



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

ANDRÉA SILVA DUTRA TIRONES

**CIRURGIAS ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA CIDADE DO
INTERIOR DE MINAS GERAIS: OS CIDADÃOS ESTÃO SATISFEITOS?**

UBERABA - MG
2014

ANDRÉA SILVA DUTRA TIRONES

**CIRURGIAS ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA CIDADE DO
INTERIOR DE MINAS GERAIS: OS CIDADÃOS ESTÃO SATISFEITOS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

**UBERABA - MG
2014**

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte - CIP - BRASIL

Tirones, Andrea Silva Dutra
T597t Cirurgias eletivas em hospitais públicos de uma cidade do interior de Minas Gerais: os cidadãos estão satisfeitos? Andrea Silva Dutra Tirones -- 2014
128f.: fig.:tab.:graf.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Serviços de Saúde. 2. Qualidade de vida. 3. Assistência à Saúde.
I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614.39

ANDRÉA SILVA DUTRA TIRONES

**CIRURGIAS ELETIVAS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DE UMA CIDADE DO
INTERIOR DE MINAS GERAIS: OS CIDADÃOS ESTÃO SATISFEITOS?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba (MG), _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Ana Maria Laus
Universidade de São Paulo

Dedico este trabalho ao meu esposo Tiago, pelo amor, apoio e companheirismo nos momentos difíceis e à minha filha Anna Lara, que se tornou minha grande inspiração para esta caminhada.

Dedico também, aos meus pais Elmar e Alcione, pelos exemplos de fé, força, amor e honradez e cujo apoio foi fundamental na realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu pai maior, por estar presente em minha vida nos melhores e piores momentos, por trazer-me a paz e o equilíbrio necessários nos momentos de angústia, por permitir-me crer neste amor maior que move o mundo e nos dá a oportunidade de tornarmo-nos pessoas melhores todos os dias e, também, pela oportunidade de desenvolver este estudo e alcançar mais um degrau em minha caminhada.

À minha orientadora Ana Lúcia de Assis Simões, toda a minha gratidão e carinho, pela paciência, confiança, respeito e apoio nos momentos difíceis, por todo o conhecimento compartilhado e pelo exemplo de retidão e honradez.

À professora Darlene Mara dos Santos Tavares pela importante colaboração na construção deste estudo e por ter aceitado prontamente compor a banca examinadora deste trabalho.

À professora Ana Maria Laus pela gentileza, pela disponibilidade e por ter aceitado participar da banca examinadora deste trabalho.

Ao professor doutor Vanderlei José Haas pelos ensinamentos tão pertinentes, pela disponibilidade e prontidão em orientar-me sempre que necessário, pela tranquilidade transmitida mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo Tiago de Oliveira Tirones, meu amor, meu amigo, meu irmão, pela compreensão nos momentos de ausência, mesmo começando uma vida ao meu lado, mas também pelo companheirismo, pelo apoio e pelo incentivo demonstrado durante este período.

À minha filha Anna Lara, nascida durante a realização deste estudo, que mesmo tão pequena mudou minha vida e proporcionou meu crescimento interior.

Aos meus pais, Elmar e Alcione, meus maiores exemplos de fé, de força, de perseverança, de amor e de companheirismo. Por estarem sempre ao meu lado com todo o apoio, carinho e dedicação possíveis para permitir esta vitória.

Aos meus irmãos Anderson Leonel Dutra e Andreza Silva Dutra sempre presentes, mesmo que distantes, pelo incentivo, pela força e pela crença em minha capacidade.

À minha querida amiga Joyce Mara Gabriel Duarte pelo incentivo fundamental para que eu abraçasse essa jornada e hoje esteja chegando à sua conclusão.

À amiga Helga Marízia Soares, companheira de todos os momentos, sempre carinhosa e prestativa durante essa caminhada.

À amiga Adriana Paula da Silva por compartilhar experiências, pelo incentivo e pelo apoio nos momentos de dificuldade e de dúvida.

À amiga Marli Aparecida Reis Coimbra pelo equilíbrio, pelo discernimento, pelo profissionalismo e pelo incentivo.

À amiga Ellen Cristina Vargas Oliveira pela amizade, pela alegria e pelo bom humor dispensado em todos os momentos compartilhados.

A toda equipe de professores do quadro permanente do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde pelo aprendizado e pelo conhecimento compartilhado.

A toda a equipe de apoio do Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde pelas dúvidas solucionadas, pelo auxílio nos momentos de necessidade e por se mostrarem sempre prestativas.

À direção do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por se interessarem pelo estudo e tornarem possível sua realização.

À equipe do Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas da UFTM, em especial da Sala de Pesquisa em Prontuários representada pelas profissionais Joelma e Salete, sempre prontas a atender e auxiliar nas pesquisas.

À equipe do Serviço de Faturamento do Hospital de Clínicas da UFTM, em especial ao Allan pelo espaço cedido e pela simpatia no atendimento durante a pesquisa de prontuários.

À equipe do Serviço de Admissão do Hospital de Clínicas da UFTM, pela disponibilidade e pelo auxílio na localização dos participantes da pesquisa.

À equipe do Serviço de Internação do Hospital de Clínicas da UFTM, em especial à Cacilda e à Julidete, pelo apoio operacional e pela disponibilização do local para realização das entrevistas.

À direção do Hospital Universitário da Universidade de Uberaba por disponibilizarem o acesso ao espaço hospitalar e tornarem possível a realização deste estudo.

À equipe do Serviço de Arquivo Médico do Hospital Universitário da Universidade de Uberaba pela colaboração durante o período de coleta de dados.

À equipe do Serviço de Admissão do Hospital Universitário da Universidade de Uberaba, pela simpatia, pelo interesse e pelo auxílio na localização dos participantes da pesquisa.

Aos colegas do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Gerenciamento na Enfermagem e na Saúde pelo apoio, pelo interesse e pela disponibilidade em ajudar.

À colega Nara pelo apoio e pela colaboração na coleta dos dados para a realização deste estudo.

Aos cidadãos que aceitaram participar deste estudo e colaborar com sua realização.

A todos que de algum modo estiveram inseridos nesse processo e colaboraram para que o trabalho fosse realizado, meus agradecimentos.

“Pensamos em demasia e sentimos bem pouco. Mais do que de máquinas, precisamos de humanidade. Mais do que de inteligência, precisamos de afeição e doçura. Sem essas virtudes, a vida será de violência e tudo será perdido.”

Charles Chaplin

RESUMO

TIRONES, Andréa Silva Dutra. **Cirurgias eletivas em hospitais públicos de uma cidade do interior de Minas Gerais: os cidadãos estão satisfeitos?** 2014. 128f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

A qualidade do atendimento ao cidadão, assim como a importância da qualidade na assistência à saúde enquanto fator de melhoria e fortalecimento dos princípios democráticos previstos na Constituição é instrumento importante e objetivo certo dos programas de gestão cada vez mais exigidos na administração dos sistemas de saúde. O enfoque específico na satisfação do cidadão procura identificar as lacunas do sistema que impedem que a voz do usuário seja ouvida como componente importante da política nacional de atenção à saúde proposta quando da criação do SUS. Este trabalho teve como objetivo avaliar e descrever o nível de satisfação dos usuários cirúrgicos dos hospitais gerais públicos do município de Uberaba. Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, seccional e prospectiva, utilizando abordagem quantitativa, realizado com 228 cidadãos em dois hospitais que atendem pacientes cirúrgicos por meio do Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) sob parecer nº 2527. Os dados foram coletados com os cidadãos que foram internados nos hospitais para realização de procedimento cirúrgico eletivo, utilizando o questionário SERVQUAL, traduzido e validado para o idioma português, Brasil. O instrumento de coleta de dados era constituído de variáveis sócio-demográficas, clínicas, cinco dimensões distribuídas em 44 itens relacionados à expectativa e à percepção do atendimento recebido, e um questionário para identificação de evidências de depressão ou ansiedade, *Hospitalar Anxiety and Depression* (HAD). Para analisar os dados utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). As variáveis qualitativas foram analisadas segundo estatística descritiva e as quantitativas por meio da análise das medidas descritivas de centralidade e dispersão. O cálculo da satisfação, sob a ótica dos cidadãos cirúrgicos, foi realizado por meio da diferença entre os escores da expectativa e da percepção dos cidadãos em relação ao atendimento recebido de modo geral e para cada um dos domínios do instrumento. Para análise bivariada da influência das variáveis categóricas sobre as dimensões

do SERVQUAL utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Para análise bivariada da influência das variáveis quantitativas utilizou-se a correlação de *Spearman*. Para identificar as variáveis preditoras sobre as dimensões do SERVQUAL utilizou-se a regressão linear múltipla, que teve como desfecho principal o escore geral de satisfação ($\alpha=0,01$). Verificou-se que a maioria dos cidadãos que participaram da pesquisa era do sexo feminino (59,2%), situados na faixa etária entre 30 e 59 anos (50,9%) com nível de escolaridade fundamental (34,2%), média de 7,27 anos de estudos, casados (44,3%) e com renda de 1 a 2 salários mínimos (32,5%). Quanto ao procedimento cirúrgico, os cidadãos foram submetidos aos procedimentos de porte intermediário (49,6%), na especialidade de ortopedia (18,9%), o risco cirúrgico dos mesmos era do tipo ASA I (48%), os procedimentos duraram em média 1 a 2 horas (68,4%) e o período de internação foi de 2 a 3 dias (53,5%). Nesta amostra 12 cidadãos (5,3%) apresentaram algum tipo de evento adverso, 12 cidadãos (5,3%) tiveram o procedimento cirúrgico adiado dentro da mesma internação e 13 cidadãos (5,7%) tiveram o procedimento cirúrgico cancelado. O escore geral de satisfação proporcionado pelo instrumento foi $\bar{x} = -0,12$ ($s=0,44$). Em relação à expectativa apresentada pelos cidadãos quanto aos serviços de saúde oferecidos pelas instituições hospitalares para os procedimentos cirúrgicos percebe-se que o escore geral de expectativa foi de $\bar{x} = 6,77$ ($s=0,28$) e mediana= 6,85, demonstrando um alto nível de expectativa em geral. Na análise da percepção que os cidadãos tiveram sobre os serviços de cirurgia oferecidos pelas instituições observa-se que o escore geral de percepção foi de $\bar{x} = 6,64$ ($s=0,41$) e mediana= 6,74 demonstrando boa percepção relativa aos serviços oferecidos, embora ainda menor que a expectativa. Ao analisar-se a importância que o cidadão confere a cada dimensão, observa-se que a dimensão mais importante em sua opinião é a confiabilidade ($\bar{x} = 29,67$). Em relação às potencialidades e fragilidades que os hospitais apresentam, após verificar associação entre as dimensões e as instituições em estudo percebe-se que o Hospital A conseguiu atender ou se aproximar da expectativa de seus clientes em relação à empatia. Quanto às potencialidades e fragilidades das instituições hospitalares, percebe-se que o Hospital A apresentou os melhores escores em relação às dimensões empatia e responsividade. Já o Hospital B foi mais bem avaliado em relação à confiabilidade, à segurança e na avaliação geral do serviço. As variáveis que apresentaram relação estatisticamente significativa na análise bivariada foram: a instituição hospitalar, o cancelamento de procedimentos cirúrgicos

e a escolaridade. Na análise multivariada realizada a partir da regressão linear múltipla as variáveis preditoras foram: a escolaridade, para as dimensões confiabilidade, responsividade e a instituição para a dimensão empatia. A satisfação dos cidadãos com a assistência hospitalar é fundamental para o desenvolvimento das instituições e todas as dimensões devem ser adequadamente valorizadas. Os resultados aqui disponibilizados podem auxiliar as gerências das instituições no processo de conscientização sobre os focos de insatisfação e assim planejar intervenções que possam minimizar ou eliminar os motivos da não satisfação dos mesmos.

Palavras chave: Satisfação do usuário. Qualidade da assistência à saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

TIRONES, Andréa Silva Dutra. **Elective surgery at public hospitals of a city in Minas Gerais: the citizens are satisfied?** 2014. 128f. Dissertation (Masters in Health Care) - Postgraduate Program in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba, 2014.

The quality of services provided to citizens, as well as the importance of quality in health care while improving and strengthening democratic principles foreseen in the Constitution is an important factor and certain objective instrument of management programs increasingly required in the administration of health systems. The specific focus on citizen satisfaction aims to identify system *gaps* that prevent that the user's opinion is heard as an important component of national policy on health care proposal when creating the NHS. This study aimed to assess and describe the level of satisfaction of users of public general surgical hospitals in the city of Uberaba. This is an observational, cross-sectional, sectional and prospective study, using a quantitative approach, conducted with 228 citizens in two hospitals treating surgical patients through the National Health System. This research was approved by the Ethics Committee in Research of the Federal University of Triangulo Mineiro (UFTM) registered as number 2527. Data were collected with citizens who were interned in hospitals to perform elective surgical procedure, using the SERVQUAL Questionnaire, translated and validated for the Portuguese language, Brazil. The data collection instrument consisted of demographic variables, clinical partner, five dimensions distributed on 44 items related to the expectation and perception of care received, and a questionnaire to identify evidence of depression or anxiety, Hospital Anxiety and Depression (HAD). To analyze the data we used the Statistical Package for Social Sciences. The qualitative variables according to descriptive and quantitative analysis through the descriptive measures of centrality and dispersion statistics were analyzed. The calculation of satisfaction from the perspective of surgical citizens, was held by the difference between the scores of expectation and perception of citizens in relation to care received in general and for each of the areas of the instrument. For bivariate analysis of the influence of categorical variables on the dimensions of SERVQUAL used the Mann-Whitney test. For bivariate analysis of the influence of quantitative variables we used the

Spearman correlation. To identify the predictor variables on the dimensions of SERVQUAL used the multiple linear regression, in which the main outcome overall satisfaction score ($\alpha = 0.01$). It was found that the majority of citizens surveyed were female (59.2%), situated between the ages of 30 and 59 years (50.9%) with elementary education (34.2%), average of 7.27 years of schooling, married (44.3%) and earning 1-2 minimum wages (32.5%). Regarding the surgical procedure, citizens were subjected to procedures of intermediate size (49.6%) in the specialty of orthopedics (18.9%), the surgical risk was the same type ASA I (48%), the procedure lasted on average 1 to 2 hours (68.4%) and hospitalization was 2-3 days (53.5%). In this sample 12 people (5.3%) had some type of adverse event, 12 people (5.3%) had surgery postponed within the same hospital and 13 people (5.7%) had surgery canceled. The overall satisfaction score was provided by the instrument $\bar{x} = -0.12$ ($s = 0.44$). Regarding the expectation presented by citizens regarding the health services provided by hospitals for surgical procedures realizes that the overall expectation score was $\bar{x} = 6.77$ ($s = 0.28$) and median = 6.85 demonstrating a high level of expectation in general. In the analysis of the perception that citizens have about the surgery services offered by the institutions we observe that the general perception score was $\bar{x} = 6.64$ ($s = 0.41$) and median = 6.74 demonstrating good insight on of services offered, although still lower than expected. When analyzing the importance that the citizen gives each dimension, we observe that the most important dimension in your opinion is the reliability ($\bar{x} = 29.67$). Regarding the strengths and weaknesses that hospitals have, after verifying association between the dimensions and the institutions in the study we realized that Hospital A could answer or approach the expectation of its customers in empathy. As for the strengths and weaknesses of hospitals. It is noticed that the Hospital A had the best scores in relation to the dimensions empathy and responsiveness. On the other hand the Hospital B was better evaluated for reliability, safety and overall evaluation of the service. Variables that showed a statistically significant relationship in bivariate analysis were the hospital, the cancellation of surgical procedures and education. In the multivariate analysis from multiple linear regression predictor variables were the educational dimensions for reliability and responsibility and the institution for the empathy dimension. The citizens' satisfaction with hospital care is essential for the development of the institutions and all dimensions must be properly valued. The results provided here can assist managements of institutions in the process of raising

awareness of outbreaks of discontent and thus plan interventions that can minimize or eliminate the reasons for non-satisfaction.

Key words: Consumer satisfaction. Quality of health care. Health evaluation.

RESUMEN

TIRONES, Andrea Dutra. **¿La cirugía electiva en hospitales públicos en una ciudad en el interior de Minas Gerais: los ciudadanos están satisfechos?** 2014. 128f. Disertación (Maestría con Interés en la Salud) - Programa de Posgrado en Salud, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

La calidad de los servicios prestados a los ciudadanos, así como la importancia de la calidad en la atención de salud, mientras que la mejora y el fortalecimiento de los principios democráticos previstos en la Constitución es un factor importante y determinado instrumento objetivo de los programas de gestión necesarios cada vez más en la administración de los sistemas de salud. El enfoque específico en la satisfacción de los ciudadanos tiene como objetivo identificar las lagunas del sistema que impiden que la opinión de que el usuario se escucha como un componente importante de la política nacional sobre la propuesta de la atención de salud al crear el SUS. Este trabajo se pretende evaluar y describir el nivel de satisfacción de los usuarios quirúrgicos de los hospitales públicos generales del municipio de Uberaba. Esta es una investigación observacional, transversal, seccional y prospectiva, utilizando un enfoque cuantitativo, realizado con 228 personas en dos hospitales que tratan con los pacientes quirúrgicos a través del Sistema Unificado de Salud. Esta investigación fue aprobada por el Comité de ética de investigación de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) bajo opinión N° 2527. Los datos fueron recogidos con los ciudadanos que fueron internados en los hospitales para realizar el procedimiento quirúrgico electivo, utilizando el cuestionario SERVQUAL, traducido y validado para la lengua portuguesa, Brasil. El instrumento de recolección de datos consistió en variables demográficas, clínicas, cinco dimensiones distribuidas en 44 ítems relacionados con la expectativa y la percepción de la atención recibida, y un cuestionario para la identificación de indicios de la depresión o la ansiedad, *Hospitalar Anxiety and Depression* (HAD) . Para analizar los datos se utilizó el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Las variables cualitativas se analizaron mediante estadística descriptiva y análisis cuantitativo mediante medidas descriptivas de centralidad y dispersión. El cálculo de satisfacción, desde la perspectiva de los ciudadanos quirúrgicos, se realizó por la diferencia entre las puntuaciones de la expectativa y la percepción de los ciudadanos en relación con la atención recibida en

general y para cada uno de los dominios del instrumento. Para el análisis bivariado de influencia de las variables categóricas sobre las dimensiones SERVQUAL utilizando el test de Mann-Whitney. Para el análisis bivariado de la influencia de las variables cuantitativas se utilizó la correlación de *Spearman*. Para identificar las variables predictivas sobre el SERVQUAL dimensiones utilizan la regresión lineal múltiple, que tuvo como su principal resultado la puntuación de satisfacción general ($\alpha = 0,01$). Se encontró que la mayoría de los ciudadanos que participaron en la encuesta fueron mujer (59,2%), situado en el grupo de edad entre 30 y 59 años (50,9%) con educación primaria (34,2%), media de 7,27 años de escolaridad, casado (44,3%) y ganando 1-2 salarios mínimos (32,5%). Como para el procedimiento quirúrgico, los ciudadanos estaban sometidos a intermedio tamaños procedimientos (49.6%), en la especialidad de ortopedia (18,9%), el riesgo quirúrgico de la misma era de tipo ASA (48%), los procedimientos duraron en promedio 1 2:0 (68.4%) y el período de hospitalización fue de 2 a 3 días (53,5%). En esta muestra 12 ciudadanos (5,3%) tuvieron algún tipo de reacción adversa, 12 ciudadanos (5,3%) habían aplazado el procedimiento quirúrgico dentro de la misma hospitalización y 13 ciudadanos (5.7%) tenían el procedimiento quirúrgico cancelado. La puntuación de satisfacción general proporcionada por el instrumento fue $\bar{x} = -0,12$ ($s = 0.44$). Hacia las expectativas presentadas por los ciudadanos acerca de los servicios de salud prestados por hospitales para procedimientos quirúrgicos se da cuenta de que la puntuación total expectativa de $x = 6,77$ ($s = 0,28$) y mediana = 6,85, demostrando un alto nivel de expectativa. En el análisis de la percepción que los ciudadanos tienen acerca de los servicios de cirugía ofrecidos por las instituciones se observa que el índice de percepción general era $\bar{x} = 6,64$ ($s = 0,41$) y la mediana = 6,74 demostrando una buena idea sobre de servicios ofrecidos, aunque sigue siendo inferior a la esperado. Al analizar la importancia de que el ciudadano le da a cada dimensión, se observa que la dimensión más importante en su opinión es la fiabilidad ($\bar{x} = 29.67$). En lo referente a las potencialidades y las fragilidades que presentan los hospitales, después de comprobar la asociación entre dimensiones y las instituciones en estudio uno se da cuenta que el Hospital A lograron conocer o acercarse a las expectativas de sus clientes en relación con la empatía. En cuanto al potencialidades y fragilidades de los hospitales, el Hospital A A tuvo los mejores resultados en relación con la dimensiones empatía e responsividad. Por otro lado el Hospital fue mejor evaluado para la confiabilidad, seguridad y evaluación general del

servicio. Las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa en el análisis bivariado fueron el hospital de la institución, la cancelación de los procedimientos quirúrgicos y escolaridad. En el análisis multivariante realizado regresión lineal múltiple de los predictores fueron: escolaridad, las dimensiones son confiabilidad, responsividad y la institución para la empatía de dimensión. Satisfacción de los ciudadanos con la ayuda del hospital es fundamental para el desarrollo de las instituciones y todas las dimensiones deben ser debidamente valoradas. Los resultados se presentan pueden ayudar a las gerencias de las instituciones en el proceso de sensibilización de las fuentes de insatisfacción y así planificar las intervenciones que pueden minimizar o eliminar las causas de la no satisfacción.

Palabras clave: Satisfacción del consumidor. Calidad de la atención de la salud. Evaluación de la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo adaptado da falha de qualidade na prestação de serviços.....	41
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Colaborações do setor industrial para avaliação e melhora da qualidade do setor sanitário de 1950 a 1965.....	32
Quadro 2	Dimensões, declarações e definições da escala SERVQUAL.....	42
Quadro 3	Descrição das variáveis de caracterização do entrevistado.....	55
Quadro 4	Descrição das variáveis de caracterização do procedimento cirúrgico.....	55
Quadro 5	Descrição das variáveis do instrumento SERVQUAL.....	56
Quadro 6	Descrição das variáveis relativas ao grau de importância das dimensões.....	56
Quadro 7	Descrição das variáveis do instrumento HAD e SERVQUAL.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Importância das dimensões da qualidade dos serviços.....	43
Tabela 2	Características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa.....	63
Tabela 3	Caracterização do procedimento cirúrgico dos participantes da pesquisa.....	63
Tabela 4	Distribuição dos pacientes com sintomas de ansiedade e depressão conforme escala HAD.....	65
Tabela 5	Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Tangibilidade.....	66
Tabela 6	Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Confiabilidade.....	67
Tabela 7	Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Responsividade.....	69
Tabela 8	Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Segurança.....	70
Tabela 9	Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Empatia.....	70
Tabela 10	Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para Qualidade geral do serviço.....	71
Tabela 11	Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Tangibilidade.....	72
Tabela 12	Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Confiabilidade.....	73
Tabela 13	Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Responsividade.....	73
Tabela 14	Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Segurança.....	74
Tabela 15	Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Empatia.....	75
Tabela 16	Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para Qualidade geral do serviço.....	75
Tabela 17	Desempenho dos itens e dimensão tangibilidade por meio de média, mediana e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste <i>t</i> pareado e valor de <i>p</i> referentes à aplicação da escala SERVQUAL.....	78
Tabela 18	Desempenho dos itens e dimensão confiabilidade por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste <i>t</i> e valor de <i>p</i> referentes à aplicação da escala SERVQUAL.....	80
Tabela 19	Desempenho dos itens e dimensão reponsividade por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste <i>t</i> pareado e valor de <i>p</i> referentes à aplicação da escala SERVQUAL.....	82

Tabela 20	Desempenho dos itens e dimensão segurança por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste <i>t</i> e valor de <i>p</i> referentes à aplicação da escala SERVQUAL.....	84
Tabela 21	Desempenho dos itens e dimensão empatia por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste <i>t</i> e valor de <i>p</i> referentes à aplicação da escala SERVQUAL.....	86
Tabela 22	Desempenho do escore geral por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste <i>t</i> e valor de <i>p</i> referentes à aplicação da escala SERVQUAL.....	87
Tabela 23	Desempenho do item 23 - Qualidade do serviço por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste <i>t</i> e valor de <i>p</i> referentes à aplicação da escala SERVQUAL.....	87
Tabela 24	Caracterização dos usuários quanto ao <i>gap</i> relativo aos indicadores de qualidade.....	89
Tabela 25	Caracterização dos usuários quanto à importância atribuída aos indicadores de qualidade do serviço de saúde, em ordem decrescente.....	89
Tabela 26	Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável Instituição.....	91
Tabela 27	Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável Sexo.....	93
Tabela 28	Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável ocorrência de internação prévia.....	95
Tabela 29	Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável cancelamento de procedimento cirúrgico.....	97
Tabela 30	Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e as variáveis idade, anos de estudo e período de internação....	98
Tabela 31	Regressão linear múltipla dos fatores associados às dimensões da escala SERVQUAL.....	100

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISO	International Organization for Standardization
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PASS	Power Analysis and Sample Size
PMU	Prefeitura Municipal de Uberaba
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	25
1.1	CONTEXTO.....	25
1.2	PROBLEMA DA INVESTIGAÇÃO.....	28
1.3	OBJETIVOS.....	28
1.3.1	Objetivo Geral.....	28
1.3.2	Objetivos Específicos.....	28
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	30
2.1	QUALIDADE.....	30
2.2	QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	34
2.3	SATISFAÇÃO.....	38
2.4	FERRAMENTA SERVQUAL.....	39
2.5	CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE HOSPITALAR NACIONAL.....	43
2.6	SISTEMA DE SAÚDE HOSPITALAR DE UBERABA.....	47
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	49
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	49
3.2	LOCAL DE ESTUDO.....	49
3.3	POPULAÇÃO.....	50
3.3.1	Critérios de inclusão.....	50
3.3.2	Critérios de exclusão.....	51
3.4	AMOSTRAGEM.....	51
3.5	COLETA DE DADOS.....	52
3.5.1	Instrumento de coleta de dados.....	53
3.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	54
3.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	59
3.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	60
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	61
4.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.....	64
4.2.1	Distribuição dos participantes em relação aos sintomas de ansiedade e depressão.....	66
4.3	ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO SERVQUAL POR DIMENSÕES.....	67
4.3.1	Distribuição das frequências das respostas obtidas por cada dimensão do questionário de expectativas.....	67
4.3.2	Distribuição das frequências das respostas obtidas por cada dimensão do questionário de percepções.....	71

4.4	ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES E DAS DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO SERVQUAL SEGUNDO A MÉDIA, MEDIANA E DESVIO-PADRÃO.....	76
5	CONCLUSÃO.....	101
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICES.....	119
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO.....	119
	ANEXOS.....	121
	ANEXO A – ESCALA SERVQUAL.....	121
	ANEXO B – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO.....	124
	ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	126
	ANEXO D – AUTORIZAÇÕES RESPONSÁVEIS PELA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	128

1 INTRODUÇÃO

Esta introdução objetiva discorrer sobre o contexto em que este trabalho foi construído, determinar o problema que levou à realização do mesmo por meio de uma questão norteadora e, por fim, enumerar os objetivos propostos no mesmo.

1.1 CONTEXTO

A busca pela qualidade é uma necessidade sempre presente na história da humanidade, sendo almejada pelo ser humano a cada atividade que realiza. Qualidade é um termo muito complexo e polêmico, independente da área em que esteja inserido, sendo determinado pelo modo como as necessidades são atendidas e sendo avaliado, entre outras formas, por meio das percepções dos usuários sobre os serviços que receberam (CALIXTO-OLALDE et al., 2011).

Buscar qualidade compreende, ainda, vivenciar momentos de descoberta e transformação, que por suas características depreendem oportunidade e disposição em mudar dentro de uma situação social que anseia por desenvolvimento (DIAS et al., 2011). Preocupar-se com a qualidade é uma característica própria do ser humano que está presente ao longo de sua evolução e auxilia-o a encontrar formas de driblar a imperfeição conforme o momento que o mesmo vivencia (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Dentre os vários tipos de serviços oferecidos à sociedade, os serviços de saúde constituem uma categoria especial dada às suas características exclusivas, especificamente a impossibilidade de realizar inspeções de qualidade, isso por não haver produção em massa do cuidado à saúde. Gomes (2004) explicou que os clientes avaliam a qualidade de um serviço a partir de dois princípios: um deles é a qualidade técnica apresentada pelo serviço, ou seja, se os resultados que o cliente deseja foram alcançados; o outro é denominado qualidade funcional, que compreende o processo pelo qual o cliente passou para receber os resultados do serviço.

O cuidado acontece em um momento específico e, caso não haja a correta realização do procedimento e do atendimento, não é possível retorná-lo à linha de produção para correção. Mensurar os resultados oriundos da prestação de serviços de saúde é uma tarefa difícil, visto que, embora ele mensure indicadores objetivos

como mortalidade e morbidade, considera também resultados difíceis de medir, como; controle da dor e sofrimento e recuperação do bem estar físico, mental e social (INOJOSA; FARRAN, 1994).

Segundo Dussault (1992) a organização e a gestão dos serviços de saúde são moldadas por características específicas relacionadas, sobretudo à variabilidade e à complexidade de suas necessidades que se modificam em função da classe social, da clientela e do tipo de problema apresentado pelo usuário, influenciada ainda pelas múltiplas representações de saúde, doença e morte.

No contexto da saúde, a avaliação da qualidade deve partir da definição conceitual e operacional do significado de qualidade do cuidado de saúde, visto que este termo ainda causa uma série de problemas devido à dificuldade de definição (DONABEDIAN, 2005).

A crescente demanda populacional por atendimento em saúde, por causa, do aumento da expectativa de vida dos cidadãos, associada a maior prevalência de agravos à saúde e ao mau uso dos recursos públicos desencadeia diversas situações vexatórias e constrangedoras ao cidadão comum, traduzidas em longas filas para atendimento, frequentes denúncias de maus tratos, negligência ou imperícia profissional, instituições de assistência lotadas, sem condições de oferecer atendimento digno e dificuldade de acesso ao sistema de saúde.

O trabalho que aqui se apresenta estabelece como foco a qualidade do atendimento ao cidadão, especificamente aqueles que utilizam os serviços públicos de saúde, por ser este o principal recurso para acesso da população à assistência médica. O enfoque específico na satisfação do cidadão procura identificar as lacunas do sistema que impedem que a voz do usuário seja ouvida como componente importante da política nacional de atenção à saúde proposta quando da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Escola Nacional de Administração Pública (2001, p. 8) “identificar as expectativas dos usuários-cidadãos relativas aos serviços públicos representa assim um importante passo para a estratégia de orientação para o usuário cidadão”.

Este trabalho justifica-se pela necessidade de aprimoramento dos estudos relacionados à qualidade dos sistemas públicos hospitalares de saúde. Na atualidade, o tema é abordado de modo intensivo, porém com focos diversos. Percebe-se que os teóricos que tratam da temática concentram-se, em sua maioria,

nos estudos de programas de melhoria da qualidade interna, principalmente no âmbito da atenção terciária.

A Escola Nacional de Administração Pública (2001) salientou que as ferramentas de gestão fundamentadas em padrões de qualidade colaboram para que as instituições ofereçam melhores serviços aos cidadãos. Dentre essas ferramentas, destacam-se os instrumentos de coleta de informações sobre a qualidade junto aos usuários, pois a partir delas identificam-se as lacunas do serviço, a partir do olhar do mesmo, bem como das melhorias alcançadas por meio das estratégias já instituídas. Poucos estudos são encontrados no Brasil, em que a análise principal está focada na satisfação do usuário (PAIVA; GOMES, 2007; QUEIROZ et al., 2007; GOUVEIA et al., 2009; MENDES et al., 2009; SELEGHIM et al., 2010; SILVA et al., 2010; RICCI et al., 2011; SILVA et al. 2011; PENA; MELLEIRO, 2012). Ao avaliar-se a satisfação relacionada ao sistema de saúde como um todo, encontram-se alguns estudos centrados, principalmente, na questão da integralidade e do acesso.

Considera-se, também, que a realização deste estudo contribuirá, teoricamente, para a confirmação e reafirmação da importância em valorizar-se a qualidade da assistência e o olhar do usuário sobre a mesma, no sentido de fortalecer-se ainda mais o SUS, tanto em nível nacional quanto em relação à população com a qual será realizada a pesquisa. É possível, ainda, que se enriqueça a teoria referente ao tema, esclarecendo-se os pontos ainda não completamente elucidados.

Pretende-se, com este estudo, discorrer sobre a importância da qualidade na assistência à saúde enquanto fator de melhoria e fortalecimento dos princípios democráticos previstos na Constituição, além de ser instrumento importante e objetivo certo dos programas de gestão cada vez mais exigidos na administração dos sistemas de saúde. A qualidade sob a percepção dos usuários oferece importantes ferramentas para que os gestores conduzam as políticas de melhoria da saúde, tão necessárias à sociedade. Também permite que novos rumos sejam dados às políticas já existentes. Em uma visão microssistêmica permite identificar fragilidades e realçar pontos fortes dos sistemas, muitas vezes desconhecidos dos gestores.

É possível que a realização do trabalho proposto permita o levantamento e a proposição de sugestões voltadas para modificações no ambiente pesquisado que

promovam melhorias ao usuário do sistema. Têm-se também a pretensão de construir propostas que colaborem para a resolução de problemas específicos da realidade pesquisada, contribuindo para a melhoria do sistema de saúde hospitalar do município por meio da caracterização de parte do mesmo.

Este trabalho visa, ainda, atender aos anseios do pesquisador que compreende que o cidadão que utiliza os serviços de saúde, sobretudo os serviços oferecidos pela rede pública, muitas vezes não é valorizado e respeitado em suas demandas, das quais os prestadores talvez não tomem conhecimento. Ouvir a voz do cliente cidadão contribuiria, em boa medida, para o crescimento e maior valoração dos serviços de saúde do país.

1.2 PROBLEMA DA INVESTIGAÇÃO

Realizadas as devidas considerações, depara-se finalmente com o problema que originou a necessidade de realização desta pesquisa, qual seja: no cenário municipal, como é avaliada a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições hospitalares prestadoras de assistência à saúde no SUS, sob a perspectiva dos usuários cirúrgicos?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Avaliar e descrever o nível de satisfação dos usuários cirúrgicos dos hospitais gerais públicos do município de Uberaba-MG.

1.3.2 Objetivos Específicos

- a) caracterizar o cenário atual do sistema hospitalar de saúde brasileiro e municipal;
- b) identificar a expectativa do usuário cirúrgico dos serviços de saúde em relação aos hospitais gerais públicos do município de Uberaba-MG;
- c) apreender a percepção do usuário cirúrgico sobre os serviços ofertados pelos hospitais gerais públicos do município de Uberaba-MG;

- d) identificar as potencialidades e fragilidades dos hospitais gerais públicos do município de Uberaba-MG sob a perspectiva do usuário cirúrgico, comparando os escores dos domínios entre os hospitais;
- e) comparar a qualidade da assistência sob a perspectiva do usuário para diferentes variáveis demográficas e clínicas;
- f) analisar a influência das variáveis preditoras que são conceitualmente relevantes sobre o escore geral de satisfação e seus domínios.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na revisão bibliográfica deste trabalho serão explanados os temas que possibilitaram o desenvolvimento desta dissertação. Os assuntos abordados serão: a qualidade, a avaliação da qualidade nos serviços de saúde, a satisfação, a ferramenta utilizada para análise da satisfação dos usuários, as características do sistema de saúde hospitalar nacional e no município de Uberaba-MG. Esses temas possibilitaram a construção da linha de raciocínio para esta investigação.

A origem e a definição do termo qualidade são essenciais para que seja possível a compreensão da evolução do conceito até sua aplicação aos serviços, especificamente os de saúde. A medida da qualidade, seja de produtos ou serviços, se dá pela avaliação, sendo esta intrínseca ao conceito, embasando a necessidade de se fundamentar a avaliação dos serviços de saúde.

A satisfação vem como uma das muitas formas propostas pelos estudiosos para se avaliar qualidade e permite uma maior aproximação do usuário, protagonista da investigação vigente. Finalmente, para que tal investigação seja possível, propõe-se a utilização da ferramenta SERVQUAL, auxiliar na avaliação da satisfação dos cidadãos participantes da pesquisa.

A caracterização do cenário onde esta pesquisa empírica aconteceu fornecerá os subsídios necessários ao melhor entendimento dos resultados apresentados. Para tanto, traça-se de um cenário nacional dos serviços de saúde pública, especificamente na atenção hospitalar, com foco nos hospitais públicos, privados e do terceiro setor que realizam atendimento pelo SUS.

Enfim, caracteriza-se o sistema de saúde pública, focada na assistência hospitalar, para o município de Uberaba, no estado de Minas Gerais, por ser este o local onde a pesquisa foi realizada.

2.1 QUALIDADE

Vários autores têm discorrido sobre a significação do termo qualidade. Houaiss (2007) definiu qualidade como um atributo especial que faz um indivíduo se diferenciar, mostrando-se melhor que os outros. Juran e Godfrey (1998) definiu qualidade como sendo a 'conformidade com a especificação', aquela que satisfaz a

necessidade do cliente. Kotler (2009, p. 45) definiu qualidade como “a totalidade de aspectos e características de um produto ou serviço que proporcionam a satisfação das necessidades declaradas e implícitas”. Mediante essas afirmações é cada vez mais clara a relação direta entre o conceito de qualidade e a satisfação do usuário.

Segundo Gomes (2004) considera-se que um determinado produto ou serviço tem qualidade quando esse cumpre sua função da forma desejada, afetando a vida dos usuários de forma positiva. Conforme Juran e Godfrey (1998) ter qualidade também significa estar livre de defeitos, livre de erros que requeiram o retrabalho ou que resultem em falhas, insatisfação, reclamações e assim por diante. Nesse caso, o significado de qualidade está orientado para os custos e alta qualidade significa ‘menor custo’.

A qualidade é tida como objeto de atenção do estudo humano desde os primórdios da produção industrial, mesmo quando esta ainda possuía caráter meramente artesanal. Já naquela época visava-se o alcance de métodos para controle da qualidade dos produtos (ALBUQUERQUE, 2012).

Oliveira (2003) informou que a era da inspeção, do controle estatístico e da qualidade total foram as três principais fases que caracterizaram a evolução da qualidade. Na era da inspeção que teve seu ápice na Revolução Industrial o produto era vistoriado pelo produtor e pelo consumidor tendo como principal objetivo a identificação de defeitos (OLIVEIRA, 2003).

Com o crescimento da demanda mundial por produtos manufaturados tornou-se inviável inspecionar produto a produto, o que levou o mercado a optar pelo controle estatístico, onde se elegiam lotes que eram submetidos às análises específicas para identificar possíveis falhas. Embora no início da era de controle estatístico o foco fosse a qualidade do produto propriamente dito, na medida em que os estudos evoluíram passou-se a valorizar muito mais o processo de produção, o que caracterizou os primórdios do que viria a ser a era da qualidade total. Essa era que persiste até os dias atuais tem como maior objetivo atender às necessidades do cliente cuja satisfação influencia diretamente a prosperidade das empresas (OLIVEIRA, 2003).

Lledó Rodríguez (2000) salientou que o enfoque na qualidade torna-se maior na segunda metade do século XX, originando-se do desenvolvimento econômico e social dos países ocidentais. Esse movimento surgiu no setor industrial com os movimentos empresariais que sucederam a Teoria Científica da gestão criada por F.

W. Taylor. Com a Teoria das Relações Humanas, caracterizada nos trabalhos de E. Mayo e K. Lewin, também conhecido como “experimento de Hawthorne” valoriza-se a participação dos trabalhadores na melhoria dos processos produtivos, o que, por sua vez, justifica a revisão e avaliação permanente das várias atividades que antes eram consideradas infalíveis. Nesse período surgiram autores cujo pensamento foi fundamental para o desenvolvimento da avaliação da qualidade e cujas colaborações influenciaram diretamente o setor de serviços (Quadro 1):

Quadro 1 - Colaboraões do setor industrial para avaliação e melhora da qualidade do setor sanitário de 1950 a 1965.

Autor	Principais Colaboraões
W.E. Deming	Orientaão ao processo Reduão da variabilidade Compromisso com a direão
J. M. Juran	Trilogia: planejamento, avaliaão e melhoria
A. V. Feigenbaum	Qualidade Total e orientaão ao cliente
K. Ishikawa	Circulo de qualidade Participaão dos profissionais
P. B. Crosby	Política de defeito zero Marketing Custos da falta de qualidade Importância da formação adequada
A.H. Maslow	Trabalho em equipe

Fonte: Adaptado de Rodríguez (2000).

A qualidade enquanto objeto da ciência é oriunda da teoria administrativa, que existe a pouco mais de cem anos, sendo característica dessa nova era marcada pela tecnologia, pela velocidade, pelo imediatismo. Chiavenato (2004, p. 576) ressaltou:

[...] as eras da administração no século XX em três fases principais: clássica, neoclássica e da informação. A Era da Informação que surgiu à partir da década de 90 é caracterizada sobretudo pelo Tecnologia da Informação (TI), pela globalização e pela aceleração da mudança. Sua ênfase concentra-se nos serviços, na produtividade, na qualidade e no cliente.

Com a chegada da Era da Informação as empresas começaram a sentir dificuldades em acompanhar o acelerado processo de mudança e foi necessário recorrer às novas formas de intervenção que permitissem às mesmas sobreviver em mercados altamente competitivos. Dentre as diversas estratégias da Era da

Informação destaca-se a melhoria contínua que se originou paralelamente à Teoria Matemática, a partir da implantação de controles estatísticos da qualidade (CHIAVENATO, 2003).

Como consequência do processo de melhoria contínua surgiu a Qualidade Total. Feigenbaum, em 1956, com a publicação do livro “Total Quality Control: Engineering and Management” defendia a ideia de que a qualidade é oriunda do trabalho feito em conjunto por todas as pessoas envolvidas no funcionamento e gerenciamento de uma empresa, ao invés de responsabilizar somente algumas pessoas específicas (ALBUQUERQUE, 2012).

A maioria dos autores que defende a qualidade total acredita que ela é sinônimo de qualidade absoluta ou acabada, fato discutido por Mezzomo (1994) que acreditava ser a qualidade um conceito dinâmico em constante evolução, caracterizando-se mais como um processo.

Nos anos 80, com a popularização da qualidade total, visualizaram-se três vertentes para adoção dos métodos de gestão da qualidade. O Japão enfatizou a valorização do homem, o trabalho em equipe e a criação de boas relações no ambiente de trabalho visando estimular a fidelidade de seus colaboradores, o que refletiria na qualidade da produção e em um produto mais competitivo no mercado.

Os Estados Unidos definiram como foco a identificação de falhas de segurança na linha de produção, modelo fortemente influenciado pelas empresas bélicas e de energia nuclear. O objetivo das empresas era possibilitar um modelo denominado Garantia de Qualidade, onde haveria a garantia de que o produto atendesse às especificações estabelecidas. Já na Europa, o modelo predominante era aquele que valorizava a relação entre o fornecedor e o cliente por meio da certificação do fornecedor (LINS, 2005).

Esses critérios foram alcançados com a criação da ISO 9000, em 1987, por uma entidade não governamental denominada *International Organization for Standardization (ISO)* situada em Genebra, na Suíça. Esse modelo de gestão surgiu da necessidade de unificação do mercado europeu, de modo que por meio da padronização as empresas poderiam fornecer produtos em toda a Europa. A ISO 9000 não tem por finalidade estabelecer que um produto ou serviço possua maior ou menor qualidade, mas garante que esse mesmo produto ou serviço apresentará sempre o mesmo padrão de qualidade (LINS, 2005; ARROYO, 2007).

Outra forte tendência ao final do século XX é a incorporação de conceitos de preservação ambiental e responsividade ética e de cidadania à prática da qualidade: não basta tratar a qualidade de produtos e serviços com vista à satisfação do cliente e à lucratividade, mas é preciso, também, minimizar as externalidades decorrentes da produção, promovendo o tratamento de dejetos e resíduos, oferecendo condições salariais e de vida adequadas ao trabalhador e apoiando a comunidade. Um resultado dessa tendência foi a criação das normas ISO-14000 para certificação ambiental de fornecedores. (LINS, 2005).

Qualidade é um constructo que sempre terá como principal foco o cliente, seja ele interno ou externo (CHIAVENATO, 2003). De qualquer modo, qualidade total deve ser vista como o esforço coordenado de toda a corporação (em todos os níveis e instâncias) para permitir que a estrutura e o processo levem à produção de resultados que provoquem satisfação nos clientes (ALBUQUERQUE, 2012).

2.2 QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Embora na área da saúde, a preocupação com a qualidade remonte à época de Hipócrates, seu fortalecimento ocorreu no século XX a partir da divulgação do relatório Flexner nos Estados Unidos, revolucionando o sistema de saúde americano inclusive com o fechamento de alguns hospitais (QUINTO NETO; BITTAR, 2004).

Até a década de 80, as possibilidades de melhoria da qualidade dos serviços em saúde foram alcançadas por meio da aplicação de métodos de controle estatístico e a partir de então Avedis Donabedian surgiu como um expoente estudioso que defendia a garantia da avaliação da qualidade em saúde trazendo novas formas de avaliação embasadas principalmente no que denominava os sete pilares da qualidade (PAIVA, 2006).

A prestação de serviços é uma atividade considerada intangível, ou seja, como é baseada na interação entre pessoas e caracterizada por performances e experiências, não há possibilidade de se realizar medições precisas, nem uniformizar os padrões de qualidade (ZEITHAML et al. 1990).

Albuquerque (2012) colocou que o serviço aconteceria a partir da interação entre o prestador e o cliente e esse momento envolve diversas emoções que passam pelos desejos, anseios e expectativas do cliente em relação ao benefício que receberá. Assim, é papel do fornecedor alcançar a expectativa do cliente oferecendo a ele um serviço de características tangíveis. Para alcançar esse objetivo

o prestador precisa primeiramente ter excelente competência profissional e acima de tudo necessita alcançar o reconhecimento do cliente.

Medir a qualidade de serviços é uma tarefa difícil, quando comparada com medir a qualidade de produtos. Os produtos possuem muitas características físicas que podem ser detectadas, inclusive com uma precisão alta, por meio de instrumentos de medição. Por sua vez, os serviços contêm características psicológicas e aspectos qualitativos difíceis de serem captados com um alto nível de confiança. (ALBUQUERQUE, 2012, p. 75).

Para delimitação do problema do estudo é necessário um embasamento teórico focado na avaliação da qualidade no âmbito da assistência à saúde. Diversos autores propõem teorias sobre qualidade na atenção à saúde. Dentre eles destaca-se Avedis Donabedian, médico generalista de origem libanesa, radicado nos Estados Unidos, que estudou sistematicamente a questão da avaliação da qualidade da atenção médica, modelo esse que, posteriormente, foi adaptado para avaliação de serviços de saúde. Com mais de oito livros e 50 artigos produzidos, sua contribuição ao estudo da qualidade dos serviços de saúde é inquestionável, sobressaindo-se sua série de três volumes que exploravam a avaliação e o monitoramento da qualidade, sistematizando definitivamente os conceitos, métodos e evidências nessa área (FRENK, 2000).

Donabedian (2005) ressaltou que a melhor definição para qualidade dos serviços de saúde é a de Lee e Jones de 1993, que estabeleceu que o critério de qualidade nada mais é do que julgamentos de valor aplicados aos aspectos, propriedades, ingredientes ou dimensões do processo denominado cuidado de saúde.

Donabedian (2005) propôs uma teoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde baseada em uma tríade formada por três conceitos principais que seriam a **estrutura**, ou seja, as propriedades físicas e organizacionais do ambiente onde o cuidado é prestado, ou mesmo a maneira de organizar os cuidados; o **processo**, que se traduz no que foi realizado ou em como foi realizado e o **resultado**, que vem a considerar como o paciente se apresenta após o atendimento em relação à atenção ou não de suas necessidades (ALMEIDA, 2010; DONABEDIAN, 1992).

Além desses, o conceito de qualidade foi expandido a partir dos denominados sete pilares da qualidade, quais sejam:

- a) **eficácia:** é a habilidade da ciência e da arte do cuidado em saúde de melhorar as condições de bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis mantendo inalteradas as circunstâncias e as condições do paciente;
- b) **efetividade:** em contraste com a eficácia pode ser considerada como a melhoria em saúde possível de se alcançar apesar das condições e da prática diária. Define e avalia qualidade, efetividade pode ser melhor especificada como o grau em que o cuidado é considerado melhoria da saúde;
- c) **eficiência:** é simplesmente a medida do custo para que cada melhoria em saúde seja alcançada. Quando duas estratégias de saúde são eficazes e efetivas, a de menor custo é a mais eficiente;
- d) **otimização:** é relevante quando os efeitos do cuidado não são avaliados em termos absolutos, mas em relação ao custo do cuidado.
- e) **aceitabilidade:** considera-se como a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores do paciente e de seus familiares.
- f) **legitimidade:** é a aceitação do cuidado da forma como ele é visualizado pela comunidade ou pela sociedade em geral.
- g) **equidade:** é o princípio que determina o que é justo ou falho na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros de uma população. (DONABEDIAN, 1990).

Nesse contexto, os conceitos de legitimidade e aceitabilidade correlacionam-se diretamente com a expectativa e a satisfação dos cidadãos (LOPES et al., 2009).

Ao discutir-se o tema qualidade é subentendido o conceito de avaliação. Paiva (2006) colocou que esse conceito está embutido na essência do constructo qualidade; assim, o processo de avaliação das ações é imprescindível para que os serviços monitorem os resultados alcançados e planejem as mudanças necessárias.

Órgãos reguladores e instituições de saúde reconhecem a satisfação do cidadão como um indicador significativo da qualidade de saúde. Desenvolver uma medida exata de satisfação revela muitos aspectos dos cuidados recebidos pelas pessoas. Logo, para se medir a satisfação devem-se incorporar dimensões do cuidado técnico, interpessoal, social e moral. Hospitais dos Estados Unidos usam a

satisfação como uma medida de desempenho e reconhecem que a satisfação e fidelidade estão frequentemente ligadas (ARROYO, 2007).

Segundo Espiridião e Trad (2006) a avaliação dos serviços de saúde deve servir a diversas funções possibilitando medi-los, estabelecer critérios e formas de ação que contribuam para a tomada de decisão e o melhoramento dos mesmos.

A dificuldade em se definir qualidade da atenção à saúde parte da particularidade desse conceito composto por diversos critérios. Tais critérios, aos quais são acrescidas noções e juízos de valor acabam permeando os aspectos, componentes e propriedades desse tipo de atenção (DONABEDIAN, 2005).

Silva (2001) colocou que as três abordagens da avaliação da qualidade são possíveis somente porque a boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, que aumenta a probabilidade de um bom resultado.

Conforme Silva (2001) os sete pilares da qualidade propostos por Donabedian trazem como consequência a possibilidade de que a qualidade não seja avaliada somente sob os aspectos técnicos – pelos profissionais da saúde – mas deve considerar também as preferências dos pacientes e da sociedade em geral.

Cada um desses pilares pode ser específico para contextos diferenciados por meio da identificação de critérios adequados para cada situação, valorizando as particularidades e mantendo uma coerência entre si, porque apresentam uma interdependência e um movimento do específico ao geral (MORAIS, 2009).

A avaliação do setor saúde não se restringe à verificação do cumprimento de objetivos propostos porque até eles são matéria de avaliação. Necessita-se avaliar constantemente, com o propósito de conferir se esses são socialmente definidos e se estão de acordo com as expectativas dos responsáveis da área e dos usuários. Além disso, podem-se estabelecer níveis mínimos ou máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores de serviços, da visão dos usuários ou das prioridades definidas pela sociedade. São opções que deverão ser definidas para cada avaliação (MORAIS, 2009).

Mediante tais observações decidiu-se por somar a essa investigação o modelo donabediano, uma vez que ele contém em sua formulação os conceitos relacionados às dimensões de estrutura, processo e resultado, acredita-se que, dessa forma, seja possível explicar questões referentes à satisfação dos usuários.

2.3 SATISFAÇÃO

“Satisfação é o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa” (KOTLER, 2009, p. 53).

A satisfação será determinada a partir da percepção do desempenho percebido e das expectativas. Desempenho muito distante das expectativas resulta em um cliente insatisfeito, se o desempenho atende às expectativas tem-se um cliente satisfeito e se o desempenho conseguir superar as expectativas o resultado será um cliente fiel e encantado (KOTLER, 2009).

Dentre os vários tipos de avaliações dos serviços de saúde, a avaliação da satisfação do usuário é amplamente utilizada na literatura internacional, apesar de sua fragilidade conceitual, sendo que a notoriedade desse conceito destacou-se na década de 70, nos Estados Unidos e na Inglaterra. Já no Brasil, o conceito de satisfação fortaleceu-se a partir da década de 90, com o advento do SUS e o fortalecimento do papel do controle social (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Williams (1994) apresentou diversos modelos de avaliação baseada na satisfação do usuário. O mais conhecido deles é o modelo valor-expectativa proposto por Linder-Pelz, segundo o qual a satisfação do paciente é vista como uma atitude positiva frente à crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser medidos por esse. Além desse modelo existem outras três alternativas, quais sejam: teoria da discrepância, teoria da equidade e teoria da realização.

A teoria da discrepância coloca que a satisfação é o resultado da discrepância percebida entre aquilo que o indivíduo deseja e a experiência vivenciada pelo mesmo. Nessa teoria, desejo é interpretado de diversas formas por vários autores. Para alguns, desejo é a ‘expectativa’, outros o veem como ‘o que é importante’ e há, ainda, aqueles que entendem como ‘o que deve ser’. A teoria da realização define satisfação como a diferença entre o resultado desejado e o recebido. Finalmente, a teoria da equidade pressupõe que satisfação é a percepção da equidade ou a percepção do equilíbrio entre os ganhos e as perdas (WILLIAMS, 1994).

O fato é que o mercado cada vez mais competitivo tornou a qualidade da assistência uma necessidade básica dos prestadores de serviços. Diversos programas de qualidade foram instituídos nas empresas e a avaliação do nível de qualidade tem sido cada vez mais valorizada e utilizada como ferramenta de

marketing pelas empresas. Segundo Naidu (2009) a percepção de qualidade dos pacientes é responsável por uma variação de 17 a 27% no faturamento líquido de um hospital.

Além disso, o usuário é peça-chave para as instituições, uma vez que seu olhar, sua avaliação crítica e os critérios utilizados no momento da escolha do serviço podem determinar o sucesso das empresas que oferecem os mais diversos produtos. De acordo com Zeithaml e Bitner (2006) pacientes satisfeitos tendem a desenvolver comportamentos favoráveis, o que beneficia o desempenho dos profissionais de saúde por longo prazo. Os pacientes se expressam positivamente, louvando e preferindo a companhia de determinados profissionais em detrimento de outros ou oferecendo presentes e pagamentos de bônus.

Uma sociedade com alta competitividade caracterizada pela existência de consumidores com elevados níveis de exigência por qualidade, tanto de produtos como de serviços, não é exclusividade das áreas ligadas ao comércio e à produção.

Nesse contexto, os serviços de saúde, em especial a enfermagem, têm como preocupação cotidiana oferecer um serviço de qualidade (CALIXTO-OLALDE et al., 2011). Esperidião e Trad (2005) relataram, ainda, que o envolvimento do cidadão na avaliação dos serviços faz com que esses se tornem mais adequados.

Além disso, traz indícios de que cidadãos satisfeitos normalmente aderem melhor ao tratamento.

2.4 FERRAMENTA SERVQUAL

Existem diversas ferramentas criadas com o intuito de avaliar a satisfação de clientes em relação aos serviços prestados. A maioria delas foi criada no contexto do marketing a fim de evidenciar como as expectativas e as percepções dos clientes poderiam afetar a avaliação e o desempenho das empresas. A ferramenta SERVQUAL que foi desenvolvida por Parasuraman et al. (1985) tem a seu favor a característica de conseguir mensurar cinco dimensões que podem influenciar a percepção dos clientes. São elas a tangibilidade, a confiabilidade, a responsividade, a segurança e a empatia (ALBUQUERQUE, 2012). Ela foi baseada no modelo de falha na qualidade de serviços desenvolvido por Parasuraman et al. (1985). A figura 1, adaptada para os serviços na área da saúde, ilustra esse modelo.

O modelo de falha de qualidade permite identificar os pontos que podem se tornar fontes de problemas de qualidade nas instituições. As falhas são determinadas através dos *gaps*. O modelo de falhas na qualidade é citado por diversos autores (MORAES; LACOMBE, 1999; BRASIL, 1994; GRÖNROOS, 2006; HECKERT; SILVA, 2008).

Conforme Arroyo (2007) a ferramenta SERVQUAL tem como finalidade mensurar a qualidade do serviço, identificando os pontos fortes, os pontos fracos e o nível de qualidade a partir da expectativa (o que é esperado) e da percepção (o que foi recebido) do paciente. Nesse caso, os pontos fracos são identificados por meio dos *gaps*. O *gap 1* acontece quando a empresa desconhece ou percebe de forma errônea a expectativa dos clientes. O *gap 2* ocorre quando a empresa não consegue traduzir em seus produtos ou serviços as expectativas do clientes. O *gap 3* acontece mediante a diferença entre o serviço prestado e aquele que o cliente percebeu. O *gap 4* é caracterizado pela falta de comunicação com os clientes e finalmente o *gap 5* que é uma função dos outros *gaps* apresenta a diferença entre aquilo que o cliente espera e o que foi efetivamente alcançado (ARROYO, 2007; ALBUQUERQUE, 2012).

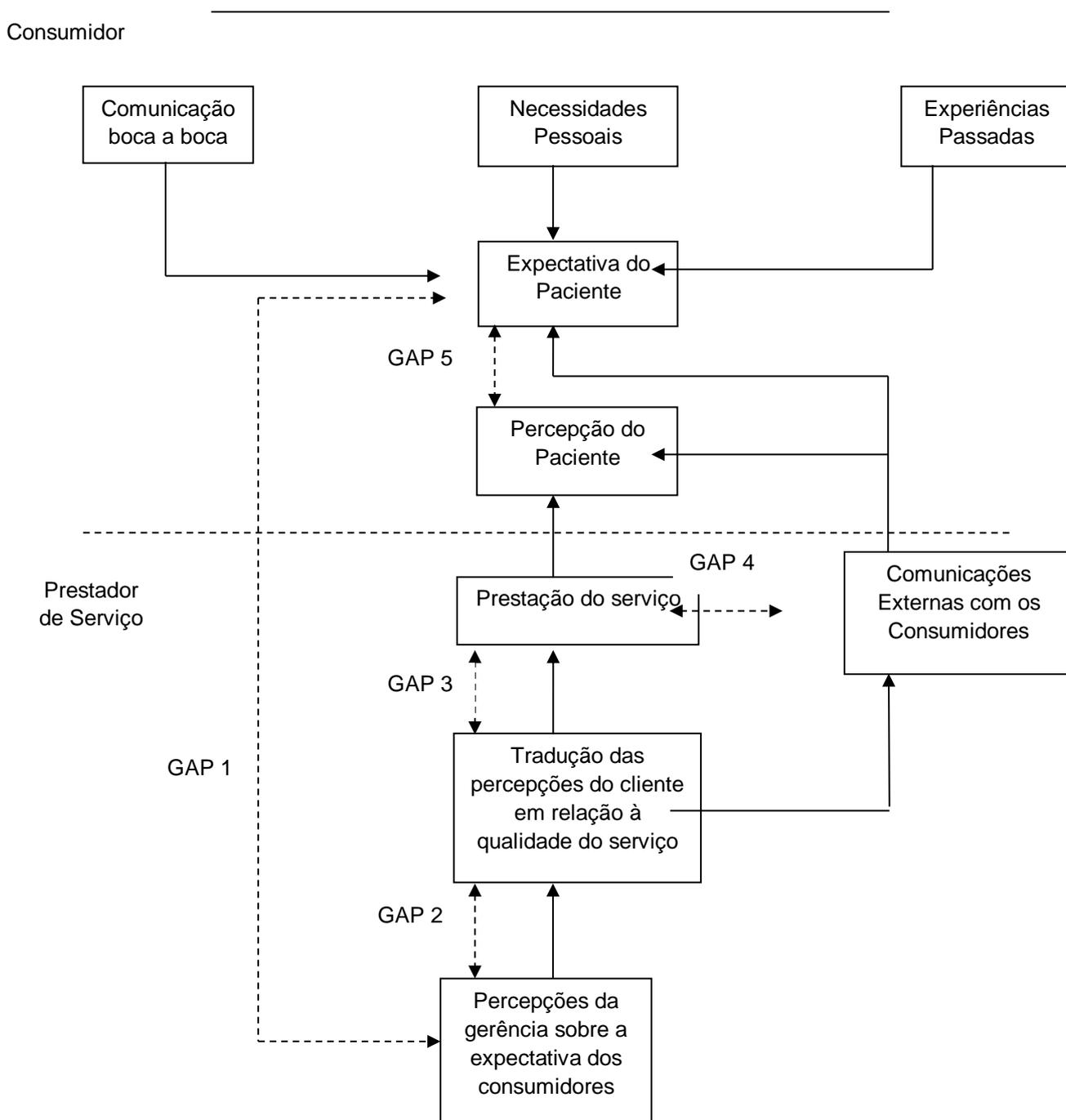
Cerca de cinco setores de serviços foram pesquisados por Zeithaml et al. (1990) com o objetivo de criar um instrumento de uso geral para verificar como os clientes percebiam a qualidade. Inicialmente, foram identificadas dez dimensões da qualidade: tangibilidade, confiabilidade, responsividade, competência, cortesia, credibilidade, segurança, acesso, comunicação e compreensão.

Com o refinamento do instrumento, após diversas avaliações constatou-se existir uma correlação entre alguns itens do instrumento, culminando na união de sete itens que se consolidaram em dois, a segurança e a empatia, conformando um instrumento final com cinco domínios conforme Zeithaml et al. (1990), sendo esses:

- **Tangibilidade:** refere-se à aparência das instalações, do pessoal, dos equipamentos e do material de comunicação.
- **Confiabilidade:** diz respeito à capacidade da instituição de cumprir com o serviço prometido da melhor forma.
- **Responsividade:** capacidade de ajudar os clientes e prestar o serviço com prontidão.

- **Segurança:** habilidade em demonstrar conhecimento e atenção, transmitindo confiança e credibilidade.
- **Empatia:** condição de prestar o serviço de forma individualizada valorizando seus clientes.

Figura 1- Modelo adaptado da falha de qualidade na prestação de serviços



Fonte: Adaptado de Parasuraman et al. (1985, p. 44).

O instrumento SERVQUAL é constituído de 44 questões, sendo 22 questões voltadas para a expectativa do cliente e 22 outras questões focadas na percepção do serviço recebido pelo mesmo. A partir daí forma-se o par expectativa-percepção. Essas afirmativas são acompanhadas de uma escala tipo LIKERT com 7 pontos que variam de (1) discordo totalmente até (7) concordo totalmente. No momento da análise, subtraindo-se a percepção da qualidade é possível realizar diagnósticos específicos focados em determinados domínios (Quadro 2) ou constata-se a média das 22 questões permitindo a definição de uma satisfação ou insatisfação global.

Quadro 2 - Dimensões, declarações e definições da escala SERVQUAL.

Dimensões	Declarações	Definições
Tangibilidade	1 a 4	Aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação.
Confiabilidade	5 a 9	Capacidade da instituição de cumprir com o serviço prometido da melhor forma.
Responsividade	10 a 13	Capacidade de ajudar os clientes e prestar o serviço com prontidão.
Segurança	14 a 17	Habilidade em demonstrar conhecimento e atenção, transmitindo confiança e credibilidade.
Empatia	18 a 22	Condição de prestar o serviço de forma individualizada valorizando seus clientes.

Fonte: Albuquerque (2012).

Além dessas 22 questões distribuídas nas respectivas dimensões, a terceira parte do instrumento tem como objetivo avaliar a importância das dimensões de qualidade para o cliente. O cliente deve distribuir 100 pontos entre as cinco dimensões da qualidade, atribuindo dessa forma pesos para cada dimensão. As respectivas dimensões são explanadas na tabela 1.

Tabela 1 - Importância das dimensões da qualidade dos serviços. Uberaba-MG. 2014.

Dimensão	Características da qualidade dos serviços	Pontos
1	A aparência da instalação física, equipamentos, pessoal e material de comunicação.	
2	Capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão.	
3	Disposição para auxiliar os pacientes e fornecer serviços prontamente.	
4	Conhecimento e cortesia dos funcionários e capacidade de transmitir confiança e confidencialidade.	
5	Atenção personalizada prestada aos pacientes	
Total		100

Fonte: Borges, Carvalho e Silva (2010).

A princípio o instrumento que mede a importância das dimensões da qualidade deveria ter como função atribuir pesos aos itens para que a satisfação fosse expressa por meio de uma média ponderada. Entretanto, diversos autores questionam a utilização dessa ponderação. Brasil (2002) questionou que o agrupamento de diversos itens em uma dimensão da escala SERVQUAL impossibilita que essa mesma dimensão seja usada como 'peso' para ordenação dos itens segundo a importância. Cronin Júnior e Taylor (1992) alegaram que o uso de escalas ponderadas não agrega valor à mensuração da satisfação percebida. Já Parasuraman, Zeithaml e Berry (1994) consideraram primordial atribuir valor à importância da qualidade por dimensão e não por itens. Neste trabalho, optou-se por não atribuir pesos à importância das dimensões, baseado na proposição de Brasil, de que não é possível ponderar item a item mediante a utilização desta escala.

2.5 CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE HOSPITALAR NACIONAL

Nas últimas décadas, importantes mudanças ocorreram no panorama sócio-político-econômico brasileiro que conduziram a progressivas alterações no comportamento da sociedade em relação à saúde (ROCHA, 2009). O momento de crise pelo qual passa a saúde brasileira gera uma constante redução da qualidade do atendimento, acompanhado de maior dificuldade de acesso às redes, provocando a insatisfação geral dos cidadãos que demandam bom atendimento (BRASIL, 2009).

Esse fato, especificamente, aplica-se bem à realidade vivida por instituições que prestam atendimento via SUS, onde o repasse de recursos, além de todas as

dificuldades oriundas dos entraves burocráticos, também está condicionado ao atendimento de diversos requisitos impostos para obtenção de credenciamentos, que normalmente demandam altos investimentos em infraestrutura, recursos humanos ou equipamentos.

Segundo Amorim et al. (2012) os entraves são diversos e o que a lei especifica está muito distante da realidade atual. A autora especifica que os principais entraves estão relacionados:

[...] à baixa politização da sociedade, a burocratização dos Conselhos de Saúde, autoritarismo e manipulação dos gestores locais, recursos financeiros insuficientes, baixa capacidade de resolubilidade da rede de serviços, centralização do poder, modelo de atenção pautado no pronto-atendimento médico, interferência político-partidária e cobrança por fora dos serviços privados contratados pelo SUS. (AMORIM et al. 2012, p. 297).

A assistência à saúde no Brasil tem evoluído ao longo dos séculos e apresentam contrastes importantes na atualidade, caracterizando-se, por um lado, por ser uma das políticas de atenção à saúde mais evoluídas do mundo e, por outro, por uma crescente disparidade social e geográfica que impossibilita ou causa prejuízo extremo ao princípio da equidade preconizado pela Constituição Brasileira.

Bahia (2005) afirmou que em um ranking da Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgado em 2000, o Brasil classificou-se em último lugar na avaliação da equidade dos sistemas de saúde da América Latina.

O SUS criado por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), com base nos preceitos da Constituição Brasileira de 1988, foi fortalecido por alguns princípios básicos tais como: a equidade, a integralidade, a universalização do acesso, a descentralização, a regionalização e hierarquização, a resolutividade, a participação e o controle social; inspirou-se nos mais avançados sistemas de saúde existentes no mundo, entre eles o sistema de saúde canadense e francês (BRASIL, 1990).

Há referências sobre a preocupação com a qualidade do atendimento hospitalar no Brasil que remontam ao ano de 1935, com a criação de uma ficha de inquérito hospitalar pelo Ministério da Saúde (MS).

A década de 70 destacou-se como um período de grande produção de instrumentos voltados à melhoria da qualidade, tais como as normas para construção de edificações de atenção à saúde, os formulários e relatórios de classificação hospitalar.

Na década de 80 destacaram-se as ações com o objetivo de diminuir o índice de infecções hospitalares, embora sem sucesso na ocasião (CLINCO, 2007).

A partir da década de 90, particularmente após a criação da Norma Operacional Básica (NOB/SUS-93), começou-se a discutir questões relacionadas à acreditação hospitalar (PAIVA, 2006). Destaca-se, também, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que visava regulamentar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (CLINCO, 2007).

Ao contextualizar o sistema de saúde brasileiro encontra-se um panorama formado por um país de grandes dimensões geográficas, em acelerado processo de urbanização, com evidente heterogeneidade socioeconômica, que atravessa um período de transição epidemiológica evidente, marcada pela presença de doenças características de países subdesenvolvidos juntamente com o crescimento exponencial das doenças crônico-degenerativas e com demanda cada vez maior por tecnologia de ponta traduzida em transplantes e cirurgias cardiovasculares, entre outras (LÓPEZ; CHIORO, 2003).

Nesse contexto, insere-se a instituição denominada hospital como pano de fundo para o desenrolar de várias adversidades, conquistas e perdas relativas ao cenário descrito quando é acrescentado a ele o cidadão. Para a OMS, em uma definição datada de 1957, mas extremamente contemporânea em seus significados:

[...] o hospital é parte integrante de uma organização médica e social que tem como missão proporcionar à população assistência médico-sanitária completa curativa e preventiva, e cujos serviços envolvem inclusive o âmbito familiar; o hospital é ainda um centro de formação de pessoal médico-sanitário e de pesquisa biossocial. (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Em um breve retrospecto, percebe-se que a história da assistência médico-hospitalar no Brasil tem sua origem no século XVIII quando predominava a atenção de cunho caritativo, exercido basicamente por instituições filantrópicas, fortemente influenciadas pela Igreja Católica. Tal situação perdurou até meados do século XX, quando, por volta dos anos 30 a 50 registrou-se um aumento considerável da assistência hospitalar no Brasil, como consequência da mudança das relações de trabalho e da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão, francamente financiadas pelo Estado, oriundas das antigas Caixas de Aposentadoria e Pensão criadas através da Lei Eloi Chaves de 1923 (PITTA, 2010; MALLOY, 1976).

Após o golpe de 1968, houve um reforço do modelo hospitalocêntrico vigente e os serviços foram centralizados como parte da estratégia de gestão do governo militar. Tal situação iniciou um processo de modificação a partir de 1988 com a promulgação da Constituição e, posteriormente, com a criação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, que permitiram a criação do SUS, trazendo a possibilidade de acesso universalizado à atenção em saúde (LÓPEZ; CHIORO, 2003).

Na atualidade, espera-se que a instituição hospitalar assuma um novo papel perante a sociedade, em que se constituirá, na maior parte do tempo, em um local para o manejo de eventos agudos. No momento da internação o hospital deve ser capaz de considerar as possibilidades e benefícios terapêuticos relativos ao cidadão. Deve, também, apresentar uma densidade tecnológica compatível com a sua estrutura e capacidade, além de ser capaz de prestar atendimento com eficiência e qualidade em uma infraestrutura adequada (LÓPEZ; CHIORO, 2003).

Existem diversos elementos que exercem forte impacto no cenário atual vivenciado pela rede hospitalar brasileira. Dentre esses se podem citar:

- a) **elementos demográficos:** o envelhecimento da população, acompanhado da redução acentuada da mortalidade infantil, influencia diretamente a demanda por serviços hospitalares;
- b) **elementos epidemiológicos:** a modificação do perfil epidemiológico brasileiro observado desde o fim do século XX, caracterizado pela diminuição das doenças infectocontagiosas, aumento das doenças crônico-degenerativas e ressurgimento de doenças infectocontagiosas emergentes provocam uma aumento da demanda por serviços de saúde mais complexos e com maiores recursos tecnológicos;
- c) **elementos humanos:** a modificação do perfil do mercado de trabalho caracterizado por um aumento contínuo na oferta de mão de obra, maior especialização profissional, acelerado processo de criação de cursos de formação e falta de entrosamento entre os diversos profissionais limitando a atuação das equipes interdisciplinares acaba gerando uma atenção desqualificada, com retrabalho, desperdício e diminuição da qualidade da assistência;
- d) **elementos tecnológicos:** a forte pressão exercida pela indústria farmacêutica e de tecnologia da saúde cria a falsa sensação de que as

ferramentas existentes nunca são suficientes para o atendimento adequado, incentivando a crença de que não é possível oferecer atendimento de qualidade sem alto desempenho tecnológico;

- e) **elementos ligados ao papel do cidadão:** com o fortalecimento da participação social na condução e definição das políticas de saúde, vivencia-se uma situação em que o poder do cidadão cria distorções em relação ao acesso ao sistema. Essa situação é facilmente identificada, por exemplo, no crescente número de processos movidos por cidadãos contra o Estado, obrigando-o a fornecer tratamentos e medicações que levam à má utilização do recurso público e a situações de desigualdade crescente (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Até 2009 a rede hospitalar brasileira caracterizou-se por atender a uma população formada por 191.481.045 habitantes, com acesso a 6.427 hospitais, entre gerais e especializados (BRASIL, 2010a) e 431.996 leitos hospitalares, sendo 152 892 (35,4%) públicos e 279.104 (64,6%) privados (BRASIL, 2010c). Entre setembro de 2011 e agosto de 2012 foram realizadas 11.019.832 internações pelo SUS (BRASIL, 2012) e os cidadãos tem acesso a aproximadamente 2,3 leitos/1000 habitantes (BRASIL, 2010c).

2.6 SISTEMA DE SAÚDE HOSPITALAR DE UBERABA

A área geográfica total do município de Uberaba é de 4.540,51 km², sendo que desses 256 km² são de área urbana. Está localizada 19° 45'27" de latitude sul e 47°55'36" de longitude oeste. Suas principais reservas minerais são de água mineral, argila, calcário, caulim, ferro, pedras basálticas e ornamentais. Está cercada pelas Bacias Hidrográficas do Rio Grande e do Rio Paranaíba e tem o cerrado como vegetação predominante. Localiza-se em região central com acesso privilegiado aos principais centros do país, distanciando-se cerca de 490 km da cidade de São Paulo, 569 km do Porto de Santos, 494 km de Belo Horizonte e 530 km de Brasília. Inclui em sua área de jurisdição as rodovias BR-050, BR-262 e BR-464. Possui terminal rodoviário, ferroviário e aeroporto em contínua expansão (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2009).

Uberaba exerce o papel de sede da região administrativa do Vale do Rio Grande. É também sede da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul, atendendo a 27 municípios e pólo da microrregião formada pelos municípios de Uberaba, Conquista, Verissimo, Delta, Campo Florido, Conceição das Alagoas e Agua Comprida. Quanto à caracterização demográfica, a população estimada do município para 2009 foi de 296.259 habitantes, com predominância na pirâmide etária da faixa entre 20 e 29 anos para ambos os sexos. A taxa estimada de crescimento anual entre 2006 e 2009 foi de 1,3%. Possui 62,1% da população feminina em idade fértil e estima-se que 96,6% da população entre 20 e 49 anos é alfabetizada (BRASIL, 2010b).

O município é o principal centro de atendimento médico-hospitalar do Triângulo Mineiro. A expectativa de vida da população gira em torno de 73,93 anos e a mortalidade infantil para 2008 foi 9,51/1000 nascidos vivos (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2009). O município oferece 06 hospitais gerais, 02 hospitais-escola, 01 Hospital da Criança, 01 Hospital do Câncer e 01 Hospital do Pênfigo, totalizando 11 instituições hospitalares, que foram responsáveis por 21.757 internações em 2009, com média de 3,0 leitos/1000 habitantes (BRASIL, 2010b).

O sistema de saúde possui ainda 26 unidades básicas de saúde distribuídas em três distritos sanitários na área urbana e sete unidades básicas de saúde na área rural. Conta com 47 equipes de saúde da família, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), nove centros de atenção especializada e pelo menos oito centros de acompanhamento, apoio e reabilitação. Oferece, também, Serviço de Atendimento Móvel em Saúde e Serviços de Vigilância em Saúde compostos por Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Centro de Controle de Zoonoses (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2009).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se da realização de uma pesquisa observacional, transversal, seccional e prospectiva, utilizando abordagem quantitativa. Pesquisa observacional é aquela em que o pesquisador observa o objeto de seu estudo sem intervenção ou modificação de qualquer aspecto estudado (HOCHMAN et al., 2005). A pesquisa transversal, seccional caracteriza-se pela “observação direta de determinado número planejado de indivíduos em uma única oportunidade” (ANGELO, 2011 p. 16). Já a pesquisa quantitativa é caracterizada como um estudo que se destina a descrever as características de determinada situação, medindo numericamente as hipóteses levantadas a respeito de um problema de pesquisa (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em duas instituições hospitalares do município de Uberaba-MG, sendo um hospital público e um hospital mantido por instituição privada. Para fins da pesquisa, os hospitais foram identificados por letras sendo:

- a) **Hospital A:** trata-se de um hospital geral, federal, de ensino, de grande porte, que oferece atendimento de alta e média complexidade. Atende às especialidades clínicas e cirúrgicas (Dermatologia, Oncologia, Nefrologia, Urologia, Geriatria, Neonatologia, Neurologia, Hematologia, Infectologia, Pneumologia, Cardiologia, Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Oftalmologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oncologia e Cirurgia Bucomaxilofacial, Psiquiatria, Tisiologia), e reabilitação. Possui atualmente 316 leitos ativos, sendo 270 leitos de internação e 46 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e isolamento (BRASIL, 2014a), todos disponíveis e exclusivos do SUS.
- b) **Hospital B:** o outro hospital também é um hospital geral, mantido por uma instituição privada, classificado como entidade beneficente sem fins lucrativos,

de ensino, de médio porte, que oferece atendimento de alta e média complexidade e atenção básica. Atende às especialidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Ginecologia e Pediatria. Possui atualmente 140 leitos ativos, sendo 38 leitos de clínica médica (28 leitos SUS), 43 leitos de clínica cirúrgica (28 leitos SUS), 38 leitos de obstetrícia (25 leitos SUS), 15 leitos pediátricos (9 leitos SUS) e seis leitos de UTI Adulto (BRASIL, 2014b).

Ambos os hospitais oferecem atendimento regional aos 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul da qual Uberaba é cidade sede e atendem à demanda de formação profissional ao oferecer oportunidades de ensino baseadas na tríade ensino/ pesquisa e extensão.

3.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foram os cidadãos que buscam atendimento cirúrgico nos hospitais especificados localizados no município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, Brasil.

3.3.1 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão, serão considerados aptos a participar deste estudo os cidadãos:

- a) que sejam maiores de 18 anos, responsáveis legalmente;
- b) que residam no município de Uberaba-MG;
- c) que apresentem condições clínicas favoráveis ao responderem os instrumentos de coleta de dados;
- d) que estejam aguardando internação em sala de espera e sejam efetivamente internados, ou já estejam internados há, no máximo 24 horas, para qualquer procedimento cirúrgico eletivo.

3.3.2 Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão serão considerados inaptos a participar deste estudo os cidadãos:

- a) que forem submetidos a procedimento cirúrgico de emergência;
- b) que sejam incapazes de responder ao questionário devido às condições clínicas;
- c) que evoluíram para óbito após o procedimento;
- d) que não receberem alta hospitalar dentro do período de coleta de dados.

3.4 AMOSTRAGEM

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2=0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com sete preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha=0,01$ e erro do tipo II de $\beta=0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Ao utilizar o aplicativo Power Analysis and Sample Size (PASS), versão de 2002 (NCSS, 2008), introduzindo-se os valores acima descritos, obteve-se um tamanho de amostra mínimo de $n=228$. Ao considerar uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista foi $n=285$. A variável dependente principal foi o escore geral de satisfação do SERVQUAL e as variáveis de desfecho secundárias são cada um dos domínios de satisfação (COHEN, 1988).

A amostra foi selecionada de forma aleatória utilizando-se o método de amostragem aleatória sistemática proporcional. Segundo Callegari-Jacques (2003) a amostragem aleatória sistemática é utilizada quando os elementos da população apresentam algum tipo de ordenamento, seja ele em filas, listas ou linhas de produção. Para tanto, foi calculada estimativa da população esperada no período, baseada no levantamento do número de cirurgias realizadas nas instituições no período de março a maio de 2012. Ao considerar o volume de atendimento em cada hospital e o tamanho de amostra requerido calculou-se o intervalo de amostragem sistemático como sendo $k=5$. Sorteou-se o caso índice para o hospital A ($n=3$) e o

caso índice para o hospital B (n=5). A amostra determinada para o Hospital A foi n=164 e para o Hospital B, n=64.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos hospitais selecionados durante um período de 210 dias, entre os meses de junho de 2013 e fevereiro de 2014. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a entrevista. Tal técnica é vantajosa por permitir uma maior interação entre pesquisador e pesquisado e o entrevistado tende a sentir-se mais confortável em responder as questões. Como desvantagens citam-se a necessidade de preparo do entrevistador e que o mesmo possua grande dimensão sobre o assunto que será tratado (ROSSI; SLONGO, 1998).

Pode ser caracterizada ainda como **estruturada**, caracterizada por questões fechadas e sem flexibilidade, **semiestruturada**, direcionada por um roteiro previamente elaborado e **não-estruturada**, oferecendo ampla liberdade na formulação de perguntas e na fala do cliente (BELEI et al., 2008). No presente estudo optou-se por utilizar a entrevista estruturada.

Primeiramente, a pesquisadora realizou reunião com o responsável técnico-administrativo de cada Instituição, com o objetivo de apresentar o projeto e explanar os objetivos a serem alcançados. Após a autorização das instituições (ANEXO E), as cirurgias eletivas foram acompanhadas diariamente por meio do mapa cirúrgico fornecido pelas mesmas. Os cidadãos que constavam no mapa cirúrgico foram abordados na sala de espera da recepção da instituição antes de adentrarem na mesma para o procedimento. Aqueles que atenderam aos critérios de inclusão/exclusão, apresentaram interesse em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C) foram entrevistados. A mesma abordagem foi realizada aos pacientes que constavam no mapa cirúrgico, mas já se encontravam internados a no máximo 24 horas do procedimento por orientação médica.

A entrevista foi aplicada aos cidadãos antes que os mesmos fossem submetidos ao procedimento cirúrgico na referida instituição e de cinco a dez dias após a alta hospitalar, em suas residências, visto que no momento da primeira entrevista solicitaram-se aos pacientes seus contatos residenciais e a autorização da visita. Os instrumentos utilizados na entrevista foram o questionário

sociodemográfico (APÊNDICE A), o questionário SERVQUAL (ANEXO A), validado no Brasil por Borges, Carvalho e Silva (2010) e o questionário Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (ANEXO B), validado no Brasil por Botega et al. (1995). Obteve-se autorização dos autores responsáveis pela validação do instrumento para a utilização nesta pesquisa (ANEXO D).

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo é constituído de três partes: 1º - Questionário sociodemográfico, 2º - Questionário SERVQUAL, 3º - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.

O questionário sociodemográfico, cujo objetivo é traçar o perfil epidemiológico da amostra estudada, foi construído com base na revisão de literatura, atentando-se para os fatores cujas evidências apontam algum tipo de influência na satisfação e foram introduzidos itens que denotam a vivência e preocupações da pesquisadora.

O instrumento baseado no SERVQUAL derivado do modelo de falha de serviços para avaliação da qualidade dos serviços de saúde é validado no Brasil por Borges, Carvalho e Silva (2010). Arroyo (2007) apontou que o instrumento SERVQUAL foi inicialmente criado no contexto do marketing. Constitui-se em uma escala multidimensional composta por duas subescalas: escala de expectativas e escala de percepção.

O instrumento avalia cinco dimensões da qualidade: tangibilidade (aparência do pessoal, estrutura física e informação disponível), confiabilidade (habilidade em prestar o serviço prometido com precisão e eficácia), responsividade (habilidade em ajudar e proporcionar o serviço rapidamente), segurança (habilidade em inspirar confiança e credibilidade) e empatia (habilidade em proporcionar atenção individual e especializada). Cada escala é composta por 22 itens perfazendo um total de 44 itens e esses são avaliados por escala LIKERT que apresenta pontuações variando de 1 (concordo totalmente) a 7 (discordo totalmente) (PARASURAMAN et al., 1988).

O instrumento foi estruturado com base nas cinco dimensões estabelecidas na escala original, sendo: itens 1 a 4 relativos à dimensão tangibilidade, itens 5 a 9 relativos à dimensão confiabilidade, itens 10 a 13 relativos à dimensão responsividade, itens 14 a 17 relativos à dimensão segurança e itens 18 a 22 relativos à dimensão empatia. Foi acrescentada, ainda, uma última questão,

conforme instrumento validado, que visa avaliar a visão geral do cidadão sobre a qualidade do serviço utilizado. Ao final do instrumento utilizou-se ainda um questionário para alocação de pontos de acordo com a importância que cada dimensão da qualidade possui para os entrevistados. Nessa fase os entrevistados distribuíram 100 pontos entre as cinco dimensões de acordo com a importância relativa que essas possuem para os mesmos.

A utilização da escala HAD, validada no Brasil por Botega et al. (1995) tem como objetivo minimizar o potencial efeito confundidor da depressão e da ansiedade sobre a expectativa do cidadão. É composta de 14 questões de múltipla escolha divididas em duas subescalas com sete itens cada. A pontuação global em cada escala varia de 7 a 21 pontos. A escolha desse instrumento fundamentou-se nas evidências de que ele consegue separar adequadamente os casos de ansiedade e depressão entre os pacientes internados para procedimento cirúrgico (MARCOLINO, 2007).

Realizou-se um teste piloto no período de 27 a 31 de maio de 2013, com dez pacientes aleatoriamente selecionados para verificar-se a pertinência do instrumento, não sendo necessário nenhum ajuste.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis apresentadas a seguir constituem o instrumento utilizado neste estudo:

- ⇒ Variáveis de caracterização do entrevistado: as variáveis; renda e estado civil foram estratificadas segundo versão do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2000), (Quadro 3).

Quadro 3 - Descrição das variáveis de caracterização do entrevistado.

Variável	Definição	Operacionalização
Código da Instituição	Define o local onde a entrevista foi realizada	Questão aberta preenchida com código simples em escala nominal relacionando os dois hospitais.
Idade	Define a idade do paciente em anos completos	Questão aberta preenchida com números inteiros conforme informado pelo paciente.
Sexo	Define o sexo do paciente	Questão aberta preenchida com código simples em escala nominal relacionando duas alternativas.
Anos de Estudo	Define quantos anos completos de estudo o paciente possui	Questão aberta preenchida com números inteiros conforme informado pelo paciente.
Renda	Define a faixa de renda do paciente em salários mínimos	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando dez faixas de renda.
Situação Conjugal	Define o estado civil do paciente	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando seis estados civis.

Fonte: IBGE (BRASIL, 2000).

⇒ Variáveis de caracterização do procedimento cirúrgico: a variável risco cirúrgico foi estratificada com base no ASA - Classificação de Estado Físico da Sociedade Americana de Anestesiologia (Quadro 4).

Quadro 4 – Descrição das variáveis de caracterização do procedimento cirúrgico.

Variável	Definição	Operacionalização
Cirurgia	Especifica o porte da cirurgia realizada pelo paciente	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro portes cirúrgicos
Especialidade	Especialidade cirúrgica que realizou a cirurgia	Questão aberta preenchida com o nome da especialidade conforme informado no prontuário.
Data da Internação	Data de internação do paciente	Questão aberta preenchida com a data conforme informado no prontuário.
Data de realização da cirurgia	Data de realização da cirurgia	Questão aberta preenchida com a data conforme informado no prontuário.
Risco Cirúrgico	Risco cirúrgico do paciente baseado no ASA	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando seis graus de risco cirúrgicos
Tempo de Cirurgia	Tempo de duração da cirurgia em horas	Questão aberta preenchida com tempo em horas conforme informado no prontuário.
Tempo de internação	Tempo de internação em dias	Questão aberta preenchida com tempo em dias conforme informado no prontuário.
Eventos adversos durante a internação	Ocorrência de eventos adversos durante a internação	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando duas alternativas.
Adiamento	Ocorrência de adiamentos da cirurgia durante a internação	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando duas alternativas.

Cancelamento	Ocorrência de cancelamento da cirurgia durante a internação	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando duas alternativas.
Internações prévias	Internação prévia na mesma instituição	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando duas alternativas.
Numero de internações prévias	Número de vezes que o paciente foi internado previamente	Questão aberta preenchida com número de internações conforme informado no prontuário.
Data da última internação	Tempo decorrido desde a última internação em meses	Questão aberta preenchida com tempo desde a última internação conforme informado no prontuário.

Fonte: Santos e Kemp (2011).

⇒ Variáveis relativas ao “Nível de Expectativas” e “Serviço Percebido”.

As afirmações são relacionadas à ‘como deveriam’ ser os serviços dos hospitais em estudo, no caso das expectativas (E); e a ‘como foram’ os serviços do hospital em que o paciente estava internado, no caso das percepções.

Para as respostas utilizou-se escala intervalar de sete postos, todos numerados e legendados. A numeração variou de um a sete e as legendas foram as seguintes: ‘discordo totalmente’, ‘discordo’, ‘discordo parcialmente’, ‘nem concordo nem discordo’, ‘concordo parcialmente’, ‘concordo’, ‘concordo totalmente’ (Quadro 5).

Quadro 5 - Descrição das variáveis do instrumento SERVQUAL.

Variável	Definição
E1/P1	Conservação e funcionalidade dos equipamentos hospitalares.
E2/P2	Atratividade das instalações físicas hospitalares.
E3/P3	Adequação dos trajés e aparência da equipe ao ambiente hospitalar.
E4 /P4	Compreensibilidade e atratividade dos relatórios e demais documentos entregues ao paciente.
E5/P5	Realização das atividades hospitalares na hora marcada
6/P6	Demonstração de interesse sincero em resolver os problemas do paciente.
E7/P7	Execução de serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.
E8/P8	Prestação de serviços no prazo de execução permitido
E9/P9	Apresentação de relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros
E10/P10	Informação exata aos pacientes sobre quando os serviços serão executados
E11/P11	Agilidade de atendimento da equipe aos seus pacientes
E12/P12	A equipe deve procurar ajudar seus pacientes
E13/P13	Disponibilidade da equipe em atender aos pedidos do paciente

E14/P14	Comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes
E15/P15	Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços
E16/P16	Educação e cortesia da equipe com os pacientes
E17/P17	Conhecimento adequado da equipe para responder às perguntas dos pacientes
E18/P18	Capacidade da equipe em dar atenção individualizada ao paciente
E19/P19	Capacidade do hospital de funcionar em horários adequados aos seus pacientes
E20/P20	Capacidade da equipe de dar atenção individualizada ao paciente
E21/P21	Capacidade do hospital de priorizar os interesses do paciente
E22/P22	Capacidade da equipe de entender as necessidades específicas de seus pacientes
E23/P23	A qualidade geral do atendimento em cirurgia é satisfatória

Fonte: Borges, Carvalho e Silva (2010).

⇒ Variáveis relacionadas ao grau de importância de cada uma das dimensões para o cliente.

Nesta bateria de questões foram distribuídos pelo paciente 100 (cem) pontos entre as cinco dimensões da qualidade conforme a importância que ele atribuiu a cada uma delas (Quadro 6).

Quadro 6 - Descrição das variáveis relativas ao grau de importância das dimensões.

Variável	Definição
1. A aparência das instalações físicas, da pessoa dos materiais de comunicação e equipamentos do hospital.	Refere-se à avaliação da aparência das instalações físicas, do pessoal, dos materiais de comunicação e equipamentos do hospital.
2. A execução dos serviços de forma precisa confiável e segura pelo hospital.	Refere-se à capacidade de execução dos serviços de forma precisa, confiável e segura pelo hospital.
3. A ajuda aos pacientes e o pronto atendimento às suas necessidades pelo hospital.	Refere-se à capacidade de ajudar aos pacientes e atender às suas necessidades pelo hospital.
4. O conhecimento, a cortesia e a confiabilidade transmitidos pela equipe (médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas e funcionários administrativos) aos pacientes do hospital.	Refere-se à capacidade da equipe de transmitir conhecimento, cortesia e confiabilidade aos pacientes do hospital.
5. A atenção individualizada aos pacientes pela equipe do hospital.	Refere-se à capacidade de oferecer atenção individualizada aos pacientes pela equipe do hospital.

Fonte: Borges, Carvalho e Silva (2010).

⇒ Variáveis relacionadas à identificação de evidências de ansiedade ou depressão nos pacientes (Quadro 7).

Quadro 7 - Descrição das variáveis do instrumento HAD e SERVQUAL.

Variável	Definição	Operacionalização
A1	Identifica se o paciente se sente tenso e contraído.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
D1	Identifica se o paciente ainda sente gosto pelas mesmas coisas de antes.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
A2	Identifica se o paciente sente uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
D2	Identifica se o paciente dá risada e se diverte quando vê coisas engraçadas.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
A3	Identifica se o paciente está com a cabeça cheia de preocupações.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
D3	Identifica se o paciente se sente alegre.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
A4	Identifica se o paciente consegue ficar a vontade e se sentir relaxado.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
D4	Identifica se o paciente está lento para pensar e fazer as coisas.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
A5	Identifica se o paciente tem uma sensação ruim de medo, com um frio na barriga ou um aperto no estômago.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
D5	Identifica se o paciente perdeu o interesse em cuidar de sua aparência	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
A6	Identifica se o paciente se sente inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
D6	Identifica se o paciente fica esperando animado as coisas boas que estão por vir.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
A7	Identifica se o paciente de repente tem a sensação de entrar em pânico.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.
D7	Identifica se o paciente consegue sentir prazer quando assiste a um bom programa de televisão, de rádio ou quando lê alguma coisa.	Questão fechada de escolha simples e escala nominal relacionando quatro alternativas.

Fonte: Botega et al. (1995).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Microsoft® Office Excel®*. Foram digitados por duas pessoas, com dupla entrada para posterior verificação da consistência, consolidação e validação. Nas diferenças encontradas, o pesquisador buscou a fonte original para as devidas correções.

Os dados armazenados na planilha Excel® foram importados para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 16.0 para processamento e análise.

Foram realizadas análises exploratórias (segundo estatística descritiva) por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual para as variáveis qualitativas e utilizadas as medidas descritivas de centralidade (média, mediana e posto médio) e de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e valor máximo) para variáveis quantitativas. Para comparação entre expectativa e percepção para os itens dos domínios utilizou-se *teste t* pareado ou *Wilcoxon* em casos de não normalidade.

A partir da análise dos dados da escala SERVQUAL foi possível identificar o escore de satisfação geral do usuário fornecido pela fórmula:

$$ESC = \frac{\sum P_i - E_i}{n_i}$$

onde:

ESC = escore de satisfação do usuário

P = qualidade percebida pelo usuário

E = expectativa do usuário

n = número de questões

A escala HAD apresenta pontos de corte específicos para avaliação da ansiedade e da depressão, sendo:

- a) HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade >ou=9
- b) HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão >ou =9

As variáveis foram submetidas à análise bivariada, sendo que para comparar os escores de satisfação dos domínios e geral entre grupos definidos por variáveis categóricas (hospital, sexo, internação prévia e cancelamento) foi utilizado *teste t* de *Student* ou *Mann-Whitney* (para desvios de normalidade). A análise bivariada de variáveis quantitativas (idade, anos de estudo e período de internação) tendo como desfecho os escores de satisfação utilizou a correlação de *Pearson* ou *Spearman* (ordinal), quando apropriada.

A influência das variáveis explicativas sobre os escores de qualidade foram analisadas empregando-se a regressão linear múltipla, sendo que a inclusão desses preditores seguiu critérios conceituais baseados na literatura. O nível de significância para a definição de uma relação estatisticamente significativa foi $\alpha = 0,01$. O desfecho principal foi o escore geral de satisfação.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados aconteceu após a devida aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), por meio do protocolo nº 2527, bem como pelas direções dos demais hospitais incluídos no estudo, conforme resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Após a aplicação do Questionário de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD, os cidadãos que apresentaram pontuação condizente com indicativos de ansiedade ou depressão foram orientados e encaminhados ao Serviço de Psicologia dos hospitais participantes para uma investigação mais detalhada.

Todos os cidadãos que participaram da pesquisa receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

Foi garantido o anonimato para todos os participantes da pesquisa, sendo que os mesmos foram identificados por códigos numéricos.

Os dados serão mantidos arquivados por cinco anos e posteriormente serão incinerados, sob a responsabilidade da pesquisadora.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Os resultados apresentados caracterizam os cidadãos quanto à instituição, sexo, faixa etária, escolaridade, renda e situação conjugal.

Em relação à instituição, os participantes distribuíram-se entre Hospital A, com 164 (71,9%) e Hospital B com 64 (29,1%), totalizando 228 participantes.

A variável sexo apresenta 135 (59,2%) dos pacientes do sexo feminino e 93 (40,8%) dos pacientes do sexo masculino. Tal situação confirma as análises de Moreira (1996) que salientou que a mulher valoriza mais o cuidado com a própria saúde em relação ao homem procurando assistência médica sempre que julga necessário. Como forma de contornar a atitude masculina avessa à procura por avaliação e ajuda médica, observam-se algumas medidas promovidas pelas instituições públicas, tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovida pelo MS (BRASIL, 2011). Há evidências, ainda, de que em relação à percepção de saúde, as diferenças de sexo e idade são importantes determinantes da conduta do indivíduo na procura por atendimento à saúde (BRASIL, 2009).

Em relação à faixa etária, os participantes se situaram entre 18 e 91 anos, com média de 48 anos, desvio padrão de 16,99 anos e mediana de 49,5 anos. Conforme a tabela 2 a idade predominante encontra-se na faixa de 30 a 59 anos com 116 (50,9%) participantes, seguido de 65 (28,5%) dos participantes entre 60 e 79 anos e 42 (18,45%) dos participantes abaixo de 29 anos, evidenciando uma amostra caracterizada, sobretudo pela presença de adultos e idosos, evidência que endossa a projeções do IBGE de que a rápida ampliação da expectativa média de vida permitirá à maior parte da população atual alcançar a velhice (BRASIL, 2009).

Na variável escolaridade percebe-se que 78 participantes (34,2%) da amostra possuem de cinco a oito anos de escolaridade e 65 participantes (28,5%) têm entre um e quatro anos de escolaridade, com média de 7,27 anos, desvio padrão de 4,03, mínimo de zero ano, máximo de 17 anos e mediana de oito anos, o que demonstra baixo nível de escolaridade entre os participantes, refletindo as condições sociais da comunidade atendida pelas instituições.

Já que segundo Brasil (2009, p. 24) a escolaridade é uma “medida indireta da prevalência nos extratos sociais de menor renda”. Esse resultado indica que a maioria da amostra (62,7%) possui somente o ensino básico, e é superior ao encontrado por Ricci et al. (2011) em estudo que analisa a satisfação de usuários em um hospital de ensino do interior de São Paulo e semelhante ao estudo de Dias et al. (2011) que descreve a percepção de usuários das equipes do Programa Saúde da Família em relação às dimensões da satisfação.

Segundo o IBGE (BRASIL, 2010c) a alfabetização em todas as faixas etárias vem aumentando progressivamente ao longo dos últimos anos, possivelmente refletindo a maior escolarização das crianças, mas também o acesso de jovens e adultos aos cursos de alfabetização.

A variável renda teve como prevalência a faixa de um a dois salários mínimos (32,5%), seguido por dois a três salários mínimos (26,3%), dado inferior ao apresentado por Luz et al. (2009) em estudo que caracterizou pacientes submetidos às estomias em um hospital universitário.

Assim como o nível de escolaridade, também a renda caracteriza baixo nível socioeconômico dos cidadãos que utilizam os serviços públicos de saúde. No Censo de 2010 divulgado pelo IBGE (BRASIL, 2010c), 83,4% da população brasileira recebe rendimentos de até um a dois salários mínimos, sendo que desses 37,1% não recebem nenhum rendimento.

Sobre a variável situação conjugal percebe-se que 99 (44,3%) participantes descreve-se em situação conjugal de casados e 61 (26,8%) participantes se declararam solteiros. Esses resultados são inferiores aos encontrados por Christoforo e Carvalho (2009) para os pacientes casados e superior aos encontrados para pacientes solteiros.

A tabela 2 apresenta as características sóciodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Categoria		n	%
Instituição	Hospital A	164	71,9
	Hospital B	64	29,1
Sexo	Masculino	93	40,8
	Feminino	135	59,2
Faixa Etária	Até 29 anos	42	18,4
	30 a 59 anos	116	50,9
	60 a 79 anos	65	28,5
	80 anos e mais	5	2,2
Escolaridade	Sem estudo	9	3,9
	1 a 4 anos	65	28,5
	5 a 8 anos	78	34,2
	9 a 11 anos	49	21,5
	12 a 15 anos	18	7,9
	16 ou mais	9	3,9
Renda	Sem renda	15	6,6
	Até 1 SM	24	10,5
	1 a 2 SM	74	32,5
	2 a 3 SM	60	26,3
	3 a 5 SM	48	21,1
	5 a 10 SM	6	2,6
Situação Conjugal	10 SM ou +	1	0,4
	Casado	99	43,4
	Desquitado	16	7,0
	Divorciado	4	1,8
	Viúvo	21	9,2
	Solteiro	61	26,8
	Relação Estável	27	11,8

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Quanto à caracterização dos procedimentos cirúrgicos realizados pelo cliente, evidencia-se que 113 (49,6%) dos procedimentos são de porte intermediário, seguido pelos procedimentos de maior porte em número de 84 (36,8%), o que pode

ser explicado pelas características de instituição de atenção à saúde de alta complexidade. Em estudo com 185 pacientes de uma UTI, Abelha et al. (2006) evidenciou que o porte cirúrgico constitui-se em fator de risco para a recuperação ou não do usuário.

A especialidade que mais esteve presente na caracterização dos procedimentos cirúrgicos foi a ortopedia, com 43 (18,9%) pacientes, seguida pela especialidade de cirurgia do aparelho digestivo com 35 (15,4%) participantes. No estudo de Pena e Melleiro (2012) a distribuição das especialidades foi: gastrocirurgia (21,5%), ortopedia (11,8%) e cirurgia geral (6,6%) das internações.

Segundo o Brasil (2012) cerca de 28,8% das internações por especialidade ocorridas em 2009 foram na Clínica Cirúrgica, totalizando 3.198.396 internações com média de permanência de 4,2 dias.

A maioria dos pacientes (109) foi classificada como ASA I, o que corresponde a 48% da amostra, seguidos por 95 (41,9%) participantes classificados como ASA II. A caracterização segundo o risco cirúrgico é condizente com o perfil de participantes que internaram em enfermaria para submeterem-se às cirurgias eletivas. Os procedimentos tiveram duração média de uma a duas horas, 147 (68,4%). O período médio de internação foi de dois a três dias para 122 participantes (53,5%).

Dentre os participantes da pesquisa, 12 (5,3%) tiveram algum tipo de evento adverso relatado durante a internação, 12 (5,3%) tiveram o procedimento cirúrgico adiado dentro da mesma internação e 13 (5,7%) necessitaram que o procedimento cirúrgico fosse cancelado no momento da internação ou ao ser encaminhando ao centro cirúrgico. Em um estudo com pacientes de um Hospital Universitário, Paschoal e Gatto (2006) relatou que em uma população de 934 cirurgias, ocorreram 186 suspensões (19,9%). Outros autores relatam taxas de cancelamento de cirurgias de até 33% (ARIETA et al., 2001; GATTO, 1996; CAVALCANTE; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2000).

Dentre os participantes 116 (50,9%) não possuíam registro de internação prévia na instituição. Já entre aqueles que já haviam sido internados anteriormente, 47 participantes (20,7%) se submeteram à internação há mais de 25 meses, não sendo esta internação necessariamente cirúrgica. A internação prévia, segundo Cintra et al. (2012) pode favorecer um maior rigor na avaliação que o paciente faz do serviço, ou ainda, faz com que ele não possua qualquer nova expectativa sobre o

serviço. Em seu estudo com 55 pacientes de um hospital universitário federal houve uma ocorrência de 38% de reinternações.

A tabela 3 apresenta as características do procedimento cirúrgico dos participantes do estudo.

Tabela 3 - Caracterização do procedimento cirúrgico dos participantes da pesquisa. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Categoria		Frequência	%
Porte Cirúrgico	Menor	29	12,7
	Intermediário	113	49,6
Porte Cirúrgico	Maior	84	36,8
	Maior +	2	0,9
Especialidade	Aparelho Digestivo	35	15,4
	Cabeça e Pescoço	4	1,8
	Geral	32	14,0
	Ginecologia e Obstetrícia	34	14,9
	Oftalmologia	22	9,6
	Ortopedia	43	18,9
	Otorrinolaringologia	2	0,9
	Urologia	22	9,6
	Vascular	16	7,0
	Proctologia	9	3,9
	Plástica	9	3,9
	Risco Cirúrgico	ASA I	109
ASA II		95	41,9
ASA III		21	9,3
ASA IV		02	0,9
ASA V		0	0,0
ASA VI		0	0,0
Duração do procedimento	< 1 hora	27	12,6
	1 a 2 horas	147	68,4
	3 a 4 horas	37	17,2
	5 a 6 horas	3	1,4
	+ de 7 horas	1	0,5
Tempo de Internação	Até 1 dia	44	19,3
	2 a 3 dias	122	53,5
	4 a 5 dias	42	18,4
	6 dias ou mais	20	8,8
Ocorrência de eventos adversos	Sim	12	5,3
	Não	216	94,7
Adiamento do procedimento cirúrgico	Sim	12	5,3
	Não	216	94,7
Cancelamento do procedimento	Sim	13	5,7

cirúrgico	Não	215	94,3
Ocorrência de internação prévia	Sim	112	49,1
	Não	116	50,9
Número de internações prévias	Nenhuma	116	50,9
	Até 01	51	22,7
	02 a 03	41	18,1
	04 a 05	10	4,3
	+ de 06	9	4,0
Período decorrido desde a última internação	0 meses	116	50,9
	1 a 6 meses	28	12,3
	7 a 12 meses	25	11,0
	13 a 24 meses	12	5,3
	25 meses ou +	47	20,6

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

4.2.1 Distribuição dos participantes em relação aos sintomas de ansiedade e depressão

Mediante a aplicação do questionário HAD percebe-se que 80 (35,1%) dos participantes apresentaram evidências de ansiedade e 41 (18,1%) dos participantes apresentaram evidências de depressão (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com sintomas de ansiedade e depressão conforme escala HAD. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Variáveis		Frequência	%
Ansiedade	Com Ansiedade	80	35,1
	Sem Ansiedade	148	64,9
Depressão	Com Depressão	41	18,1
	Sem Depressão	186	81,9

Fonte: Dados coletados pela autora (2014).

4.3 ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO SERVQUAL POR DIMENSÕES

4.3.1 Distribuição das frequências das respostas obtidas por cada dimensão do questionário de expectativas

Na avaliação da expectativa que os participantes do estudo apresentavam em relação à tangibilidade, a maioria das respostas foi 'concordo plenamente' para os itens referentes a essa dimensão. Tais respostas demonstraram que os cidadãos

têm alta expectativa em relação à estrutura física, aparência do pessoal e informação disponível.

No item dois, (“As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis”) identifica-se uma frequência um pouco maior de respostas neutras, o que pode indicar que para alguns participantes a aparência externa da instituição não é um fator crucial de avaliação, tendo pequeno peso em relação aos demais itens.

É interessante observar que há uma valorização por parte dos participantes em relação à apresentação de documentos e relatórios que sejam de fácil entendimento. Tal avaliação pode ser explicada, sobretudo devido à maior faixa etária de idosos e também devido à baixa escolaridade apresentada.

A tabela 5 demonstra a frequência de respostas aos itens da dimensão tangibilidade.

Tabela 5 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Tangibilidade. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Tangibilidade	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
1. O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.	1 (0,4)	1 (0,4)	-	-	4 (1,8)	26 (11,4)	196 (86%)
2. As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	2 (0,9)	1 (0,4)	2 (0,9)	14 (6,1)	11 (4,8)	42 (18,4)	156 (68,4)
3. A equipe* do hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	1 (0,4)	-	-	3 (1,3)	1 (0,4)	22 (9,6)	201 (88,2)
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	-	-	-	1 (0,50)	-	19 (8,3)	208 (91,2)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP- ‘discordo plenamente’; D-‘discordo’; QD-‘quase discordo’, QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP- ‘concordo plenamente’.

Em relação à dimensão confiabilidade, os participantes da pesquisa responderam, na maioria, aos itens ‘concordo’ e ‘concordo plenamente’, o que indica que eles possuíam alta expectativa em relação à habilidade dos hospitais em prestar o serviço prometido com precisão e eficácia, sendo que os itens 7 e 8 tiveram a

maior frequência de ‘concordo plenamente’, o que pode indicar que a tolerância dos cidadãos para erros no atendimento é baixa.

A tabela 6 demonstra a frequência de respostas aos itens da dimensão confiabilidade.

Tabela 6 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Confiabilidade. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Confiabilidade	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
1. O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada.	-	2 (0,9)	-	3 (1,3)	6 (2,6)	29 (12,7)	188 (82,5)
2. O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	1 (0,4)	-	-	2 (0,9)	1 (0,4)	16 (7,0)	208 (91,2)
3. O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	1 (0,4)	-	-	-	3 (1,3)	11 (4,8)	213 (93,4)
4. O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução permitido.	-	1 (0,4)	-	2 (0,9)	4 (1,8)	33 (14,5)	188 (82,5)
5. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	-	-	-	1 (0,4)	4 (1,8)	11 (4,8)	212 (93,0)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

Os participantes também possuem alta expectativa para a dimensão responsividade, que diz respeito à habilidade em ajudar e proporcionar o serviço rapidamente, com a maior frequência para as respostas ‘concordo’ e ‘concordo plenamente’. Essa expectativa demonstra ter maior destaque ainda no item 12 (“No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes”), já que não houve nenhuma resposta de conotação negativa ou neutra para este item.

A tabela 7 demonstra a frequência de respostas aos itens do dimensão responsividade.

Tabela 7 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Responsividade. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Responsividade	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
10. No hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.	-	-	-	2 (0,9)	7 (3,1)	19 (8,3)	200 (87,7)
11. No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes.	-	1 (0,4)	-	2 (0,9)	5 (2,2)	42 (18,4)	178 (78,1)
12. No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes.	-	-	-	-	3 (1,3)	13 (5,7)	212 (93)
13. No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.	-	-	1 (0,4)	-	1 (0,4)	26 (11,4)	200 (87,7)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

A dimensão segurança apresentou notável importância para os participantes, uma vez que nenhum de seus itens teve qualquer avaliação de conotação negativa e o item 14 obteve a melhor avaliação da resposta ‘concordo plenamente’ (225). Especificamente neste item (“No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.”) percebe-se o quanto é importante para os cidadãos confiarem na equipe responsável pelos mesmos.

A tabela 8 abaixo demonstra a frequência de respostas aos itens da dimensão segurança.

Tabela 8 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Segurança. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Segurança	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
14. No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.	-	-	-	-	-	3 (1,3)	225 (98,7%)
15. Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços.	-	-	-	1 (0,4)	2 (0,9)	4 (1,8)	221 (96,9)
16. No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes.	-	-	-	1 (0,4)	1 (0,4)	16 (7,0)	210 (92,1)
17. No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes.	-	-	-	1 (0,4)	4 (1,8)	26 (11,4)	197 (86,4)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

Em relação à dimensão empatia, embora também haja uma alta expectativa demonstrada pela maioria de itens ‘concordo’ e ‘concordo plenamente’ é possível perceber que alguns participantes não dimensionam valor à habilidade em proporcionar atenção individual e especializada. Essa condição é facilmente visualizada ao se analisar os itens 18 (“No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente”) e 20 (“O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes”).

A tabela 9 abaixo demonstra a frequência de respostas aos itens do dimensão empatia.

Tabela 9 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para a dimensão Empatia. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Empatia	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
18. No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente.	5 (2,2)	3 (1,3)	5 (2,2)	7 (3,1)	14 (6,1)	40 (17,5)	154 (67,5)
19. O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes.	2 (0,9)	-	2 (0,9)	3 (1,3)	10 (4,4)	37 (16,2)	174 (76,3)
20. O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes.	3 (1,3)	4 (1,8)	7 (3,1)	10 (4,4)	15 (6,6)	43 (18,9)	146 (64)

21. O hospital deve priorizar os interesses do paciente.	-	1 (0,4)	1 (0,4)	7 (3,1)	12 (5,3)	40 (17,5)	167 (73,2)
22. No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes.	-	2 (0,9)	-	3 (1,3)	7 (3,1)	23 (10,1)	193 (84,6)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

Finalmente, demonstra-se a expectativa em relação ao atendimento em geral no serviço. Em concordância com os itens anteriores e também neste, percebe-se uma alta expectativa com a qualidade em geral, enfatizada pela ausência de itens de conotação negativa ou neutra na avaliação, ou seja, todos os participantes consideraram importante que o atendimento seja de qualidade.

A tabela 10 relata a frequência de respostas ao item avaliação da qualidade geral do atendimento em relação à percepção.

Tabela 10 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à expectativa para Qualidade geral do serviço. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Qualidade Geral	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
23. No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia deve ser satisfatória.	-	-	-	-	-	6 (2,6)	222 (97,4)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

4.3.2 Distribuição das frequências das respostas obtidas por cada dimensão do questionário de percepções

Ao analisar a percepção dos participantes para a dimensão tangibilidade, percebe-se uma tendência às avaliações positivas, considerando-se que a maioria classificou os itens desta dimensão como ‘concordo’ ou ‘concordo plenamente’, ou seja, os mesmos percebem que os hospitais atendem aos seus critérios para aparência do pessoal, estrutura física e informação disponível. Especificamente em relação ao item 3 (“A equipe do hospital tem aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho”) não há avaliações de conotação negativa.

A tabela 11, demonstrada abaixo, relata a frequência de respostas aos itens do dimensão tangibilidade em relação à percepção.

Tabela 11 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Tangibilidade. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Tangibilidade	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
1. O hospital possui equipamentos conservados e modernos.	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,9)	4 (1,8)	17 (7,5)	51 (22,4)	152 (66,7)
2. As instalações físicas do hospital são visualmente bonitas e agradáveis.	-	1 (0,4)	3 (1,3)	3 (1,3)	27 (11,8)	64 (28,1)	130 (57)
3. A equipe do hospital tem aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	-	-	-	1 (0,4)	2 (0,9)	43 (18,9)	182 (79,8)
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente são de fácil compreensão e visualmente atrativos.	-	-	3 (1,3)	2 (0,9)	11 (4,8)	32 (14,0)	180 (78,9)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

Na avaliação do dimensão confiança, nota-se que embora a maioria dos participantes permaneça avaliando as entidades positivamente, com alta frequência de respostas ‘concordo’ e ‘concordo plenamente’ é perceptível que há uma visão negativa desta dimensão pelos participantes. Principalmente para os itens 5 (“O hospital realiza suas atividades na hora marcada”) e 8 (“O hospital presta seus serviços no prazo de execução permitido”) há evidência de que boa parte dos cidadãos tem uma percepção ruim.

A tabela 12 relata a frequência de respostas aos itens do dimensão confiabilidade em relação à percepção.

Tabela 12 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Confiabilidade. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Confiabilidade	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
5. O hospital realiza suas atividades na hora marcada	7 (3,1)	16 (7,0)	19 (8,3)	10 (4,4)	16 (7,0)	22 (9,6)	138 (60,5)
6. O hospital demonstra interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	-	-	-	1 (0,4)	2 (0,9)	39 (17,1)	186 (81,6)
7. O hospital executa os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	-	-	2 (0,9)	1 (0,4)	3 (1,3)	13 (5,7)	209 (91,7)
8. O hospital presta seus serviços no prazo de execução permitido.	2 (0,9)	4 (1,8)	2 (0,9)	4 (1,8)	10 (4,4)	33 (14,5)	173 (75,9)
9. O hospital apresenta relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	-	1 (0,4)	2 (0,9)	2 (0,9)	10 (4,4)	24 (10,5)	189 (82,9)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

Para a dimensão responsividade, em geral há uma boa percepção dos serviços oferecidos pela instituição que também apresenta maior frequência de itens ‘concordo’ e ‘concordo plenamente’. Eventuais avaliações negativas ou neutras de alguns itens ocorrem com frequência mínima, em sua maioria indicando ressalvas em alguns aspectos e não rejeição ao item.

A tabela 13 relata a frequência de respostas aos itens do dimensão responsividade em relação à percepção.

Tabela 13 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Responsividade. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Responsividade	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
10. No hospital a equipe informa aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados.	-	1 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	12 (5,3)	37 (16,2)	176 (77,2)
11. No hospital, a equipe atende prontamente seus pacientes.	-	1 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	14 (6,1)	28 (12,3)	183 (80,3)
12. No hospital, a equipe procura ajudar seus pacientes.	-	-	1 (0,4)	1 (0,4)	3 (1,3)	18 (7,9)	205 (89,9)
13. No hospital, a equipe está disponível para atender aos pedidos do paciente.	1 (0,4)	-	3 (1,3)	2 (0,9)	5 (2,2)	33 (14,5)	184 (80,7)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

Na análise da dimensão segurança percebe-se uma boa avaliação da percepção em geral com maior frequência do item 'concordo plenamente'. Há ressalvas em relação ao item 16 ("No hospital, a equipe é educada e cortês com os seus pacientes") com algumas percepções neutras ou negativas que indicam possíveis falhas no atendimento pela equipe em algumas das instâncias da internação. Todavia, fica claro que os pacientes sentem-se seguros ao serem atendidos nessas instituições, visto que no item 15 ("Pacientes do hospital sentem-se seguros em utilizar os seus serviços"), todas as respostas tiveram caráter positivo.

A tabela 14 relata a frequência de respostas aos itens do dimensão segurança em relação à percepção.

Tabela 14 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Segurança. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Segurança	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
14. No hospital, o comportamento da equipe transmite confiança aos pacientes.	-	-	1 (0,4)	-	4 (1,8)	19 (8,3)	204 (89,5)
15. Pacientes do hospital sentem-se seguros em utilizar os seus serviços	-	-	-	-	3 (1,3)	15 (6,6)	210 (92,1)
16. No hospital, a equipe é educada e cortês com os seus pacientes.	-	3 (1,3)	2 (0,9)	1 (0,4)	14 (6,1)	30 (13,2)	178 (78,1)
17. No hospital, a equipe tem conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes.	1 (0,4)	-	-	-	4 (1,8)	32 (14,0)	191 (83,8)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-'discordo plenamente'; D- 'discordo'; QD-'quase discordo'; QC-'quase concordo'; C-'concordo'; CP-'concordo plenamente'.

A dimensão empatia, embora também apresente alta frequência de respostas com conotação positiva, em uma observação detalhada demonstra que há certo descontentamento em relação a alguns itens. Embora na expectativa essa dimensão não tenha apresentado respostas positivas acima da média, percebe-se que as conotações negativas e, sobretudo as neutras tem maior impacto nessa dimensão sugerindo que a capacidade de proporcionar atenção individual e especializada precise ser melhorada.

A tabela 15 relata a frequência de respostas aos itens do dimensão empatia em relação à percepção.

Tabela 15 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para a dimensão Empatia. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Empatia	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
18. No hospital, a equipe dá atenção individualizada ao paciente.	3 (1,3)	2 (0,9)	3 (1,3)	11 (4,8)	21 (9,2)	38 (16,7)	150 (65,8)
19. O hospital funciona em horários adequados aos seus pacientes.	1 (0,4)	2 (0,9)	2 (0,9)	3 (1,3)	5 (2,2)	20 (8,8)	195 (85,5)
20. O hospital tem uma equipe que dá atenção pessoal aos seus pacientes.	2 (0,9)	1 (0,4)	2 (0,9)	9 (3,9)	20 (8,8)	41 (18,0)	153 (67,1)
21. O hospital prioriza os interesses do paciente.	1 (0,4)	1 (0,4)	1 (0,4)	4 (1,8)	16 (7,0)	27 (11,8)	178 (78,1)
22. No hospital, a equipe entende as necessidades específicas de seus pacientes.	2 (0,9)	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,9)	9 (3,9)	32 (14,0)	181 (79,4)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

Enfim, na avaliação das respostas para a percepção da qualidade geral, os participantes demonstraram boa percepção, atestando que a qualidade geral do atendimento é satisfatória, uma vez que não ocorreu nenhuma avaliação de conotação neutra ou negativa.

A tabela 16 relata a frequência de respostas ao item qualidade geral do atendimento em relação à percepção.

Tabela 16 - Frequência de respostas dos participantes relacionada à percepção para qualidade geral do serviço. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Qualidade Geral	DP n(%)	D n(%)	QD n(%)	NEUTRO n(%)	QC n(%)	C n(%)	CP n(%)
23. No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia é satisfatória.	-	-	-	-	11 (4,8)	39 (17,1)	178 (78,1)

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: DP-‘discordo plenamente’; D- ‘discordo’; QD-‘quase discordo’; QC-‘quase concordo’; C-‘concordo’; CP-‘concordo plenamente’.

4.4 ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES E DAS DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO SERVQUAL SEGUNDO A MÉDIA, MEDIANA E DESVIO-PADRÃO.

Para análise descritiva das variáveis quantitativas utilizou-se as medidas de tendência central e de posição média (\bar{x}), mediana (md) e desvio padrão (s). Na dimensão tangibilidade, observou-se que as médias dos itens para a expectativa variaram entre 6,43 ($s=0,64$) e 6,90 ($s=0,33$), sendo que a média geral para a expectativa da dimensão tangibilidade obtida foi 6,74 ($s= 0,47$), o que demonstra alta expectativa em relação à aparência das instalações físicas, equipamentos e pessoal das instituições.

Em relação à percepção para a dimensão tangibilidade, as médias variaram entre 6,37 ($s=0,89$) e 6,78 ($s=0,46$), onde a média geral para a percepção do dimensão tangibilidade obtida foi 6,58 ($s=0,56$), também indicando uma boa percepção, próxima da pontuação máxima.

Na análise do *gap*, que é a diferença entre a percepção e a expectativa e que, portanto, conforme Parasuraman et al. (1988) indicaram a presença ou ausência de satisfação, observa-se que as médias para os itens variaram entre -0,31($s= 1,07$) e -0,05 ($s=0,75$), onde a média geral para o *gap* do dimensão tangibilidade foi -0,15 ($s=0,67$). Ao avaliar o *gap* percebe-se que os participantes demonstram discreta insatisfação, mais proeminente em relação aos equipamentos que os hospitais possuem (“Item 01 - O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos”) e muito próximo da neutralidade em relação à aparência física da equipe responsável pelo seu cuidado (“Item 3 - A equipe* do hospital deve ter aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho”).

Na comparação entre expectativa e percepção para cada um dos itens do dimensão tangibilidade verificou-se que para os itens 2 e 3 os resultados são não significantes. Já para os itens 1 e 4 as diferenças encontradas são significativas. Como as diferenças foram negativas percebe-se que a expectativa foi maior que a percepção do serviço recebido, o que demonstra que a qualidade não foi alcançada em relação aos equipamentos disponíveis para atendimento dos participantes e em relação aos documentos recebidos pelos mesmos.

Conforme Madureira (2000) os diagnósticos, exames médicos e cuidados de enfermagem não são os únicos preditores importantes na manutenção da vida dos pacientes, mas há que se considerar também a relativa contribuição da estrutura física e dos recursos materiais, humanos e financeiros.

Haddad e Évora (2008) enfatizam que a infraestrutura material dos serviços pode influenciar a satisfação ou insatisfação do usuário, pois essas estão intimamente relacionadas com a percepção subjetiva que o paciente tem sobre o cuidado recebido.

Também é visível a preocupação do Estado com a questão da infraestrutura, visto que a ANVISA, por meio da resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, regulamenta sobre o planejamento, regulação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (BRASIL, 2002).

A tabela 17 relata a distribuição das respostas por meio de média, mediana e desvio padrão para a expectativa e a percepção da dimensão tangibilidade.

Tabela 17 - Desempenho dos itens e dimensão tangibilidade por meio de média, mediana e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste *t* pareado e valor de *p* referentes à aplicação da escala SERVQUAL. Uberaba-MG. 2014.

Itens/Dimensões	Expectativa			Percepção			GAP			Teste <i>t</i>	
	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Tangibilidade											
1. O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.	6,80	7,0	0,64	6,49	7,0	0,91	-0,31	0,0	1,07	4,36	<0,001
2. As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	6,43	7,0	1,08	6,37	7,0	0,89	-0,06	0,0	1,31	0,65	0,358
3. A equipe* do hospital deve ter aparência e trajas bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	6,83	7,0	0,60	6,78	7,0	0,46	-0,05	0,0	0,75	0,96	0,062
4. Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	6,9	7,0	0,33	6,68	7,0	0,72	-0,22	0,0	0,77	4,26	<0,001
Média tangibilidade	6,74	7,0	0,47	6,58	6,75	0,56	-0,15	0,00	0,67		

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, *md* – mediana, e *s* – desvio padrão.

Na dimensão confiabilidade, observou-se que as médias dos itens para a expectativa variaram entre 6,74 (*s*=0,70) e 6,90 (*s*=0,38), sendo que a média geral para a expectativa da dimensão confiabilidade obtida foi 6,84 (*s*= 0,31); o que demonstra alta expectativa em relação à capacidade da instituição de cumprir com o serviço prometido.

Em relação à percepção para a dimensão confiabilidade, as médias variaram entre 5,76 (*s*=1,85) e 6,87 (*s*=0,52), onde a média geral para a percepção da dimensão confiabilidade obtida foi 6,53 (*s*=0,65), também indicando uma boa percepção, próxima da pontuação máxima, com redução do nível de percepção para o item 5 (“O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada”).

Na análise do *gap* observou-se que as médias para os itens variaram entre -0,97(*s*= 1,97) e -0,03 (*s*=0,70), onde a média geral para o *gap* da dimensão

confiabilidade foi -0,29 ($s=0,69$). Ao avaliar o *gap* percebeu-se que os participantes demonstraram insatisfação mais acentuada nos itens 5 (“O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada”) e 8 (“O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução permitido”), caracterizando uma possível dificuldade do hospital no cumprimento do horário e dos prazos prometidos para os participantes.

Na comparação entre expectativa e percepção para cada um dos itens da dimensão confiabilidade verificou-se que para os itens 6 e 7 os resultados são foram significantes. Já para os itens 5, 8 e 9 as diferenças encontradas foram significativas. Como as diferenças do *gap* foram negativas percebe-se que a expectativa foi maior que a percepção do serviço recebido, isso demonstra que a qualidade não foi alcançada em relação à capacidade de prestar o serviço prometido com precisão e eficácia.

Zeithaml et al. (1990) consideraram que a confiabilidade foi a dimensão mais importante para os usuários entrevistados em seus estudos, resultado também encontrado neste estudo (Dimqual (\bar{x})=29,67). É possível que em virtude dessa importância essa seja a dimensão com pior avaliação, já que o olhar do usuário torna-se mais crítico em relação àqueles fatores que considera mais importante.

Marques et al. (2011) também reafirmaram a importância da dimensão confiabilidade na visão do usuário. Em sua pesquisa os participantes demonstraram pequeno nível de tolerância com a variação do horário de atendimento.

A tabela 18 relata a distribuição das respostas por meio de média, mediana e desvio padrão para a expectativa e a percepção da dimensão confiabilidade.

Tabela 18 - Desempenho dos itens e dimensão confiabilidade por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do *teste t* e valor de *p* referentes à aplicação da escala SERVQUAL. Uberaba-MG. 2014.

Itens/Dimensões	Expectativa			Percepção			GAP			Teste t	
	\bar{x}	md	s	\bar{x}	md	s	\bar{x}	md	s	t	p
Confiabilidade											
1. O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada	6,74	7,0	0,70	5,76	7,0	1,85	-0,97	0,0	1,97	7,45	<0,001
2. O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	6,87	7,0	0,55	6,80	7,0	0,45	-0,07	0,0	0,68	1,54	0,124
3. O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	6,90	7,0	0,50	6,87	7,0	0,52	-0,03	0,0	0,70	0,65	0,511
4. O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução permitido.	6,77	7,0	0,59	6,54	7,0	1,08	-0,23	0,0	1,20	2,91	0,004
5. O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	6,90	7,0	0,38	6,72	7,0	0,73	-0,18	0,0	0,81	3,34	0,001
Média confiabilidade	6,84	7,0	0,31	6,53	6,80	0,65	-0,29	0,00	0,69		

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: média - \bar{x} , md-mediana, e s-desvio padrão.

Na dimensão responsividade, observou-se que as médias dos itens para a expectativa variaram entre 6,72 (s=0,62) e 6,92 (s=0,32), sendo que a média geral para a expectativa da dimensão responsividade obtida foi 6,83 (s=0,30). Essa média, muito próxima de 7,0, demonstra que também há alta expectativa em relação à habilidade em ajudar e proporcionar o serviço rapidamente.

Em relação à percepção para a dimensão responsividade, as médias variaram entre 6,68 (s=0,70) e 6,86 (s=0,47), onde a média geral para a percepção da dimensão responsividade obtida foi 6,73 (s=0,49), também indicando uma boa percepção, já que as respostas às variáveis se comportaram de forma constante na maioria dos itens desta dimensão, significando uma insatisfação menor que em outras dimensões.

Na análise do *gap* observa-se que as médias para os itens variaram entre -0,15 (s= 0,88) e -0,02 (s=0,85), onde a média geral para o *gap* da dimensão responsividade foi -0,09 (s=0,55). Ao avaliar o *gap* percebe-se que os participantes

demonstram insatisfação mínima, tendendo à neutralidade nesta dimensão, especificamente no item 11, que estabelece a capacidade de atender prontamente os clientes. Os usuários com satisfação tendendo à neutralidade indicam que a empresa está cumprindo exatamente aquilo que se espera dela, o que pode ser visualizado como uma oportunidade para que a empresa repense suas estratégias, desenvolvendo ações inovadoras e que consigam surpreender o cliente (MALHOTRA, 2010).

Na comparação entre expectativa e percepção para cada um dos itens da dimensão responsividade verificou-se que para os itens 10, 11 e 12 os resultados são não significantes. Já para o item 13 as diferenças encontradas são significativas. Como as diferenças do *gap* foram negativas, também nesse item percebe-se que a expectativa foi maior que a percepção do serviço recebido, o que demonstra que a qualidade não foi alcançada quanto à disposição para ajudar e oferecer os serviços com prontidão aos usuários.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), responsividade diz respeito à capacidade que o sistema apresenta de se adequar às expectativas dos clientes. Andrade, Vaitsman e Farias (2010) relataram que responsividade diz respeito à maneira como as instituições visualizam as expectativas da comunidade relacionadas aos aspectos não médicos da atenção.

A tabela 19 relata a distribuição das respostas por meio de média, mediana e desvio padrão para a expectativa e a percepção da dimensão responsividade.

Tabela 19 - Desempenho dos itens e dimensão reponsividade por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do *teste t* pareado e valor de *p* referentes à aplicação da escala SERVQUAL. Uberaba-MG. 2014.

Itens/Dimensões	Expectativa			Percepção			GAP			Teste <i>t</i>	
	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Responsividade											
1. No hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	6,83	7,0	0,50	6,68	7,0	0,70	-0,15	0,0	0,88	2,55	0,011
2. No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes.	6,72	7,0	0,62	6,70	7,0	0,70	-0,02	0,0	0,88	0,37	0,709
3. No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes.	6,92	7,0	0,32	6,86	7,0	0,47	-0,05	0,0	0,56	1,41	0,158
4. No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.	6,86	7,0	0,42	6,71	7,0	0,77	-0,15	0,0	0,85	2,71	0,007
Média responsividade	6,83	7,0	0,30	6,73	7,0	0,49	-0,09	0,0	0,55		

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: média - \bar{x} , md-mediana, e s-desvio padrão.

Na dimensão segurança, observou-se que as médias dos itens para a expectativa variaram entre 6,84 (s=0,44) e 6,99 (s=0,11), sendo que a média geral para a expectativa da dimensão segurança obtida foi 6,92 (s= 0,19). Também nessa dimensão houve altos valores para a expectativa em relação à segurança. Os valores relacionados à expectativa foram maiores dos que os apresentados por Borges, Carvalho e Silva (2010) em um estudo conduzido com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Garces et al. (2010) também encontraram resultados semelhantes em seu estudo com idosos nos atendimento em serviços de atenção à saúde. O item cujos pacientes apresentaram maior expectativa foi o 14 (“No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes”), ou seja, é importante para o cidadão sentir um comportamento de segurança no que faz em relação à equipe que dele cuida.

Em relação à percepção para a dimensão segurança, as médias variaram entre 6,63 (s=0,86) e 6,91 (s=0,33), onde a média geral para a percepção da dimensão segurança obtida foi 6,80 (s=0,37). Em relação às demais dimensões, a segurança foi a dimensão que obteve o melhor nível de percepção por parte dos participantes do estudo.

O mesmo resultado foi observado por Borges, Carvalho e Silva (2010) e por Hercos e Berezovsky (2006) em estudo com pacientes de serviços oftalmológicos ambulatoriais, onde a segurança foi considerada a segunda dimensão mais importante, atrás apenas da confiabilidade.

Na análise do *gap* observou-se que as médias para os itens variaram entre -0,15 (s= 0,88) e -0,02 (s=0,85), onde a média geral para o *gap* da dimensão segurança foi -0,12 (s=0,41). Nessa análise também se visualizou que os usuários tendem à neutralidade, o que pode significar satisfação com o que foi oferecido, ou a baixa percepção de qualidade, satisfazendo-se com o pouco que é oferecido pela instituição. Vaitsman e Andrade (2005) informaram que em grande parte das pesquisas de avaliação da satisfação, sejam elas nacionais ou internacionais, encontraram-se resultados bastante positivos quanto aos serviços de saúde, principalmente quando se trata de pesquisas com respostas fechadas. Conclui-se daí a possibilidade de que na maior parte dos estudos visualizados, os cidadãos não são muito críticos em relação à qualidade avaliada.

Na comparação entre expectativa e percepção para cada um dos itens da dimensão segurança verificou-se que para os itens 15 e 17 os resultados são não significantes. Já para os itens 14 (“No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes”) e 16 (“No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes”) as diferenças encontradas são significativas. Como as diferenças do *gap* foram negativas, também nesse item percebeu-se que a expectativa foi maior que a percepção do serviço recebido, o que demonstra que a qualidade não foi totalmente alcançada quanto habilidade em demonstrar conhecimento e atenção, transmitindo confiança e credibilidade.

Para que as ações terapêuticas tenham sucesso é imprescindível que a equipe profissional, o paciente e a família se envolvam com o processo, mantendo vínculos de empatia e confiança Matos, Piccoli e Schneider (2004).

Já Silva e Nakata (2005) afirmaram que quando pacientes se internavam para realizar qualquer tipo de cirurgia, tem uma necessidade de confiança que procuram encontrar nos profissionais de saúde que deles cuidam.

A tabela 20 relata a distribuição das respostas por meio de média, mediana e desvio padrão para a expectativa e a percepção da dimensão responsividade.

Tabela 20 - Desempenho dos itens e dimensão segurança por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste *t* e valor de *p* referentes à aplicação da escala SERVQUAL. Uberaba-MG. 2014.

Itens/Dimensões	Expectativa			Percepção			GAP			Teste <i>t</i>	
	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Segurança											
1. No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.	6,99	7,0	0,11	6,86	7,0	0,45	-0,12	0,0	0,47	3,92	<0,001
2. Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços	6,95	7,0	0,30	6,91	7,0	0,33	-0,04	0,0	0,45	1,44	0,149
3. No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes	6,91	7,0	0,34	6,63	7,0	0,86	-0,28	0,0	0,88	4,69	<0,001
4. No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	6,84	7,0	0,44	6,80	7,0	0,57	-0,04	0,0	0,69	0,85	0,394
Média segurança	6,92	7,0	0,19	6,80	7,0	0,37	-0,12	0,00	0,41		

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, *md*-mediana, e *s*-desvio padrão.

Na dimensão empatia, observou-se que as médias dos itens para a expectativa variaram entre 6,26 (*s*=1,30) e 6,75 (*s*=0,70), sendo que a média geral para a expectativa da dimensão empatia obtida foi 6,51 (*s*=0,66). Embora nessa dimensão tenham ocorrido altos valores para a expectativa em relação à empatia, observa-se que os escores foram menores do que em outras dimensões. Os valores relacionados à expectativa foram maiores dos que os apresentados por Borges, Carvalho e Silva (2010). Embora a autora também tenha percebido os menores valores de expectativa para essa dimensão em seu estudo. O item cujos pacientes apresentaram maior expectativa foi o 22 (“No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes”), ou seja, é importante para o cidadão que a equipe que cuida de sua saúde perceba-o como um indivíduo, que possui necessidades específicas. Nas análises de Hercos e Berezovsky (2006) os mesmos observaram que os participantes conferiram um importância menor aos itens tangibilidade, responsividade e empatia, o que também é observado no neste

estudo, onde os participantes avaliaram a importância da dimensão empatia com média de 10,37 pontos (vide tabela 25).

Em relação à percepção para a dimensão empatia, as médias variaram entre 6,36 ($s=1,19$) e 6,72 ($s=0,85$), onde a média geral para a percepção da dimensão empatia obtida foi 6,55 ($s=0,77$). Aqui se percebe certa regularidade em comparação com a percepção avaliada para as outras dimensões. Talvez pela menor importância que os participantes dão a essa dimensão, a mesma obteve escores maiores na percepção do que na expectativa, o que resultou em *gaps* positivos, ou seja, os cidadãos se mostraram satisfeitos em relação à maioria dos itens da dimensão empatia.

Na análise do *gap* observou-se que as médias para os itens variaram entre -0,09 ($s=1,08$) e +0,16 ($s=1,62$), onde a média geral para o *gap* da dimensão segurança foi +0,04 ($s=0,96$). Tal resultado difere do apresentado por Righi (2009) onde a maioria dos participantes estava insatisfeita e consideraram a empatia muito importante.

Na comparação entre expectativa e percepção para cada um dos itens da dimensão empatia verificou-se que nenhum dos itens que compõem essa dimensão foram estatisticamente significantes. Apesar disso, devido ao *gap* positivo pode-se considerar que as instituições ofereceram aos participantes a habilidade em proporcionar atenção individual e especializada, tornando-os menos insatisfeitos.

A tabela 21 relata a distribuição das respostas por meio de média, mediana e desvio padrão para a expectativa e a percepção da dimensão responsividade.

Tabela 21 - Desempenho dos itens e dimensão empatia por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste *t* e valor de *p* referentes à aplicação da escala SERVQUAL. Uberaba-MG. 2014.

Itens/Dimensões	Expectativa			Percepção			GAP			Teste <i>t</i>	
	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Empatia											
1. No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente	6,32	7,0	1,31	6,33	7,0	1,19	0,00	0,0	1,63	-0,04	0,968
2. O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes	6,62	7,0	0,87	6,72	7,0	0,85	0,10	0,0	1,21	-1,25	0,211
3. O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes	6,26	7,0	1,30	6,42	7,0	1,05	0,16	0,0	1,62	-1,46	0,144
4. O hospital deve priorizar os interesses do paciente	6,59	7,0	0,82	6,62	7,0	0,86	0,04	0,0	1,12	-0,47	0,637
5. No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes	6,75	7,0	0,70	6,66	7,0	0,87	0,09	0,0	1,08	1,28	0,201
Média Empatia	6,51	6,80	0,66	6,55	7,0	0,77	0,04	0,00	0,96		

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, *md*-mediana, e *s*-desvio padrão.

As tabelas 22 e 23 apresentam os dados referentes à média geral das dimensões originais dos instrumentos SERVQUAL e as médias gerais para o item 23, que tem o objetivo de verificar qual a avaliação geral do paciente em relação ao serviço tanto para a expectativa quanto para a percepção. Nessas, a média para a expectativa geral ficou em 6,77 (*s*=0,28) e para o item 23 a expectativa foi de 6,97 (*s*=0,16). Os números demonstram que a expectativa geral do paciente foi maior do que a média dos itens por ele avaliados.

Quanto à percepção para a escala geral e o item 23, as médias apresentadas foram 6,64 (*s*=0,41) e 6,73 (*s*=0,74) respectivamente. A percepção geral do paciente também foi maior do que a média dos itens por ele avaliados. Apesar disso percebe-se discreta insatisfação dos mesmos nos dois itens. Obviamente, a escala geral é um reflexo das avaliações anteriores, mas já no momento da avaliação geral feita pelo paciente, o mesmo demonstrava um olhar mais crítico em relação à instituição como um todo para o oferecimento dos serviços de cirurgia.

Quanto ao *gap* para a escala geral e para o item 23, os valores apresentados foram -0,12 ($s=0,44$) e -0,24 (0,53). Tal resultado difere do apresentado por Borges, Carvalho e Silva (2010) onde a diferença foi positiva em $\bar{x} = 0,18$ e $\bar{x} = 0,13$ demonstrando satisfação dos participantes daquele estudo.

Na comparação entre expectativa e percepção para a escala geral e item 23 verificou-se que os dois itens foram estatisticamente significantes, o que mostra que as medidas são similares, reforçando a concordância e a comprovação da medida da qualidade do serviço pela escala SERVQUAL. O *gap* negativo, entretanto, enfatiza a insatisfação geral, ainda que discreta, dos participantes com o atendimento recebido, diferentemente do observado em Borges, Carvalho e Silva (2010) e em Hercos e Berezovsky (2006).

As tabelas 22 e 23 mostram a distribuição das respostas por meio de média, mediana e desvio padrão para a expectativa e a percepção geral e do item 23.

Tabela 22 - Desempenho do escore geral por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste *t* e valor de *p* referentes à aplicação da escala SERVQUAL. Uberaba-MG. 2014.

Itens/Dimensões	Expectativa			Percepção			GAP			Teste <i>t</i>	
	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Média SERVQUAL Total	6,77	6,85	0,28	6,64	6,74	0,41	-0,12	0,00	0,44	4,29	<0,001

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, *md*-mediana, e *s*-desvio padrão.

Tabela 23 - Desempenho do item 23 - Qualidade do serviço por meio de média e desvio padrão, comparação dos escores por meio do teste *t* e valor de *p* referentes à aplicação da escala SERVQUAL. Uberaba-MG. 2014.

Itens/Dimensões	Expectativa			Percepção			GAP			Teste <i>t</i>	
	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Qualidade do Serviço											
1. No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia deve ser satisfatória.	6,97	7,0	0,16	6,73	7,0	0,54	-0,24	0,0	0,53	6,76	<0,001

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, *md*-mediana, e *s*-desvio padrão.

Com a análise da satisfação dos participantes por meio do *gap* por dimensão é possível verificar em qual dimensão os mesmos se mostraram mais ou menos satisfeitos. A tabela 24, a seguir, mostra as dimensões classificadas de acordo com o valor obtido pelo cálculo do *gap* em ordem crescente, ou seja, da pior para a melhor avaliação.

É possível perceber que a dimensão que apresentou a pior avaliação foi a confiabilidade, resultado compatível com o apresentado na tabela 24, que mede a importância de cada uma das dimensões para os participantes. A relação mostra-se inversamente proporcional, de forma que os participantes consideraram a confiabilidade muito importante e ao avaliarem a satisfação com esta dimensão, demonstraram que as instituições não conseguem atender às suas expectativas. Tal resultado é semelhante ao apresentado por Hercos e Berezovsky (2006) em cujo estudo os participantes também se mostraram mais insatisfeitos com os itens relativos à dimensão confiabilidade, principalmente quanto ao cumprimento dos horários marcados para as atividades e quanto à execução dos serviços no prazo prometido.

A dimensão tangibilidade não atendeu as expectativas dos participantes, mesmo sendo considerado um item pouco importante conforme a tabela 24. Em estudo realizado por Albuquerque (2012) com a rede hospitalar do município de Campina Grande na Paraíba, observou-se o mesmo resultado em relação à insatisfação com a dimensão tangibilidade. O mesmo afirma que a tangibilidade é importante para permitir à instituição transmitir informações relativas à confiabilidade, uma vez que o serviço oferecido, em si, é intangível.

Desse modo, características pautadas em evidências físicas tais como modernidade da arquitetura, sinalização, limpeza, entre outras conferem subsídios tangíveis à qualidade do serviço indo ao encontro da expectativa ou não do usuário.

A dimensão segurança teve a terceira pior avaliação em relação à satisfação, correspondendo ao seu nível de importância. Zeithaml et al. (1990) afirmaram que a segurança traduz-se na capacidade da equipe de transmitir ao cliente a tranquilidade e a confiança necessárias durante a utilização dos serviços. Assim:

[...] o cuidado ao paciente vai muito além de mera execução de atividades tecnicamente adequadas, nas quais os envolvidos são treinados para tal. A partir do momento em que esta relação é iniciada, pessoas entram em cena, cada qual exercendo seu papel numa troca que envolve conhecimentos, habilidades, conflitos, inseguranças, medos e tantos outros sentimentos.

Os profissionais que trabalham em hospital e prestam assistências ao paciente nas 24 horas do dia e nos 365 dias do ano é uma espécie de coluna vertebral, através da qual passam os ligamentos para todo o corpo hospitalar se movimentar e devem estar em consonância com os programas de humanização e qualidade. (ALBUQUERQUE, 2012).

Em relação à responsividade, percebe-se que embora não seja uma dimensão com a qual os participantes estejam satisfeitos, o nível de insatisfação é um pouco menor em comparação com os outros.

Já a empatia obteve a melhor avaliação em relação à satisfação dos cidadãos em contraste ao nível de importância que os participantes conferiram a ela.

Em relação à tabela 24 nenhum dos indicadores de importância da qualidade apresentou significância estatística ao serem comparados com suas respectivas dimensões.

Tabela 24 - Caracterização dos usuários quanto ao *gap* relativo aos indicadores de qualidade. Uberaba-MG. 2014.

Dimensões	Mínima	Máxima	\bar{x}	Mediana	s
Confiabilidade	-3,0	+2,0	-0,30	0,00	0,553
Tangibilidade	-3,0	+3,0	-0,16	0,00	0,673
Segurança	-2,0	+1,0	-0,12	0,00	0,410
Responsividade	-3,0	+2,0	-0,09	0,00	0,55
Empatia	-4,0	+3,0	+0,04	0,00	0,966
Escala SERVQUAL	-2,0	+1,0	-0,13	0,00	0,443
Avaliação Geral (questão 23)	-2,0	+1,0	-0,24	0,00	0,538

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, md-mediana, e s-desvio padrão.

Tabela 25 - Caracterização dos usuários quanto à importância atribuída aos indicadores de qualidade do serviço de saúde, em ordem decrescente. Uberaba- MG. 2014.

Indicadores de importância	Máxima	Mínima	\bar{x}	md	s	r_s	p
Dimqual 2(confiabilidade)	50	10	29,67	30	9,92	-0,067	0,312
Dimqual 3 (responsividade)	60	5	26,36	25	9,20	0,028	0,669
Dimqual 4(segurança)	50	0	21,14	20	9,65	0,067	0,313
Dimqual 1(tangibilidade)	30	0	12,3	10	5,8	0,090	0,174
Dimqual 5 (empatia)	25	0	10,37	10	6,25	-0,082	0,219

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, md-mediana, s-desvio padrão. r_s - Coeficiente de Correlação de Spearman

Na determinação das potencialidades e fragilidades dos hospitais optou-se por averiguar a diferença entre as dimensões de acordo com cada hospital.

Os participantes do Hospital A demonstraram maior insatisfação que os pacientes do Hospital B em relação às dimensões confiabilidade e segurança. Já os participantes do Hospital B ficaram mais insatisfeitos que o Hospital A em relação às dimensões tangibilidade, responsividade e empatia numa demonstração clara de que na medida em que diminuem os postos médios aumenta a insatisfação dos usuários, já que o *gap* apresenta um valor negativo. Quanto à média da escala geral de avaliação da satisfação é perceptível a maior insatisfação dos participantes do Hospital A em oposição à avaliação que os próprios usuários fizeram do atendimento em geral, onde o Hospital B apresentou melhores escores de satisfação.

Observa-se que houve diferença estatisticamente significativa em relação às dimensões confiabilidade e empatia. Em relação à dimensão confiabilidade pode-se observar na tabela 12 que os itens 5 e 8 apresentaram maior porcentagem de avaliações negativas e neutras reforçando a insatisfação dos participantes em relação ao cumprimento dos horários e dos prazos definidos pela instituição (Tabela 26).

Os resultados apresentados por Brasil (2002), Hercos e Berezovsky (2006) estão em concordância com os apresentados neste estudo. Borges, Carvalho e Silva (2010) constatou que a dimensão confiabilidade não foi relevante para a amostra de seu estudo. Já a dimensão empatia foi a única dimensão que apresentou escores positivos na avaliação da satisfação. Entretanto, ao realizar a análise sob a perspectiva dos hospitais percebe-se que essa avaliação positiva foi mais prevalente no Hospital A, uma vez que o Hospital B permaneceu com escores negativos em relação à mesma. Mediante tal condição percebe-se maior dificuldade do Hospital B em proporcionar atenção especializada e individualizada.

Dias et al. (2011) encontraram resultado semelhante na avaliação da empatia com pacientes idosos. Segundo ele é importante que o profissional de saúde explore a relação com o outro e coloque toda a sua capacidade de comunicação à disposição, fazendo com que o cidadão sinta-se acolhido em suas demandas.

Tabela 26 - Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável Instituição. n=228. Uberaba-MG. 2014.

	Hospital A						Hospital B						p
	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>md</i>	\bar{x}	<i>mr</i>	<i>s</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>md</i>	\bar{x}	<i>mr</i>	<i>s</i>	
Tangibilidade	-3,0	+2,5	0,00	-0,11	117,39	0,68	-2,0	+1,0	0	-0,12	107,09	0,68	0,271
Confiabilidade	-3,2	+2,0	0,00	-0,38	107,41	0,78	-2,0	+1,0	0	-0,08	132,66	0,33	0,007
Responsividade	-2,75	+1,5	0,00	-0,09	115,93	0,56	-2,0	+2,0	0	-0,15	110,84	0,42	0,577
Segurança	-2,25	+1,0	0,00	-0,15	109,86	0,42	-1,0	+1,0	0	-0,04	126,39	0,34	0,060
Empatia	-3,20	+2,8	0,00	+0,19	121,89	0,80	-4,0	+2,0	0	-0,34	95,57	1,21	0,006
Escala SERVQUAL	-2,35	+0,98	0,00	-0,11	118,76	0,47	-1,0	+1,0	-0,13	-0,16	103,59	0,36	0,117
Avaliação Geral	-2,0	+1,0	0,00	-0,30	109,59	0,58	-1,0	+1,0	0,00	-0,09	127,09	0,34	0,014

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, *md*-mediana, *s*-desvio padrão, *min*-mínimo, *max*-máximo e *mr* – mean rank

Na análise da associação entre as dimensões da escala SERVQUAL e a variável sexo, percebe-se que o sexo masculino apresentou maior insatisfação que o sexo feminino em relação às dimensões tangibilidade ($mr=107,37 < 119,41$), confiabilidade ($mr=113,81 < 114,98$), responsividade ($mr=109,58 < 117,89$), segurança ($mr=105,08 < 120,99$) e média geral da escala SERVQUAL ($mr=109,40 < 118,01$).

Quanto á empatia, houve maior insatisfação do sexo feminino ($mr=117,67 > 112,32$). Na associação entre a avaliação geral da escala SERVQUAL pelos participantes e o sexo, tanto o sexo masculino quanto o feminino obtiveram os mesmos escores ($mr=114,45 = 114,45$) (Tabela 27).

Nenhuma das associações mostrou-se estatisticamente significativa.

Tabela 27 - Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável Sexo. n=228. Uberaba-MG. 2014.

	Sexo												p
	Masculino						Feminino						
	Min.	Máx	\bar{x}	md	mr	s	Min.	Máx	\bar{x}	md	mr	s	
Tangibilidade	-2	+3	-0,18	0,00	107,37	0,670	-3	+3	-0,14	0,00	119,41	0,677	0,159
Confiabilidade	-3	+2	-0,32	0,00	113,81	0,763	-3	+1	-0,28	0,00	114,98	0,653	0,891
Responsividade	-2	+2	-0,13	0,00	109,58	0,517	-3	+2	-0,07	0,00	117,89	0,578	0,319
Segurança	-2	+1	-0,16	0,00	105,08	0,377	-2	+1	-0,09	0,00	120,99	0,430	0,048
Empatia	-2	+3	0,14	0,00	117,67	0,763	-4	+2	-0,03	0,00	112,32	1,081	0,540
Escala SERVQUAL	-1	+1	-0,13	-0,03	109,40	0,390	-2	+1	-0,12	0,00	118,01	0,478	0,331
Avaliação Geral	-2	+1	-0,24	0,00	114,45	0,519	-2	+1	-0,24	0,00	114,45	0,553	0,989

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, md – mediana, s – desvio padrão, min – mínimo, max – máximo e mr – mean rank

Na análise da associação entre as dimensões da escala SERVQUAL e a variável ocorrência de internação prévia, percebe-se que os cidadãos que internaram previamente apresentaram maior insatisfação em relação às dimensões confiabilidade (mr = 108,21 < 120,58), segurança (mr = 112,34 < 116,58), empatia (mr=111,77 < 117,13) e média geral da escala SERVQUAL (mr = 111,02 < 117,86).

Quanto á tangibilidade, houve maior insatisfação dos pacientes que nunca internaram no hospital (mr= 116,79 > 112,29). Na associação entre a responsividade e a internação prévia, os dois grupos obtiveram escores quase idênticos (mr=114,32 < 114,67).

Estas associações não se mostraram estatisticamente significativa.

A tabela 28 apresenta os resultados relativos à análise bivariada realizada por meio do teste u de *Mann-Whitney* para os fatores associados à escala SERVQUAL.

Tabela 28 - Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável ocorrência de interação prévia. n=228. Uberaba-MG. 2014.

	Interação Prévia												p
	sim						não						
	Min.	Máx	\bar{x}	md	mr	s	Min.	Máx	\bar{x}	md	mr	s	
Tangibilidade	-3	+3	-0,15	0,00	116,79	0,767	-2	+2	-0,16	0,00	112,29	0,571	0,593
Confiabilidade	-3	+1	-0,41	0,00	108,21	0,812	-2	+2	-0,19	0,00	120,58	0,549	0,142
Responsividade	-3	+2	-0,08	0,00	114,32	0,616	-2	+1	-0,10	0,00	114,67	0,488	0,966
Segurança	-2	+1	-0,16	0,00	112,34	0,455	-2	+1	-0,08	0,00	116,58	0,359	0,592
Empatia	-4	+3	0,03	0,00	111,77	1,015	-4	+2	0,05	0,00	117,13	0,919	0,532
Escala SERVQUAL	-2	+1	-0,16	-0,02	111,02	0,519	-1	+1	-0,10	0,00	117,86	0,355	0,432
Avaliação Geral	-2	+1	-0,26	0,00	112,19	0,549	-2	+1	-0,22	0,00	116,73	0,529	0,477

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, md – mediana, s – desvio padrão, min – mínimo, max – máximo e mr – mean rank

Na análise da associação entre as dimensões da escala SERVQUAL e a variável cancelamento de procedimento cirúrgico, percebe-se que os cidadãos que tiveram suas cirurgias canceladas apresentaram maior insatisfação em relação às dimensões confiabilidade ($mr=84,62 < 116,31$), responsividade ($mr=108,62 < 114,86$), segurança ($mr=92,88 < 115,81$), empatia ($mr=106,77 < 114,97$) e média geral da escala SERVQUAL ($mr=100,62 < 117,86$). Quanto à tangibilidade, houve maior insatisfação dos pacientes que nunca internaram no hospital ($mr=116,79 > 112,29$).

Na associação entre a avaliação geral pelo usuário e cancelamento de cirurgia, os escores do grupo foram ($mr=67,27 < 117,36$). A associação entre avaliação geral pelo usuário e cancelamento da cirurgia mostrou-se estatisticamente significativa ($mr=67,27 < 117,36$), ou seja, cidadãos que tiveram os procedimentos cirúrgicos cancelados ficaram efetivamente mais insatisfeitos em relação à qualidade do atendimento que aqueles que não tiveram cancelamento.

Magri et al. (2012) ao estudar o cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital de referência, relatou que o cancelamento de cirurgia em pacientes que apresentam condições clínicas para o procedimento faz com que os mesmos sintam-se insatisfeitos e com sensação de que foram prejudicados.

Já Antônio, Munari e Costa (2002) consideraram que embora o cancelamento seja um fato considerado normal para os profissionais da saúde, em relação aos pacientes pode ser considerado um fator de iatrogenia na recuperação da saúde.

A tabela 29 apresenta os resultados relativos à análise bivariada realizada por meio do teste *u* de *Mann-Whitney* para os fatores associados à escala SERVQUAL.

Tabela 29 - Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e a variável cancelamento de procedimento cirúrgico. n=228. Uberaba-MG. 2014.

	Cancelamento de Procedimento Cirúrgico												<i>p</i>
	sim						não						
	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>mr</i>	<i>s</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>md</i>	<i>mr</i>	<i>s</i>	
Tangibilidade	-1	+1	-0,10	0,00	117,27	0,485	-3	+3	-0,16	0,00	114,33	0,683	0,871
Confiabilidade	-2	0	-0,75	-0,40	84,62	0,913	-3	+2	-0,27	0,00	116,31	0676	0,081
Responsividade	-1	0	-0,12	0,0	108,62	0,403	-3	+2	-0,09	0,00	114,86	0,562	0,724
Segurança	-1	0	-0,23	0,00	92,88	0,346	-2	+1	-0,11	0,00	115,81	0,413	0,179
Empatia	0	3	0,14	0,00	106,77	1,047	-4	+2	0,04	0,00	114,97	0,963	0,658
Escala SERVQUAL	0	1	-0,21	-0,08	100,62	0,458	-2	+1	-0,12	0,00	115,34	0,443	0,433
Avaliação Geral	-2	0	-0,77	-1,00	67,27	0,725	-2	+1	-0,21	0,00	117,36	0,510	< 0,001

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: \bar{x} – média, *md* – mediana, *s* – desvio padrão, *min* – mínimo, *max* – máximo e *mr* – mean rank; *p* – valor de *p*.

Na associação entre as dimensões da escala SERVQUAL e a variável idade, anos de estudo e período de internação, constatou-se relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e tangibilidade, a confiabilidade, a responsividade e a avaliação geral dos serviços pelo cidadão. Por tratar-se de um resultado negativo, concluiu-se que; à medida que a escolaridade aumenta os cidadãos tornam-se mais críticos e menos satisfeitos em relação àquelas dimensões.

Hercos e Berezovsky (2006) encontraram resultados semelhantes em seus estudos com pacientes ambulatoriais de Oftalmologia. Já no estudo de Gouveia et al. (2009) os resultados mostraram que os usuários com menor escolaridade, mais jovens, usuáries do SUS e com menor poder aquisitivo apresentavam uma tendência maior a ficarem insatisfeitas com o atendimento.

A tabela 30 apresenta os resultados relativos à análise bivariada realizada por meio da correlação de *Spearman* para os fatores associados à escala SERVQUAL.

Tabela 30 - Associação entre as dimensões do instrumento SERVQUAL e as variáveis idade, anos de estudo e período de internação. n=228. Uberaba-MG. 2014.

	Idade		Anos de Estudo		Período de internação	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Tangibilidade	0,124	0,061	- 0,174	0,008	0,036	0,589
Confiabilidade	0,146	0,027	-0,256	<0,001	-0,078	0,241
Responsividade	0,075	0,260	-0,243	<0,001	-0,063	0,346
Segurança	0,095	0,151	-0,072	0,277	-0,107	0,106
Empatia	-0,092	0,167	0,040	0,551	-0,066	0,321
Escala SERVQUAL	0,054	0,414	-0,197	0,003	-0,102	0,124
Avaliação Geral	0,034	0,614	-0,122	0,066	-0,074	0,267

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** Siglas: r_s – coeficiente de correlação de *Spearman*; p – valor de p .

A partir da análise multivariada utilizando a regressão linear múltipla, foi possível identificar que as variáveis preditoras estatisticamente significativas ($p=0,01$), associadas às dimensões da escala SERVQUAL, foram; escolaridade, associada às dimensões confiabilidade e responsividade, a instituição associada à dimensão empatia e o cancelamento de cirurgia associado à avaliação geral que o cidadão possui do serviço. Evidenciaram-se ainda resultados marginalmente significativos para a escolaridade ($p=0,011$) relacionada à média da escala geral e

para a instituição ($p=0,031$) relacionada à avaliação geral do cidadão. Tais variáveis já apresentavam associação significativa na análise bivariada realizada previamente.

Esse resultado comprova que cidadãos com maior nível de escolaridade apresentam maior insatisfação em relação aos itens que compõem a dimensão confiabilidade e responsividade, os cidadãos do Hospital A mostraram-se mais satisfeitos com os itens relacionados à dimensão empatia do que os cidadãos do Hospital B, e cidadãos que tiveram as cirurgias canceladas ficaram mais insatisfeitos na avaliação geral da instituição do que aqueles que conseguiram realizar os procedimentos. Também foi possível observar que a variável ansiedade não é uma variável confundidora em relação à satisfação dos cidadãos, ou seja, cidadãos mais ansiosos não necessariamente possuem uma satisfação diferenciada.

A tabela 31 apresenta os resultados relativos à análise multivariada realizada por meio da regressão linear múltipla para os fatores associados à escala SERVQUAL.

Tabela 31 - Regressão linear múltipla dos fatores associados às dimensões da escala SERVQUAL. n=228. Uberaba-MG. 2014.

Variáveis	Tangibilidade		Confiabilidade		Responsividade		Segurança		Empatia		Escala SERVQUAL		Avaliação Geral	
	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p	β	p
Ansiedade	-0,002	0,971	-0,049	0,447	-0,148	0,029	-0,107	0,116	0,052	0,439	-0,051	0,458	-0,147	0,027
Escolaridade	-0,100	0,170	-0,262	<0,001	-0,203	0,005	-0,009	0,902	-0,044	0,536	-0,184	0,011*	-0,125	0,073
Instituição	-0,119	0,091	0,139	0,036	0,013	0,852	0,079	0,256	-0,264	<0,001	-0,089	0,200	0,146	0,031*
Sexo	0,041	0,553	0,021	0,745	0,066	0,328	0,115	0,091	-0,089	0,181	0,018	0,792	-0,008	0,903
Faixa etária	0,089	0,221	0,027	0,690	-0,028	0,697	0,115	0,113	-0,121	0,088	-0,003	0,970	-0,024	0,728
Cancelamento de cirurgia	-0,025	0,716	0,105	0,100	-0,009	0,889	0,030	0,653	0,019	0,774	0,037	0,580	0,215	0,001
Internação prévia	0,059	0,413	0,144	0,034	-0,015	0,833	0,077	0,277	0,076	0,275	0,107	0,134	-0,041	0,550

Fonte: Dados coletados pela autora (2014). **Nota:** β – coeficiente de regressão, p - valor de p .

5 CONCLUSÃO

A partir da análise do instrumento SERVQUAL concluiu-se.

A maioria dos cidadãos que participaram da pesquisa era do sexo feminino (59,2%), situados na faixa etária entre 30 e 59 anos (50,9%) com nível de escolaridade fundamental (34,2%), média de 7,27 anos de estudos, casados (44,3%) e com renda de 1 a 2 salários mínimos (32,5%).

Quanto ao procedimento cirúrgico, os cidadãos foram submetidos aos procedimentos de porte intermediário (49,6%), na especialidade de ortopedia (18,9%), o risco cirúrgico dos mesmos era do tipo ASA I (48%), os procedimentos duraram em média 1 a 2 horas (68,4%), e o período de internação foi de 2 a 3 dias (53,5%). Nesta amostra 12 cidadãos (5,3%) apresentaram algum tipo de evento adverso, 12 cidadãos (5,3%) tiveram o procedimento cirúrgico adiado dentro da mesma internação e 13 cidadãos (5,7%) tiveram o procedimento cirúrgico cancelado. A maior parte dos cidadãos (50,9%) nunca foi internada na instituição, mas entre aqueles que tinham registro de internação prévia, a maioria esteve internada há mais de 25 meses (20,7%).

Em relação à expectativa apresentada pelos cidadãos quanto aos serviços de saúde oferecidos pelas instituições hospitalares para os procedimentos cirúrgicos percebe-se que o escore geral de expectativa foi de $\bar{x}=6,77$ ($s=0,28$) e mediana=6,85, demonstrando um alto nível de expectativa em geral. Quanto às dimensões relacionadas à expectativa, observa-se que a dimensão tangibilidade obteve $\bar{x}=6,74$, ($s=0,47$) e mediana = 7,0, a dimensão confiabilidade apresentou $\bar{x}=6,84$, ($s=0,31$) e mediana = 7,0, a dimensão responsividade teve $\bar{x}=6,83$, ($s=0,30$), mediana = 7,0, a segurança obteve (\bar{x})= 6,92, $s=0,19$ e mediana = 7,0 e a empatia apresentou $\bar{x}=6,51$, $s=0,66$ e mediana = 6,8. A dimensão segurança e a dimensão confiabilidade apresentaram os maiores escores de expectativa, o que leva a crer que os cidadãos se preocupavam com a segurança e a confiabilidade oferecida pelos hospitais.

Na análise da percepção que os cidadãos tiveram sobre os serviços de cirurgia oferecidos pelas instituições observa-se que o escore geral de percepção foi de $\bar{x}=6,64$ ($s=0,41$) e mediana = 6,74, demonstrando boa percepção relativa dos serviços oferecidos, embora ainda menor que a expectativa. Quanto às dimensões relacionadas à percepção, observa-se que a dimensão tangibilidade obteve $\bar{x}=6,58$,

($s=0,56$) e mediana = 6,75, a dimensão confiabilidade apresentou $\bar{x} = 6,53$, ($s= 0,65$) e mediana = 6,80, a dimensão responsividade teve $\bar{x} = 6,73$, ($s=0,49$), mediana = 7,0, a segurança obteve $\bar{x} = 6,80$, ($s=0,37$) e mediana = 7,0 e a empatia apresentou $\bar{x} = 6,55$, ($s=0,77$) e mediana = 7,0. Em geral os pacientes apresentaram boas percepções para cada dimensão, entretanto as mesmas apresentam-se menores que os escores da expectativa, o que influencia o resultado da satisfação, mostrando que os participantes tenderam à uma discreta insatisfação geral.

Ao analisar-se a importância que o cidadão confere a cada dimensão, observou-se que a dimensão mais importante em sua opinião é a confiabilidade ($\bar{x}=29,67$), seguida da responsividade ($\bar{x}=26,36$), da segurança ($\bar{x}=21,14$), da tangibilidade ($\bar{x}=12,30$) e da empatia ($\bar{x}=10,37$), o que ajuda a compreender a insatisfação demonstrada em relação à confiabilidade.

Em relação às potencialidades e fragilidades que os hospitais apresentam, após verificar a associação entre as dimensões e as instituições em estudo percebeu-se que o Hospital A conseguiu atender ou se aproximar da expectativa de seus clientes em relação à empatia, ou seja, nessa dimensão os cidadãos apresentaram mais satisfação que os cidadãos que usaram os serviços do Hospital B. Já em relação à confiabilidade, os cidadãos que utilizam os serviços do Hospital B apresentaram maior satisfação que os demais. Nessas duas dimensões as associações foram estatisticamente significativas. Além disso, percebeu-se que o Hospital A obteve melhor escore de satisfação em relação à responsividade e a empatia. Já o Hospital B foi mais bem avaliado pelo usuário quanto à segurança e na avaliação geral do serviço.

Ao verificar a associação entre a satisfação dos cidadãos e as variáveis sócio-demográficas que os mesmos apresentam observou-se que em relação ao sexo, as mulheres apresentaram estarem menos insatisfeitas que os homens em relação à maioria das dimensões, exceto na dimensão empatia em que as mulheres demonstraram maior insatisfação.

Quanto à variável internação prévia, os cidadãos que possuíam registro de internação prévia na instituição demonstraram maior insatisfação em relação à confiabilidade, segurança, empatia e avaliação geral.

Na variável cancelamento da cirurgia verificou-se que os cidadãos que tiveram procedimentos cirúrgicos cancelados apresentaram maior insatisfação em

relação a todas as dimensões, exceto a tangibilidade. Especificamente em relação à avaliação geral esta associação foi estatisticamente significativa.

Ao analisar-se a associação entre satisfação e as variáveis quantitativas idade, escolaridade e período de internação foi perceptível a correlação entre a variável escolaridade e o escore geral da satisfação. Além dela, também houve correlação com significância estatística em relação à tangibilidade, confiabilidade e responsividade. Uma vez que os escores de satisfação são negativos compreende-se que a correlação é inversamente proporcional, ou seja, à medida que aumenta a escolaridade pioram os escores de satisfação para essas dimensões.

Verificou-se que a escolaridade foi a variável considerada preditora para as dimensões confiabilidade e responsividade, sendo que a satisfação piora na medida em que os níveis de escolaridade aumentam. Para a dimensão empatia a variável preditora foi a instituição, sendo que a satisfação dos cidadãos melhora conforme a instituição em que os mesmos foram atendidos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação dos cidadãos com a assistência hospitalar é fundamental para o desenvolvimento das instituições e todas as dimensões devem ser adequadamente valorizadas.

Ao avaliarem-se os resultados do deste estudo é importante que as instâncias de gerenciamento das instituições se atente para o fato de que embora discretamente, o cidadão apresenta insatisfação com todas as dimensões do universo relacionado a ele.

Dessa forma, os resultados aqui disponibilizados podem auxiliar as gerências das instituições no processo de conscientização sobre os focos de insatisfação e assim planejar intervenções que possam minimizar ou eliminar os motivos da não satisfação dos mesmos.

Este estudo enfrentou algumas limitações referentes principalmente à estrutura organizacional da instituição. A fase de transição administrativa e obras pelas quais a instituição passa dificultaram em algum momento a localização dos pacientes e o cumprimento do calendário de cirurgias. Além disso, pelas características de hospital de referência e de alta complexidade, muitos pacientes foram excluídos da amostra por não se encaixarem nos critérios de inclusão/exclusão principalmente em relação à procedência e a gravidade dos casos cirúrgicos. Dessa forma, por se tratar de uma amostra aleatória sistemática proporcional, o tempo necessário para o alcance da amostra definida acabou sendo prolongado.

Espera-se que os resultados deste estudo colaborem para melhoria do atendimento ao cidadão, auxiliando as instituições a identificarem as dimensões que necessitam de aperfeiçoamento. Pretende-se ainda, que os resultados forneçam subsídios teóricos para a confirmação e reafirmação da importância em valorizar-se a qualidade da assistência e o olhar do usuário sobre a mesma, no sentido de fortalecer-se ainda mais o SUS, tanto em nível nacional quanto em relação à população com a qual será realizada a pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABELHA, F. J. et al. Mortalidade e o tempo de internação em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 34-45, jan./fev. 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rba/v56n1/en_v56n1a05.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2014.

ALBUQUERQUE, J. D. **Qualidade hospitalar**: uma análise de sua realidade em Campina Grande, Paraíba-Brasil. 2012. 312 f. Tese (Doutorado em Organização de Empresas) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade de Extremadura, Badajoz, Espanha. 2012. Disponível em:< http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/bitstream/handle/10662/414/TDUEX_2012_%20Albuquerque.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 out. 2013.

ALMEIDA, L. M. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 79-92, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

ALVES, B. G.; SILVA, R. I.; ALMEIDA, M. S. (Org.). **Manual para apresentação de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT**. Uberaba: UFTM, 2011.

AMORIM, C. R. et al. Participação e mobilização social no SUS: entraves, desafios e perspectivas. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 294-298, jul./set. 2012. Disponível em:< <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1391/658>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L. O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 523-534, mar. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/10.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

ANGELO, J. R. **Conceitos Básicos em Epidemiologia**. São José dos Campos: INPE, 2011. Disponível em <http://www.dpi.inpe.br/geocxnets/wiki/lib/exe/fetch.php?media=wiki:branches:epidemiologia_jussara.pdf>. Acesso em: 08 maio 2014.

ANTÔNIO, P. S.; MUNARI, D. B.; COSTA, H. K. Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (on-line), Goiânia, v. 4, n. 1, p. 33-39, 2002. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/744/807>>. Acesso em: 23 março 2014.

ARIETA, C. E. L. et al. Suspensão de cirurgia de catarata e suas causas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 487-489, out. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n5/6589.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

ARROYO, C. S. **Qualidade de Serviços de Assistência à Saúde: o tempo de atendimento da consulta médica**. 2007. 129 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-04052007-182713/pt-br.php>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/03.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

BELEI, R. A. et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, n. 30, p.189-199, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/viewFile/1770/1645>>. Acesso em: 14 set. 2013.

BORGES, J. B. C.; CARVALHO, S. M. R.; SILVA, M. A. M. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 25, n. 2, p. 172-182, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v25n2/v25n2a08.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2013.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 29, p. 355-363, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: ANVISA, 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%2050-2002.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília: MS, 1996. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Res%20196_96.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília: CNS, 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Caderno de Informações de Saúde: **Informações Gerais**. Brasília: MS, 2010a. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/br/Brasil_GeralBR.xls>. Acesso em: 18 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Caderno de Informações de Saúde. **Informações Gerais**. Brasília: MS, 2010b. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/mg/MG_Uberaba_Geral.xls>. Acesso em: 17 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Internações Hospitalares do SUS - Por local de internação - Brasil**. Brasília: MS, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>>. Acesso em: 05 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/.../pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf>. Acesso em: 23 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: MS, 2014b. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3170102195585>. Acesso em: 08 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNESNet: **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: MS, 2014a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3170102206595>. Acesso em: 08 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Risco. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000: questionário de amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

BRASIL, V. S. et al. Dimensões da qualidade percebida em serviços de saúde diferenciados. In: ENANPAD, 23., 1994., Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 1994. p. 143-166.

CALIXTO-OLALDE, M. G. et al. Escala SERVQUAL: validación en población mexicana. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 20 n. 3, p. 526-533, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/14.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2013.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAVALCANTE, J. B.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: estudo exploratório. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 59-65, jul./ago. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12385.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2013.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. Rio de Janeiro. Campus, 2004.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. São Paulo: McGrawHill, 2003.

CHRISTOFORO, B. E. B.; CARVALHO, D. S. Cuidados de enfermagem realizados no paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 14-22, mar. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/02.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2014.

CINTRA, R. F. et al. A satisfação dos usuários sobre os serviços do Sistema de Saúde Pública Brasileiro: um estudo no Hospital Universitário Federal. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNO, 2012, Salvador, **Anais...** Salvador: ANPAD, 2012. Disponível em:< http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnAPG/enapg_2012/2012_EnAPG426.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CLINCO, S. D. O. **O hospital é seguro?** Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2007. Disponível em:< <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2. ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

CRONIN JÚNIOR, J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of Marketing**, Birmingham, v. 56, n. 3, p. 55-68, jul. 1992.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan./fev. 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

DIAS, O. V. et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24 n. 2, p. 225-231, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/11.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, dec. 2005.

DONABEDIAN, A. Quality assurance. Structure, process and outcome. **Nursing Standard**, Harrow, v. 7, n. 11, suppl. QA, p. 4-5, dec. 1992.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115, nov. 1990.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewArticle/8792>. Acesso em: 13 maio 2013.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 303-312, 2005. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. **Experiências internacionais voltadas para a satisfação dos usuários-cidadãos com os serviços públicos**. Brasília: ENAP, 2001. Disponível em:<
<file:///C:/Users/Win7/Desktop/Ano%202014/0000%20Ano%202013/Downloads/42texto.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

ESPIRIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de Satisfação de Usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1267-1276, jun. 2006. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

FRENK, J. In Memoriam Avedis Donabedian (1919-2000). **Saúde Pública do México**, Cuernavaca, v. 42, n. 6, p. 556-557, nov. 2000. Disponível em:<
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n6/3984.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

GARCES, S. B. B. et al. Qualidade dos serviços em saúde: visão dos usuários idosos do município Tio Hugo-RS. In: SEMINÁRIO INTERINSTITUCIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO; MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 13., MOSTRA DE EXTENSÃO, 8., 2010., Cruz Alta. **Anais...** Cruz Alta: UniCruz, 2010. Disponível em:

<http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/QUALIDADE%20DO%20SERVI%20C3%87OS%20EM%20SA%20C3%9ADE-%20VIS%20C3%83O%20DOS%20USU%20C3%81RIOS%20IDOSOS%20DO%20MUNICIPIO%20TIO%20HUGO-RS.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

GATTO, M. A. F. **Análise da utilização das salas de operações**. 1996. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: EdUFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

GOMES, P. J. P. A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. **Cadernos BAD**, Lisboa, n. 2, p. 6-18, 2004. Disponível em: <<http://eprints.rclis.org/10401/1/GomesBAD204.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2013.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-96, set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/01.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

GRÖNROOS, C. Adopting a service logic for marketing. **Marketing Theory**, [Thousand Oaks] v. 6, n. 3, p. 317-333, set. 2006.

HADDAD, M. C. L.; ÉVORA, Y. D. M. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, supl. 1, p. 45-52, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6559/3875>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

HECKERT, C. R.; SILVA, M. T. Qualidade de serviços nas organizações do terceiro setor. **Produção**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 319-330, maio/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2013.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Objetiva, 2007. 1 CD-Rom

HERCOS, B. V. S.; BEREZOVSKY, A. Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde-SUS. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 69, n. 2, p. 213-219, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n2/29068.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-8, 2005. Disponível em: <<http://www.fepi.br/files/secao/descricao/18/Artigo%20Desenho%20do%20Estudo.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

INOJOSA, R.; FARRAN, N. Qualidade em serviços públicos: um caso de mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, fev. 1994. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewArticle/8339>>. Acesso em: 13 maio 2013.

JURAN, J. M.; GODFREY, A. B. **Juran's quality handbook**. Nova York: McGraw-Hill, 1998.

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LINS, B. E. Breve história da engenharia da qualidade. **Cadernos Aslegis**, Brasília, v. 4, n. 12, p. 53-65, 2005. Disponível em: <http://www.aslegis.org.br/aslegisoriginal/images/stories/cadernos/2000/Caderno12/Breve_historia_da_engenharia_da_qualidade.pdf>. Acesso em: 19 set. 2013.

LLEDÓ RODRÍGUEZ, R. **Satisfacción de los pacientes según diagnóstico motivo de ingreso: diferencias entre las expectativas previas al ingreso y la calidad percibida al alta**. 2000. 213f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona, Espanha, 2000.

LOPES, J. L. et al. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 136-141, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a04v22n2.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2014.

LÓPEZ, E.; CHIORO, A. **A rede hospitalar brasileira no SUS: situação atual e seus componentes.** Rio de Janeiro: UFF, 2003.

LUZ, M. H. B. A. et al. Caracterização dos pacientes submetidos a estomas intestinais em um hospital público de Teresina-PI. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 140-146, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a17>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

MAGRI, M. P. F. et al. Cancelamento de cirurgias de catarata em um hospital público de referência. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 75, n. 5, p. 333-336, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v75n5/v75n5a07.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2013.

MALHOTRA, N. K. **Marketing research: an applied orientation.** New Jersey: Pearson Education, 2010.

MALLOY, J. Política de bem estar social no Brasil: histórico, conceitos, problemas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 5-29, abr./jun. 1976. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6079/4717>>. Acesso em: 21 nov. 2013.

MARCOLINO, J. A. M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 57, n. 1, p. 52-62, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n1/06.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.

MARQUES, D. R. et al. A importância de atributos e mensuração das zonas de tolerância em serviços de postos de saúde pública. In: Seminários em Administração, 15., 2011., São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA/USP, 2011. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/14semead/resultado/trabalhosPDF/825.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2014.

MATOS, F. G. O. A.; PICCOLI, M.; SCHNEIDER, J. F. Reflexões sobre aspectos emocionais do paciente cirúrgico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 93-98, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5522/3512>>. Acesso em: 10 out. 2013.

MENDES, A. C. G. et al . Avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade do atendimento nas grandes emergências do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 2, p. 157-165, abr./jun. 2009. Acesso em: 12 fev. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n2/a05v9n2.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

MEZZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo: Universidade de Guarulhos, 1994.

MORAES, M. M.; LACOMBE, A. Medição de Qualidade em Serviços de Distribuição: Um Estudo de Caso. In: ENCONTRO ANPAD, 23.,1999., Foz do Iguaçu. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999.

MORAIS, A. S. **A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência de adultos**: a percepção do usuário. 2009. 120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-09062009-104841/pt-br.php>>. Acesso em: 23 jul. 2013.

MOREIRA, D. A. **Medidas da qualidade em serviços**. São Paulo: Pioneira, 1996.

NAIDU, A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Bradford, v. 22, n. 4, p. 366-381,2009.

OLIVEIRA, O. J. (Org.) et al. **Gestão da Qualidade**: tópicos avançados. São Paulo: Cengage Learning, 2003.

PAIVA, S. M. A. **Qualidade da Assistência Hospitalar**: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. 2006. 165f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-13122006-145412/pt-br.php>>. Acesso em: 17 maio 2013.

PAIVA, S. M. A.; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 973-979, set./out. 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a13.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2013.

PARASURAMAN, A. et al. A conceptual model of service quality and Its implications for future research. **Journal of Marketing**, Birmingham, v. 49, p. 41-50, 1985. Disponível em:< <http://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1360593395.8791service%20marketing70.pdf> >. Acesso em: 14 jan. 2014.

PARASURAMAN, A. et al. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p.12-40, set. 1988. Disponível em:< <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/SERVQUAL-%20A%20Multiple-Item%20Scale%20for%20Measuring%20Consumer%20Perceptions%20of%20Service%20Quality.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. **Journal of Retailing**, New York, v. 70, n. 3, p. 201-230, 1994. Disponível em:< <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/Alternative%20Scales%20for%20Measuring%20Service%20Quality-%20A%20Comparative%20Assessment%20Based%20on%20Psychometric%20and%20Diagnostic%20Criteria.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2014. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a07.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

PASCHOAL, M. L. H.; GATTO, M. A. F. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, jan./fev. p. 48-53, 2006. Disponível em:<

PENA, M. M.; MELLEIRO, M. M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 197-203, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a07v25n2.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

PITTA, A. M. R. Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde; **RECIIS -Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 127-130, nov. 2010. Disponível em:< <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/420/687>>. Acesso em: 07 abr. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Uberaba em dados**. 2009. Disponível em:<<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,232>>. Acesso em: 17 out. 2014.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 479-487, jul./set. 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a14v16n3.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. **Hospitais**: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

RICCI, N. A. et al. O hospital-escola de São Carlos: análise do funcionamento por meio da satisfação dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 1125-1134, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a44v16s1.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2013.

RIGHI, A. W. **Avaliação da qualidade em serviços públicos de saúde**: o caso da estratégia saúde da família. 2009. 145f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

ROCHA, R. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas do Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luiz, v. 1, n. 11. 2009. Acesso em 20 out. 2012. Disponível em:<http://www.ppgcsoc.ufma.br/index.php?option=com_content&view=article&id=318&Itemid=114>. Acesso em: 31 ago. 2013.

ROSSI, C. A. V.; SLONGO, L. A. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 101-125, jan./abr. 1998. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rac/v2n1/v2n1a07>>. Acesso em: 01 maio 2014.

SANTOS, J. S.; KEMP, R. Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 2-17, 2011. Disponível em:<http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp1_Fundamentos%20para%20as%20t%E9cnicas%20b%E1sicas%20da%20cirurgia.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

SELEGHIM, M. R. et al. Avaliação de usuários sobre a qualidade dos serviços de um pronto socorro. **Revista RENE - Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em:<http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a13v11n3.pdf>. Acesso em: 13 maio 2014.

SILVA, C. C. **A satisfação dos usuários e dos trabalhadores da saúde no município de Porto Alegre**: um estudo de caso no Centro de Saúde Modelo. 2001. 136f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001. Disponível em:< <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3566/000295599.pdf?sequence=1>> . Acesso em: 10 fev. 2013.

SILVA, G. M. et al . Uma avaliação da satisfação de pacientes em hemodiálise crônica com o tratamento em serviços de diálise no Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.581-600, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a13v21n2.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

SILVA, R. M. et al. Patient satisfaction in the postoperative of fracture as nursing care: descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, ago. 2010. Disponível em:< <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2951/673>>. Acesso em: 19 set. 2013.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 673-676, nov./dez. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a08v58n6.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul./set. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a17v10n3.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

VECINA NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n4/02.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2013.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept. **Society Sciency Medical**, Oxford, v. 38, n. 4, p. 509-516, feb. 1994.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Services marketing**: integrating customer focus across the firm 4th. ed. New York: McGraw-Hill, 2006.

ZEITHAML, V. A. et al. **Delivering quality service**: balancing customer perceptions and expectations. New York: Free Press, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO. **The World Health Report 2000: Health systems: improving performance.** Geneva: WHO, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO		
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU – MODALIDADE MESTRADO		
QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO		
1. Caracterização do usuário		
Código da Instituição:	Data da entrevista:	
Código do entrevistado:		
Idade:	Gênero:	Anos de Estudo:
Renda* (em salários mínimos): () ¹ sem rendimento () ² até 01 () ³ 01 a 02 () ⁴ 02 a 03 () ⁵ 03 a 05 () ⁶ 05 a 10 () ⁷ 10 a 15 () ⁸ 15 a 20 () ⁹ 20 a 30 () ¹⁰ mais de 30.		
Estado Civil *: () ¹ casado () ² desquitado ou separado judicialmente () ³ divorciado () ⁴ viúvo () ⁵ solteiro () ⁶ união estável		
2. Caracterização do procedimento cirúrgico		
Cirurgia: () ¹ menor porte () ² porte intermediário () ³ maior porte () ⁴ maior porte + Especialidade:		
Data da Internação:	Data de realização da cirurgia:	
Risco Cirúrgico **: Grau I () ¹ Grau II () ² Grau III () ³ Grau IV() ⁴ Grau V() ⁵ Grau VI () ⁶		
Tempo de Cirurgia (em horas):	Tempo de Internação (em dias):	
Houve eventos adversos durante a internação? () ¹ sim () ² não Quantos?		
Quais?		

Houve adiamento da cirurgia dentro da mesma internação? () ¹ sim () ² não
Qual o motivo?
Houve cancelamento da cirurgia? () ¹ sim () ² não
Qual o motivo?
O cidadão foi internado previamente nesta instituição? () ¹ sim () ² não
Se sim, quantas vezes foi internado?
Quando foi a última internação (em meses)?

Fonte:** Estratificação proposta por IBGE (BRASIL, 2000). *Fonte:** Santos e Kemp, (2011).

ANEXOS

ANEXO A – ESCALA SERVQUAL

Nº da Instituição:

Nº do entrevistado:

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

Expectativa do paciente sobre a unidade ou hospital									
Tangibilidade	E1	O hospital deve ter equipamentos conservados e modernos.	1	2	3	4	5	6	7
	E2	As instalações físicas do hospital devem ser visualmente bonitas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6	7
	E3	A equipe* do hospital deve ter aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E4	Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente devem ser de fácil compreensão e visualmente atrativos.	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	E5	O hospital deve realizar suas atividades na hora marcada	1	2	3	4	5	6	7
	E6	O hospital deve demonstrar interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
	E7	O hospital deve executar os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E8	O hospital deve prestar seus serviços no prazo de execução permitido.	1	2	3	4	5	6	7
	E9	O hospital deve apresentar relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
Responsividade	E10	No hospital a equipe deve informar aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	1	2	3	4	5	6	7
	E11	No hospital, a equipe deve atender prontamente seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E12	No hospital, a equipe deve procurar ajudar seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E13	No hospital, a equipe deve estar disponível para atender aos pedidos do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	E14	No hospital, o comportamento da equipe deve transmitir confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E15	Pacientes do hospital devem sentir-se seguros em utilizar os seus serviços	1	2	3	4	5	6	7
	E16	No hospital, a equipe deve ser educada e cortês com os seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E17	No hospital, a equipe deve ter conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	E18	No hospital, a equipe deve dar atenção individualizada ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E19	O hospital deve funcionar em horários adequados aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E20	O hospital deve ter uma equipe que dê atenção pessoal aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E21	O hospital deve priorizar os interesses do paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E22	No hospital, a equipe deve entender as necessidades específicas de seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Qualidade do Serviço									
	E23	No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia deve ser satisfatória	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: adaptado de Borges, Carvalho e Silva (2010). *Equipe: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos. **Legenda:** 7- concordo plenamente; 6 – concordo; 5 – quase concordo; 4 – não concordo/não discordo; 3 – quase discordo; 2 – discordo; 1 – discordo totalmente.

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

Serviço percebido pelo cidadão sobre a unidade ou hospital									
Tangibilidade	P1	O hospital possui equipamentos conservados e modernos.	1	2	3	4	5	6	7
	P2	As instalações físicas do hospital são visualmente bonitas e agradáveis.	1	2	3	4	5	6	7
	E3	A equipe do hospital tem aparência e trajes bem cuidados, de acordo com as características do ambiente de trabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E4	Os relatórios e demais documentos entregues ao paciente são de fácil compreensão e visualmente atrativos.	1	2	3	4	5	6	7
Confiabilidade	E5	O hospital realiza suas atividades na hora marcada	1	2	3	4	5	6	7
	E6	O hospital demonstra interesse sincero em resolver os problemas do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
	E7	O hospital executa os serviços e procedimentos de forma correta da primeira vez, não ocasionando retrabalho.	1	2	3	4	5	6	7
	E8	O hospital presta seus serviços no prazo de execução permitido.	1	2	3	4	5	6	7
	E9	O hospital apresenta relatórios, documentos e informações sobre o paciente sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
Responsividade	E10	No hospital a equipe informa aos pacientes com exatidão quando os serviços serão executados	1	2	3	4	5	6	7
	E11	No hospital, a equipe atende prontamente seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E12	No hospital, a equipe procura ajudar seus pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E13	No hospital, a equipe está disponível para atender aos pedidos do paciente.	1	2	3	4	5	6	7
Segurança	E14	No hospital, o comportamento da equipe transmite confiança aos pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
	E15	Pacientes do hospital sentem-se seguros em utilizar os seus serviços	1	2	3	4	5	6	7
	E16	No hospital, a equipe é educada e cortês com os seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E17	No hospital, a equipe tem conhecimento adequado para responder às perguntas dos pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Empatia	E18	No hospital, a equipe dá atenção individualizada ao paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E19	O hospital funciona em horários adequados aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E20	O hospital tem uma equipe que dá atenção pessoal aos seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
	E21	O hospital prioriza os interesses do paciente	1	2	3	4	5	6	7
	E22	No hospital, a equipe entende as necessidades específicas de seus pacientes	1	2	3	4	5	6	7
Qualidade do Serviço									
	E23	No hospital, a qualidade geral do atendimento em cirurgia é satisfatória	1	2	3	4	5	6	7

Fonte: Adaptado de Borges, Carvalho e Silva (2010). Equipe: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares e funcionários administrativos. **Legenda:** 7- concordo plenamente; 6 – concordo; 5 – quase concordo; 4 – não concordo/não discordo; 3 – quase discordo; 2 – discordo; 1 – discordo totalmente.

Tabela 3 – SERVQUAL: Questionário de importância das dimensões da qualidade dos serviços.

Dimensão	Características da qualidade dos serviços	Pontos
1	A aparência da instalação física, equipamentos, pessoal e material de comunicação.	
2	Capacidade de prestar o serviço prometido com confiança e exatidão.	
3	Disposição para auxiliar os pacientes e fornecer serviços prontamente.	
4	Conhecimento e cortesia dos funcionários e capacidade de transmitir confiança e confidencialidade.	
5	Atenção personalizada prestada aos pacientes	
Total		100

ANEXO B – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Escala de Ansiedade e Depressão – HAD	
	Nº da Instituição: Nº do entrevistado:
dobrar	Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário, as respostas espontâneas tem mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta:
A	Eu me sinto tenso e contraído: () ³ A maior parte do tempo () ² Boa parte do tempo () ¹ De vez em quando () ⁰ Nunca
D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: () ⁰ Sim, do mesmo jeito que antes. () ¹ Não tanto quanto antes. () ² Só um pouco () ³ Já não sinto prazer em mais nada
A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: () ³ Sim, e de um jeito muito forte () ² Sim, mas não tão forte () ¹ Um pouco, mas isso não me preocupa () ⁰ Não sinto nada disso
D	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: () ⁰ Do mesmo jeito que antes () ¹ Atualmente um pouco menos () ² Atualmente bem menos () ³ Não consigo mais
A	Estou com a cabeça cheia de preocupações: () ³ A maior parte do tempo () ² Boa parte do tempo () ¹ De vez em quando () ⁰ Raramente
D	Eu me sinto alegre: () ³ Nunca () ² Poucas vezes () ¹ Muitas vezes () ⁰ A maior parte do tempo
A	Consigo ficar a vontade e me sentir relaxado: () ⁰ Sim, quase sempre () ¹ Muitas vezes () ² Poucas vezes () ³ Nunca

D	<p>Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>()³Quase sempre ()²Muitas vezes ()¹De vez em quando ()⁰Nunca</p>
A	<p>Eu tenho uma sensação ruim de medo, com um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>()⁰Nunca ()¹De vez em quando ()²Muitas vezes ()³Quase sempre</p>
D	<p>Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência:</p> <p>()³Completamente ()²Não estou mais me cuidando como deveria ()¹Talvez não tanto quanto antes ()⁰Me cuido do mesmo jeito que antes</p>
A	<p>Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>()³Sim, demais. ()²Bastante ()¹Um pouco ()⁰Não me sinto assim</p>
D	<p>Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>()⁰Do mesmo jeito que antes ()¹Um pouco menos que antes ()²Bem menos que antes ()³Quase nunca</p>
A	<p>De repente tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>()³A quase todo momento ()²Várias vezes ()¹De vez em quando ()⁰Não sinto isso</p>
D	<p>Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>()⁰Quase sempre ()¹Várias vezes ()²Poucas vezes ()³Quase nunca</p>

Fonte: Botega et al. (1995).

A _____ D _____ T _____

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Análise da satisfação dos cidadãos com a atenção hospitalar de um município do interior de Minas Gerais.

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo: Análise da satisfação dos cidadãos com a atenção hospitalar de um município do interior de Minas Gerais, por ser usuário do serviço onde o estudo será realizado e atender aos critérios necessários para a pesquisa. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é identificar e caracterizar a satisfação dos usuários quanto aos serviços oferecidos pelas organizações hospitalares prestadoras de assistência à saúde para o município de Uberaba e caso você participe, será necessário responder à um questionário que será aplicado antes do procedimento e alguns dias após a alta hospitalar. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Andréa Silva Dutra Tirones

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Análise da satisfação dos cidadãos com a atenção hospitalar de um município do interior de Minas Gerais.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba,...../...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Andréa Silva Dutra Tirones (034-3333-0406)

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.

ANEXO D – AUTORIZAÇÕES RESPONSÁVEIS PELA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

