passo que não respondentes avaliam o serviço menos favoravelmente do que os respondentes
- Erros associados com o modo de administração do instrumento escolhido, que fazem com que as entrevistas resultem em altos índices de resposta e altos níveis de satisfação
- Erros associados com o tempo, tal que respondentes pesquisados durante sua estada ou vários meses depois da alta podem expressar altos índices de satisfação do que aqueles pesquisados dentro de poucas semanas
- Erros associados com o formato das respostas tal que questões abertas e aquelas usando uma escala mais detalhada tendem a provocar baixos níveis de satisfação do que questões fechadas ou dicotômicas
- Erros associados com o uso de procuração tal que um familiar ou conhecido do paciente pontue o serviço mais negativamente do que o próprio paciente

A seguir serão apresentados resumidamente alguns métodos qualitativos aplicados a serviços de saúde, citados por Ford *et al.* (1997):

### **Observações Gerenciais**

A mais simples e mais barata técnica para avaliar a qualidade dos serviços baseia-se nas observações gerenciais. Gerentes são estimulados e gratificados para observar as interações entre seus empregados e pacientes. A maior vantagem desta técnica é que os gerentes conhecem seu próprio negócio, suas metas, potenciais e níveis de qualidade do serviço esperados se eles estão familiarizados com os serviços clínicos que são prestados. Uma desvantagem potencial, entretanto, é que gerentes podem não ter experiência suficiente ou treinamento para confiavelmente interpretar o que estão observando, ou podem ter vícios pessoais que podem influenciar a objetividade de suas observações. Uma desvantagem muito

mais significativa é que gerentes observando o processo de prestação do serviço invariavelmente influenciam no modo como os empregados desempenham suas funções.

### **Programas de *Feedback* dos Empregados**

Programas de *Feedback* dos empregados seria convidá-los a providenciar *feedback* (retorno) em questões tais como políticas e procedimentos organizacionais, estruturas de registro gerencial ou outros processos organizacionais similares que pacientes acreditam inibir a prestação de serviço efetiva. Pacientes sabem, e são usualmente ávidos para dizer aos empregados sobre os possíveis problemas que eles podem estar encontrando na prestação do serviço.

### **Times de Trabalho e Círculos de Qualidade**

Esta técnica é similar a anterior, pois ambas providenciam as percepções dos empregados a respeito da qualidade do serviço prestado ao paciente. Entretanto, as equipes de trabalho e círculos de qualidade utilizam dados contínuos de empregados através de equipes ao invés de dados individuais. Um dos mais importantes benefícios desta técnica é o desenvolvimento da consciência dos empregados sobre o forte compromisso do gerenciamento com a qualidade do serviço. O envolvimento direto de empregados através desses métodos também desenvolve um entendimento e apreciação de como cada empregado pode diretamente influenciar a qualidade do serviço.

### **Grupos Focados**

Este método de coleta de dados traz consigo o passado dos pacientes para discutir seus sentimentos, atitudes e percepções a respeito do serviço prestado. Esta técnica é similar a uma entrevista profunda na qual o moderador do grupo prepara um guia que abrange os tópicos que serão discutidos. Mas, ao invés de o questionamento ser individual, as questões são colocadas ao grupo e uma discussão sobre cada tópico é conduzida. O moderador do grupo obtém *feedback* durante essas sessões sobre os serviços que os pacientes receberam durante sua estada. Por causa da habilidade do moderador em entrevistar vários pacientes de uma só vez, tempo e dinheiro são economizados. Tipicamente um grupo focado é composto de seis a dez pessoas em uma sessão que pode durar várias horas. Através de uma amostragem de pacientes com características específicas, grupos focados permitem a descoberta tanto de

problemas importantes do serviço quanto da identificação de sugestões em como resolver esses problemas.

Enquanto métodos observacionais e qualitativos para avaliar a satisfação do paciente têm seus benefícios, obter dados quantitativos das reações dos pacientes em relação as suas experiências com o serviço é muito mais preciso em medir as experiências do paciente com o serviço. Ford *et al.* (1997) sugerem algumas técnicas quantitativas para medir a satisfação dos pacientes. São elas:

### **Cartões de Comentários**

São a técnica mais barata de avaliação do serviço e também a menos complexa. Amplamente utilizada na indústria de serviços em vários formatos, cartões de comentários contam totalmente com a participação voluntária do respondente. São utilizadas escalas simples para avaliar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e tipicamente são deixados espaços para comentários escritos. Dessa forma, pacientes são convidados a depositar os cartões em uma caixa conveniente, retornando os comentários para o provedor do serviço. Esses comentários podem ser úteis no entendimento da experiência do paciente dentro da instituição, mas não têm validade estatística, pois os dados não são provenientes de uma amostra representativa da população de pacientes. Assim, não são confiáveis e tendem a ser curtos e limitados por poucas variáveis.

### **Pesquisas Auto-Administradas em Pacientes**

É uma técnica onde o próprio paciente responde a questões elaboradas pela instituição sem a necessidade de um entrevistador. Essa é uma técnica mais cara do que a anterior, mas pode possuir validade estatística porque, provavelmente, é mais representativa das atitudes do paciente. Pesquisas variam amplamente em sofisticação, precisão, validade, confiabilidade, complexidade, custo e em como são administradas. Normalmente, são pesquisas enviadas por correspondência, mas podem ser realizadas no lugar da prestação do serviço através de, por exemplo, um terminal de computador onde os pacientes registram as respostas e processam os dados na mesma hora em que termina sua experiência dentro da instituição. A desvantagem deste método de coleta de dados, quando enviado por correspondência, é que o preenchimento do questionário depende do interesse do respondente em retornar sua opinião ao provedor de saúde. Quando isto ocorre, ainda há a chance do percentual ser muito grande de perguntas não



respondidas, o que aumentaria os erros de amostragem e diminuiria a utilidade e representatividade da informação. Existem ainda os problemas com o instrumento utilizado. A redação das questões (tais como negativas duplas, gíria, questões indiretas, questões vagas, globais, viciadas, etc.) e o espaço de tempo entre a saída da instituição e o preenchimento do questionário são pontos extremamente importantes na validação das respostas obtidas. Estes problemas podem ser minimizados pela eliminação ou minimização do espaço de tempo, e usando somente instrumentos cuidadosamente planejados. Um dos mais amplamente utilizados e extensivamente validados é o SERVQUAL, já comentado na seção anterior desta dissertação. Os autores sugerem que as instituições prestadoras de serviços de saúde utilizem este instrumento, mas também o complementem com outras dimensões específicas para os serviços de saúde.

### **Pesquisas Administradas em Pacientes por pesquisadores**

Esta técnica consiste no preenchimento de um questionário na presença de um pesquisador. Segundo Mitchell e Jolley (1996), as vantagens deste tipo de pesquisa são: (i) muitos respondentes podem ser pesquisados ao mesmo tempo e em diferentes lugares; (ii) o pesquisador pode esclarecer dúvidas do respondente no preenchimento do questionário; (iii) a presença de um pesquisador encoraja os participantes a responderem; (iv) maior índice de respostas do que pesquisas que são auto-administradas em pacientes. A desvantagem deste método de coleta de dados é que a presença de um pesquisador pode reduzir a anonimidade percebida pelo paciente, o que pode fazer com que os pacientes sejam menos honestos nas suas respostas.

### **Pesquisas de Entrevista Pessoal com o Paciente**

Entrevistas tentam gerar os mesmos tipos de informação que pesquisas com os pacientes. Porém, segundo Mitchell e Jolley (1996), em uma entrevista, ao invés dos pacientes lerem e escreverem suas respostas, o entrevistador oralmente pergunta aos respondentes uma série de questões e também registra as respostas. Podem ser conduzidas no local a baixo custo, por telefone a médio custo e na casa do paciente a alto custo. Elas podem também ser formais ou informais. As entrevistas informais não são agendadas e são muito similares à observação. O gerente dos serviços de saúde pode conduzir entrevistas informais para determinar problemas ou reações a aspectos específicos do serviço. Normalmente, as entrevistas informais são conduzidas enquanto o paciente ainda está recebendo o serviço de

saúde. Dessa forma, entrevistas formais são sugeridas pelos autores para que sejam conduzidas após a alta do paciente. Entrevistas formais requerem entrevistadores treinados e um instrumento padronizado. Entrevistar o paciente antes da alta, segundo os autores, pode causar diversos problemas. O primeiro, é que muitos pacientes ficam relutantes em dizer qualquer coisa negativa enquanto ainda dependem da equipe para completar o tratamento. Segundo, pacientes ainda se recuperando de séria doença tendem a ficar preocupados com seu próprio bem-estar e recuperação, estando muito menos dispostos a participar da avaliação do serviço. Terceiro, paciente ainda sob cuidados podem não ser capazes de providenciar uma avaliação objetiva e abrangente dos serviços. Esperar muito tempo depois da alta também pode causar um problema por causa do erro de recordação. Sendo assim, os autores sugerem que as entrevistas sejam conduzidas logo depois da alta para evitar esses tipos de erros.

### **Pesquisas por telefone**

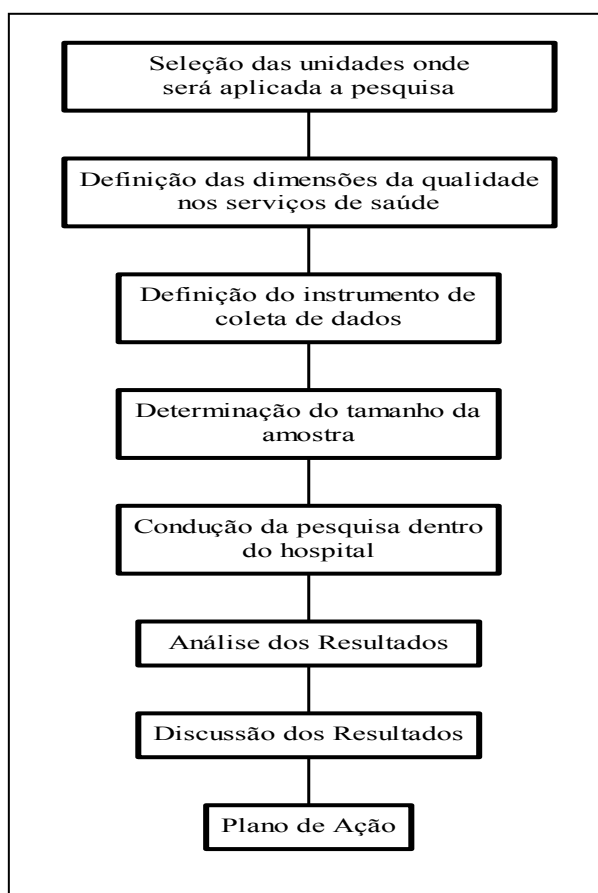
Embora permita resposta rápida para os problemas identificados, esta técnica tende ao vício, porque o paciente não entra em contato visualmente com o entrevistador. Normalmente, é considerada pelos pacientes como uma invasão de privacidade e, além disso, gera uma amostra representativa apenas de donas de casa, autônomos, desempregados e aposentados, devido ao contato ser feito freqüentemente no horário comercial.

Mais informações sobre estas e outras técnicas de coleta de dados utilizadas nos serviços de saúde devem ser consultadas no artigo de Ford *et al.* (1997).

Depois de revisados os principais tópicos referentes aos serviços de saúde, uma proposta para avaliar a qualidade destes serviços através da satisfação dos pacientes é apresentada no próximo capítulo.

### 3 PROPOSTA DE AVALIAÇÃO

Este capítulo apresenta uma proposta para avaliação da qualidade nos hospitais através da satisfação dos pacientes. Esta proposta é constituída de oito etapas. A Figura 5 apresenta a estrutura utilizada, a qual contempla o planejamento e execução da pesquisa de satisfação bem como a avaliação e discussão dos resultados encontrados. A seguir, cada uma das etapas previstas será discutida em detalhe.



**FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS**

### 3.1 SELEÇÃO DAS UNIDADES ONDE SERÁ APLICADA A PESQUISA

Antes da definição das dimensões da qualidade nos serviços de saúde e os itens que as compõem, é importante determinar em qual unidade do hospital será aplicada a pesquisa de satisfação. Segundo Mirshawka (1994), um hospital, quando de sua função restaurativa, pode ser dividido em três grandes blocos: emergência, ambulatório e internação.

A emergência é o setor responsável pelos mal súbitos (doenças ou acidentes) e, portanto, é o lugar mais difícil de aplicar uma pesquisa de opinião por vários motivos, podendo ser destacados dois deles. O primeiro é que os pacientes não poderiam responder ao questionário porque, a princípio, não estariam em condições de fazê-lo. O segundo aspecto é que a emergência é um setor de muita movimentação de pessoal, com um objetivo bem definido: salvar a vida do paciente. A pesquisa, que visa a melhorar o atendimento ao paciente, não pode ser um empecilho para os profissionais de saúde realizarem suas funções. É bem verdade que a emergência recebe casos não tão urgentes como o nome sugere e também que neste setor, segundo os administradores dos hospitais, encontra-se o menor nível de satisfação dos três setores. Porém, há restrição dos dirigentes do hospital quanto à pesquisa nesta unidade devido aos motivos expostos anteriormente.

O ambulatório é a unidade onde são realizadas as consultas médicas. Das três unidades, esta corresponde a que seria mais fácil de aplicar a pesquisa. Isso porque as condições de saúde dos pacientes que freqüentam o ambulatório são, normalmente, as melhores, quando comparadas com as demais unidades. Os pacientes podem marcar consultas para realizar exames periódicos de prevenção (ainda não doentes), diagnosticar doenças e receber tratamento (detecção da doença), ou mesmo serem acompanhados quanto ao andamento de um tratamento (doentes em tratamento). O problema de realizar pesquisas neste setor é que alguns hospitais deixam de oferecer este serviço para que o corpo clínico da organização crie centros clínicos. Esses centros clínicos seriam de propriedade e responsabilidade dos médicos e ofereceriam aos pacientes do hospital consultas com diversos especialistas, assim como o ambulatório de um hospital. Sendo assim, haveria duas organizações diferentes oferecendo serviços distintos, apesar de restaurativos.

O setor de internação seria o destino de pacientes com problemas que exigem um cuidado maior para que sejam solucionados ou amenizados. Esses pacientes podem vir tanto do ambulatório quanto da emergência, ou seja, a internação é aonde desemboca os casos mais graves da emergência e onde são realizados os procedimentos necessários (cirurgia, parto, etc.) para o problema detectado nas consultas e exames médicos.

Com relação ao tempo de permanência do paciente no hospital, os setores Ambulatório, Emergência e Internação estão, nesta ordem, de forma crescente, ou seja, é na internação que o paciente teoricamente possui maior contato com a organização, o que poderia dar ao cliente maiores condições para que ele pudesse responder aos aspectos relacionados com a qualidade do hospital.

Assim, a primeira etapa da proposta prevê a seleção de qual(is) unidade(s) será(ão) objeto de pesquisa. Algumas vezes, a escolha pode recair sobre todas as unidades. Neste caso, apesar de cada unidade apresentar suas particularidades, é recomendável que os itens que compõem os questionários sejam aproximadamente os mesmos, de forma a facilitar comparações futuras.

### 3.2 DEFINIÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR

As dimensões da qualidade nos serviços de saúde podem ser definidas a partir da literatura e de entrevistas com pacientes e especialistas. Da literatura, retiram-se as pesquisas já realizadas em outras cidades ou países, além do amadurecimento em relação ao assunto abordado. Das entrevistas com pacientes e especialistas (que podem ser através de grupos focados ou entrevistas pessoais), retiram-se os itens especificamente relacionados com características físicas e econômicas do local onde está sendo aplicada a pesquisa. Contudo, independentemente do local onde está sendo realizada a pesquisa, as dimensões da qualidade nos serviços de saúde não devem ser muito diferentes daquelas encontradas na literatura. O que pode variar nos questionários são os itens que compõem cada dimensão.

Portanto, em qualquer pesquisa que deseje avaliar a qualidade nos serviços de saúde, a revisão bibliográfica deve constituir a etapa mais importante no planejamento do instrumento de coleta de dados. Especificamente, quando o assunto é dimensões da qualidade em serviços,

existe uma fonte que praticamente todos os artigos utilizam. Trata-se do artigo de Parasuraman *et al.* (1985), que apresenta as dez dimensões da qualidade em serviços. A maioria dos artigos escritos, depois desta data, considera esta estrutura como ponto de partida. Portanto, normalmente adota-se o estudo de Parasuraman *et al.* (1985) como sendo a base para o acréscimo de novas dimensões específicas para os serviços de saúde. Basicamente, cinco artigos revisados contêm os itens da qualidade que compõem cada dimensão. Dois deles são os artigos de Parasuraman *et al.* (1985; 1988). Como já foi mencionado no capítulo dois, esses estudos foram baseados em serviços que não estavam relacionados com os serviços de saúde. Os demais estudos que podem ser usados como referência são os de Bowers *et al.* (1994), Jun *et al.* (1998) e Sowers *et al.* (2001). Esses três são específicos para a área da saúde. O artigo de Sowers *et al.* (2001) é o único que adotou uma estrutura diferente daquela apresentada por Parasuraman *et al.* (1985), utilizando as dimensões apresentadas pela JCAHO.

No entanto, na análise do questionário utilizado pelos autores, pôde ser verificado que apenas a denominação das dimensões são diferentes, visto que se referem aos mesmos aspectos levantados por Parasuraman *et al.* (1985), Bowers *et al.* (1994) e Jun *et al.* (1998). Sendo assim, o instrumento definido logo a seguir pode ser estruturado tomando como base as dez dimensões apresentadas no primeiro estudo de Parasuraman *et al.*, acrescidas de três dimensões encontradas nos demais estudos. São elas: *Acesso, Tangíveis, Responsividade, Competência, Colaboração, Cortesia, Comunicação, Segurança, Entender/Conhecer o cliente, Carinho, Resultados do paciente, Confiabilidade e Credibilidade.*

Cada uma destas dimensões é composta por itens relacionados com o serviço prestado e esses itens podem ser verificados no instrumento elaborado, que se encontra dividido em três partes nas Figuras 3, 4 e 5.

Os itens relacionados com *Acesso* são: facilidade de acesso pelo telefone, disponibilidade de estacionamento, sinalização dentro do hospital e tempo de espera para o atendimento na recepção.

A dimensão *Tangíveis* engloba os aspectos físicos da instituição ao representar a limpeza e conforto das instalações, serviço de quarto, modernidade e disponibilidade de equipamentos, aparência dos funcionários e facilidades disponíveis no hospital. É importante

destacar que se o questionário fosse realizado no ambulatório, por exemplo, o item serviço de quarto não poderia ser incluído no instrumento de coleta de dados, mas todos os demais estariam de acordo com o serviço prestado naquela unidade.

*Responsividade* representa o tempo de resposta aos serviços solicitados e inclui o prazo de agendamento para os serviços solicitados e tempo de espera para o que foi solicitado ao hospital pelo paciente, que pode ser alguma necessidade (tais como água, café, travesseiro alto, etc.) ou reclamação.

*Competência* dos profissionais contatados e *Colaboração* entre os funcionários são representadas cada uma por um único item.

A dimensão *Cortesia* incluiu itens a respeito da educação, simpatia e disposição dos funcionários do hospital.

*Comunicação* é a dimensão constituída dos seguintes itens: identificação dos profissionais da equipe médica, explicação do serviço a ser realizado, participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento, informações dos resultados após intervenção e sobre os cuidados necessários após a alta do hospital e facilidade de contatar os médicos que estão tratando o paciente.

*Segurança* engloba a privacidade pessoal do paciente, segurança física e cuidado com os objetos pessoais dos pacientes e familiares.

*Entender/Conhecer o paciente* refere-se ao esforço da instituição em se aperfeiçoar no atendimento de cada paciente. Portanto, inclui o reconhecimento do paciente regular, ou seja, aquele que visita freqüentemente a organização no sentido de chamá-lo pelo nome, de não fazer perguntas que já deveriam ser conhecidas as respostas, entre outros aspectos. Inclui também o aprendizado das necessidades específicas dos pacientes (saber, por exemplo, que determinado paciente gosta de café preto quando acorda), além da atenção individualizada ao paciente, ou seja, não basta saber, tem que ser realizado aquilo que foi aprendido.

A dimensão *Carinho* engloba a demonstração de preocupação dos profissionais com o estado de saúde do paciente tão bem quanto a compreensão e carinho destes profissionais.

Os itens que dizem respeito ao efeito do tratamento indicado ao paciente englobam a dimensão *Resultados do paciente*. Portanto, essa dimensão inclui os itens de tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais, alívio da dor e/ou angústia causado pela doença e cura/melhora do problema detectado.

*Confiabilidade e Credibilidade* são dimensões muito próximas. Somente há credibilidade em um hospital quando se aprende a confiar nele. A confiança em um hospital surge quando: suas ações em relação ao que foi informado ao paciente são coincidentes, existe o respeito ao paciente, há pontualidade na realização dos serviços e contas são precisamente fechadas.

*Credibilidade*, por sua vez, refere-se à imagem do hospital, características pessoais dos profissionais contatados e frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem.

Outras pesquisas podem utilizar dimensões um pouco diferentes do conjunto apresentado neste trabalho. Nesta etapa, a equipe que estiver à frente do estudo deve assegurar-se que todas as dimensões importantes serão pesquisadas. Definidas as dimensões da qualidade nos serviços de saúde e seus respectivos itens, há a necessidade de estruturar esses itens de forma com que tragam informações relevantes para cada instituição.

### 3.3 DEFINIÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Os itens encontrados na etapa anterior podem servir de base para desenvolver o questionário fechado. Cada item pode ser avaliado através da sua importância e nível de satisfação. Pontuar cada item de acordo com esses dois critérios é importante para que se possa saber quais dos itens merecem maior atenção da instituição.

Com relação à importância, pode-se solicitar ao paciente que indique um (ou dois, ou três) itens que ele considera mais importantes em cada dimensão. A definição de alguns itens mais importantes em cada dimensão constitui um procedimento simples, facilitando as respostas dos pacientes. A partir dessas respostas, é possível identificar os itens com maior número de indicações, os quais são os mais importantes na percepção dos pacientes.



Cada item também pode ser avaliado com relação ao nível de satisfação do paciente para com o serviço descrito por ele. Desta forma, uma escala de cinco pontos pode ser utilizada para avaliar se o paciente está muito insatisfeito, insatisfeito, indiferente, satisfeito ou muito satisfeito com aquele serviço.

Quando um dos objetivos é descobrir quais das dimensões da qualidade nos serviços de saúde podem ser também determinantes da satisfação do paciente, pode-se escolher a técnica estatística denominada Regressão Linear Múltipla para satisfazer esse objetivo. Esta técnica foi utilizada por Bowers *et al.* (1994). Neste caso, o mais adequado é que o nível de satisfação medido em cada item seja contínuo e não qualitativo, como é a escala de cinco pontos, e também que haja uma pergunta a respeito do nível de satisfação global em relação aos serviços prestados pelo hospital. Essa pergunta seria considerada referencial para que pudessem ser determinados quais itens apresentam relações mais fortes com a nota geral atribuída pelo paciente.

Entretanto, há ainda a necessidade de quantificar a escala. Sendo assim, pode-se atribuir a cada nível de satisfação, duas notas distintas. Por exemplo, se o paciente escolhe “satisfeito”, esse nível corresponde às notas sete e oito. O paciente, então, é convidado a escolher uma das duas notas. Desta forma, a escala qualitativa é transformada em uma variável “quase contínua”, que seria a nota atribuída, podendo assumir valores de um a dez. Escalas de no mínimo cinco pontos são recomendadas por Courts (1995), Cardello (2001) e Wilson e Wragg (2001). Porém, de acordo com este último, escalas de dez pontos são mais recomendadas por agências norte-americanas e européias por diminuir a tendência de intercorrelações entre os itens que compõem o questionário. Essas intercorrelações, quando apresentam altos níveis, são denominadas de multicolinearidade e podem prejudicar diversas técnicas estatísticas, incluindo Regressão Linear, Análise Discriminante e Regressão Logística.

Avaliado a importância e a satisfação atribuídas pelos pacientes a uma lista de itens, é possível levantar os aspectos críticos dos serviços de saúde, ou seja, aqueles que são importantes, mas revelam baixos níveis de satisfação.

O instrumento pode ser finalizado com uma questão a respeito da importância atribuída a cada dimensão da qualidade nos serviços de saúde. Novamente, o paciente poderia ser convidado a indicar um certo número de dimensões que ele considera mais importantes. Por exemplo, se existem dez dimensões sendo avaliadas, pode ser solicitado ao paciente que ele indique as cinco dimensões consideradas mais importantes, ordenando-as de um (mais importante) a cinco (menos importante).

Além disso, os hospitais podem utilizar também uma outra escala para definir seu instrumento de coleta de dados. Esta estrutura seria a formação de frases a respeito dos serviços prestados pela instituição, tais como “os profissionais me tratam com respeito”. Neste caso, ao invés da escala de satisfação, é utilizada uma de concordância, do tipo discordo plenamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo plenamente. Porém, ao utilizar esse tipo de escala, não é possível quantificar as respostas e algumas técnicas podem não ser adequadas nesta situação.

Independentemente da escala utilizada, informações demográficas e sobre a situação de saúde do paciente também devem ser coletadas pelo instrumento de pesquisa. Courts (1995) recomenda que sejam coletados dados a respeito da idade, sexo, diagnóstico, tempo de hospitalização e nível de escolaridade do paciente. Além dessas informações, o questionário pode incluir questões a respeito do plano de saúde do paciente e também em relação ao retorno deste ao hospital.

O questionário, segundo Courts (1995), deve ser pré-testado em, no mínimo, dez pacientes, para que possam ser identificados problemas de entendimento do paciente em relação a cada item e também em relação à escala utilizada.

Um exemplo de instrumento utilizado, depois das modificações resultantes do pré-teste, encontra-se subdividido em três partes contidas nas Figuras 6, 7 e 8.

Definido o instrumento de coleta de dados, é necessário determinar o número adequado de pacientes para que possam ser alcançados os objetivos propostos. Esta seria a próxima etapa.

n° quest \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Motivo da internação: \_\_\_\_\_ Tempo de internação: \_\_\_\_ dias NÃO PREENCHER!

Gostaríamos de pedir sua colaboração na pesquisa que estamos realizando. Suas idéias irão ajudar a melhorar a qualidade dos serviços hospitalares. Obrigado por colaborar!

<p>Para as questões abaixo, escolha os itens de maior <b>IMPORTÂNCIA</b> e ordene-os, sendo (1) o item mais importante e (2) o segundo item mais importante.</p>		<p>Aqui, gostaríamos que você indicasse o seu grau de <b>SATISFAÇÃO</b> em relação a <b>TODOS</b> os itens abaixo.</p>										
		Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Indiferente		Satisfeito		Muito Satisfeito		Não Sei
												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
<b>1. Quanto ao acesso</b>												
	Facilidade de acesso pelo telefone											
	Disponibilidade de estacionamento											
	Sinalização dentro/fora do hospital											
	Tempo de espera para ser atendido na recepção											
<b>2. Quanto aos aspectos físicos do serviço prestado</b>												
	Limpeza das instalações											
	Conforto das instalações											
	Serviço de Quarto (refeições, remoção de pratos sujos, etc.)											
	Modernidade dos equipamentos											
	Disponibilidade de equipamentos											
	Aparência dos funcionários											
	Facilidades disponíveis no hospital (bancos, livrarias, lojas, farmácia, etc.)											
<b>3. Quanto ao tempo de resposta aos serviços solicitados</b>												
	Prazo de agendamento para os serviços solicitados (disponibilidades de horários para consulta, exames, etc.)											
	Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades											
	Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações											
<b>4. Quanto à Competência e Colaboração na equipe médica</b>												
	Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados											
	Colaboração entre os membros da equipe (eles se ajudam entre si)											
<b>5. Quanto à Cortesia</b>												
	Educação dos funcionários											
	Simpatia dos profissionais contatados											
	Disposição dos funcionários											

FIGURA 6 – PARTE I DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES NA INTERNAÇÃO DOS HOSPITAIS






<p>Para as questões abaixo, escolha os itens de maior <b>IMPORTÂNCIA</b> e ordene-os, sendo (1) o item mais importante e (2) o segundo item mais importante.</p>		<p>Aqui, gostaríamos que você indicasse o seu grau de <b>SATISFAÇÃO</b> em relação a <b>TODOS</b> os itens abaixo.</p>										
		Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Indiferente		Satisfeito		Muito Satisfeito		Não Sei
												
<b>6. Quanto à Comunicação</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Identificação dos profissionais da equipe médica												
Explicação do serviço a ser realizado												
Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento												
Informação sobre os resultados dos procedimentos												
Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital												
Facilidade de contatar o médico quando necessário												
<b>7. Quanto à Segurança</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Respeito à privacidade pessoal do paciente												
Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares												
Segurança física (paciente livre de assaltos, agressões, etc.)												
<b>8. Quanto a Entender/Conhecer o Paciente</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Reconhecimento do paciente que freqüenta regularmente o hospital (personalização do paciente)												
Aprendizado das necessidades específicas do paciente												
Atenção individualizada ao paciente												
<b>9. Quanto ao Carinho/Atenção dedicado ao paciente</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente												
Compreensão dos profissionais contatados perante a condição física e/ou emocional do paciente												
Carinho das equipes médica/enfermagem para com o paciente												
<b>10. Quanto aos Resultados do paciente</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais (sem surgir outros problemas mais graves)												
Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença												
Cura/Melhora do problema detectado												
<b>11. Quanto à confiabilidade no hospital</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Ações do hospital em relação ao que foi informado												
Respeito aos pacientes												
Pontualidade na prestação dos serviços (serviço realizado na hora/prazo determinado pelo hospital)												
Precisão no fechamento da conta												
<b>12. Quanto à Credibilidade</b>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NS
Imagem do hospital (o que se ouve falar a respeito do hospital)												
Características pessoais dos profissionais contatados (interesse demonstrado, honestidade nas ações, etc.)												
Freqüência de visitas das equipe médica e de enfermagem												

FIGURA 7 – PARTE II DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES NA INTERNAÇÃO DO HOSPITAL

<b>13. Dê uma nota de 1 a 10 para a sua satisfação em relação aos serviços prestados na Internação deste hospital: _____</b>	
<b>14. Ordene os itens por importância, sendo (1) o item mais importante e (6) o item menos importante (não pode repetir um mesmo número) em relação a qualidade dos serviços do hospital.</b>	
<input type="checkbox"/>	Acesso ao hospital e suas instalações
<input type="checkbox"/>	Aspectos Físicos adequados
<input type="checkbox"/>	Tempo de resposta às solicitações do paciente
<input type="checkbox"/>	Competência das equipes médica/enfermagem
<input type="checkbox"/>	Colaboração entre os funcionários
<input type="checkbox"/>	Cortesia dos funcionários
<input type="checkbox"/>	Comunicação equipe médica - paciente
<input type="checkbox"/>	Segurança
<input type="checkbox"/>	Entendimento/Conhecimento do paciente
<input type="checkbox"/>	Carinho dos funcionários
<input type="checkbox"/>	Resultados apresentados após intervenção médica
<input type="checkbox"/>	Confiabilidade nos procedimentos do hospital
<input type="checkbox"/>	Credibilidade do hospital e funcionários
<b>15. Agora gostaríamos de alguns dados sobre você:</b>	
Sexo: Masc. ( <input type="checkbox"/> ) Fem ( <input type="checkbox"/> )	
Idade: _____ anos	
Plano de Saúde: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )	
Nível de Escolaridade:	
( <input type="checkbox"/> ) Até 1º grau incompleto	
( <input type="checkbox"/> ) 1º grau completo/2º grau incompleto	
( <input type="checkbox"/> ) 2º grau completo/superior incompleto	
( <input type="checkbox"/> ) No mínimo superior completo	
Voltaria a ser atendido neste hospital? ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	

**FIGURA 8 – PARTE III DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PACIENTES NA INTERNAÇÃO DO HOSPITAL**

### 3.4 DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

Conforme Ribeiro *et al.* (2001), a primeira etapa no dimensionamento do tamanho da amostra é a definição das variáveis de estratificação. Variáveis de estratificação são todas aquelas que podem mudar o comportamento ou avaliação de um paciente. Pode-se utilizar como variáveis de estratificação as demográficas e sociais, tais como idade, sexo e classe social, e também variáveis específicas para a saúde, tais como plano de saúde, tempo de hospitalização e tipo de enfermidade.

Idade, sexo e escolaridade são mais usuais porque independem do tipo de hospital que está sendo pesquisado. Para utilizar, por exemplo, plano de saúde, o hospital deve atender tanto pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto conveniados e particulares. Isso pode não ser possível dependendo do tipo de hospital (público ou privado).

Adotando essas três variáveis de estratificação, a variável idade, por exemplo, pode ser distribuída em faixas etárias, da seguinte forma:

*Jovens*: de 18 a 30 anos;

*Adultos*: de 31 a 60 anos;

*Idosos*: Acima de 60 anos.

A Figura 9 apresenta uma possível classificação para as variáveis de estratificação adotadas nesta etapa.

Determinado as variáveis de estratificação, seguem-se os passos sugeridos por Ribeiro *et al.* (2001). Portanto, a seguir, deve-se calcular o número total de estratos, que é dado pelo produto do número de classes de cada variável. Neste caso, são vinte e quatro estratos.

O número máximo de agrupamentos é o próximo passo, que é o produto do número de classes das duas variáveis que apresentam o maior número de classes. Assim, de acordo com a Figura 9, as duas variáveis com maior número de classes são a idade e o nível de escolaridade. Sendo assim, existem doze agrupamentos.

<b>Variável</b>	<b>Número de Classes</b>	<b>Classes</b>
Idade	3	Jovens Adultos Idosos
Sexo	2	Masculino Feminino
Nível de Escolaridade	4	Até 1º grau incompleto 1º grau completo/2º grau incompleto 2º grau completo/superior incompleto No mínimo superior completo

**FIGURA 9 – VARIÁVEIS DE ESTRATIFICAÇÃO E SUAS CLASSES DE REPRESENTAÇÃO**

Em seguida, calcula-se o número de questionários por agrupamento. Para tanto, é preciso determinar o coeficiente de variação (CV), o erro relativo (ER) e o nível de significância ( $\alpha$ ) da pesquisa. Erro relativo e nível de significância de 5% são mais usuais, de acordo com a literatura. O Coeficiente de Variação representa a variabilidade das respostas em torno de uma determinada questão. A heterogeneidade dos pacientes, fruto de diferenças expressas nas variáveis de estratificação e em outras variáveis que não podem ser controladas, faz com que essa variabilidade não seja baixa. Por outro lado, especialmente se tratando de serviços de saúde, os clientes se tornam muito próximos, com os mesmos medos e preocupações, sendo a maior delas a recuperação de sua saúde (TURNER; POL, 1995). Desta forma, para fins de dimensionamento do tamanho de amostra, um CV moderado (em torno de 10%) pode ser utilizado na maioria dos casos.

Obtém-se, desta forma, aproximadamente quinze questionários por agrupamento (RIBEIRO *et al.*, 2001, Tabela 1, p.16).

O número total de questionários é o produto do número de agrupamentos pela quantidade de questionários por agrupamento, o que resulta, considerando os dados da Figura 6, em aproximadamente cento e oitenta e cinco questionários.

### 3.5 CONDUÇÃO DA PESQUISA DENTRO DO HOSPITAL

Toda pesquisa conduzida em um hospital deve passar pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Esse órgão é responsável pelas questões éticas de qualquer trabalho que será realizado dentro do hospital. Isso porque deve prevalecer o bem-estar e respeito aos pacientes, sem que haja qualquer prejuízo moral ou físico perante alguma pesquisa.

Além da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, que dura, em média, três meses, o instrumento de coleta de dados deve ser aprovado pelos dirigentes do hospital. Portanto, antes de efetivamente coletar dados, devem haver reuniões semanais ou mensais, de acordo com as possibilidades de agenda de cada administrador do hospital, para que sejam resolvidos detalhes a respeito da construção do questionário e também a validade interna deste para a organização.

De posse da aprovação dos dirigentes da instituição, o último passo é organizar propriamente a coleta de dados, ou seja, como serão obtidas essas informações. Para tanto, é necessário que toda a instituição tome conhecimento da realização da pesquisa, principalmente, o pessoal da enfermagem, visto que são esses profissionais que cuidam dos pacientes e ficam alertas, a qualquer movimentação estranha que possa estar acontecendo dentro do hospital. O processo de aprovação dos dirigentes do hospital e organização do pessoal pode durar outros três meses, o que pode totalizar seis meses de negociações com a organização para que efetivamente possa ser implantada a coleta de dados.

Vale mencionar que, na etapa de aprovação do questionário pelos dirigentes do hospital, alguns itens podem ser modificados ou retirados para que satisfaçam as exigências desses administradores da organização de saúde.

### 3.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em princípio, os resultados podem ser analisados descritivamente. Desta forma, pode-se calcular o total de pacientes que atribuíram alguma importância para cada item do questionário avaliado em cada dimensão medida no instrumento. Além disso, o nível médio de satisfação em relação a cada item também pode ser avaliado. Desta forma, obtém-se uma análise preliminar dos critérios satisfação e importância isoladamente dentro de cada dimensão, resultando nos itens mais importantes e também nos que possuem maior ou menor nível de satisfação, sem ainda relacionar ambos.

Na determinação dos aspectos críticos do serviço prestado, poderá ser utilizada uma pontuação, calculada conforme a equação 1.

$$P_i = \frac{I_i}{S_i} \quad (1)$$

onde:

$P_i$  = pontuação do item

$I_i$  = importância atribuída ao item

$S_i$  = nível de satisfação atribuído ao item



Para que a equação 1 seja válida, as escalas de importância e satisfação devem ser crescentes, ou seja, quanto maior  $I_i$  (ou  $S_i$ ) maior é a importância (ou satisfação que o cliente atribui ao respectivo item). Os itens que tiverem uma maior pontuação, serão os críticos, ou seja, aqueles que são importantes aos pacientes, mas revelam baixos níveis de satisfação.

Gráficos de Pareto podem ser utilizados para apresentar graficamente a priorização dos itens. Esse gráfico é representado por colunas onde há uma ordenação dos itens de acordo com algum critério pré-selecionado. Em estudos deste porte, o critério é a pontuação dos itens. Sugere-se realizar um gráfico para cada dimensão da qualidade nos serviços de saúde e também um considerando a priorização das dimensões da qualidade hospitalar. Para este propósito, pode ser utilizada a mesma fórmula que priorizava os itens, mas alguns aspectos devem ser considerados.

Um desses aspectos diz respeito à satisfação que é utilizada na construção da pontuação. Pode-se representar o nível de satisfação do paciente para com uma determinada dimensão através da média ponderada dos itens que a compõem. A ponderação pode ser dada pela importância atribuída a cada item. A fórmula, representada na equação 2, expressa essa média ponderada.

$$M = \frac{\sum_{i=1}^n I_i S_i}{\sum_{i=1}^n I_i} \quad (2)$$

onde:

$M$  = média ponderada do nível de satisfação em cada dimensão para cada paciente

$n$  = número de itens que compõem a dimensão em estudo

$I_i$  = importância atribuída ao item (ou peso atribuído a cada importância)

$S_i$  = nível de satisfação atribuído ao item

Após fazer essas priorizações, pode ser verificado se as variáveis de estratificação interferem nos resultados apresentados. Sendo assim, pode ser importante comparar os níveis de satisfação obtidos em relação a, por exemplo, sexo, idade e nível de escolaridade do paciente.

Se a pesquisa for realizada em mais de um hospital (ou setores), as unidades podem ser comparadas entre si para verificar a interpretação dos pacientes a respeito da importância dos itens e do nível de satisfação dos mesmos nas diferentes unidades.

Por fim, para verificar quais dos itens da qualidade determinam a satisfação dos pacientes, pode ser realizada uma Análise de Regressão Múltipla, onde se sugere que a variável dependente seja a nota atribuída aos serviços em geral e as variáveis independentes sejam as notas atribuídas às diferentes dimensões da qualidade nos serviços de saúde.

### 3.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta etapa constitui a discussão dos resultados encontrados na coleta de dados realizada no hospital. Uma vez selecionada uma equipe que avaliará os resultados encontrados, pode-se detectar problemas e fixar prioridades, conforme sugere Berwick (1994), para que melhorias possam ser efetuadas nos serviços apontados como críticos na análise dos dados. Berwick (1994) justifica a escolha de uma equipe para verificar os resultados, ao afirmar que quase todos os modelos modernos de melhoria da qualidade usam equipes, ou seja, empregados da organização que trabalham conjuntamente visando à melhoria dos processos vigentes nas empresas. As equipes de melhoria da qualidade ajudam a facilitar o diálogo e o entendimento e conhecimento dos processos que cruzam as fronteiras departamentais formais (BERWICK, 1994). Portanto, sugere-se que pessoas de diferentes áreas e níveis hierárquicos façam parte da equipe. No caso de hospitais, seria interessante que esse time fosse formado por administradores, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ou seja, todos aqueles que fazem parte do processo de atendimento ao paciente. A formação da equipe é eletiva, mas de posse dos resultados, os responsáveis pelos serviços prestados considerados críticos, deveriam obrigatoriamente fazer parte da equipe, pois esta elaborará o plano de ação, que é a próxima etapa (BERWICK, 1994). O que acontece, muitas vezes, é que os resultados são analisados pela direção do hospital e os empregados não tomam conhecimento do trabalho que está sendo realizado para obter melhorias na instituição. Desta forma, Camacho (1998) chama a atenção para o tumulto no ambiente de trabalho que pode gerar uma decisão tomada entre os dirigentes do hospital, porque os profissionais da linha de

frente não sabem o que está sendo realizado e podem julgar ofensiva ou desnecessária alguma sugestão de mudança na prestação do serviço.

Decidida a equipe e os aspectos que precisam ser modificados ou ajustados no serviço de saúde prestado ao paciente, há a necessidade de elaborar um plano de ação para organizar as ações que precisam ser tomadas na melhoria do processo de atendimento ao paciente.

### 3.8 PLANO DE AÇÃO

Não há como analisar e discutir os resultados sem a elaboração de um plano de ação para que possam ser efetuadas as possíveis correções nos serviços prestados pelo hospital. Afinal, todo o trabalho realizado visa objetivamente a melhorar o atendimento ao paciente e este objetivo não será alcançado se ações não forem tomadas diante dos aspectos críticos levantados pela pesquisa.

As ações que podem ser tomadas vão desde uma simples conscientização da importância de certos passos no processo como um replanejamento de todo o processo de atendimento (BERWICK, 1994). Além disso, também pode ser que haja a necessidade de oferecer treinamento aos empregados para que possíveis falhas possam ser evitadas. O tipo de ação que deverá ser tomada dependerá exclusivamente da gravidade dos aspectos críticos levantados na pesquisa. Maiores detalhes podem ser encontrados em Berwick (1994) e Camacho (1998).

Após verificadas as etapas da proposta de avaliação da qualidade em hospitais através do levantamento da satisfação dos pacientes, é necessário desenvolvê-las no estudo dos hospitais participantes da pesquisa, que encontra-se no próximo capítulo.

## **4 ESTUDO DE CASO**

Este capítulo apresenta o desenvolvimento da proposta de avaliação com a apresentação da população estudada, o tipo de pesquisa aplicada, o tamanho da amostra e os procedimentos utilizados na aplicação do questionário fechado junto aos hospitais estudados. Além disso, apresenta os resultados da pesquisa com os pacientes internados nos dois hospitais escolhidos, enfatizando o modelo de regressão obtido e a relação importância-satisfação para o grupo de itens que compõem o questionário elaborado.

### **4.1 SELEÇÃO DOS HOSPITAIS PARTICIPANTES E UNIDADE DE PESQUISA**

Os hospitais participantes do estudo deveriam representar o setor e, portanto, teriam que apresentar características diferentes em relação ao serviço prestado. Desta forma, foi escolhido um hospital particular e outro público da cidade de Porto Alegre, para que houvesse a opinião de pacientes com condições sócio-econômicas diferentes. Como o instrumento visa verificar a percepção dos pacientes a respeito da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais, a realidade de cada paciente deveria também ser considerada na escolha das instituições. Os dois hospitais escolhidos são organizações que já obtiveram prêmios de qualidade hospitalar e têm seus nomes consolidados em seus respectivos ramos de atuação, porém os dirigentes dos mesmos não autorizaram a divulgação dos nomes das suas respectivas instituições.

O hospital público é também denominado de universitário pela sua atuação decisiva no desenvolvimento de pesquisas e formação acadêmica. Este hospital é considerado de grande porte e realiza cerca de 550 mil consultas anuais, em sessenta especialidades, prioritariamente para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação à internação, o hospital público possui em média setecentos leitos, sendo cem (14,3%) destes destinados a convênios e particulares e o restante (85,7%) para pacientes do SUS.

O hospital particular possui capacidade de internação para 220 pacientes. Este hospital atende pacientes particulares ou conveniados, não atendendo, desta forma, pacientes do SUS. Em junho de 2003, a organização recebeu o certificado de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde através da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Esta organização particular não possui o serviço de ambulatório. Este serviço foi preterido em favor da criação de um centro clínico, cuja propriedade é dos médicos que atuam na instituição. Portanto, esta organização faz parte de um sistema de saúde, cuja denominação é a mesma do hospital e do qual fazem parte, além do hospital e centro clínico, quatro hospitais direcionados ao atendimento a pacientes do SUS no interior do RS e uma clínica de atendimento no centro de Porto Alegre.

Como o hospital particular não possuía o serviço de ambulatório, esse setor foi descartado para a realização da pesquisa de satisfação, pois comparações não seriam possíveis, caso esse serviço fizesse parte do estudo.

Desta forma, a unidade de internação foi escolhida para a realização da pesquisa, visto que a emergência é um setor de difícil acesso e de extrema complexidade para a aplicação de um questionário.

## 4.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo são pacientes, conveniados ou do SUS, acima de 18 anos, internados em um dos dois hospitais escolhidos para a aplicação do questionário elaborado no período de coleta dos dados. Portanto, foram excluídos do estudo pacientes particulares. Isso porque, em se tratando dos dois hospitais em estudo, essa classe representa, em média, 1% dos pacientes.

### 4.3 DEFINIÇÃO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR

As dimensões da qualidade hospitalar utilizadas são as mesmas apresentadas na seção 3.2. Essas dimensões e os itens que as compõem foram definidos basicamente a partir do estudo da literatura. Porém, a composição de cada dimensão contou também com a opinião de especialistas da área hospitalar de Porto Alegre. A opinião destes profissionais foi decisiva para a retirada ou acréscimo de alguns itens do questionário que foi elaborado com essas informações.

É importante destacar que a dimensão *Comunicação* trouxe algo relativamente novo para as pesquisas já realizadas dentro dos hospitais, segundo os administradores destas organizações. O item referente à participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento não tinha ainda sido solicitado em nenhuma pesquisa realizada dentro das instituições e foi considerado importante de acordo com os especialistas. Isso porque, se o paciente se sentir incluído na tomada de decisões sobre seu tratamento, ele certamente colaborará muito mais com as recomendações médicas. É evidente que um paciente não pode decidir seu tratamento, porque não possui conhecimento específico para este fim, mas pode ajudar na tomada de decisões porque conhece a si mesmo e pode avaliar se tem condições de realizar tudo o que está sendo recomendado.

A dimensão *Colaboração* também é inédita em pesquisas hospitalares dos dois hospitais em estudo, mas causou controvérsia entre os especialistas. Alguns acreditavam que os pacientes não tinham condições de avaliar se havia colaboração entre os profissionais que prestavam os serviços solicitados. Outros afirmavam que era possível essa avaliação e que era de extrema importância essa pontuação. Na seção de resultados, poderá ser possível verificar a importância atribuída pelos pacientes a essa dimensão e também qual a compreensão dos pacientes em relação ao item que a compõe.

As dimensões *Entender/Conhecer o Paciente*, *Carinho*, *Confiabilidade* e *Credibilidade* também causaram controvérsias entre os especialistas, porque são as dimensões que mais dependem de uma avaliação subjetiva do paciente ao lidarem, principalmente, com as impressões deixadas pelos profissionais de saúde. Por exemplo, o item “características

peçoais dos profissionais contatados”, pertencente à dimensão *Credibilidade*, foi considerado altamente subjetivo. A demonstração de interesse e de “boas intenções” dos profissionais não significa seu real comprometimento com o paciente, porém este utilizará um critério no julgamento da veracidade das atitudes desses funcionários.

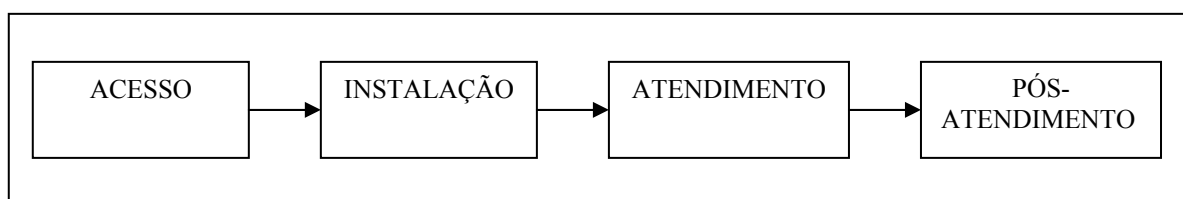
Devido à subjetividade acentuada dessas dimensões, alguns especialistas acreditavam que mesmo que essas dimensões apresentassem aspectos críticos, muito difícil seria a elaboração de um plano de ação por causa do envolvimento da direção no controle das ações dos profissionais.

#### 4.4 DEFINIÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Os itens encontrados na etapa anterior foram utilizados como base para o desenvolvimento do questionário fechado. A ordem em que as dimensões foram estruturadas foi sugerida pelos especialistas. Segundo estes profissionais, o questionário deveria seguir a trajetória dos pacientes no processo de internação do hospital. Desta forma, a Figura 10 generaliza as etapas do processo de internação. Dentro de cada grande bloco, várias subetapas podem ser visualizadas.

O Acesso refere-se à entrada do paciente no hospital abrangendo estacionamento, sinalização e recepção. Portanto, é representado pela dimensão de mesmo nome.

A etapa de Instalação é quando o paciente é efetivamente internado no hospital e levado ao quarto em que ficará instalado. Desta forma, ele começa a ter suas impressões sobre limpeza, móveis e equipamentos utilizados na instituição. Sendo assim, entra em contato com a dimensão *Tangíveis*.



**FIGURA 10- ETAPAS DO PROCESSO DE INTERNAÇÃO**

Após a instalação, a etapa denominada “Atendimento” é iniciada. Mesmo que em todas as etapas anteriores o atendimento esteja presente, é nesta etapa que o paciente efetivamente recebe o serviço de saúde propriamente solicitado. Sendo assim, ele inicia a jornada pelo tratamento adequado (cirurgia, quimioterapia, parto, etc.) ao seu tipo de problema. Desta forma, esta etapa abrange praticamente todas as dimensões da qualidade nos serviços de saúde, exceto *Acesso*, alguns itens de *Tangíveis*, *Resultados do Paciente*, *Confiabilidade e Credibilidade*. Essas três últimas dimensões resultam na próxima etapa, que seria o Pós-Atendimento, ou seja, quais foram os resultados encontrados e qual foi a impressão deixada pelo hospital na memória do paciente. O instrumento utilizado encontra-se no Apêndice A

Cada item do questionário foi avaliado pelos pacientes tanto em relação a sua importância como ao nível de satisfação.

Com relação à satisfação do paciente para com o serviço prestado, uma escala de cinco pontos foi utilizada: muito insatisfeito, insatisfeito, indiferente, satisfeito ou muito satisfeito. Para cada nível, o paciente deveria escolher entre duas notas apropriadas, ou seja, ele teria dez pontos para escolher (1 a 10). Esta quantificação da escala fez-se necessária, devido ao objetivo desta dissertação de descobrir quais das dimensões da qualidade nos serviços de saúde também são determinantes da satisfação dos pacientes.

Essa maneira de medir a satisfação foi proposta porque se o paciente escolhe diretamente uma nota entre 1 a 10 para cada item, ele não consegue visualizar o que cada uma das notas representa em uma escala de satisfação. Por exemplo, é muito comum, quando se solicita a escolha de uma nota entre 1 e 10, escolher-se a nota sete. Sete representa o nível “Satisfeito”. A dúvida que permanece é: será que o paciente está realmente satisfeito com aquele serviço ou atribuiu a nota sete por ser uma nota quase intermediária? Para que não houvesse a dúvida em relação à localização do nível de satisfação do paciente, foram propostas essas duas formas simultâneas de avaliação. Porém, esse processo fez com que cada item fosse avaliado três vezes (importância, nível de satisfação e nota), o que tornou o instrumento de pesquisa bastante longo.

Vale salientar que as dimensões *Competência e Colaboração* possuíam apenas um item cada e, portanto, foi necessário agrupá-las em uma única questão (questão 4) para que a



importância de cada item fosse avaliada. Sendo assim, essa questão ficou representada apenas por dois itens. Para que o questionário ficasse padronizado foi determinado que cada paciente escolhesse os dois itens mais importantes de cada dimensão.

Para finalizar o questionário, os pacientes foram convidados primeiramente a escolher dentre as treze dimensões utilizadas, as seis mais importantes, segundo seu critério de avaliação. Após, deveriam ordená-las de acordo com sua importância, sendo “1” a dimensão mais importante, “2” a segunda dimensão mais importante e assim sucessivamente. O número seis representa uma possibilidade, visto o número de dimensões em estudo. O ideal talvez fosse que todas as dimensões recebessem sua pontuação, mas isso faria o questionário alongar-se ainda mais com uma informação que não seria tão relevante quanto a que foi solicitada.

Por fim, dados demográficos, sociais e de saúde foram coletados.

Para o hospital particular, a informação referente ao plano de saúde foi excluída do instrumento de coleta de dados, porque todos os pacientes pesquisados eram conveniados, visto que pacientes particulares não participaram da pesquisa.

#### 4.5 TIPO DE PESQUISA E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A pesquisa realizada pode ser definida como exploratória e descritiva. Exploratória porque visa a buscar maior conhecimento sobre a qualidade dos serviços de saúde através da satisfação dos pacientes. A literatura ainda é bastante confusa a respeito desse assunto e a pesquisa neste campo continua sendo de caráter exploratório.

Porém, também pode ser considerada descritiva porque tem como objetivo definir o perfil dos pacientes em relação aos aspectos abordados no questionário e, também, busca o relacionamento entre variáveis. Isso poderá ser observado na seção 4.8, onde a relação satisfação-importância é estudada e um modelo de regressão linear é elaborado.

Com relação à técnica de coleta de dados, foi utilizada a técnica quantitativa de Pesquisas Administradas em Pacientes por Entrevistadores. Como foi citado na revisão

bibliográfica, seção 2.4.2, esse tipo de técnica possibilita o esclarecimento de dúvidas do respondente, o que é essencial devido à escala utilizada no instrumento.

#### 4.6 DETERMINAÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

As variáveis de estratificação utilizadas para o cálculo do tamanho da amostra foram idade, sexo e escolaridade. Plano de saúde não foi utilizada porque deixava de ser variável em se tratando do hospital particular.

Utilizando as classes de representação propostas na Figura 9 da seção 3.4 e realizando todos os passos apresentados nessa seção, chega-se ao número mínimo de cento e oitenta e cinco questionários, que representa, em média, aproximadamente noventa e três questionários em cada hospital. Como esse seria o número mínimo, foram realizadas cento e cinco pesquisas de satisfação no hospital público e cem no hospital particular, totalizando duzentos e cinco questionários.

#### 4.7 CONDUÇÃO DA PESQUISA NOS HOSPITAIS

A aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa no hospital público foi alcançada após quatro meses da entrada do projeto no hospital. Primeiramente houve a elaboração de um termo de consentimento informado que deveria ser assinado pelos pacientes. Porém, os especialistas optaram por não utilizá-lo, pois acreditavam que não havia a necessidade da identificação do paciente para uma pesquisa que seria aplicada na saída do mesmo da instituição. Condições como “o paciente não será prejudicado no seu atendimento dentro do hospital”, que estavam descritas no termo inicialmente elaborado, não se aplicavam à forma como a pesquisa foi conduzida.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa, mais seis meses foram gastos em negociações com os especialistas para que o questionário chegasse ao formato que satisfizesse esses profissionais. Muito se discutiu sobre termos colocados no instrumento, porém pouco foi modificado em relação às dimensões ou aos itens previamente encontrados na literatura.

O hospital particular não possuía Comitê de Ética e Pesquisa quando o projeto foi submetido à avaliação. Desta forma, foi aprovado em apenas um mês, pois as negociações foram realizadas diretamente com o setor administrativo do hospital. Porém, a aprovação do questionário acabou se alongando mais do que no hospital público. Como as reuniões com os especialistas aconteciam apenas uma vez por mês, essa aprovação durou quase um ano. A discussão estava novamente nos termos utilizados no questionário. Alguns especialistas não queriam que a dimensão *Carinho* fizesse parte do instrumento, porque sentimentos mais profundos, como afeto, não poderiam existir entre pacientes e profissionais de saúde, pois eram antiéticos, de acordo com os profissionais. Por outro lado, de acordo com a literatura, hospitais norte-americanos e europeus haviam, há algum tempo, colocado essa dimensão em seus questionários de satisfação, por acreditar que esta era uma das dimensões responsáveis pela satisfação dos pacientes e pela indicação destes a outras pessoas.

Por fim, a dimensão acabou permanecendo com algumas modificações nos itens que a compõe para que pesquisador e hospital ficassem satisfeitos.

Quando a pesquisa iria ser iniciada no hospital particular, houve a informação de que um Comitê de Ética e Pesquisa havia sido formado na instituição e que toda pesquisa aprovada informalmente deveria passar por este comitê. Desta forma, a aplicação do questionário foi adiada em mais três meses, o que levou ao total de quinze meses de negociações com o hospital particular.

Quando finalmente houve a aprovação, a pesquisa nos hospitais pôde ser iniciada. Havia três pesquisadores envolvidos na pesquisa (dois estatísticos e um professor de ensino fundamental) e a mesma foi conduzida da seguinte forma: cada pesquisador recebia uma lista dos pacientes com previsão de alta no período do dia escolhido para coleta de dados. Essa lista era fornecida pelo setor administrativo do hospital. Os pacientes em alta, além de, normalmente, aguardarem os familiares no quarto em que estavam hospitalizados, também esperavam a liberação para sair do hospital através de um membro da equipe médica e de um representante do setor administrativo. Neste período, em que aguardavam para que pudessem efetivamente sair do hospital, foi realizada a pesquisa. O pesquisador convidava o paciente a participar do estudo, explicando que a pesquisa seria realizada sem a identificação do mesmo e o quão importante era sua opinião para que os serviços pudessem ser prestados da melhor forma possível. Desta forma, os pacientes decidiam pela sua participação ou não no estudo.

Quando a resposta era afirmativa, os mesmos respondiam o questionário com a supervisão do pesquisador para que possíveis dúvidas fossem esclarecidas.

A coleta de dados no hospital público ocorreu no período de junho a agosto de 2003; no hospital particular, de outubro a novembro do mesmo ano, sendo que todos os pacientes convidados a participar da pesquisa, aceitaram, ou seja, não houve recusa. O tempo de preenchimento do questionário no hospital público durou, em média, trinta e cinco minutos; ao passo que no hospital particular, esse tempo foi de vinte minutos. A principal dificuldade dos pacientes no hospital público foi utilizar a escala de satisfação, enquanto que no hospital particular o questionário foi respondido sem maiores complicações.

#### 4.8 RESULTADOS

Dos duzentos e cinco pacientes pesquisados, oitenta e dois (40%) eram do sexo masculino e cento e vinte e três (60%) do sexo feminino. O tempo médio de internação foi de 8,4 dias. Como essa variável teve uma variabilidade muito alta ( $DP=10,63$ ), é interessante dizer também que a mediana foi de cinco dias e que aproximadamente 70% dos pacientes ficaram com até sete dias de internação, o que é recomendado por Berwick (1994), para que a pesquisa seja mais bem respondida.

A idade média dos pacientes foi de aproximadamente 46 anos, com um desvio padrão de 18,1 anos, apresentando quarenta e nove (23,9%) pacientes jovens, cem (48,8%) adultos e cinquenta e seis (27,3%) idosos.

Vários foram os motivos para a internação destes pacientes, mas podem ser destacados procedimentos cirúrgicos (devido a problemas na bexiga, rins, coração, etc.), com aproximadamente cinquenta por cento das respostas, e maternidade, com aproximadamente quinze por cento das informações obtidas. Este percentual é obtido tanto no hospital público quanto no particular.

O nível de escolaridade dos respondentes apresentou os seguintes resultados: 61 (29,8%) pacientes tinham até o 1º grau incompleto, 48 (23,4%) apresentavam 1º grau

completo ou 2º grau incompleto, 71 (34,6%) tinham completado o 2º grau ou estavam com o superior incompleto e 25 (12,2%) haviam, no mínimo, completado o superior.

No hospital público, dos cento e cinco pacientes pesquisados, vinte e dois possuíam plano de saúde (20,9%), ao passo que setenta e nove (75,2%) eram pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Quatro pacientes não responderam a esta questão, o que corresponde a uma perda de 3,9%.

Com relação à pergunta do retorno ao hospital, quase todos (98%) responderam que voltariam a ser atendidos nos hospitais pesquisados, e apenas quatro (2%) disseram que não retornariam. Destes quatro, metade pertenciam ao hospital público e a outra metade ao hospital particular.

Quando comparados os hospitais em relação às variáveis acima descritas, não houve diferença estatisticamente significativa entre os hospitais em relação a sexo ( $P=0,568$ ), retorno ao hospital ( $P=0,961$ ) e faixa etária ( $P=0,093$ ).

Porém, em relação ao tempo de permanência no hospital e nível de escolaridade, houve diferença entre as respostas dos pacientes dos dois hospitais. O tempo médio de permanência no hospital particular foi maior do que no hospital público. Os pacientes do primeiro apresentaram, em média, 9,25 dias de internação ao passo que no segundo esse tempo foi de 7,51 dias ( $P=0,041$ ). É importante ressaltar que, como os motivos foram diversos, essa diferença encontrada não é facilmente explicada.

Quarenta e nove pacientes do hospital público (46,7%) possuíam até 1º grau incompleto, enquanto que quarenta pacientes do hospital particular (40,0%) tinham 2º grau completo ou superior incompleto, ou seja, o nível de escolaridade dos pacientes do hospital particular é mais elevado do que no público, o que já era esperado previamente devido as diferenças sócio-culturais existentes entre os pacientes das duas instituições ( $P<0,001$ ).

O teste estatístico utilizado nessas comparações foi o Teste Qui-Quadrado, exceto para a variável tempo de permanência, a qual foi analisada pelo Teste de *Mann-Whitney*.

Todos os percentuais encontrados em cada hospital podem ser visualizados no Apêndice B.

#### 4.8.1 Consistência Interna do Questionário

A consistência interna de um questionário é um dos aspectos principais na avaliação da confiabilidade de um instrumento. Segundo Hayes (1998), a consistência interna mede o grau no qual os itens de uma pesquisa estão medindo a mesma coisa. Uma das formas de avaliar essa consistência interna é através do Alfa de Cronbach. O Alfa de Cronbach pode assumir valores de zero a um, mas, conforme Hayes (1998), valores de 0,8 ou maiores indicam uma boa confiabilidade. Maiores detalhes a respeito deste estimador são encontradas em Hayes (1998).

A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados no presente estudo. É importante ressaltar que as dimensões *Competência e Colaboração* possuem apenas um valor de Alfa de Cronbach, porque foram agrupadas no instrumento de coleta de dados.

**TABELA 1 – VALORES DE ALFA DE CRONBACH PARA AS DIMENSÕES EM ESTUDO.**

Dimensões	Alfa de Cronbach
<i>Acesso</i>	0,6618
<i>Tangíveis</i>	0,8728
<i>Responsividade</i>	0,8221
<i>Competência e Colaboração</i>	0,8672
<i>Cortesia</i>	0,9209
<i>Comunicação</i>	0,9070
<i>Segurança</i>	0,6259
<i>Entender/Conhecer o paciente</i>	0,8701
<i>Carinho</i>	0,9087
<i>Resultados do Paciente</i>	0,8658
<i>Confiabilidade</i>	0,8373
<i>Credibilidade</i>	0,8438

Através da Tabela 1, observa-se que, pelo critério de Hayes (1998), apenas as dimensões *Acesso* e *Segurança* têm seus valores abaixo de 0,8, o que, de modo geral, indica que o questionário tem uma boa consistência interna.

#### 4.8.2 Importância e Satisfação dos Itens Relacionados no Instrumento de Coleta de Dados

Após caracterizar a amostra com a análise dos fatores sócio-demográficos e verificar a consistência interna do questionário, importância e satisfação devem ser avaliadas de cada dimensão para que os itens de maior/menor importância e satisfação possam ser conhecidos. As Tabelas 2 a 13 apresentam esses resultados, descrevendo a satisfação através da média e do desvio padrão e a importância de cada item através do total ponderado. Esse total é calculado multiplicando-se por dois o número de pessoas que escolheram o item como mais importante e por um os que optaram o item por ser o segundo mais importante.

Com relação a *Acesso*, os dois itens considerados mais importantes, respectivamente, são “tempo de espera para ser atendido na recepção” e “disponibilidade de estacionamento”. “Sinalização dentro/fora do hospital” foi considerado pouco importante pelos pacientes. Os itens com os quais os pacientes estão mais insatisfeitos são os mesmos considerados mais importantes, o que demonstra que esses itens devem ser cuidadosamente avaliados pelos hospitais. A dimensão *Tangíveis* tem como itens mais importantes os seguintes: “modernidade dos equipamentos” e “disponibilidade de equipamentos”. Desta forma, os pacientes consideram os equipamentos utilizados na prestação do serviço a questão mais importante dos aspectos físicos dos hospitais. Porém, os itens com menor nível de satisfação são as “facilidades disponíveis no hospital” e a “limpeza das instalações”.

**TABELA 2- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *ACESSO***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Facilidade de acesso pelo telefone	20	70	110	8,68 ± 1,50
Disponibilidade de estacionamento	38	65	141	6,75 ± 2,53
Sinalização dentro/fora do hospital	9	19	37	8,28 ± 1,60
Tempo de espera para ser atendido na recepção	135	48	318	8,12 ± 2,01

De acordo com a Tabela 4, os pacientes consideram o item “tempo de espera para o atendimento de suas necessidades” o mais importante da dimensão *Responsividade*, sendo que estão mais insatisfeitos com o “prazo para a marcação de consultas, exames e outros”.

**TABELA 3- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *TANGÍVEIS***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Limpeza das instalações	46	21	113	8,70 ± 1,55
Conforto das instalações	20	41	81	8,98 ± 1,34
Serviço de Quarto	14	18	46	8,97 ± 1,18
Modernidade dos equipamentos	80	27	187	9,11 ± 1,27
Disponibilidade de equipamentos	29	74	132	8,95 ± 1,45
Aparência dos funcionários	9	14	32	9,23 ± 1,01
Facilidades disponíveis no hospital	5	8	18	8,34 ± 1,77

Quando as dimensões *Competência* e *Colaboração* são comparadas, a primeira é considerada mais importante, enquanto que também é a que possui o menor nível de satisfação das duas; o que a torna alvo de uma atenção especial dos dirigentes das organizações de saúde.

Conforme a Tabela 6, a disposição dos funcionários é outro assunto a ser considerado pelos especialistas por ser o aspecto mais importante da dimensão *Cortesia* ao mesmo tempo em que apresenta os mais baixos níveis de satisfação.

**TABELA 4- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *RESPONSIVIDADE***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Prazo de agendamento para os serviços solicitados	85	50	220	8,25 ± 1,88
Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades	83	92	258	8,28 ± 1,88
Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações	34	58	126	8,34 ± 1,85

**TABELA 5 - IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES *COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados	151	50	352	9,41 ± 0,85
Colaboração entre os membros da equipe	50	151	251	9,44 ± 0,89



**TABELA 6- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *CORTESIA***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Educação dos funcionários	88	75	251	9,29 ± 1,18
Simpatia dos profissionais contatados	18	59	95	9,29 ± 1,02
Disposição dos funcionários	96	68	260	9,24 ± 1,17

Com relação à dimensão *Comunicação*, os itens mais importantes para os pacientes são “facilidade de contatar o médico quando necessário” e “informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital”. Porém, os itens de maior insatisfação são “explicação do serviço a ser realizado” e “participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento”.

Para a dimensão *Segurança*, o item “respeito à privacidade pessoal do paciente” é considerado o mais importante, mas não o que apresentou o menor nível de satisfação. “Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares” é o item de maior insatisfação desta dimensão. Inclusive, em alguns questionários, os pacientes escreveram os objetos que desapareceram e fizeram apelo para que o hospital cuidasse melhor desse aspecto da segurança.

**TABELA 7- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *COMUNICAÇÃO***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Identificação dos profissionais da equipe médica	27	9	63	9,02 ± 1,20
Explicação do serviço a ser realizado	30	22	82	8,96 ± 1,27
Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento	22	34	78	8,76 ± 1,41
Informação sobre os resultados dos procedimentos	23	29	75	8,98 ± 1,33
Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital	12	79	103	9,20 ± 1,08
Facilidade de contatar o médico quando necessário	86	27	199	9,08 ± 1,40

**TABELA 8- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *SEGURANÇA***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Respeito à privacidade pessoal do paciente	125	50	300	9,14 ± 1,15
Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares	10	51	71	8,83 ± 1,62
Segurança física	64	96	224	9,23 ± 1,29

A Tabela 9 apresenta o item “atenção individualizada ao paciente” como o mais importante da dimensão *Entender/Conhecer o paciente*, ao passo que o item “aprendizado das necessidades específicas do paciente” é o que possui menor nível de satisfação.

**TABELA 9- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO ENTENDER/CONHECER O PACIENTE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital	33	35	101	9,02 ± 1,06
Aprendizado das necessidades específicas do paciente	89	65	243	8,87 ± 1,25
Atenção individualizada ao paciente	77	99	253	9,00 ± 1,26

A demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem pelo paciente é o aspecto mais importante da dimensão *Carinho*, apesar do item “compreensão dos profissionais contactados perante a condição física/emocional” ser o de maior insatisfação.

O principal aspecto da dimensão *Resultados do paciente* é a “cura ou melhora do problema detectado”, enquanto que o de menor nível de satisfação é “tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais”.

**TABELA 10- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO CARINHO**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente	124	49	297	9,34 ± 1,11
Compreensão dos profissionais contactados perante a condição física/emocional do paciente	33	71	137	9,24 ± 1,16
Carinho das equipas médica/enfermagem para com o paciente	40	78	158	9,35 ± 1,06

**TABELA 11- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO RESULTADOS DO PACIENTE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais	48	28	124	8,96 ± 1,32
Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença	52	99	203	9,21 ± 1,23
Cura/melhora do problema detectado	100	71	271	9,08 ± 1,16

Os itens mais importantes da dimensão *Confiabilidade* são “respeito aos pacientes” e “pontualidade na prestação dos serviços”, sendo que este último apresenta o menor nível de satisfação de todos os itens que compõem esta dimensão.

**TABELA 12 - IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
*CONFIABILIDADE***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Ações do hospital em relação ao que foi informado	31	36	98	9,00 ± 1,44
Respeito aos pacientes	81	84	246	9,24 ± 1,21
Pontualidade na prestação dos serviços	83	68	234	8,85 ± 1,44
Precisão no fechamento da conta	2	10	14	9,11 ± 1,25

A dimensão *Credibilidade* tem como item mais importante para os pacientes a frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem, sendo que para o item “características pessoais dos profissionais contatados” os pacientes demonstraram maior insatisfação do que com os demais.

**TABELA 13- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
*CREDIBILIDADE***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Imagem do hospital	37	35	109	9,36 ± 1,05
Características pessoais dos profissionais contatados	32	119	183	9,31 ± 0,93
Frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem	126	41	293	9,34 ± 1,11

A Tabela 14 apresenta a importância e satisfação de cada dimensão da qualidade dos serviços de saúde. Para descrever a importância foi utilizado novamente o total ponderado. A diferença é que esse total é calculado multiplicando-se por seis o número de pessoas que escolheram o item como mais importante, por cinco os que classificaram o item em segundo lugar, por quatro os que classificaram o item em terceiro lugar, e assim sucessivamente. Para a satisfação, o primeiro passo foi determinar para cada paciente uma nota para cada dimensão em estudo. Ao invés de fazer uma média aritmética das notas de cada item que compõe a dimensão, resolveu-se fazer uma média do nível de satisfação dos itens, ponderada pela importância atribuída aos mesmos. Para validar essa fórmula, foram atribuídos pesos a cada

importância. O item mais importante recebeu um peso 5, o segundo item mais importante recebeu um peso 4 e os demais um peso 1.

Desta forma, utilizou-se a fórmula expressa pela equação 3.

$$M_j = \frac{\sum_{i=1}^n P_i S_i}{9 + (n - 2)} \quad (3)$$

onde:

$M_j$  = Média ponderada da dimensão j

$P_i$  = Peso do item i

$S_i$  = Satisfação do item i

$n$  = nº de itens que compõem a dimensão

Após atribuir uma nota de satisfação às dimensões para cada paciente, esses dados foram resumidos em médias e desvios padrões, como é visto na Tabela 14. É importante destacar que, para as dimensões *Competência* e *Colaboração*, não foi necessário o cálculo da média ponderada, porque cada dimensão possuía apenas um item.

**TABELA 14- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR**

Dimensões	Importância						Total Ponderado	Satisfação Média ± DP
	1º (n)	2º (n)	3º (n)	4º (n)	5º (n)	6º (n)		
<i>Acesso</i>	13	8	1	4	5	12	156	7,89 ± 1,68
<i>Tangíveis</i>	-	3	1	3	6	2	42	8,93 ± 1,18
<i>Responsividade</i>	17	17	18	11	13	17	335	8,26 ± 1,74
<i>Competência</i>	95	35	22	17	11	9	915	9,41 ± 0,85
<i>Colaboração</i>	-	7	9	13	6	8	130	9,44 ± 0,89
<i>Cortesia</i>	2	6	12	5	8	5	126	9,27 ± 1,10
<i>Comunicação</i>	8	37	21	28	24	21	470	9,03 ± 1,10
<i>Segurança</i>	5	5	17	16	22	17	232	9,09 ± 1,15
<i>Entendimento/conhecimento do paciente</i>	1	7	11	16	16	19	184	8,99 ± 1,10
<i>Carinho</i>	9	9	11	12	22	24	247	9,31 ± 1,06
<i>Resultados do paciente</i>	29	22	27	21	20	17	512	9,09 ± 1,12
<i>Confiabilidade</i>	15	33	30	27	26	19	527	9,04 ± 1,20
<i>Credibilidade</i>	8	12	21	28	22	31	351	9,35 ± 0,93

De acordo com a Tabela 14, as seis dimensões mais importantes para os pacientes, respectivamente, são: *Competência*, *Confiabilidade*, *Resultados do paciente*, *Comunicação*, *Credibilidade* e *Responsividade*. Porém, as de maior insatisfação são: *Acesso*, *Responsividade*, *Tangíveis*, *Entender/Conhecer o paciente*, *Comunicação* e *Confiabilidade*.

Os itens que foram menos compreendidos pelos pacientes, conforme Tabela 15, foram, respectivamente: “precisão no fechamento da conta” (dimensão *Confiabilidade*) e “reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital” (dimensão *Entender/Conhecer o paciente*). Ambos tiveram mais do que 30% de respostas “não sei”, o que é bastante compreensível. O primeiro porque tanto pacientes do SUS como conveniados não têm muita preocupação com a conta, devido ao pagamento ser feito pelo governo ou pelo convênio. E o segundo item porque para que os pacientes pudessem responder a esta questão eles necessitariam ter frequentado, pelo menos, duas vezes o hospital pesquisado.

As dimensões com menores percentuais de respostas “não sei” foram *Cortesia*, *Credibilidade e Carinho*, indicando que os itens que as compõem são de fácil análise e compreensão.

#### **4.8.3 Relacionamento entre as variáveis sócio-demográficas e de saúde com o nível de satisfação global**

Esta seção verifica se existe relação entre o nível de satisfação global com as variáveis sócio-demográficas e de saúde.

Inicialmente, é interessante apresentar que o nível médio de satisfação global dos pacientes é de 9,19 com um desvio padrão de 0,96.

Comparando os hospitais em relação ao nível de satisfação, os pacientes do hospital público (Média= 9,29; DP=0,98) e os do hospital particular (Média=9,09; DP=0,94) não apresentaram diferenças significativas quanto à satisfação para com os serviços prestados pelas instituições ( $P=0,130$ ).

Não houve associação também entre o sexo do paciente e o nível de satisfação global ( $P=0,925$ ), sendo que os homens (Média=9,18; DP=0,87) e as mulheres (Média = 9,20; DP = 1,02) atribuíram notas semelhantes, em geral, à qualidade dos serviços prestados pelos hospitais.

**TABELA 15- PERCENTUAL DE RESPOSTAS AFIRMANDO DESCONHECIMENTO  
DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO**

Dimensão	Itens	Não sei	
		n	%
<i>Acesso</i>	Facilidade de acesso pelo telefone	16	7,80
	Disponibilidade de estacionamento	40	19,51
	Sinalização dentro/fora do hospital	25	12,20
	Tempo de espera para ser atendido na recepção	5	2,44
<i>Tangíveis</i>	Limpeza das instalações	3	1,46
	Conforto das instalações	2	0,98
	Serviço de Quarto	1	0,49
	Modernidade dos equipamentos	5	2,44
	Disponibilidade de equipamentos	8	3,90
	Aparência dos funcionários	3	1,46
	Facilidades disponíveis no hospital	40	19,51
	<i>Responsividade</i>	Prazo de agendamento para os serviços solicitados	18
Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades		3	1,46
Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações		40	19,51
<i>Competência</i>	Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados	7	3,41
<i>Colaboração</i>	Colaboração entre os membros da equipe	10	4,88
<i>Cortesia</i>	Educação dos funcionários	1	0,49
	Simpatia dos profissionais contatados	2	0,98
	Disposição dos funcionários	0	0,00
<i>Comunicação</i>	Identificação dos profissionais da equipe médica	5	2,44
	Explicação do serviço a ser realizado	3	1,46
	Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento	7	3,41
	Informação sobre os resultados dos procedimentos	6	2,93
	Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital	12	5,85
	Facilidade de contatar o médico quando necessário	15	7,32
<i>Segurança</i>	Respeito à privacidade pessoal do paciente	4	1,95
	Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares	8	3,90
	Segurança física	5	2,44
<i>Entendimento/Conhecimento do paciente</i>	Reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital	64	31,22
	Aprendizado das necessidades específicas do paciente	17	8,29
	Atenção individualizada ao paciente	10	4,88
<i>Carinho</i>	Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente	0	0,00
	Compreensão dos profissionais contatados perante a condição física/emocional do paciente	3	1,46
	Carinho das equipes médica/enfermagem para com o paciente	1	0,49
<i>Resultados do paciente</i>	Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais	14	6,83
	Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença	8	3,90
	Cura/melhora do problema detectado	4	1,95
<i>Confiabilidade</i>	Ações do hospital em relação ao que foi informado	7	3,41
	Respeito aos pacientes	0	0,00
	Pontualidade na prestação dos serviços	6	2,93
	Precisão no fechamento da conta	80	39,02
<i>Credibilidade</i>	Imagem do hospital	1	0,49
	Características pessoais dos profissionais contatados	2	0,98
	Frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem	1	0,49

O nível de escolaridade também não está relacionado significativamente com o nível de satisfação global ( $P=0,814$ ). As médias obtidas em cada nível de escolaridade podem ser visualizadas na Tabela 16

**TABELA 16 – RELAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ESCOLARIDADE E SATISFAÇÃO**

Nível de Escolaridade	Satisfação global
	Média $\pm$ DP
Até 1º grau incompleto	9,28 $\pm$ 1,14
1º grau completo/2º incompleto	9,11 $\pm$ 1,00
2º completo/superior incompleto	9,17 $\pm$ 0,87
No mínimo superior completo	9,19 $\pm$ 0,63

A Tabela 17 apresenta o relacionamento entre as faixas etárias dos pacientes e o nível de satisfação. Novamente, não houve diferença estatisticamente significativa entre os níveis médios de satisfação em cada faixa etária ( $P=0,180$ ), demonstrando que a idade também não é um fator determinante do nível de satisfação do paciente.

**TABELA 17 – RELAÇÃO ENTRE FAIXAS ETÁRIAS E SATISFAÇÃO**

Faixas Etárias (em anos)	Satisfação global
	Média $\pm$ DP
18-30	9,31 $\pm$ 0,78
31-60	9,24 $\pm$ 0,88
acima de 60 anos	8,99 $\pm$ 1,20

Para o hospital público, puderam ser comparados os níveis de satisfação em relação ao plano de saúde. Tanto os que possuíam plano de saúde (Média=9,18; DP=0,73) como os pacientes do SUS (Média=9,33; DP=1,05) avaliaram de forma semelhante os serviços prestados pelos hospitais ( $P=0,538$ ).

Berwick (1994) afirma que pacientes que ficam internados mais do que sete dias tendem a ficar mais insatisfeitos com os serviços hospitalares do que os demais. No intuito de averiguar esta afirmação, os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo era formado pelos pacientes que tinham ficado até sete dias internados no hospital e o outro grupo era formado por aqueles que permaneceram mais tempo. Mesmo encontrando algumas diferenças entre aqueles que permaneceram menos tempo internados (Média=9,22; DP=0,83) em relação aos que permaneceram mais tempo (Média=9,12; DP=1,19), estas diferenças não foram estatisticamente significativas ( $P=0,478$ ).

O teste estatístico utilizado nas comparações relacionadas com o tipo de hospital, sexo do paciente, plano de saúde e tempo de permanência foi o Teste *t-student* para amostras independentes. Para as demais comparações, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA).

Os resultados apresentados anteriormente revelam que nenhuma das variáveis sócio-demográficas ou de saúde estudadas estão significativamente associadas com o nível de satisfação global.

#### **4.8.4 Aspectos Críticos dos Serviços Hospitalares**

Analisadas isoladamente a importância e satisfação, é importante relacioná-las para que possam ser conhecidos os aspectos críticos dos serviços de saúde, ou seja, aqueles que são importantes e revelam baixos níveis de satisfação. Para este fim, foi utilizada a equação 1, uma expressão que simplesmente divide o grau de importância pelo nível de satisfação. É importante ressaltar que, para que esta equação seja válida, deve haver a inversão dos números determinados para a importância, ou seja, para o item mais importante (que recebia o número um) é atribuído o número dois e para o segundo item mais importante (que recebia o número dois) é atribuído o número um.

A inversão dos números determinados para a importância das dimensões foi realizada da seguinte forma: para a dimensão mais importante (que recebia o número um) é atribuído o número seis, para a segunda dimensão mais importante (que recebia o número dois) é atribuído o número cinco, para a terceira mais importante (que recebia o número três) é atribuído o número quatro e assim sucessivamente.

Esta fórmula de relacionar a importância e satisfação foi denominada de pontuação. Assim, quanto maior a pontuação, mais crítico é o serviço descrito pelo item.

Inicialmente, é interessante observar a Figura 11, que apresenta um gráfico de Pareto da pontuação das dimensões. De acordo com esse gráfico, que foi elaborado a partir da Tabela 30, as seis dimensões mais críticas para os pacientes e que devem ser cuidadosamente analisadas pelos dirigentes dos hospitais são, respectivamente: *Acesso*, *Competência*, *Responsividade*, *Resultados do Paciente*, *Confiabilidade* e *Cortesia*. Vale mencionar que os

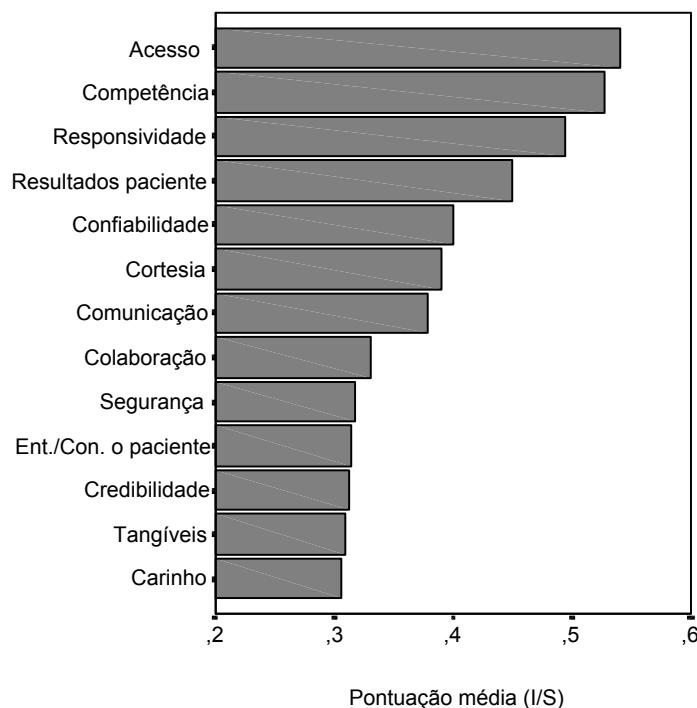


gráficos apresentados nesta seção foram realizados com o auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 8.0.

As Tabelas 18 a 29 apresentam a pontuação dos itens que compõem cada dimensão da qualidade nos serviços de saúde em estudo, mas é importante destacar os itens relacionados com as seis mais críticas.

Para a dimensão *Acesso*, os dois itens que merecem mais atenção do setor administrativo dos hospitais são: “disponibilidade de estacionamento” e “tempo de espera para ser atendido na recepção”. A Figura 12 apresenta um gráfico de Pareto da pontuação dos itens que compõem esta dimensão.

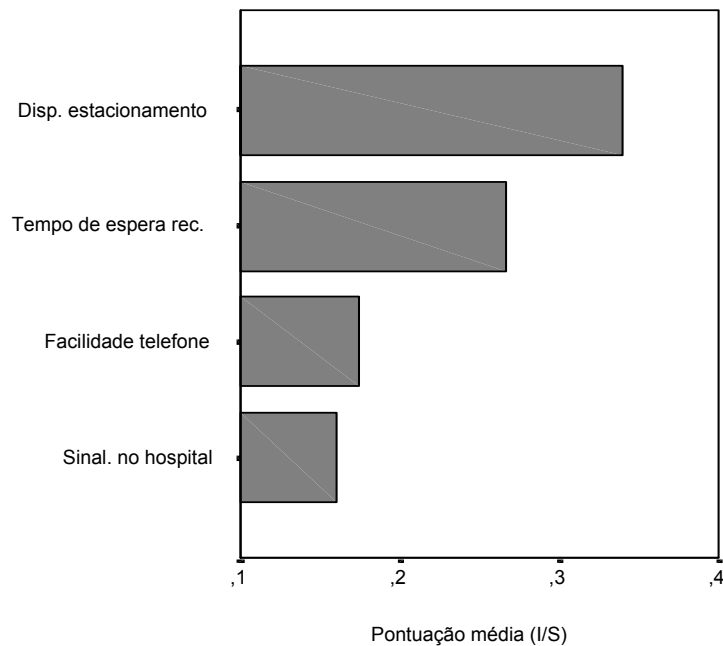
Com relação à *Competência*, seu item comparado com o da dimensão *Colaboração*, apenas confirma o que a pontuação das dimensões revela, ou seja, a primeira dimensão é mais crítica do que a segunda.



**FIGURA 11 – DIMENSÕES DE ACORDO COM SUA PONTUAÇÃO**

**TABELA 18- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO ACESSO**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Facilidade de acesso pelo telefone	0,175 ± 0,226
Disponibilidade de estacionamento	0,340 ± 0,372
Sinalização dentro/fora do hospital	0,160 ± 0,065
Tempo de espera para ser atendido na recepção	0,267 ± 0,285

**FIGURA 12 – ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO ACESSO**

Os itens “prazo de agendamento para os serviços solicitados” e “tempo de espera para o atendimento de suas necessidades” são, respectivamente, os itens que devem ser mais bem observados quando se trata da dimensão *Responsividade*. As pontuações médias de cada item para esta dimensão são apresentadas graficamente na Figura 13.

**TABELA 19- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO TANGÍVEIS**

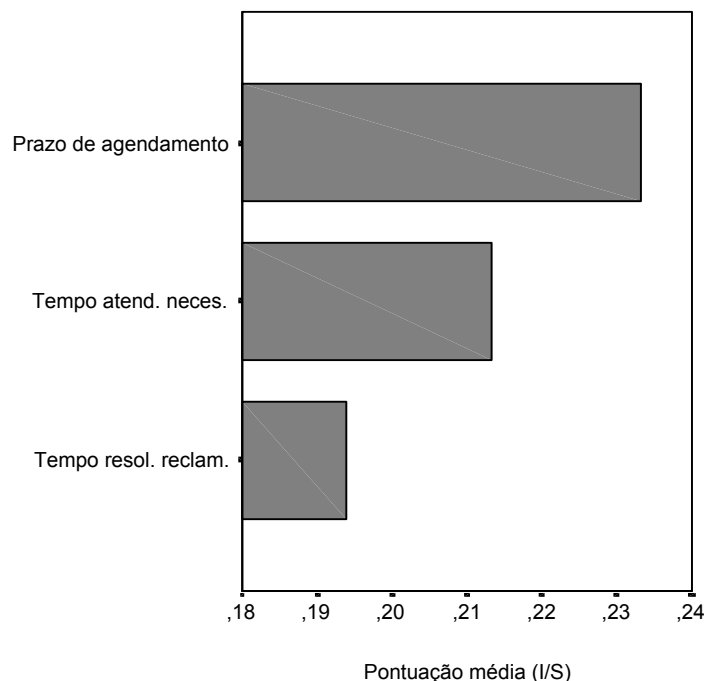
Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Limpeza das instalações	0,241 ± 0,249
Conforto das instalações	0,174 ± 0,244
Serviço de Quarto	0,164 ± 0,069
Modernidade dos equipamentos	0,198 ± 0,071
Disponibilidade de equipamentos	0,150 ± 0,070
Aparência dos funcionários	0,148 ± 0,051
Facilidades disponíveis no hospital	0,341 ± 0,563

**TABELA 20- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *RESPONSIVIDADE***

Itens	Pontuação
	(I/ S)
	Média ± DP
Prazo de agendamento para os serviços solicitados	0,233 ± 0,204
Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades	0,213 ± 0,219
Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações	0,194 ± 0,135

A dimensão *Resultados do paciente* revela os itens “tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais” e “cura/melhora do problema detectado” como os mais críticos dos três que a compõe. Na Figura 14 podem ser mais bem visualizados os aspectos críticos desta dimensão.

Os aspectos relacionados com o que foi informado ao paciente são os mais críticos da dimensão *Confiabilidade*. As informações da hora e local da prestação do serviço, representada pelo item “pontualidade na prestação dos serviços”, e dos demais aspectos do atendimento hospitalar (tais como documentos necessários para a internação, disponibilidade de recursos previamente relacionados pelo hospital, etc.), representados pelo item “Ações do hospital em relação ao que foi informado”, devem ser precisamente respeitadas pelos hospitais para que os pacientes tenham confiança na instituição. A Figura 15 apresenta um Gráfico de Pareto com as pontuações médias de cada item desta dimensão.

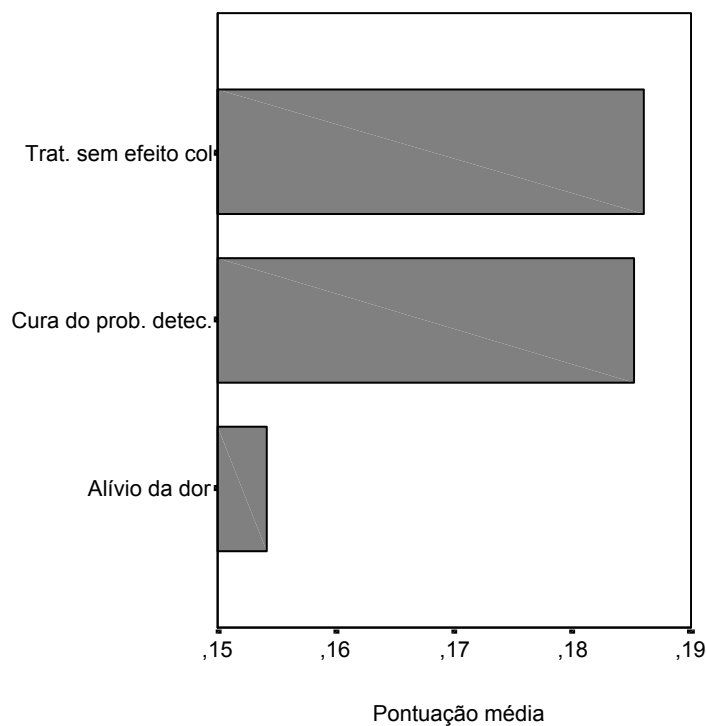
**FIGURA 13 – ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO *RESPONSIVIDADE***

**TABELA 21- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES *COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO***

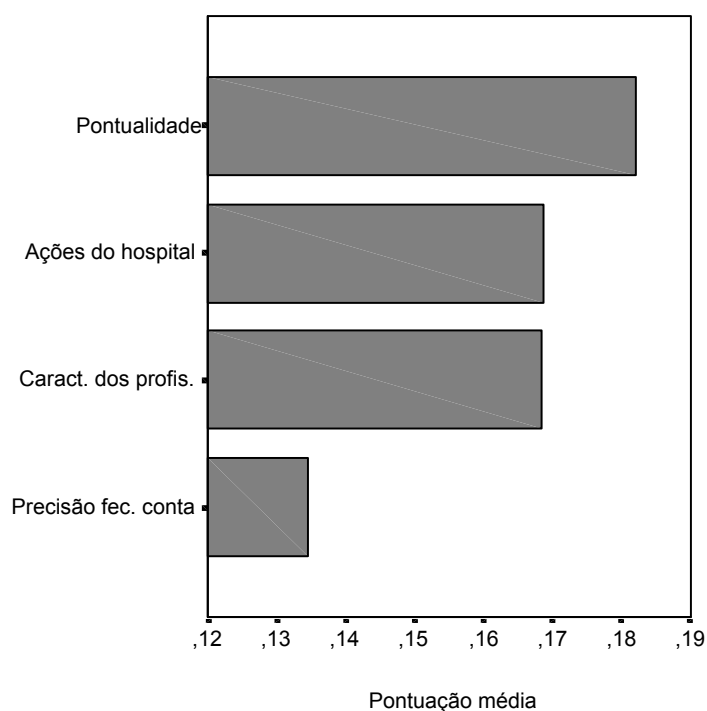
Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados	0,188 ± 0,050
Colaboração entre os membros da equipe	0,134 ± 0,049

**TABELA 22- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CORTESIA***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Educação dos funcionários	0,176 ± 0,099
Simpatia dos profissionais contatados	0,136 ± 0,054
Disposição dos funcionários	0,174 ± 0,059

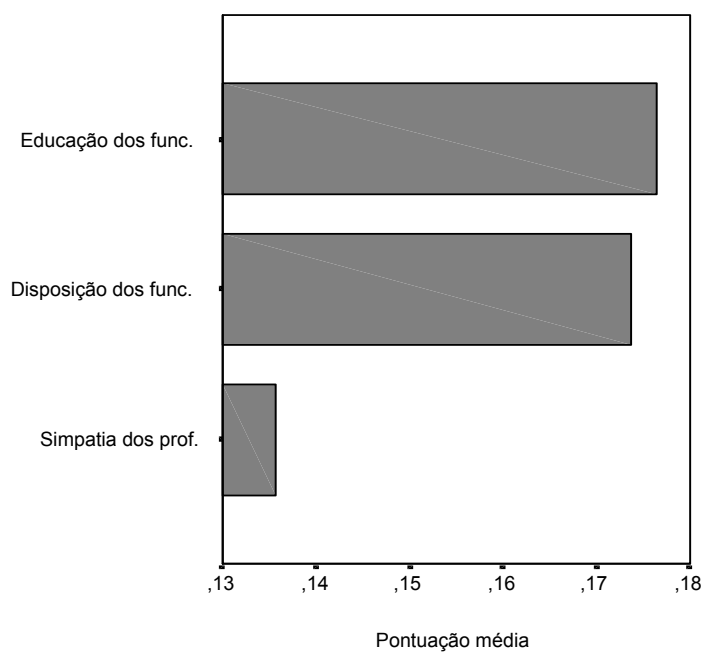


**FIGURA 14 – ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO RESULTADOS DO PACIENTE**



**FIGURA 15 – ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO CONFIABILIDADE**

A Figura 16 revela os aspectos críticos da dimensão *Cortesia* ao apresentar um gráfico de Pareto com a pontuação dos itens da dimensão em questão. Observa-se que os dois itens considerados mais críticos pelos pacientes são: “educação dos funcionários” e “disposição dos funcionários”.



**FIGURA 16 – ASPECTOS CRÍTICOS DA DIMENSÃO CORTESIA**

**TABELA 23- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *COMUNICAÇÃO***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Identificação dos profissionais da equipe médica	0,188 ± 0,050
Explicação do serviço a ser realizado	0,195 ± 0,130
Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento	0,160 ± 0,066
Informação sobre os resultados dos procedimentos	0,172 ± 0,065
Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital	0,122 ± 0,039
Facilidade de contatar o médico quando necessário	0,199 ± 0,073

**TABELA 24- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *SEGURANÇA***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Respeito à privacidade pessoal do paciente	0,192 ± 0,060
Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares	0,196 ± 0,288
Segurança física	0,165 ± 0,161

**TABELA 25- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *ENTENDER/CONHECER O PACIENTE***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital	0,167 ± 0,060
Aprendizado das necessidades específicas do paciente	0,188 ± 0,094
Atenção individualizada ao paciente	0,170 ± 0,154

**TABELA 26- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CARINHO***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente	0,185 ± 0,055
Compreensão dos profissionais contatados perante a condição física/emocional do paciente	0,164 ± 0,193
Carinho das equipes médica/enfermagem para com o paciente	0,147 ± 0,057

**TABELA 27- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *RESULTADOS DO PACIENTE***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais	0,186 ± 0,074
Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença	0,154 ± 0,091
Cura/melhora do problema detectado	0,185 ± 0,155

**TABELA 28- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CONFIABILIDADE***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Ações do hospital em relação ao que foi informado	0,169 ± 0,070
Respeito aos pacientes	0,168 ± 0,090
Pontualidade na prestação dos serviços	0,182 ± 0,083
Precisão no fechamento da conta	0,135 ± 0,054

**TABELA 29- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CREDIBILIDADE***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Imagem do hospital	0,160 ± 0,051
Características pessoais dos profissionais contatados	0,131 ± 0,050
Frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem	0,195 ± 0,088

**TABELA 30- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR**

Dimensões	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
<i>Acesso</i>	0,540 ± 0,439
<i>Tangíveis</i>	0,310 ± 0,138
<i>Responsividade</i>	0,494 ± 0,347
<i>Competência</i>	0,527 ± 0,169
<i>Colaboração</i>	0,331 ± 0,158
<i>Cortesia</i>	0,391 ± 0,214
<i>Comunicação</i>	0,379 ± 0,180
<i>Segurança</i>	0,318 ± 0,171
<i>Entendimento/conhecimento do paciente</i>	0,314 ± 0,307
<i>Carinho</i>	0,305 ± 0,182
<i>Resultados do paciente</i>	0,449 ± 0,440
<i>Confiabilidade</i>	0,400 ± 0,206
<i>Credibilidade</i>	0,312 ± 0,172

Os Apêndices C e D apresentam os resultados da avaliação da importância e satisfação para cada hospital estudado. Poucas diferenças podem ser observadas nas duas instituições.

Quanto à importância, o hospital público considera as seguintes dimensões mais importantes: *Competência, Confiabilidade, Resultados do paciente, Comunicação, Segurança e Credibilidade*. Para o hospital particular, praticamente as mesmas dimensões são encontradas, exceto *Segurança*, que é substituída por *Responsividade*. Essa semelhança se repete quando o assunto é satisfação dos pacientes. Cinco das seis dimensões de maior insatisfação são encontradas nos dois hospitais. São elas: *Acesso, Responsividade, Tangíveis, Entender/Conhecer o paciente e Comunicação*. A única diferença é que a sexta dimensão do hospital público é *Segurança* e do hospital particular é *Confiabilidade*.

Quanto aos aspectos críticos, os dois hospitais apresentam as mesmas dimensões que devem ser mais bem analisadas pelos dirigentes destas organizações de saúde. São elas: *Acesso, Competência, Responsividade, Resultados do paciente, Confiabilidade e Competência*. Inclusive a ordem de priorização é praticamente a mesma, diferenciando-se apenas em relação aos dois primeiros. Para os pacientes do hospital público, o *Acesso* é prioritário, enquanto que para os do hospital particular, a *Competência* merece maior atenção. A priorização dos itens que compõem cada dimensão apresenta diferenças mais acentuadas entre os hospitais, mas o importante é que, essencialmente, o ponto de partida é o mesmo.

Após determinados os principais aspectos dos serviços de saúde que devem ser cuidadosamente analisados, esses aspectos devem ser o foco das próximas reuniões entre corpo clínico e administrativo do hospital para que melhorias possam ser efetuadas na prestação dos seus serviços, qualificando-os ainda mais.

A próxima seção tenta elaborar um modelo de satisfação para determinar os atributos deste constructo. Este modelo é mais uma ferramenta que pode ser utilizada para priorizar os aspectos que devem ser primeiramente analisados.



#### 4.8.5 O Modelo de Regressão Linear para Satisfação dos Pacientes

O modelo que será apresentado a seguir tenta descobrir quais as dimensões da qualidade hospitalar que são também determinantes da satisfação dos pacientes. Para tanto, foi utilizada a técnica de Regressão Linear Múltipla, onde a variável dependente é a nota geral atribuída à instituição e as variáveis independentes são as notas para cada dimensão, calculadas de acordo com a média ponderada previamente demonstrada na seção 4.8.2.

O primeiro passo foi utilizar todas as dimensões no modelo, gerando um coeficiente de determinação de 0,575, o que significa que 57,5% da variabilidade da nota é atribuída a variabilidade das treze dimensões adotadas no estudo. Desta forma, ainda restaria 42,5% da variabilidade da nota que seria atribuída a ruído aleatório ou outros fatores não estudados no modelo proposto.

A Tabela 31 apresenta o modelo inicial testado.

**TABELA 31 – MODELO INICIAL COM TODAS AS DIMENSÕES EM ESTUDO**

Modelo	Coefficiente de Regressão	P
Constante	1,938	0,002
<i>Acesso</i>	0,096	0,007
<i>Tangíveis</i>	0,053	0,479
<i>Responsividade</i>	-0,043	0,301
<i>Competência</i>	-0,079	0,396
<i>Colaboração</i>	0,061	0,459
<i>Cortesia</i>	0,153	0,030
<i>Comunicação</i>	0,071	0,331
<i>Segurança</i>	-0,053	0,361
<i>Entender/Conhecer o paciente</i>	0,080	0,180
<i>Carinho</i>	0,088	0,345
<i>Resultados do paciente</i>	0,234	0,000
<i>Confiabilidade</i>	0,025	0,765
<i>Credibilidade</i>	0,116	0,270

De acordo com a tabela 31, várias dimensões têm seu valor preditivo muito baixo, fazendo com que seu valor P seja elevado. Assim, foram propostos outros modelos para encontrar aquele no qual todas as variáveis predictoras fossem significativas. Com essa finalidade, foram sendo retiradas, uma a uma as dimensões de maior valor P, iniciando pela dimensão *Confiabilidade*, passando para *Tangíveis* e assim sucessivamente. Enquanto o valor

do coeficiente de determinação não fosse acentuadamente modificado, dimensões foram sendo retiradas do modelo.

Desta forma, o modelo final proposto conta com a predição de quatro dimensões para a nota de satisfação atribuída aos serviços hospitalares. Essas dimensões são as seguintes: *Acesso*, *Cortesia*, *Carinho* e *Resultados do Paciente*. Esses atributos determinam conjuntamente 56,1% da variabilidade da nota geral de satisfação, o que parece bastante satisfatório, visto que o percentual inicial era de 57,5%. Esse modelo final é apresentado na Tabela 32. Nota-se que a dimensão que tem maior valor preditivo é *Resultados do paciente* devido ao seu valor do coeficiente de regressão.

**TABELA 32 – MODELO FINAL COM QUATRO DAS DIMENSÕES EM ESTUDO**

Modelo	Coeficiente de Regressão	P
Constante	2,259	0,000
<i>Acesso</i>	0,123	0,000
<i>Cortesia</i>	0,145	0,011
<i>Carinho</i>	0,214	0,002
<i>Resultados do paciente</i>	0,290	0,000

Após a análise dos resultados, o próximo capítulo irá discutir os mesmos, apresentando um resumo dos resultados encontrados, comparação dos mesmos com a literatura e vantagens e desvantagens do instrumento utilizado.

## 5 DISCUSSÃO

Inicialmente, vale observar que, considerando os resultados da análise através do Alfa de Cronbach, pôde-se concluir que o instrumento de pesquisa utilizado tem uma boa consistência interna, o que reforça os resultados encontrados.

Algumas dimensões que causaram controvérsia entre os especialistas mostraram-se de extrema importância para os pacientes, tais como *Confiabilidade* e *Credibilidade*. Além destas, a dimensão *Carinho*, mesmo sendo o atributo que se apresentou menos crítico entre todos, também se mostrou importante, na medida que é um dos determinantes da satisfação dos pacientes. Esses resultados confirmam o que autores estrangeiros vêm apresentando em seus artigos. Eles afirmam que as dimensões com alto teor subjetivo, ou seja, que lidam com os sentimentos transmitidos aos pacientes, são as que mais influenciam a percepção da qualidade dos serviços prestados.

### 5.1 RESUMO DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

De acordo com a opinião dos pacientes pesquisados, as seis dimensões mais importantes, respectivamente, são: *Competência*, *Confiabilidade*, *Resultados do paciente*, *Comunicação*, *Credibilidade* e *Responsividade*. É importante observar que, independentemente da ordem, a importância atribuída a essas dimensões são praticamente idênticas nos dois hospitais. A diferença é que para o hospital público, a dimensão *Segurança* entra no lugar de *Responsividade*. Isto é explicado pelas constantes reclamações existentes nos questionários respondidos pelos pacientes do hospital público quanto à falta de cuidado da instituição com os seus objetos pessoais ou dos familiares acompanhantes.

Quanto à satisfação dos pacientes, as seis dimensões de menor nível são, respectivamente: *Acesso, Responsividade, Tangíveis, Entender/Conhecer o paciente, Comunicação e Confiabilidade*. Vale mencionar que, mesmo que estas dimensões tenham apresentado os menores níveis de satisfação, os pacientes estão ou satisfeitos ou muito satisfeitos com os serviços representados por estes determinantes da qualidade hospitalar, o que faz com que a qualidade dos hospitais estudados mereça ser exaltada. Esta afirmativa é reforçada pela nota média atribuída aos serviços prestados na internação dos hospitais (Média=9,19).

Novamente, os resultados encontrados em cada hospital são muito semelhantes, diferenciando-se apenas em relação à dimensão *Segurança*, que é apontada no hospital público como uma das que apresentam menor nível de satisfação. Esses resultados parecem ressaltar a afirmativa de Turner e Pol (1995), que garantem que, em se tratando de serviços de saúde, os clientes se tornam muito próximos, com os mesmos medos e preocupações.

Outro aspecto interessante é que, para a escolha da importância, os pacientes concentraram-se mais nos aspectos técnicos da qualidade, ou seja, aspectos que devem existir em uma organização qualificada, mas que são difíceis de serem avaliados pelos pacientes, tais como *Competência e Resultados do paciente*. Isso parece verdade, visto que estes aspectos não são encontrados nas dimensões de maior insatisfação. Estas são representadas por aspectos relacionados à qualidade funcional do hospital, ou seja, aspectos baseados em fatores interpessoais e ambientais.

Quanto às dimensões que apresentam maior criticidade, ou seja, que são consideradas importantes, mas revelam baixos níveis de satisfação, os pacientes dos dois hospitais avaliaram exatamente da mesma forma. Para estes clientes, as dimensões *Acesso, Competência, Responsividade, Resultados do Paciente, Confiabilidade e Cortesia* são os determinantes da qualidade hospitalar que devem ser priorizados em uma possível discussão dos profissionais envolvidos na prestação dos serviços de saúde e dirigentes da instituição.

Essa semelhança nas opiniões dos pacientes revela que manter esses atributos em constante avaliação é uma forma de evidenciar a qualidade da organização e pode auxiliar para elevar o nível de satisfação dos pacientes. Para este constructo, é importante acrescentar também a dimensão *Carinho*. Isso porque, de acordo com o modelo de satisfação encontrado,

as dimensões *Acesso*, *Cortesia*, *Carinho* e *Resultados do paciente* são as dimensões que significativamente predizem o nível de satisfação geral dos pacientes. Todas, exceto *Carinho*, já haviam sido consideradas prioritárias na análise dos aspectos críticos, o que permite aos dirigentes traçar diretrizes e elaborar planos de ação para que os serviços implícitos em cada uma dessas dimensões possam ser prestados da melhor maneira possível, ressaltando que os itens relacionados com as dimensões *Resultados do paciente* e *Carinho* devem ser os primeiros a serem discutidos, visto que estas dimensões apresentam maior poder de predição para o nível de satisfação geral.

É importante ressaltar que os resultados encontrados podem ter sido prejudicados pela gravidade dos motivos que levaram o paciente a ser internado no hospital, visto que houve uma mistura de pacientes que apresentavam diagnósticos complexos com aqueles que, por exemplo, apenas estavam hospitalizados para realizar um parto.

## 5.2 COMPARAÇÃO COM A LITERATURA

Na tentativa de determinar os atributos da satisfação do paciente, os autores têm demonstrado que esses atributos podem variar, mas em todos esses estudos, a dimensão *Carinho* estava presente. Neste estudo, novamente esta dimensão é encontrada como um preditor da satisfação do paciente, o que reforça a idéia de este ser verdadeiramente um determinante do constructo satisfação. É importante lembrar que esta dimensão não faz parte do instrumento SERVQUAL, um dos mais utilizados nas empresas que prestam serviços. Isso significa que as dimensões encontradas naquele instrumento não são suficientes para determinar a qualidade dos serviços de saúde. Inclusive porque a dimensão *Resultados do Paciente*, que se mostrou de extrema importância para os pacientes, sendo o principal preditor da satisfação dos mesmos, também não faz parte do SERVQUAL. Além disso, este resultado contraria totalmente o estudo de Spicer (2000), onde há a afirmativa de que não existe nenhum relacionamento entre satisfação e a dimensão da qualidade *Resultados do paciente*. Este estudo não só comprovou que esta dimensão está relacionada com a satisfação do paciente como também a encontrou como o principal preditor deste constructo.

Tanto *Carinho* como *Resultados do paciente* foram dimensões encontradas especificamente para os serviços de saúde e, a cada novo estudo, é consolidada a comprovação de sua importância na medição da qualidade destes serviços.

O modelo de regressão encontrado apresenta as dimensões *Acesso*, *Cortesia*, *Carinho* e *Resultados do Paciente* como preditores do nível de satisfação global dos pacientes. A variabilidade explicada de 56,1% da nota de satisfação global é suportada pelo trabalho de Bowers *et al.* (1994). Em seu estudo, as dimensões *Carinho*, *Comunicação*, *Confiabilidade*, *Acesso*, *Entender/Conhecer o paciente* e *Responsividade* explicam 52% da variabilidade da nota de satisfação global. Comparando o presente trabalho com o estudo de Bowers *et al.* (1994), além da dimensão *Carinho*, pode-se também acrescentar a dimensão *Acesso* como determinantes da satisfação do paciente. Porém, os demais preditores encontrados no estudo de Bowers *et al.* (1994) não foram obtidos no presente trabalho, apesar das dimensões *Comunicação*, *Confiabilidade* e *Responsividade* serem consideradas muito importantes para os pacientes. Essas diferenças encontradas entre os estudos podem ser devido às características dos hospitais estudados, sendo que Bowers *et al.* estudaram apenas um hospital do sudeste do Estados Unidos.

Casanova (1999) também avalia a satisfação, através de um modelo, que ele considera a equação valor nos serviços de saúde. Em seu estudo, ele afirma que a satisfação é a soma de três constructos: Qualidade do tratamento, Custo do Serviço e Experiência do tratamento. Porém, ele é taxativo ao afirmar que o único constructo que pode ser avaliado pelo paciente é a Experiência do tratamento. Quanto a Custo, nada pôde ser afirmado com este estudo, pois este não era o objetivo desta dissertação, porém, em relação aos demais pode-se concluir algo.

Os resultados deste estudo afirmam que a satisfação dos pacientes é significativamente influenciada pelos *Resultados do paciente*. Esta dimensão, segundo Casanova (1999), faz parte da Qualidade do tratamento, ou seja, a princípio o paciente não teria subsídios para julgá-la. Isso não parece verdade, visto que a nota de satisfação geral escolhida pelo paciente é principalmente em função dos resultados de seu tratamento. É óbvio que é difícil para o paciente saber se apareceram efeitos colaterais que não estavam relacionados com a sua doença, ou se a dor que ainda o angustia não é um procedimento normal do próprio tratamento, mas sua avaliação subjetiva do que deveria estar ocorrendo, seja verdadeira ou não, é o principal fator para determinar sua satisfação com os serviços prestados pelos

hospitais. Portanto, mesmo que a Experiência do Tratamento seja o fator da equação de maior facilidade para medir e gerenciar, ele não é o único, como afirma Casanova (1999).

*Competência*, que se mostrou uma dimensão importante e de elevada criticidade, não parece ser um preditor significativo da satisfação do paciente, até porque tem baixo valor preditivo. A variabilidade encontrada nas notas atribuídas a esta dimensão ( $DP = 0,85$ ) é a mais baixa de todas. Isso pode significar que os pacientes não possuem discernimento a respeito deste aspecto da qualidade, mas entendem que é o mais importante de todos. Apesar dos pacientes não poderem ao certo afirmar a competência dos profissionais da saúde, esta dimensão é inegavelmente um atributo da qualidade dos serviços de saúde.

A dimensão *Colaboração*, inédita em pesquisas hospitalares, se apresentou pouco importante para os pacientes. Esse determinante da qualidade, inclusive, parece fazer parte da dimensão *Competência*, visto o alto valor do Alfa de Cronbach, o que sugere que ambas podem formar uma única dimensão.

Quanto à influência dos fatores sócio-demográficos na satisfação do paciente, os resultados encontrados são os mesmos de Spicer (2000) e Nerina e Griffin (1998). Em seus estudos, os níveis de satisfação dos pacientes não estavam relacionados com as variáveis sócio-demográficas nem com o estado de saúde do paciente. Porém, a afirmação de Kaldenberg (1999) de que a oportunidade de escolha dos profissionais de saúde influencia na satisfação do paciente parece não se confirmar neste estudo, pois, para os pacientes do hospital público, as diferenças encontrados nos níveis de satisfação em relação a possuir ou não plano de saúde não foram significativas. Novamente, pode-se concluir que, em se tratando de serviços de saúde, os principais clientes externos são muito semelhantes no seu modo de avaliar a empresa prestadora deste tipo de serviço.

### 5.3 VANTAGENS DO INSTRUMENTO PROPOSTO

O questionário elaborado apresenta vantagens e dificuldades na sua aplicação aos pacientes dos hospitais. Com relação às vantagens, pode-se destacar sete delas.

A primeira é que o instrumento proposto é uma pesquisa de satisfação administrada por pesquisadores. Esse tipo de técnica permite que os participantes da pesquisa sejam

encorajados pelo pesquisador a participar do estudo, além do esclarecimento de eventuais dúvidas dos respondentes. Sabe-se que o pesquisador também pode ser um inibidor, prejudicando a veracidade das respostas dos pacientes, mas em um questionário amplo e um tanto complexo como o adotado, esse aspecto é fundamental. Ainda mais que o pesquisador se identificava como sendo externo à organização.

A segunda vantagem é que o instrumento é respondido pelo próprio paciente e não familiares e/ou conhecidos. Segundo Ford. *et al.* (1997), estes últimos tendem a pontuar o serviço mais negativamente do que o próprio paciente.

A ordem das questões contidas no questionário seria a terceira vantagem. Essa ordem é baseada no processo de atendimento do paciente dentro da organização. Isso facilita a avaliação do paciente, porque ele busca na memória sua trajetória desde a entrada no hospital até os resultados finais do tratamento.

A quarta vantagem deste instrumento é que ele avalia simultaneamente a importância e satisfação dos pacientes, fornecendo subsídios para que as instituições possam conhecer os aspectos críticos na prestação dos seus serviços.

A consistência interna do instrumento seria a quinta vantagem deste. Apesar das dimensões *Acesso* e *Segurança* terem apresentado valores abaixo do esperado, em geral, as dimensões apresentaram valores de Alfa de *Cronbach* satisfatórios, enaltecendo a validade deste instrumento.

A sexta vantagem é a generalidade do instrumento proposto. Da maneira como foi estruturado, baseado nas dimensões da qualidade nos serviços de saúde, ajusta-se perfeitamente a outras empresas prestadoras de serviços de saúde.

A quantificação da escala seria a sétima vantagem do questionário. Essa quantificação permite a utilização de técnicas estatísticas mais avançadas, tais com Regressão Múltipla, auxiliando na elaboração de modelos de avaliação da qualidade hospitalar baseados na satisfação do paciente.



Quanto à escala, ela também foi o alvo das principais dificuldades encontradas na aplicação da pesquisa. Na próxima seção, essas dificuldades serão discutidas.

#### 5.4 DIFICULDADES NA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO PROPOSTO

Muitas foram as vantagens do instrumento proposto, mas também pôde-se ressaltar cinco dificuldades encontradas na aplicação do questionário elaborado.

A primeira dificuldade foi a escala utilizada. Como a satisfação foi avaliada duas vezes, primeiro qualitativamente e, após, numericamente, o paciente apresentou dificuldades em compreender esse processo, fazendo com que o pesquisador necessariamente esclarecesse o motivo para tal procedimento. Isso fez com que o tempo de preenchimento do questionário fosse estendido, principalmente no hospital público.

Além da dupla avaliação de satisfação, o paciente também precisava determinar a importância de cada item, o que tornou o instrumento complexo e amplo, que seria a segunda dificuldade. Essa complexidade fez com que o paciente percebesse um questionário mais extenso do que realmente era, tornando a avaliação cansativa. Desta forma, a terceira desvantagem emerge. Quando o questionário se torna exaustivo, as últimas questões são prejudicadas, o que resultou em questionários anulados devido ao não preenchimento das últimas questões.

A quarta dificuldade foi a avaliação conjunta das equipes médica e de enfermagem e dos funcionários em geral nos itens que compõem cada dimensão. Melhores resultados poderiam emergir deste trabalho se houvesse um questionário para cada tipo de profissional, visto que da forma como foi elaborado o instrumento, provavelmente os pacientes responderam o mesmo considerando os profissionais da equipe médica, o que pode ter influenciado nas notas obtidas em cada dimensão.

A quinta seria a principal dificuldade na elaboração do instrumento proposto. Essa dificuldade seria a linguagem adotada no questionário. Como este instrumento era composto por quarenta e quatro itens, na maioria, acentuadamente subjetivos, alcançar uma objetividade em cada item para que as questões não fossem dúbias ou de duplo sentido, foi uma tarefa

árdua. Inclusive, foi por causa dessa questão que as negociações com os hospitais se prolongaram mais do que o previsto.

Por tudo isso, sugere-se que o questionário elaborado não seja aplicado mensalmente nas organizações prestadoras de serviços de saúde, mas semestralmente ou anualmente. Sua utilização é importante na medida que oferece uma visão geral da qualidade dos serviços prestados e permite uma avaliação dos aspectos críticos dos mesmos. Isso não significa que o hospital ou outra organização de saúde não deva fazer pesquisas mensais ou, até mesmo, diárias com os pacientes. Porém, para este fim, instrumentos mais simplificados podem ser utilizados, tais como cartões de comentários ou pesquisas com número reduzido de questões, assim como já são adotadas nos hospitais estudados. Estas pesquisas reduzidas podem utilizar os aspectos ressaltados pelos pacientes em um instrumento mais amplo, como o elaborado nesta dissertação.

É importante enaltecer também que, apesar das dificuldades encontradas, os questionários parecem ter sido respondidos de forma precisa e consciente devido à coerência dos resultados encontrados.

## 5.5 GENERALIDADE DO INSTRUMENTO PROPOSTO

O instrumento proposto pode perfeitamente se ajustar a outras organizações prestadoras de serviços de saúde e também a outros setores dentro dessas organizações. Se a pesquisa for, por exemplo, realizada no ambulatório de um hospital, em centros clínicos ou clínicas médicas, apenas alguns itens devem ser retirados ou modificados no questionário, tais como “serviço de quarto” e “informação sobre os cuidados após a alta do hospital”.

A estrutura do questionário baseada nas dimensões da qualidade nos serviços de saúde facilita o manuseio deste instrumento em qualquer empresa que preste este tipo de serviço. Nas reuniões realizadas com os especialistas (médicos e administradores) dos hospitais estudados, na análise do instrumento utilizado, não surgiram idéias de novas dimensões, ou seja, elas parecem agrupar satisfatoriamente os aspectos dos serviços de saúde. O que pode mudar são os itens que as compõem, sendo acrescentados, retirados ou modificados, mas essas alterações não devem ser muito significativas.

## 6 COMENTÁRIOS FINAIS

Este capítulo apresenta as conclusões dos resultados obtidos com a proposta de avaliação da qualidade, através do levantamento da satisfação do paciente tão bem quanto sugestões para trabalhos futuros.

### 6.1 CONCLUSÕES

Esta dissertação abordou o tema referente à qualidade dos serviços hospitalares. O principal objetivo foi desenvolver e aplicar uma proposta de avaliação da qualidade em hospitais pautada na satisfação do paciente.

Inicialmente, foi realizada uma revisão da literatura sobre qualidade nos serviços de saúde e satisfação de pacientes. Essa revisão da literatura revelou que tanto a qualidade quanto a satisfação são dois constructos multidimensionais. Foram obtidas treze dimensões da qualidade nos serviços de saúde, que são as seguintes: *Tangíveis, Confiabilidade, Responsividade, Competência, Cortesia, Comunicação, Credibilidade, Segurança, Acesso, Entender/Conhecer o Paciente, Carinho, Resultados do Paciente e Colaboração*. Acredita-se que a satisfação do paciente é determinada pelas dimensões da qualidade que o paciente consegue avaliar. Desta forma, há muita discussão na literatura de quais seriam esses atributos.

A seguir, baseado no estudo da literatura, foi apresentada uma proposta de avaliação dos serviços de saúde, a qual contemplou oito etapas, destacando-se o planejamento e a execução da pesquisa de satisfação do paciente, que foi estruturada conforme as dimensões da qualidade previamente encontradas.

O desenvolvimento da proposta de avaliação e os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de coleta de dados em dois hospitais foram apresentados no capítulo quatro. Dentre os resultados, foi avaliada a consistência interna do questionário através do Alfa de *Cronbach*, o qual, de modo geral, revelou uma boa consistência do instrumento de coleta de dados. Além disso, foram determinados os itens mais importantes e de maior insatisfação, considerando a opinião dos pacientes, o que resultou em uma pontuação, a qual, ordenada ascendentemente, revelou os aspectos críticos dos serviços de saúde. Em se tratando das dimensões da qualidade nos serviços de saúde, as consideradas críticas, de acordo com a opinião dos pacientes, foram *Acesso, Competência, Responsividade, Resultados do paciente, Confiabilidade e Cortesia*. É importante destacar que as mesmas dimensões foram encontradas nos dois hospitais estudados.

A relação entre o nível de satisfação global com as variáveis sócio-demográficas e de saúde também foi avaliada nesse capítulo e nenhuma evidência foi encontrada de que essas variáveis (sexo, idade, nível de escolaridade, plano de saúde e tempo de internação) determinem a satisfação do paciente.

Este capítulo foi finalizado com o modelo de regressão linear para satisfação dos pacientes, o qual englobou apenas quatro das dimensões estudadas. As dimensões predictoras da satisfação dos pacientes foram as seguintes: *Acesso, Cortesia, Carinho e Resultados do pacientes*. Estes atributos determinaram conjuntamente 56,1% da variabilidade observada na nota global atribuída à satisfação.

O capítulo cinco apresentou a discussão dos resultados, dividida em seções que contemplaram o resumo dos resultados encontrados, a comparação com a literatura e as vantagens, dificuldades e generalidade do instrumento proposto.

O resumo dos resultados encontrados revelou que as dimensões com alto teor subjetivo, ou seja, que lidam com os sentimentos transmitidos aos pacientes, tais como *Carinho e Confiabilidade*, parecem ser as que mais influenciam a percepção dos mesmos em relação à qualidade dos serviços prestados pelas instituições. Além disso, devido aos resultados terem se apresentados semelhantes nos dois hospitais, pode-se concluir que, em se tratando de serviços de saúde, os clientes se tornam muito próximos, com os mesmos medos e preocupações, o que pode auxiliar o gerenciamento dos processos existentes nas organizações

prestadoras de serviços de saúde. Para complementar esse gerenciamento, manter os atributos referentes às dimensões consideradas críticas pelos pacientes pode ser uma forma de evidenciar a qualidade da organização e elevar o nível de satisfação dos pacientes.

Comparando os resultados obtidos com os da literatura, pode-se concluir que a dimensão *Carinho* estava presente tanto neste como nos demais estudos, na condição de determinante da satisfação do paciente, o que reforça a idéia deste ser um importante atributo do constructo satisfação. Além desta, a dimensão *Acesso* também parece ser um determinante desse constructo, visto que os estudos que utilizaram um modelo de regressão linear, a obtiveram como um preditor significativo da satisfação do paciente.

Vale ressaltar que os resultados encontrados foram baseados em pacientes com estados de saúde diferentes, o que deve ser cuidadosamente avaliado em novos trabalhos. Isso é evidenciado pela questão da dor não ser o aspecto mais importante da dimensão *Resultados do Paciente*, o que parece informar que os pacientes estudados, em geral, estavam com um bom estado de saúde.

Na avaliação do instrumento de coleta de dados, sete vantagens puderam ser indicadas. Entre elas, pode-se destacar a ordem das questões contidas no questionário, a avaliação simultânea da importância e satisfação dos pacientes e a generalidade do questionário. No entanto, a escala utilizada no instrumento e a linguagem adotada no questionário retardaram o tempo previsto para a aplicação e preenchimento do instrumento. Além destas dificuldades, outras três puderam ser ressaltadas: questionário amplo e complexo, possível prejuízo na resposta das últimas questões devido a esta complexidade e avaliação conjunta dos funcionários e equipes médica e de enfermagem.

Enfim, questionários amplos e mais complexos, como o elaborado, devem ser aplicados semestralmente ou anualmente nas organizações prestadoras de serviços de saúde. Isso porque oferecem uma visão mais completa da qualidade dos serviços prestados e permitem uma avaliação dos aspectos críticos dos mesmos.

É importante ressaltar também que, apesar das dificuldades encontradas, o questionário parece ter sido respondido de forma consciente, revelando a coerência dos entrevistados e vários pontos de consenso. Os entrevistados percebem o carinho e atenção

recebidos dos profissionais de saúde, o acesso à organização e os resultados apresentados após o tratamento como os principais fatores no julgamento da qualidade dos serviços prestados pelas instituições.

## 6.2 SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Para trabalhos futuros, seria interessante verificar se as dimensões adotadas nesta dissertação como determinantes da qualidade nos serviços de saúde, levantadas a partir da literatura e conversas com especialistas, realmente são citadas por pacientes brasileiros. Isso poderia ser analisado através de grupos focados com os mesmos. Talvez mudanças significativas não fossem obtidas, mas não foi encontrado nenhum estudo, no Brasil, que obtivesse, de forma clara e precisa, as dimensões da qualidade nos serviços de saúde.

Outro aspecto que deve ser estudado com profundidade é o plano de ação que uma instituição deve adotar para que melhorias possam ser efetuadas em seus serviços. Muitos dos estudos revisados expuseram a dificuldade de elaborar ações relacionadas com aspectos subjetivos dos serviços prestados, tais como carinho dos profissionais com os pacientes. O objetivo dos profissionais é sempre o mesmo: recuperar a saúde do paciente. A maneira como isso será feito não é, normalmente, o que mais interessa, e sim os efeitos dos procedimentos. Porém, para o paciente, em condições emocionais debilitadas devido ao seu estado de saúde, a maneira como os profissionais o tratam é um dos aspectos que mais o fazem perceber um serviço qualificado. Desta forma, o plano de ação deveria contar não somente com a opinião dos especialistas na área hospitalar, mas também com os pacientes e/ou familiares que utilizam os serviços oferecidos nas organizações.

Além disso, sugere-se que seja estudada com mais profundidade a validação de um instrumento de coleta de dados nos hospitais. Os hospitais, em geral, possuem um questionário padrão que normalmente é aplicado para avaliar a satisfação dos pacientes, mas nota-se que alguns aspectos estudados nesta dissertação não são abordados nestes questionários. O Alfa de *Cronbach* é apenas uma forma de avaliar a consistência interna do questionário, mas a validação de um questionário necessitaria de uma avaliação mais profunda do instrumento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Medical Errors: The Scope of the Problem. *Fact sheet, Publication No. AHRQ 00-P037*: Rockville, MD, 2000. Disponível em: [www.ahrq.gov/qual/errback.html](http://www.ahrq.gov/qual/errback.html).

ANDALEEB, S.S. Determinants of Customer Satisfaction With Hospitals: A Managerial Model. In: *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 11(6): 181-189, 1998.

BELL, R.; KRIVICH, M.J.; BOYD, M.S. Charting Patient Satisfaction. In: *Marketing Health Services*, Summer, vol. 17(2): 22-29, 1997.

BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. *Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*; tradução Santos, J.C.B.; revisão técnica Santini, J.E: Makron Books, São Paulo, 1994.

BINSHAN, L.; EILEEN, K. Methodological Issues in Patient Satisfaction Surveys. In: *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 8(6): 32-40, 1995.

BISOGNANO, M. New Skills Needed in Medical Leadership. In: *Quality Progress*, June, vol. 33(6): 43-47, 2000.

BOWERS, M; SWAN, J.; KOHLER, W. What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery? In: *Health Care Management Review*, vol 19(4): 49-55, 1994.

BRASIL, V.S. *Análise da Qualidade Percebida em Serviços Hospitalares Diferenciados*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Administração: Porto Alegre, BR-RS, 1994.

CAMACHO, J.L.T. *Qualidade Total para os Serviços de Saúde*: Nobel, São Paulo, 1998.

CARDELLO, D.M. Improve Patient Satisfaction With a Bit of Mystery. In: *Nursing Management*, June, vol. 32(6): 36-38, 2001.

CAREY, R.G.; LLOYD, R.C. *Measuring Quality Improvement in Healthcare. A guide to statistical process control applications*: ASQ, Milwaukee, 2001.

CASANOVA, R. Patient Satisfaction: Design and Managing your Patient's Experience. In: ASQ, ed., *53 rd Annual Quality Congress Proceedings*: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 1999.

CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. *Gestão Hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes: *École Nationale de la Santé Publique*, 235 p., 1995.

CHURCHILL JR, G.A.; PETER, J.P. Marketing- Criando Valor para os Clientes: tradução Cecília Camargo Bartalotti e Cid Knipel Moreira. São Paulo: Editora Saraiva, 2000.

CLINEFELTER, K. Future Perspectives for Healthcare Quality Professionals. In: ASQ, ed., *53 rd Annual Quality Congress Proceedings*: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 1999.

COURTS, N.F. Steps to a Patient Satisfaction Survey. In: *Nursing Management*, Sep, Vol. 26(9), 1995.

COYE, M.J. No Toyotas in Healthcare: Why Medical Care Has Not Evolved To Meet Patient's Needs. In: *Health Affairs*, Nov/Dec, vol. 20(6): 44, 2001.

CUNNINGHAM, M.C.; GARRET, K.E. Practical Applications of Quality Improvement Tools in Healthcare: Run Charts, Pareto Charts and Cause-and-Effect Diagrams. In: ASQ, ed., *53 rd Annual Quality Congress Proceedings*: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 1999.

FORD, R.; BACH, S.; FOTTLER, M. Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations. In: *Health Care Management Review*, vol. 22(2): 49-55, 1997.

HARBARGER, C.W. Close Encounters of the Customer Service Kind. In: *Health Executive*, Mar/Apr, vol. 15(2): 62-63, 2000.

HAYES, B.E. *Measuring Customer Satisfaction*, 2ª ed. American Society for Quality: Milwaukee, WI, 278 p., 1998.

JUN, M; PETERSON, R. T.; ZSIDISIN, G. A. The Identification and Measurement of Quality Dimensions in Health Care: Focus Group Interview Results. In: *Health Care Management Review*, vol. 23 (4): 81-96, 1998.

KALDENBERG, D.O. Patient Satisfaction and the Role of Choice. In: *Marketing Health Services*, Fall, vol. 19(3): 39-42, 1999.

LAM, S.S.K. SERVQUAL: A Tool for Measuring Patient's Opinions of Hospital Service Quality in Hong Kong. In: *Total Quality Management*, vol. 8 (4): 145-152, 1997.

MATTAR, F.N. *Pesquisa de Marketing*, 3ª ed., vol.1. São Paulo: Atlas, 1996.

MEZOMO, J. C. *Qualidade Hospitalar: Reinventando a Administração do Hospital*. São Paulo: Cedas, 224 p., 1992.



MIRSHAWKA, V. *Hospital: Fui Bem Atendido – A Vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 422 p., 1994.

MITCHELL, M.L.; JOLLEY, J.M. *Research Design Explained*, 3<sup>a</sup> ed., USA: Harcourt Brace & Company, 1996.

NERINA, L.J.; GRIFFIN, M.A. Linking Client and Employee Perceptions of the Organization: A Study of Client Satisfaction with Health Care Services. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 71: 81-96, 1998.

NOLAN, T. W. Understanding Medical Systems. In: *Annals of Internal Medicine*, February, vol. 128 (4): 293-298, 1998.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. *Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais*. Washington: Opas, 108 p., 1994.

OMACHONU, V. K. *Total Quality and Productivity Management in Health Care Organizations*. American Society for Quality Control and Industrial Engineering and Management Press, 298 p., 1991.

OSWALD, S.L.; TURNER, D.E.; SNIPES, R.L.; BUTLER, D. Quality Determinants and Hospital Satisfaction. In: *Marketing Health Services*, Spring, vol. 18(1): 18-22, 1998.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. In: *Journal of Retailing*, vol. 64(1): 12-40, 1988.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. In: *Journal of Marketing*, vol. 49(4): 41-50, 1985.

PERES, L.A. Breve História das Políticas de Saúde deste Século no Brasil, 2001. No site *Hospital Virtual Brasileiro*. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>

PLSEK, P.E. Complexity and Quality: New Models for the New Century. In: ASQ, ed., *54<sup>rd</sup> Annual Quality Congress Proceedings*: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 2000.

RIBEIRO, J.L.D.; ECHEVESTE, M.E.; DANILEVICZ, A.M.F. *A Utilização do QFD na Otimização de Produtos, Processos e Serviços*. Série Monográfica Qualidade. Fundação Empresa Escola de Engenharia da Produção. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, BR-RS, 2001.

ROSS, J. P. Keeping the Focus on Satisfaction. In: *Healthcare Executive*, Nov/Dec, vol.16(6): 62-63, 2001.

ROTERMUND, M.D.G. *Percepção de Qualidade de Serviço, Um Estudo Exploratório Sobre a Percepção da Qualidade do Serviço Hospitalar*. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Administração: Porto Alegre, BR-RS, 1993.

RYDMARKER, S. B.; ANDERSON, E.; NORSTROM, C.; AHLGREN, Y.; BRORSSON, K. Engagement of Medical and Nursing Professionals in Quality Improvement. In: ASQ, ed., *51 rd Annual Quality Congress Proceedings*: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 1997.

SCHYVE, P.M. Standardizing Quality Evaluation. In: ASQ, ed., *51 rd Annual Quality Congress Proceedings*: Milwaukee, WI: American Society for Quality, 1997.

SINAY, T. Access to Quality Health Services: Determinants of Access. In: *Journal of Health Care Finance*, Summer, vol. 28(4): 58-68, 2002.

SOWERS, V.; DUFFY, J. A., KILBOURNE, W.; KOHERS, G.; JONES, P. The Dimensions of Service Quality for Hospitals: Development and use of the KQCAH scale. In: *Health Care Managers Review*, Spring, vol. 26(2): 47-59, 2001.

SPICER, J. How to Measure Patient Satisfaction. In: *Quality Progress*, vol. 35 (2): 97-98, 2002.

TAPPAN, F. M. *Administração Hospitalar*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 176 p., 1976.

TAYLOR, S.A.; CRONIN, J.J.J. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. In: *Journal of Marketing*, Jul, vol. 56(3): 55-66, 1992.

TAYLOR, S.A.; CRONIN, J.J.J. Modeling Patient Satisfaction and Service Quality. In: *Journal of Health Care Marketing*, vol. 14(1): 34-47, 1994.

TAYLOR, S. A. Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing. In: *Hospital & Health Services Administration*, vol 39(2): 221-236, 1994.

TURNER, P.D.; POL, L.G. Beyond Patient Satisfaction. In: *Journal of Health Care Marketing*, Fall, vol. 15(3): 45-60, 1995.

WILSON, E.; WRAGG, T. "We Cannot Diagnose the Patient's Illness... But Experience Tells us What Treatment Works". In: *International Journal of Market Research*, vol. 43(2): 189-215, 2001.

**ANEXO A- INSTRUMENTO KQCAH (KEY QUALITY CHARACTERISTICS  
ASSESSMENT FOR HOSPITALS)**

**We need to know about your recent experience with XXX XXX XXX Hospital. Please read each statement and circle the number which corresponds to your level of agreement or disagreement.**

	<b>Strongly Not Agree</b>		<b>Neutral</b>		<b>Strongly Disagree</b>		<b>Appl.</b>	
1. The staff responded to my requests in a friendly way	7	6	5	4	3	2	1	N/A
2. Overall, the staff was pleasant to deal with	7	6	5	4	3	2	1	N/A
3. The staff were cheerful and smiling	7	6	5	4	3	2	1	N/A
4. The staff were courteous to me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
5. The staff treated me with respect	7	6	5	4	3	2	1	N/A
6. The staff were very friendly	7	6	5	4	3	2	1	N/A
7. The staff provided for my needs before I asked	7	6	5	4	3	2	1	N/A
8. Overall, the hospital staff treated me with respect	7	6	5	4	3	2	1	N/A
9. The staff paid attention to me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
10. The staff went out of their way to help me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
11. The staff appeared interested in me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
12. The staff were very patient in attending to my needs	7	6	5	4	3	2	1	N/A
13. When I had a complaint, it was handled quickly	7	6	5	4	3	2	1	N/A
14. The staff had a positive attitude	7	6	5	4	3	2	1	N/A
15. The staff showed me where the things I needed would be	7	6	5	4	3	2	1	N/A
16. Overall, the staff went out of their way to help me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
17. The staff was very reassuring	7	6	5	4	3	2	1	N/A
18. Overall, the staff respected my rights as a person	7	6	5	4	3	2	1	N/A
19. Overall, the staff responded to my needs	7	6	5	4	3	2	1	N/A
20. The staff listened to me about my needs	7	6	5	4	3	2	1	N/A
21. My needs were attended to quickly	7	6	5	4	3	2	1	N/A
22. My personal privacy was protected	7	6	5	4	3	2	1	N/A
23. I knew my caregivers' names	7	6	5	4	3	2	1	N/A
24. I did not have to wait for the things I needed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
25. Caregivers gave me information I needed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
26. I did not have to wait long to check in	7	6	5	4	3	2	1	N/A
27. I was told about the necessary home care when I left	7	6	5	4	3	2	1	N/A
28. When being discharged, they considered what I could do	7	6	5	4	3	2	1	N/A
29. Overall, moving from the hospital to home went well	7	6	5	4	3	2	1	N/A
30. Overall, the hospital staff did their jobs very well	7	6	5	4	3	2	1	N/A
31. All preparations for discharge were handled well	7	6	5	4	3	2	1	N/A
32. The necessary care was there when I returned home	7	6	5	4	3	2	1	N/A
33. I was allowed to take part in decisions about my care	7	6	5	4	3	2	1	N/A
34. I was not left without care when I moved home	7	6	5	4	3	2	1	N/A

	<b>Strongly Agree</b>		<b>Neutral</b>			<b>Strongly Disagree</b>		<b>Not</b>
	<b>Appl.</b>							
35. They told me all the things I needed to know	7	6	5	4	3	2	1	N/A
36. Overall, the staff seemed to care about my condition	7	6	5	4	3	2	1	N/A
37. Overall, the hospital staff was very professional	7	6	5	4	3	2	1	N/A
38. When I was in pain, they tried to control it	7	6	5	4	3	2	1	N/A
39. I was able to stay in contact with the hospital easily	7	6	5	4	3	2	1	N/A
40. Overall, the staff was very competent	7	6	5	4	3	2	1	N/A
41. They handled me gently	7	6	5	4	3	2	1	N/A
42. The facilities were very clean	7	6	5	4	3	2	1	N/A
43. The facilities were comfortable	7	6	5	4	3	2	1	N/A
44. Overall, the services I needed were available	7	6	5	4	3	2	1	N/A
45. Overall, the facilities were very good	7	6	5	4	3	2	1	N/A
46. The staff was appropriately dressed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
47. I did not have to fill out many forms at check-in	7	6	5	4	3	2	1	N/A
48. The facilities were very attractive	7	6	5	4	3	2	1	N/A
49. The facilities allowed for personal privacy	7	6	5	4	3	2	1	N/A
50. I was able to communicate with the staff	7	6	5	4	3	2	1	N/A
51. It was quiet enough for me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
52. The hospital had everything I needed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
53. I felt they really wanted me to get well	7	6	5	4	3	2	1	N/A
54. My personal items were taken care of well	7	6	5	4	3	2	1	N/A
55. The lights were at an appropriate level	7	6	5	4	3	2	1	N/A
56. I felt that my needs were kept confidential	7	6	5	4	3	2	1	N/A
57. I was given information quickly by doctors	7	6	5	4	3	2	1	N/A
58. The doctors gave me information I needed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
59. Doctors informed me about the outcome of procedures	7	6	5	4	3	2	1	N/A
60. The doctors were available to me when needed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
61. Overall, I was given all the information I needed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
62. They told my family what they needed to know	7	6	5	4	3	2	1	N/A
63. Financial counselors gave me information I needed	7	6	5	4	3	2	1	N/A
64. Overall, my hospital bill was handled well	7	6	5	4	3	2	1	N/A
65. My bill was in line with the service provided to me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
66. I was able to understand my bill	7	6	5	4	3	2	1	N/A
67. A staff member was available to explain my bill to me	7	6	5	4	3	2	1	N/A
68. Any complaints I had about the bill were handled well	7	6	5	4	3	2	1	N/A
69. Overall, the food service was very good	7	6	5	4	3	2	1	N/A
70. Meals were served at the proper temperature	7	6	5	4	3	2	1	N/A
71. Meals tasted good	7	6	5	4	3	2	1	N/A
72. Meals were served on time	7	6	5	4	3	2	1	N/A
73. Dirty dishes were removed promptly	7	6	5	4	3	2	1	N/A
74. My first contact with the staff made me comfortable	7	6	5	4	3	2	1	N/A
75. There were many different types of people on the staff	7	6	5	4	3	2	1	N/A

What type of patient were you?

Medical    Surgical    OB/GYN    Pediatric    Other

Length of stay \_\_\_\_\_ days   Your age \_\_\_\_\_   Your gender   M   F

Date of stay \_\_\_\_\_   Room number \_\_\_\_\_

**Comments and Suggestions**

Did we forget to ask you something important about your visit?

---

---

---

---

Please explain any problems/questions which were not taken care of to your satisfaction.

---

---

---

---

Optional

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Telephone (daytime)   (   )   \_\_\_\_\_

Space for hospital logo







**13. Dê uma nota de 1 a 10 para a sua satisfação em relação aos serviços prestados na Internação deste hospital:**

**14. Ordene os itens por importância, sendo (1) o item mais importante e (6) o item menos importante (não pode repetir um mesmo número) em relação a qualidade dos serviços do hospital.**

	Acesso ao hospital e suas instalações
	Aspectos Físicos adequados
	Tempo de resposta às solicitações do paciente
	Competência das equipes médica/enfermagem
	Colaboração entre os funcionários
	Cortesia dos funcionários
	Comunicação equipe médica - paciente
	Segurança
	Entendimento/Conhecimento do paciente
	Carinho dos funcionários
	Resultados apresentados após intervenção médica
	Confiabilidade nos procedimentos do hospital
	Credibilidade do hospital e funcionários

**15. Agora gostaríamos de alguns dados sobre você:**

Sexo: Masc. ( ) Fem ( )

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Plano de Saúde: Sim ( ) Não ( )

Nível de Escolaridade:

( ) Até 1º grau incompleto

( ) 1º grau completo/2º grau incompleto

( ) 2º grau completo/superior incompleto

( ) No mínimo superior completo

Voltaria a ser atendido neste hospital? ( ) Sim ( ) Não



**APÊNDICE B – PERCENTUAIS DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DE ACORDO COM O HOSPITAL**

**TABELA 1 – RELACIONAMENTO ENTRE HOSPITAIS E SEXO DO PACIENTE**

Hospital	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Público	40	38,1	65	61,9
Particular	42	42,0	58	58,0

**TABELA 2 – RELACIONAMENTO ENTRE HOSPITAIS E FAIXA ETÁRIA DOS PACIENTES**

Hospital	Faixa Etária					
	Jovens (18-30 anos)		Adultos (31-60 anos)		Idosos (acima de 60 anos)	
	n	%	n	%	n	%
Público	29	27,6	54	51,4	22	21,0
Particular	20	20,0	46	46,0	34	34,0

**TABELA 3 – RELACIONAMENTO ENTRE HOSPITAIS E NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS PACIENTES**

Hospital	Nível de escolaridade							
	Até 1º grau incompleto		1º grau completo/2º grau incompleto		2º grau completo/supe- rior incompleto		No mínimo superior completo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Público	49	46,7	24	22,9	31	29,5	1	1,0
Particular	12	12,0	24	24,0	40	40,0	24	24,0

## APÊNDICE C – TABELAS RELACIONADAS COM O HOSPITAL PÚBLICO

**TABELA 1- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *ACESSO***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Facilidade de acesso pelo telefone	16	35	67	8,64 ± 1,66
Disponibilidade de estacionamento	17	31	65	7,16 ± 2,48
Sinalização dentro/fora do hospital	5	10	20	8,39 ± 1,66
Tempo de espera para ser atendido na recepção	65	27	157	8,15 ± 1,97

**TABELA 2- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *TANGÍVEIS***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Limpeza das instalações	23	10	56	8,84 ± 1,71
Conforto das instalações	7	16	30	9,09 ± 1,33
Serviço de Quarto	7	11	25	9,09 ± 1,23
Modernidade dos equipamentos	38	15	91	9,14 ± 1,50
Disponibilidade de equipamentos	16	38	70	9,17 ± 1,34
Aparência dos funcionários	7	6	20	9,25 ± 1,08
Facilidades disponíveis no hospital	5	7	17	8,10 ± 2,00

**TABELA 3- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *RESPONSIVIDADE***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Prazo de agendamento para os serviços solicitados	55	20	130	8,06 ± 2,16
Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades	37	49	123	8,29 ± 1,89
Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações	11	32	54	8,63 ± 1,67

**TABELA 4 - IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES *COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados	66	35	167	9,53 ± 0,84
Colaboração entre os membros da equipe	35	66	136	9,54 ± 0,90

**TABELA 5- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *CORTESIA***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Educação dos funcionários	48	35	131	9,27 ± 1,23
Simpatia dos profissionais contatados	11	27	49	9,22 ± 1,16
Disposição dos funcionários	43	40	126	9,25 ± 1,17

**TABELA 6- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
COMUNICAÇÃO**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Identificação dos profissionais da equipe médica	16	4	36	9,01 ± 1,36
Explicação do serviço a ser realizado	17	8	42	9,02 ± 1,37
Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento	10	18	38	8,75 ± 1,59
Informação sobre os resultados dos procedimentos	13	13	39	9,03 ± 1,51
Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital	10	42	62	9,34 ± 1,09
Facilidade de contatar o médico quando necessário	50	36	136	9,01 ± 1,66

**TABELA 7- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO SEGURANÇA**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Respeito à privacidade pessoal do paciente	50	36	136	9,19 ± 1,09
Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares	8	19	35	8,64 ± 1,97
Segurança física	43	45	131	9,25 ± 1,38

**TABELA 8- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
ENTENDER/CONHECER O PACIENTE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital	16	23	55	9,11 ± 1,15
Aprendizado das necessidades específicas do paciente	50	25	125	9,00 ± 1,38
Atenção individualizada ao paciente	34	52	120	9,11 ± 1,31

**TABELA 9- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO CARINHO**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente	63	26	152	9,47 ± 1,07
Compreensão dos profissionais contatados perante a condição física/emocional do paciente	19	32	70	9,41 ± 0,95
Carinho das equipes médica/enfermagem para com o paciente	17	41	75	9,48 ± 0,93

**TABELA 10- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
RESULTADOS DO PACIENTE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais	27	11	65	9,02 ± 1,48
Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença	19	54	92	9,24 ± 1,51
Cura/melhora do problema detectado	54	35	143	9,15 ± 1,24

**TABELA 11 - IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
CONFIABILIDADE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Ações do hospital em relação ao que foi informado	24	22	70	9,15 ± 1,32
Respeito aos pacientes	36	45	117	9,38 ± 1,07
Pontualidade na prestação dos serviços	40	30	110	9,00 ± 1,30
Precisão no fechamento da conta	-	3	3	9,26 ± 1,19

**TABELA 12- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
CREDIBILIDADE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Imagem do hospital	20	21	61	9,57 ± 0,84
Características pessoais dos profissionais contatados	18	56	92	9,40 ± 0,92
Frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem	60	21	141	9,40 ± 0,95

**TABELA 13- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES DA  
QUALIDADE HOSPITALAR**

Dimensões	Importância						Total Ponderado	Satisfação
	1º (n)	2º (n)	3º (n)	4º (n)	5º (n)	6º (n)		Média ± DP
<i>Acesso</i>	7	3	-	2	3	5	74	8,04 ± 1,71
<i>Tangíveis</i>	-	1	1	1	2	1	17	8,99 ± 1,30
<i>Responsividade</i>	8	8	8	6	6	7	157	8,26 ± 1,74
<i>Competência</i>	46	11	15	9	6	6	436	9,53 ± 0,84
<i>Colaboração</i>	-	4	5	7	2	4	69	9,54 ± 0,90
<i>Cortesia</i>	1	4	5	2	5	2	64	9,24 ± 1,13
<i>Comunicação</i>	4	22	7	12	13	12	236	9,05 ± 1,20
<i>Segurança</i>	5	4	15	11	17	8	185	9,07 ± 1,21
<i>Entendimento/conhecimento do paciente</i>	1	3	4	6	2	13	72	9,09 ± 1,21
<i>Carinho</i>	5	2	4	7	13	10	113	9,46 ± 0,86
<i>Resultados do paciente</i>	14	11	12	11	10	11	251	9,13 ± 1,29
<i>Confiabilidade</i>	6	21	12	16	14	7	272	9,17 ± 1,09
<i>Credibilidade</i>	5	7	13	11	8	15	181	9,46 ± 0,78

**TABELA 14- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO ACESSO**

Itens	Pontuação ( I / S )
	Média ± DP
Facilidade de acesso pelo telefone	0,208 ± 0,295
Disponibilidade de estacionamento	0,340 ± 0,432
Sinalização dentro/fora do hospital	0,156 ± 0,049
Tempo de espera para ser atendido na recepção	0,247 ± 0,223

**TABELA 15- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO TANGÍVEIS**

Itens	Pontuação ( I / S )
	Média ± DP
Limpeza das instalações	0,290 ± 0,346
Conforto das instalações	0,139 ± 0,057
Serviço de Quarto	0,164 ± 0,076
Modernidade dos equipamentos	0,193 ± 0,082
Disponibilidade de equipamentos	0,141 ± 0,054
Aparência dos funcionários	0,165 ± 0,047
Facilidades disponíveis no hospital	0,364 ± 0,588

**TABELA 16- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO RESPONSABILIDADE**

Itens	Pontuação ( I / S )
	Média ± DP
Prazo de agendamento para os serviços solicitados	0,267 ± 0,261
Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades	0,210 ± 0,222
Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações	0,158 ± 0,062

**TABELA 17- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO**

Itens	Pontuação ( I / S )
	Média ± DP
Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados	0,174 ± 0,053
Colaboração entre os membros da equipe	0,144 ± 0,054

**TABELA 18- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO CORTESIA**

Itens	Pontuação ( I / S )
	Média ± DP
Educação dos funcionários	0,180 ± 0,088
Simpatia dos profissionais contatados	0,146 ± 0,061
Disposição dos funcionários	0,165 ± 0,055

**TABELA 19- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *COMUNICAÇÃO***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Identificação dos profissionais da equipe médica	0,192 ± 0,049
Explicação do serviço a ser realizado	0,228 ± 0,169
Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento	0,157 ± 0,067
Informação sobre os resultados dos procedimentos	0,179 ± 0,068
Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital	0,125 ± 0,042
Facilidade de contatar o médico quando necessário	0,195 ± 0,081

**TABELA 20- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *SEGURANÇA***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Respeito à privacidade pessoal do paciente	0,173 ± 0,062
Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares	0,288 ± 0,422
Segurança física	0,182 ± 0,207

**TABELA 21- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *ENTENDER/CONHECER O PACIENTE***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital	0,155 ± 0,062
Aprendizado das necessidades específicas do paciente	0,198 ± 0,114
Atenção individualizada ao paciente	0,175 ± 0,214

**TABELA 22- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CARINHO***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente	0,183 ± 0,056
Compreensão dos profissionais contatados perante a condição física/emocional do paciente	0,144 ± 0,055
Carinho das equipes médica/enfermagem para com o paciente	0,140 ± 0,053

**TABELA 23- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *RESULTADOS DO PACIENTE***

Itens	Pontuação (I / S)
	Média ± DP
Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais	0,192 ± 0,067
Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença	0,148 ± 0,117
Cura/melhora do problema detectado	0,196 ± 0,203

**TABELA 24- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CONFIABILIDADE***

Itens	Pontuação (I / S)
	Média ± DP
Ações do hospital em relação ao que foi informado	0,173 ± 0,055
Respeito aos pacientes	0,157 ± 0,065
Pontualidade na prestação dos serviços	0,178 ± 0,072
Precisão no fechamento da conta	0,104 ± 0,006

**TABELA 25- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CREDIBILIDADE***

Itens	Pontuação (I / S)
	Média ± DP
Imagem do hospital	0,156 ± 0,048
Características pessoais dos profissionais contactados	0,131 ± 0,051
Frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem	0,187 ± 0,050

**TABELA 26 - PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR**

Dimensões	Pontuação (I / S)
	Média ± DP
<i>Acesso</i>	0,539 ± 0,408
<i>Tangíveis</i>	0,301 ± 0,156
<i>Responsividade</i>	0,480 ± 0,321
<i>Competência</i>	0,506 ± 0,182
<i>Colaboração</i>	0,349 ± 0,158
<i>Cortesia</i>	0,394 ± 0,185
<i>Comunicação</i>	0,376 ± 0,190
<i>Segurança</i>	0,347 ± 0,174
<i>Entendimento/conhecimento do paciente</i>	0,340 ± 0,458
<i>Carinho</i>	0,294 ± 0,171
<i>Resultados do paciente</i>	0,461 ± 0,587
<i>Confiabilidade</i>	0,401 ± 0,207
<i>Credibilidade</i>	0,327 ± 0,178

## APÊNDICE D – TABELAS RELACIONADAS COM O HOSPITAL PARTICULAR

**TABELA 1- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *ACESSO***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Facilidade de acesso pelo telefone	4	35	43	8,72 ± 1,34
Disponibilidade de estacionamento	21	34	76	6,36 ± 2,52
Sinalização dentro/fora do hospital	4	9	17	8,18 ± 1,53
Tempo de espera para ser atendido na recepção	70	21	161	8,08 ± 2,07

**TABELA 2- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *TANGÍVEIS***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Limpeza das instalações	23	11	57	8,56 ± 1,35
Conforto das instalações	13	25	51	8,86 ± 1,35
Serviço de Quarto	7	7	21	8,84 ± 1,12
Modernidade dos equipamentos	42	12	96	9,07 ± 1,00
Disponibilidade de equipamentos	13	36	62	8,73 ± 1,52
Aparência dos funcionários	2	8	12	9,22 ± 0,93
Facilidades disponíveis no hospital	-	1	1	8,59 ± 1,47

**TABELA 3- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *RESPONSIVIDADE***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Prazo de agendamento para os serviços solicitados	30	30	90	8,43 ± 1,47
Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades	46	43	135	8,28 ± 1,88
Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações	23	26	72	8,05 ± 1,99

**TABELA 4 - IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES *COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados	85	15	185	9,29 ± 0,86
Colaboração entre os membros da equipe	15	85	115	9,34 ± 0,86

**TABELA 5- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO *CORTESIA***

Itens	Importância			Satisfação
	1° (n)	2° (n)	Total Ponderado [(2 x 1°) + (1 x 2°)]	Média ± DP
Educação dos funcionários	40	40	120	9,31 ± 1,12
Simpatia dos profissionais contatados	7	32	46	9,36 ± 0,86
Disposição dos funcionários	53	28	134	9,23 ± 1,18



**TABELA 6- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
COMUNICAÇÃO**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Identificação dos profissionais da equipe médica	11	5	27	9,03 ± 1,01
Explicação do serviço a ser realizado	13	14	40	8,89 ± 1,17
Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento	12	16	40	8,77 ± 1,19
Informação sobre os resultados dos procedimentos	10	16	36	8,94 ± 1,12
Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital	2	37	41	9,06 ± 1,06
Facilidade de contatar o médico quando necessário	51	11	113	9,16 ± 1,08

**TABELA 7- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO SEGURANÇA**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Respeito à privacidade pessoal do paciente	75	14	164	9,08 ± 1,22
Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares	2	32	36	9,02 ± 1,15
Segurança física	21	51	93	9,19 ± 1,19

**TABELA 8- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
ENTENDER/CONHECER O PACIENTE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital	17	12	46	8,90 ± 0,92
Aprendizado das necessidades específicas do paciente	39	40	118	8,75 ± 1,10
Atenção individualizada ao paciente	43	47	136	8,87 ± 1,21

**TABELA 9- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO CARINHO**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente	61	23	145	9,20 ± 1,14
Compreensão dos profissionais contatados perante a condição física/emocional do paciente	14	39	67	9,07 ± 1,32
Carinho das equipes médica/enfermagem para com o paciente	23	37	86	9,21 ± 1,16

**TABELA 10- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
RESULTADOS DO PACIENTE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais	21	17	59	8,89 ± 1,14
Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença	33	45	111	9,18 ± 0,87
Cura/melhora do problema detectado	46	36	128	9,00 ± 1,07

**TABELA 11 - IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
CONFIABILIDADE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Ações do hospital em relação ao que foi informado	7	14	28	9,15 ± 1,32
Respeito aos pacientes	45	39	129	9,38 ± 1,07
Pontualidade na prestação dos serviços	43	38	124	9,00 ± 1,30
Precisão no fechamento da conta	2	7	11	9,26 ± 1,19

**TABELA 12- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM A DIMENSÃO  
CREDIBILIDADE**

Itens	Importância			Satisfação
	1º (n)	2º (n)	Total Ponderado [(2 x 1º) + (1 x 2º)]	Média ± DP
Imagem do hospital	17	14	48	9,14 ± 1,20
Características pessoais dos profissionais contatados	14	63	91	9,21 ± 0,94
Frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem	66	20	152	9,27 ± 1,26

**TABELA 13- IMPORTÂNCIA E SATISFAÇÃO RELACIONADAS COM AS DIMENSÕES DA  
QUALIDADE HOSPITALAR**

Dimensões	Importância						Total Ponderado	Satisfação
	1º (n)	2º (n)	3º (n)	4º (n)	5º (n)	6º (n)		Média ± DP
<i>Acesso</i>	6	5	1	2	2	7	82	7,74 ± 1,65
<i>Tangíveis</i>	-	2	-	2	4	1	25	8,86 ± 1,03
<i>Responsividade</i>	9	9	10	5	7	10	178	8,26 ± 1,75
<i>Competência</i>	49	24	7	8	5	3	479	9,29 ± 0,86
<i>Colaboração</i>	-	3	4	6	4	4	61	9,34 ± 0,86
<i>Cortesia</i>	1	2	7	3	3	3	62	9,30 ± 1,08
<i>Comunicação</i>	4	15	14	16	11	9	234	9,01 ± 0,99
<i>Segurança</i>	-	1	2	5	5	9	47	9,10 ± 1,08
<i>Entendimento/conhecimento do paciente</i>	-	4	7	10	14	6	112	8,87 ± 0,97
<i>Carinho</i>	4	7	7	5	9	14	134	9,15 ± 1,22
<i>Resultados do paciente</i>	15	11	15	10	10	6	261	9,04 ± 0,92
<i>Confiabilidade</i>	9	12	18	11	12	12	255	8,89 ± 1,30
<i>Credibilidade</i>	3	5	8	17	14	16	170	9,24 ± 1,06

**TABELA 14- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO ACESSO**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Facilidade de acesso pelo telefone	0,131 ± 0,050
Disponibilidade de estacionamento	0,340 ± 0,321
Sinalização dentro/fora do hospital	0,164 ± 0,082
Tempo de espera para ser atendido na recepção	0,286 ± 0,335

**TABELA 15- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO TANGÍVEIS**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Limpeza das instalações	0,194 ± 0,057
Conforto das instalações	0,195 ± 0,305
Serviço de Quarto	0,165 ± 0,063
Modernidade dos equipamentos	0,203 ± 0,059
Disponibilidade de equipamentos	0,159 ± 0,083
Aparência dos funcionários	0,128 ± 0,050
Facilidades disponíveis no hospital	0,111 ± 0,000

**TABELA 16- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO RESPONSABILIDADE**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Prazo de agendamento para os serviços solicitados	0,193 ± 0,084
Tempo de espera para o atendimento de suas necessidades	0,217 ± 0,217
Tempo de resolução do hospital em relação às suas reclamações	0,225 ± 0,170

**TABELA 17- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES COMPETÊNCIA E COLABORAÇÃO**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Conhecimento e habilidade dos profissionais contatados	0,202 ± 0,044
Colaboração entre os membros da equipe	0,124 ± 0,042

**TABELA 18- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO CORTESIA**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Educação dos funcionários	0,172 ± 0,111
Simpatia dos profissionais contatados	0,126 ± 0,043
Disposição dos funcionários	0,183 ± 0,063

**TABELA 19- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *COMUNICAÇÃO***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Identificação dos profissionais da equipe médica	0,182 ± 0,052
Explicação do serviço a ser realizado	0,162 ± 0,063
Participação do paciente nas decisões sobre o seu tratamento	0,162 ± 0,066
Informação sobre os resultados dos procedimentos	0,165 ± 0,061
Informação sobre os cuidados necessários após a alta do hospital	0,120 ± 0,035
Facilidade de contatar o médico quando necessário	0,203 ± 0,065

**TABELA 20- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *SEGURANÇA***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Respeito à privacidade pessoal do paciente	0,209 ± 0,054
Cuidado com os objetos pessoais dos pacientes/familiares	0,126 ± 0,045
Segurança física	0,145 ± 0,070

**TABELA 21- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *ENTENDER/CONHECER O PACIENTE***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Reconhecimento do paciente que frequenta regularmente o hospital	0,181 ± 0,055
Aprendizado das necessidades específicas do paciente	0,178 ± 0,070
Atenção individualizada ao paciente	0,165 ± 0,060

**TABELA 22- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO *CARINHO***

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Demonstração de preocupação da equipe médica e de enfermagem com o estado de saúde do paciente	0,188 ± 0,055
Compreensão dos profissionais contatados perante a condição física/emocional do paciente	0,182 ± 0,265
Carinho das equipes médica/enfermagem para com o paciente	0,154 ± 0,061

**TABELA 23- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO RESULTADOS DO PACIENTE**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Tratamento sem ou com mínimos efeitos colaterais	0,180 ± 0,082
Alívio da dor e/ou angústia provocada pela doença	0,160 ± 0,060
Cura/melhora do problema detectado	0,174 ± 0,069

**TABELA 24- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO CONFIABILIDADE**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Ações do hospital em relação ao que foi informado	0,161 ± 0,097
Respeito aos pacientes	0,180 ± 0,108
Pontualidade na prestação dos serviços	0,186 ± 0,091
Precisão no fechamento da conta	0,150 ± 0,061

**TABELA 25- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM A DIMENSÃO CREDIBILIDADE**

Itens	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
Imagem do hospital	0,165 ± 0,055
Características pessoais dos profissionais contactados	0,132 ± 0,048
Frequência de visitas das equipes médica e de enfermagem	0,202 ± 0,112

**TABELA 26- PONTUAÇÃO RELACIONADA COM AS DIMENSÕES DA QUALIDADE HOSPITALAR**

Dimensões	Pontuação (I/ S)
	Média ± DP
<i>Acesso</i>	0,541 ± 0,473
<i>Tangíveis</i>	0,316 ± 0,134
<i>Responsividade</i>	0,505 ± 0,371
<i>Competência</i>	0,546 ± 0,155
<i>Colaboração</i>	0,313 ± 0,160
<i>Cortesia</i>	0,387 ± 0,244
<i>Comunicação</i>	0,381 ± 0,171
<i>Segurança</i>	0,239 ± 0,134
<i>Entendimento/conhecimento do paciente</i>	0,295 ± 0,126
<i>Carinho</i>	0,316 ± 0,193
<i>Resultados do paciente</i>	0,436 ± 0,189
<i>Confiabilidade</i>	0,400 ± 0,206
<i>Credibilidade</i>	0,298 ± 0,166